Las crisis de mortalidad en una ciudad de frontera: El caso de Badajoz en el siglo XVIII

1. INTRODUCCIÓN.

Desde que se celebrara el Coloquio Internacional de Demografía Histórica en Montreal, en octubre de 1975, y que estuvo dedicado exclusivamente al análisis histórico de la mortalidad, hasta hoy en día, la proliferación de trabajos que han abordado esta temática de investigación ha sido enorme (1). La razón de esta especial atención al estudio de la mortalidad dentro del marco de las sociedades preindustriales hay que hallarla en dos tipos de motivaciones esenciales y complementarias: por un lado, a las múltiples posibilidades de un análisis exhaustivo, tanto en aspectos cuantitativos como cualitativos, que ofrece esta variable demográfica y, por otro, a la influencia decisiva que ejerce sobre las demás variables —natalidad y nupcialidad— siendo, por tanto, la que condicione más profundamente la evolución demográfica de una población y, a su vez, la que más se vea afectada en su comportamiento por las transformaciones de la economía y de la sociedad.

Centrándonos en nuestra región y, principalmente, a través del Departamento de Historia Moderna de la Universidad de Extremadura, la joven historiografía extremeña ha tratado con éxito en los últimos años el tema de la muerte desde diversas perspectivas atendiendo a la tipología de las fuentes, a la metodología y al propósito mismo de la investigación (2). No obstante, si nos circunscribimos al ámbito estrictamente demográfico, aún existe un importante vacío —como bien ha puesto de manifiesto A. Rodríguez Grajera— refiriéndose en concreto al estudio de las crisis de mortalidad en la línea de trabajo iniciada por V. Pérez Moreda para una amplísima zona del interior peninsular (3). Por ello, y siendo conscientes de esta singular laguna, el presente trabajo pretende aportar los resultados más significativos que se han obtenido del estudio microanalítico de la variable mortalidad en la ciudad de Badajoz durante la centuria del

Setecientos, realizándose, sobre todo, una mayor profundización en el análisis y explicación de las *crisis de mortalidad,* esto es, su frecuencia, intensidad, naturaleza y, en último término, el papel que desempeñaron en la evolución demográfica de la población pacense, con el fin de contribuir a la elaboración de una primera aproximación de las crisis de mortalidad en la Extremadura del siglo XVIII.

Para alcanzar tales objetivos dentro del planteamiento general fijado en este estudio, hemos recurrido a los archivos parroquiales, centrándonos de forma exclusiva en los *Libros de defunciones,* puesto que constituyen la fuente única e imprescindible para el análisis de la variable mortalidad. El caudal informativo contenido en las partidas de difuntos es múltiple y, por tanto, posibilita extraer un conjunto de datos que podemos situar en distintos niveles: cronológico, conceptual, nominal, profesional y accesorio (4). Este modelo informativo ha requerido la aplicación de un utillaje metodológico concreto para la explotación y elaboración de la masa de datos insertos en las actas de defunciones. Para ello se ha utilizado el método cuantitativo atendiendo a una doble dimensión; por un lado, cuantitativa propiamente dicha, nos ha permitido la obtención de las series numéricas que totalizan las defunciones registradas en el espacio cronológico estudiado; por otra parte, cualitativa, nos ha posibilitado cuantificar aspectos sociológicos de los difuntos que ayudan a la interpretación global del fenómeno demográfico de la muerte. De ahí, que se haya podido realizar una clasificación de los difuntos según su sexo, estado civil, condición socioeconómica y movilidad geográfica conociéndose, igualmente, la causa y el lugar de la defunción, aspectos que nos revelan y explican actitudes y mentalidades de los diversos grupos sociales que integraron la sociedad pacense del siglo XVIII y que abordaremos con una mayor profundidad en otra ocasión.

Junto a esta fuente parroquial se han utilizado también los *Libros de Acuerdos Municipales,* ya que contienen un conjunto de noticias accesorias de carácter cualitativo que contribuyen decisivamente a la explicación del comportamiento evolutivo de la mortalidad. De tal forma que la riqueza informativa de esta fuente no sólo nos revela en la mayoría de los casos los factores desfavorables que desencadenan las crisis de mortalidad, sino que además nos permite aproximarnos a la situación económica, social e higiénico-sanitaria por la que atraviesa la población pacense a lo largo de esta centuria.

Con respecto al marco histórico adoptado, hay que señalar que la ciudad de Badajoz durante el siglo XVIII se caracteriza por constituirse en un núcleo urbano fuertemente recogido y enclaustrado dentro de sus murallas donde las funciones militares, administrativas y religiosas definen su estructura socio-profesional y, además, dada su situación periférica y fronteriza mantiene un estado de relativo aislamiento con relación a la evolución de la realidad histórica nacional, pero al mismo tiempo se ve afectada por la situación de violencias y agresiones fronterizas que genera la Guerra de Sucesión española en los primeros años de la centuria. En definitiva, y como bien ha sintetizado F. Cortés (5), la ciudad de Badajoz no sólo se convierte en la capital política y militar de la región durante los Tiempos Modernos, condicionada estrechamente por su situación fronteriza, sino que a cambio de esto, recibirá ruina, despoblación y, en última instancia, queda sumida en un atraso socio-económico multisecular.

De ahí que la elección de estas coordenadas espacio-temporales sea justificable en la medida que se ha pretendido comprobar si en realidad la variable mortalidad pacense se adapta al comportamiento evolutivo experimentado en otros núcleos del espacio extremeño permitiéndonos, igualmente, especificar las variaciones de tipo local con respecto al comportamiento general del siglo XVIII español.

2. ANÁLISIS CUANTITATIVO.

2.1. La mortalidad en Badajoz, 1700-1799.

El análisis de la variable mortalidad pacense no presenta grandes problemas en la elaboración de sus series cuantitativas, excepto el exiguo inconveniente relativo a la mortalidad infantil que, para el caso de Badajoz, aunque las defunciones de párvulos se anotan desde el año 1700, hemos podido constatar la existencia de omisiones de óbitos de niños en períodos alternantes en cada una de las cuatro parroquias locales (6). Es a partir del año 1736 cuando comienzan a notarse sistemáticamente los decesos de niños eliminándose, por tanto, los "registros defectuosos" de la mortalidad infantil. Según Pérez Moreda, esta regularización en el asentamiento de las defunciones infantiles se debe a que la Iglesia no impone el carácter de obligatoriedad de anotar los difuntos párvulos hasta bien avan-

zada la centuria (7). También las partidas de defunciones suscitan en el momento de la cuantificación el problema de establecer el límite de edad que marca la diferencia entre mortalidad adulta e infantil. Hemos adoptado el criterio más generalizado en los trabajos demográficos en los que se fija la "frontera real" en la edad de los siete años (8). De tal manera que todas aquellas denominaciones como "niño", "párvulo", o "criatura" en las que no se especificaban la edad se han considerado como integrantes de la mortalidad infantil.

Con respecto a la mortalidad adulta, las series numéricas muestran una uniformidad total en la inscripción de los difuntos adultos. No obstante, hay que intuir que las omisiones, aunque sean escasas, existirían subrepticiamente dado el carácter económico y la finalidad administrativa de los libros de defunciones, que se remiten a un exhaustivo control eclesiástico de las disposiciones espirituales de la comunidad de fieles. Sin embargo, es preciso subrayar que ya en el siglo XVIII y en grandes núcleos poblacionales, el acta de defunción consignada en estos libros sacramentales adquiere ciertos matices demográficos, ya que el anotador parroquial siente la curiosidad de extraer los totales de difuntos al final de cada año.

Teniendo en cuenta estos aspectos que caracterizan a la información de esta fuente documental, hemos construido las siguientes series cuantitativas y gráficos: *mortalidad adulta (1700-1799), mortalidad infantil (1700-1799) y mortalidad general (1736-1799).* Ésta última se ha optado construirla a partir de 1736 con el fin de no tergiversar la evolución de la mortalidad general a causa de las omisiones de defunciones infantiles referidas.

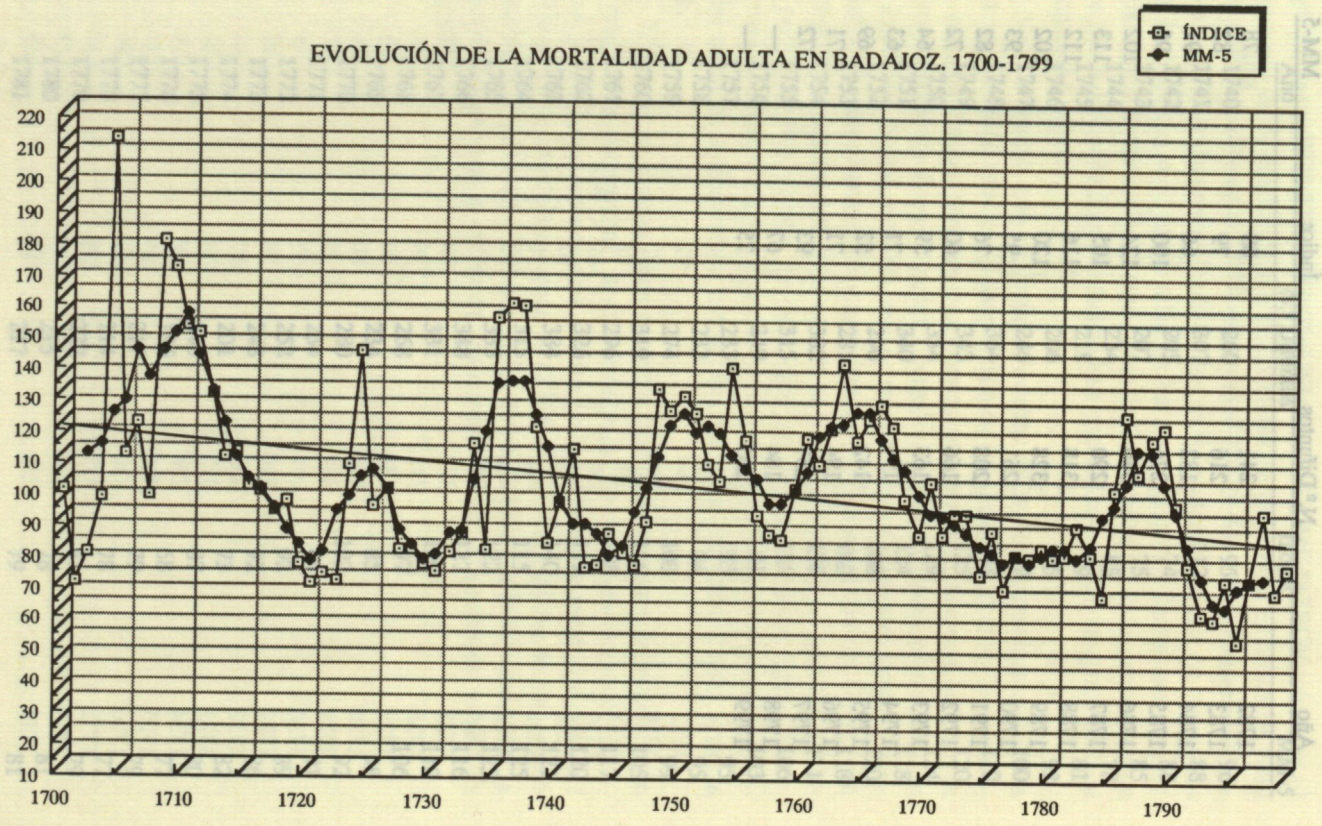
MORTALIDAD ADULTA EN BADAJOZ, 1700-1799

Año	N.º Difuntos	Índice	MM-5
1700	269	98	—
1701	190	69	—
1702	215	78	110
1703	263	96	113
1704	579	211	123
1705	302	110	127
1706	329	120	143
1707	267	97	135
1708	490	178	143
1709	466	170	149
1710	415	151	155
1711	409	149	142
1712	356	129	130
1713	301	109	120
1714	306	111	109
1715	276	100	102
1716	269	98	99
1717	254	92	93
1718	261	95	86
1719	206	75	81
1720	191	69	76
1721	198	72	79
1722	192	70	92
1723	293	107	97
1724	392	143	103
1725	259	94	105
1726	271	99	99
1727	221	80	86
1728	220	80	81
1729	207	75	77
1730	201	73	78
1731	214	79	85
1732	235	85	86
1733	312	114	102
1734	220	80	118
1735	422	154	133
1736	438	159	134
1737	435	158	134
1738	327	119	123
1739	226	82	113

Año	N.º Difuntos	Índice	MM-5
1740	260	95	96
1741	307	112	88
1742	203	74	88
1743	207	75	85
1744	234	85	78
1745	218	79	81
1746	206	75	92
1747	246	89	100
1748	364	132	110
1749	343	125	120
1750	354	129	124
1751	340	124	118
1752	296	108	120
1753	281	102	118
1754	382	139	111
1755	315	115	106
1756	249	91	103
1757	233	85	95
1758	232	84	95
1759	274	100	99
1760	319	116	105
1761	296	108	117
1762	326	119	120
1763	384	140	121
1764	315	115	125
1765	335	122	125
1766	348	127	116
1767	331	120	110
1768	268	97	106
1769	234	85	98
1770	280	102	92
1771	234	85	91
1772	252	92	89
1773	248	92	86
1774	201	73	82
1775	240	87	80
1776	186	68	77
1777	217	79	79
1778	214	78	77
1779	222	81	79
1780	215	78	81
1781	217	79	81

Año	N.º Difuntos	Índice	MM-5
1782	241	88	78
1783	216	79	82
1784	182	66	91
1785	276	100	95
1786	340	124	102
1787	290	105	113
1788	318	116	112
1789	328	120	102
1790	261	95	93
1791	208	76	82
1792	166	60	72
1793	163	59	64
1794	194	71	63
1795	142	52	69
1796	194	71	71
1797	257	93	72
1798	184	67	—
1799	205	75	—

EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD ADULTA EN BADAJOZ. 1700-1799



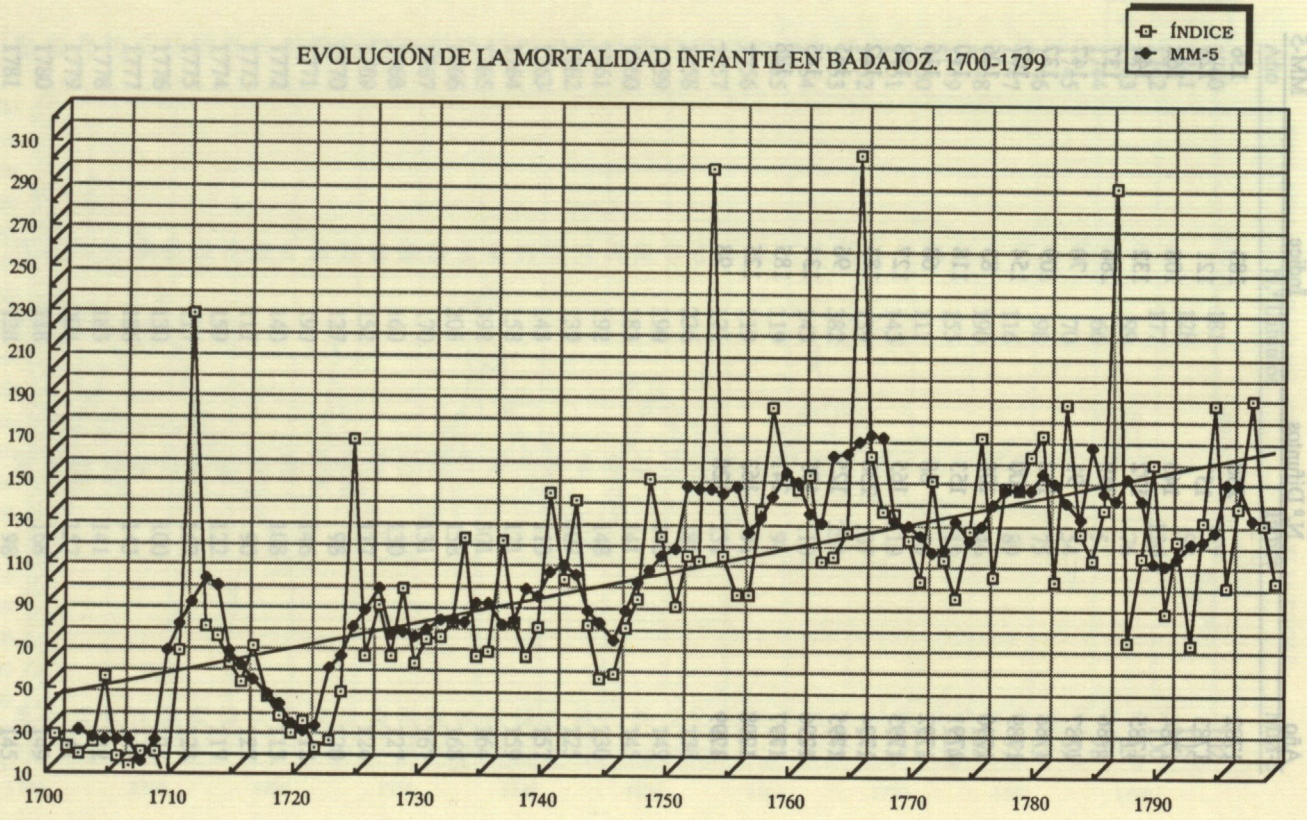
MORTALIDAD INFANTIL EN BADAJOZ, 1700-1799

Año	N.º Difuntos	Índice	MM-5
1700	31	24	—
1701	23	18	—
1702	19	15	26
1703	26	20	23
1704	66	51	22
1705	18	14	22
1706	12	9	21
1707	21	16	11
1708	21	16	21
1709	1	1	64
1710	83	64	76
1711	292	224	87
1712	98	75	98
1713	92	71	95
1714	76	58	64
1715	64	49	57
1716	86	66	50
1717	55	42	43
1718	43	33	39
1719	32	25	30
1720	40	31	26
1721	24	18	28
1722	27	21	56
1723	57	44	62
1724	213	164	75
1725	80	61	83
1726	109	85	93
1727	80	61	72
1728	122	94	73
1729	75	58	71
1730	90	69	74
1731	93	71	79
1732	102	78	79
1733	152	117	78
1734	81	62	87
1735	83	64	87
1736	151	116	76
1737	101	78	79
1738	81	62	94
1739	98	75	90

Año	N.º Difuntos	Índice	MM-5
1740	181	139	102
1741	128	98	105
1742	177	136	100
1743	99	76	83
1744	66	51	78
1745	70	54	69
1746	98	75	83
1747	116	89	97
1748	190	146	103
1749	155	119	110
1750	111	85	113
1751	143	110	143
1752	139	107	141
1753	382	294	142
1754	143	110	139
1755	119	91	143
1756	119	91	121
1757	171	131	128
1758	236	181	138
1759	190	146	149
1760	183	141	145
1761	192	148	130
1762	139	107	125
1763	143	110	157
1764	158	121	159
1765	392	301	164
1766	205	158	168
1767	170	131	167
1768	160	130	127
1769	152	117	124
1770	127	98	120
1771	190	146	112
1772	140	108	113
1773	117	90	127
1774	159	122	117
1775	217	167	124
1776	130	100	135
1777	186	143	142
1778	183	141	142
1779	204	157	141
1780	218	168	149
1781	128	98	145

Año	N.º Difuntos	Índice	MM-5
1782	238	183	136
1783	157	121	128
1784	140	108	162
1785	172	132	140
1786	349	286	137
1787	91	70	147
1788	142	109	137
1789	200	154	107
1790	108	83	106
1791	153	118	110
1792	88	68	116
1793	165	127	118
1794	238	183	122
1795	125	96	145
1796	175	134	145
1797	241	185	128
1798	163	125	—
1799	128	98	—

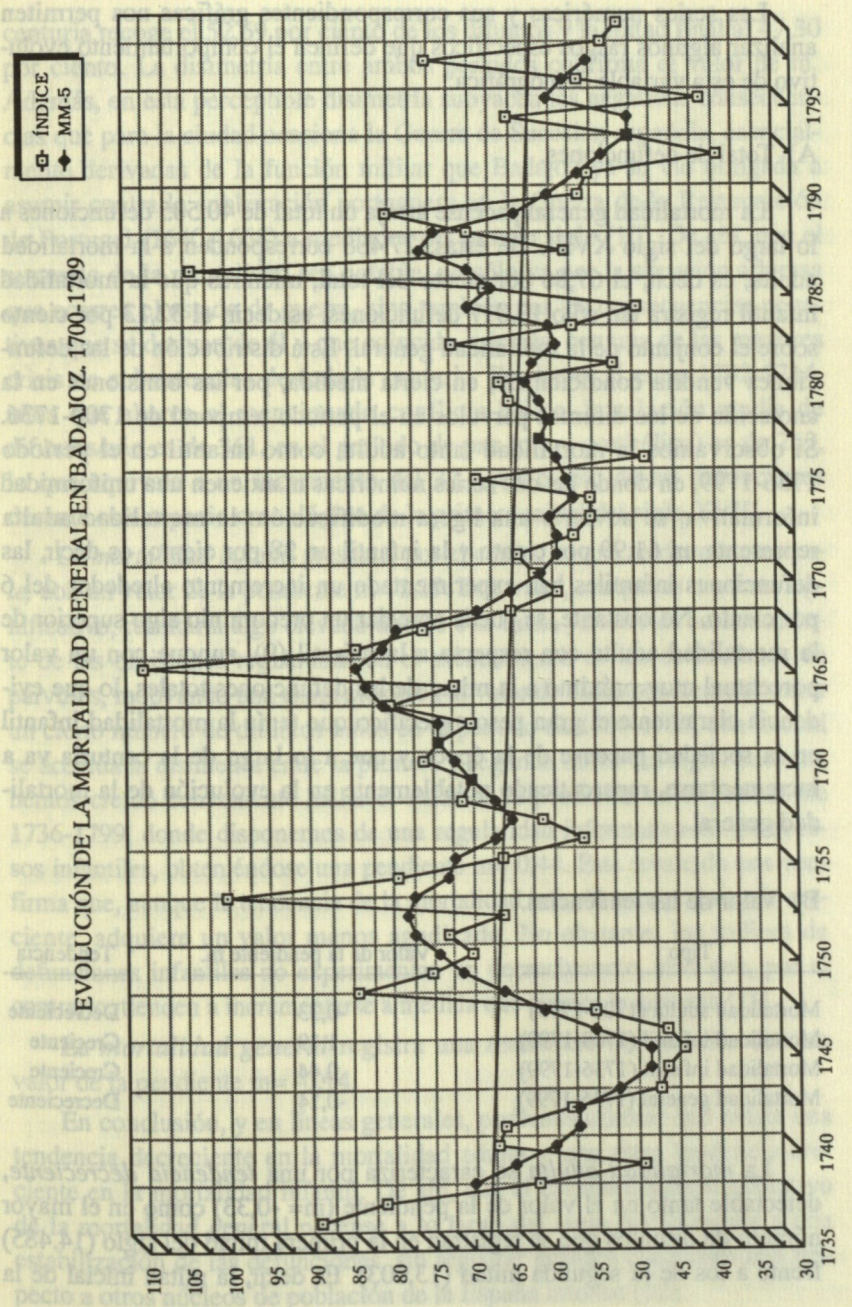
EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN BADAJOZ. 1700-1799



MORTALIDAD GENERAL EN BADAJOZ, 1736-1799

Año	N.º Difuntos	Índice	MM-5
1736	589	88	—
1737	536	80	—
1738	408	61	69
1739	324	48	64
1740	441	66	59
1741	435	65	56
1742	380	57	56
1743	306	46	51
1744	300	45	47
1745	288	43	47
1746	304	45	54
1747	362	54	60
1748	554	83	65
1749	498	74	70
1750	465	69	73
1751	483	72	76
1752	435	65	77
1753	663	99	76
1754	525	78	72
1755	434	65	71
1756	368	55	66
1757	404	60	64
1758	468	70	66
1759	464	69	69
1760	502	75	71
1761	488	73	73
1762	465	69	73
1763	527	79	80
1764	473	71	82
1765	727	109	83
1766	553	83	80
1767	501	75	78
1768	428	64	68
1769	386	58	64
1770	407	61	60
1771	424	63	58
1772	392	56	58
1773	365	54	59
1774	360	54	56
1775	457	68	57

Año	N.º Difuntos	Índice	MM-5
1776	316	47	58
1777	403	60	60
1778	397	59	59
1779	426	64	60
1780	433	65	62
1781	345	51	61
1782	479	71	58
1783	373	56	59
1784	322	48	69
1785	448	67	66
1786	689	103	69
1787	381	57	75
1788	460	69	73
1789	528	79	63
1790	369	55	59
1791	361	54	55
1792	254	38	52
1793	328	49	49
1794	432	64	49
1795	267	40	59
1796	369	55	57
1797	498	74	54
1798	347	52	—
1799	333	50	—


EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD GENERAL EN BADAJOZ. 1700-1799
ÍNDICE
MM-5
110
105
100
95
90
85
80
75
70
65
60
55
50
45
40
35
30
1735
1740
1745
1750
1755
1760
1765
1770
1775
1780
1785
1790
1795

Las series numéricas y sus correspondientes gráficas nos permiten analizar algunos rasgos específicos que definen el comportamiento evolutivo de esta variable demográfica:

A) Total de defunciones.

La mortalidad general pacense arroja un total de 40.505 defunciones a lo largo del siglo XVIII. De éstas, 27.488 corresponden a la mortalidad adulta, es decir, el 67,86 por ciento del total, mientras que la mortalidad infantil registra tan sólo 13.017 defunciones, es decir, el 32,13 por ciento sobre el conjunto de la mortalidad general. Esta distribución de las defunciones vendría condicionada, en cierta medida, por las omisiones en la anotación de los difuntos párvulos en el período temporal de 1700-1736. Si observamos la mortalidad tanto adulta como infantil en el período 1736-1799, en donde las dos series numéricas mantienen una uniformidad informativa, se advierte una ligera modificación: la mortalidad adulta representa un 61,99 por ciento y la infantil un 38 por ciento; es decir, las defunciones infantiles han experimentado un incremento alrededor del 6 por ciento. No obstante, se puede apreciar un predominio algo superior de la mortalidad adulta con respecto a la infantil (9), aunque con un valor porcentual muy próximo a la mitad de las defunciones totales, lo que evidencia claramente el gran peso específico que tenía la mortalidad infantil en la sociedad pacense de la época y que a lo largo de la centuria va a incrementarse, repercutiendo notablemente en la evolución de la mortalidad general.

B) Valor de las tendencias.

Tipo	Valor de la pendiente m.	Tendencia
Mortalidad adulta (1700-1799)	-0,33	Decreciente
Mortalidad infantil (1700-1799)	1,19	Creciente
Mortalidad infantil (1736-1799)	0,44	Creciente
Mortalidad general (1736-1799)	-0,14	Decreciente

La *mortalidad adulta* se caracteriza por una *tendencia decreciente*, detectable tanto en el valor de la pendiente (m= -0,33) como en el mayor número de difuntos que se registran en la primera mitad del siglo (14.485) frente a los de la segunda mitad (13.003). Es decir, la mitad inicial de la

centuria recoge el 52,69 por ciento de los difuntos y la mitad final al 47,30 por ciento. La disimetría entre ambos períodos confirma el valor de m. Además, en esta perceptible disimetría subyacen las negativas consecuencias que para la ciudad ocasiona la Guerra de Sucesión española, esencialmente derivadas de la función militar que Badajoz ya se vio obligada a asumir contra la sublevación portuguesa en la Guerra de la Restauración de Portugal (1640-1668) a mediados del pasado siglo (10). De ahí, que el aumento de la mortalidad sea notable, no sólo ya por la situación adversa que acarrea el estado de guerra, sino también por las consecuencias negativas que se derivan de él y que coincide, además, con una de las mayores crisis de subsistencias de toda la centuria. Por tanto, si entre 1702-1714, años que abarca el mencionado conflicto bélico, la relación media de difuntos/año es de 361, en el período de paz (pre y postbélico) es de 262, lo que equivale a un incremento del 37,7 por ciento de las defunciones durante este espacio cronológico de la primera mitad del siglo XVIII.

La *mortalidad infantil* presenta, por el contrario, una *tendencia creciente,* con un valor de la pendiente m= 1,19. Este valor, aunque es bastante significativo, resultaría algo elevado debido a la causa ya referida anteriormente de las omisiones registradas en el asentamiento de las defunciones de párvulos, motivando una exageración en el valor de dicha pendiente al restar un cierto número de difuntos niños en el período de 1700-1735, con lo cual se acentúa la disimetría entre la primera y segunda mitad del siglo. Por ello, hemos creído conveniente hallar el valor de la pendiente en el período de 1736-1799, donde disponemos de una regularidad informativa de los decesos infantiles, obteniéndose una pendiente m= 0,44. Este resultado nos confirma que, aunque la tendencia de la mortalidad infantil continúa siendo creciente, adquiere un valor menos agudizado. No obstante, los índices de defunciones infantiles no experimentan un decrecimiento, sino que, por el contrario, tienden a incrementarse a medida que avanza la centuria (11).

La *mortalidad general* registra una *tendencia decreciente* con un valor de la pendiente m= -0,14.

En conclusión, y en líneas generales, podemos afirmar que existe una tendencia decreciente en la mortalidad adulta y una clara tendencia creciente en la mortalidad infantil. De ahí, que el comportamiento evolutivo de la mortalidad general pacense a lo largo del siglo XVIII tienda a una estabilización de las defunciones, sin registrar grandes contrastes con respecto a otros núcleos de población de la España interior (12).

C) Máximos y mínimos absolutos de mortalidad.

Los *máximos absolutos*, crestas o puntas de sobremortalidad, coinciden con años tipificados como críticos que se producen en *1704, 1708-1709, 1724, 1735-1737, 1748, 1753-1754, 1758, 1763, 1765-1766, 1775, 1786, 1788-1789, 1794 y 1797.* La naturaleza de las causas de la sobremortalidad son de diversa índole según se trate de la mortalidad adulta o infantil, aunque viene condicionada en última instancia por la interacción de crisis de subsistencias, epidemias y conflicto bélico y que analizaremos en profundidad más adelante. Los *mínimos absolutos* de defunciones se localizan en los años siguientes: *1701, 1720, 1729-1730, 1744-1745, 1756, 1776, 1784, 1792-1793 y 1795.*

D) Determinación de ciclos.

Las series numéricas y gráficas de la variable mortalidad nos permiten observar comportamientos, ritmos evolutivos y ciclos específicos que caracterizan a esta variable; no obstante, y debido a las omisiones en la anotación de las defunciones de párvulos que afectan a la mortalidad infantil en el período 1700-1735 impide la determinación de ciclos en la variable de mortalidad general para el marco cronológico que transcurre entre 1700 y 1799. Por ello, es necesario emplear una tipología diversa y definitoria, según las características informativas de los períodos temporales, para establecer de modo particular los ciclos medios resultantes a partir de los máximos y mínimos absolutos y la tendencia, expresada por el valor de la pendiente m. A continuación se inserta un cuadro con los resultados que hemos obtenido para cada tipo de mortalidad analizada.

DETERMINACION DE CICLOS

Tipo	Ciclos medios (máximos)	Ciclos medios (mínimos)	m.
Mortalidad adulta (1700-1799)	10	12,5	-0,33
Mortalidad infantil (1736-1799)	4,9	5,3	0,44
Mortalidad general (1736-1799)	6,4	10,6	-0,14

La localización de máximos y mínimos absolutos de defunciones permite delimitar en la mortalidad adulta —serie numérica completa— la existencia de cinco ciclos claramente definidos en el trazado de la curva MM-5. Estos cinco ciclos serían: 1700-1720, 1721-1746, 1747-1758, 1759-1776 y 1777-1799. No obstante, y dado la temática central de este trabajo, el análisis evolutivo de la variable mortalidad se abordará aparte en un epígrafe posterior interrelacionando las tres series cuantitativas, es decir: mortalidad adulta, infantil y general, donde intentaremos aproximarnos a la naturaleza de las causas que definen los períodos críticos de mortalidad.

E) Tasas de mortalidad.

Las tasas de mortalidad constituyen un tipo de índice difícil de determinar para las sociedades modernas en su etapa preestadística, ya que la escasez de censos y recuentos de población impiden disponer de una información seriada sobre los valores absolutos de la población pacense a lo largo del siglo XVII. Junto a esto, hay que destacar los problemas de inexactitud, modificaciones, errores de cálculo, ocultaciones y exageraciones que registran la elaboración de estos censos y recuentos de población según sea su finalidad fiscal o política (13). Por ello, estas fuentes revisten una escasa fiabilidad y, por tanto, las tasas de mortalidad que hemos construido ofrecen, en cierta medida, unos resultados relativos y criticables.

Con los informes de población absoluta hemos podido calcular las tasas brutas de mortalidad general en los años que a continuación se especifican:

Año	Fuente	Habitantes (14)	T.B.M.G. (%)
1745	Vecindario para tabaco	9.256	31,11
1747	Averiguación parroquial	9.404	38,49
1752	Respuestas generales del Catastro de Ensenada	9.280	46,87
1787	Censo de Floridablanca	11.090	34,35
1791	Interrogatorio de la Real Audiencia	12.920	27,94
1796	Padrón	13.144	28,07

La mayor fiabilidad de los valores absolutos de población registrados en los años 1752 y 1787, nos permite elaborar una hipotética población

media para los años comprendidos entre ambos recuentos, que es de 10.185 habitantes. Junto a esa población media tenemos también los valores medios de defunciones para el mismo período, que es de 450,7. Con dichos datos hemos podido elaborar la tasa media bruta de mortalidad general entre 1752 y 1787, siendo el resultado de un *44,25 por mil* Si aplicamos este mismo procedimiento para el período cronológico comprendido entre 1745 y 1796, año inicial y final que disponemos de datos de población absoluta, obtenemos igualmente una tasa media de mortalidad general de 39,96 por mil. Ambos valores resultantes, *44,25 y 39,96 por mil* hay que considerarlos coherentes e ilustrativos, ya que marcan un intervalo que se adecua perfectamente a los valores hallados por otros investigadores para diversos núcleos de población de la España interior durante esta misma centuria del Setecientos (15).

Con respecto a la *mortalidad infantil*, y dado que carecemos de la serie de bautizados en Badajoz durante esta centuria, sólo podemos calcular unas tasas mínimas de mortalidad infantil de cero a siete años en el período cronológico de 1736 a 1799 aplicando el método descrito por H. Rodríguez Ferreiro (16). A continuación, hemos realizado un cuadro con los resultados obtenidos para las cuatro parroquias pacenses.

TASAS MINIMAS DE MORTALIDAD INFANTIL (0-7 AÑOS) EN BADAJOZ, 1736-1799

	Difuntos			
Parroquia	Niños	Adultos	Totales	Tasa Mortalidad infantil (%)
San Andrés	3.152	6.510	9.662	326
Sagrario	3.733	5.815	9.548	391
Concepción	1.947	2.396	4.343	448
Sta. María	1.668	2.411	4.079	409

Si aceptamos como válido el procedimiento utilizado, disponemos de unas tasas mínimas de mortalidad infantil que consideramos representativas de los diferentes ámbitos colacionales. Así, 326, 391, 448 y 409 son valores que expresan una *tasa media de 393 por mil.* Además, si tenemos en cuenta que el total de defunciones infantiles suele aproximarse al total de defunciones adultas, la tasa mínima de mortalidad infantil de la parro-

quia de la Concepción, en cuanto al número de párvulos enterrados en ella, se acerca más al supuesto inicial, hay que considerarla como más próxima a las tasas reales de mortalidad infantil de Badajoz durante el siglo XVIII.

Así, *393 y 448 por mil* son las hipotéticas tasa mínima y tasa real de mortalidad infantil. Dos conclusiones podemos extraer del análisis de estas cifras: por un lado, ambos valores reflejan un incremento considerable con respecto a las tasas mínimas y real de mortalidad infantil halladas por F. Cortés para la ciudad de Badajoz en la segunda mitad del siglo XVII (17), aunque estas cifras mantienen una cierta adecuación con las calculadas en otros estudios para diversos núcleos de población durante el siglo XVIII (18); por otra parte, nos confirman el peso específico que tiene la mortalidad infantil en el conjunto de la mortalidad y que constituye una de las características más notorias de toda la demografía "antigua", especialmente, en esta centuria del Setecientos.

2.2. Las crisis de mortalidad.

Parece existir unanimidad en todos los investigadores al considerar como crisis de mortalidad el incremento súbito del número de defunciones en un breve período de tiempo. Sin embargo, la producción historiográfica sobre la mortalidad en la sociedad europea preindustrial muestra claras disconformidades con respecto a qué se entiende por escala normal de la mortalidad, ya que el accidente que desencadena la crisis se inscribía regularmente dentro de la norma, y con tanta frecuencia que podía considerarse como un factor más de la mortalidad normal (19). Por ello, es preciso analizar qué *factores* tanto *básicos* —las enfermedades y el hambre— como *ocasionales* —la guerra y las catástrofes naturales— y con qué *frecuencia e intensidad* incidían en la evolución habitual de la mortalidad causando las *crisis de mortalidad*, teniendo en cuenta, por supuesto, la situación de precariedad de la infraestructura económica e higiénico-sanitaria que caracteriza a toda sociedad del antiguo régimen.

Atendiendo a las series de mortalidad adulta, infantil y general, hemos considerado como crisis de mortalidad aquellas puntas cuyo valor absoluto sea superior, al menos, al 25 por ciento de la media de los años próximos para las crisis de menor entidad. De tal forma, que hemos detectado la existencia de *13 crisis de mortalidad general: 1704-1712, 1724, 1735-1738, 1748, 1753-1754, 1758, 1763, 1765-1766, 1775, 1786, 1788-*

1789, 1794 y 1797, que se manifiestan con una media aproximada de ocho años. No obstante hay que advertir la mayor reiteración de las crisis de mortalidad infantil que inciden decisivamente sobre la frecuencia de la sobremortalidad general.

El siglo se inicia con un primer período crítico delimitado entre *1704 a 1712* con unos índices de mortalidad adulta muy elevados, registrándose dos máximos absolutos de defunciones en los años *1704 y 1708*. Esta fuerte crisis de mortalidad viene determinada por la conjunción de dos factores interdependientes: *la Guerra de Sucesión y las crisis de subsistencias*. Estos años de acusada mortandad se encuentran generalizados para todo el territorio español, afectando con mayor intensidad a las regiones próximas a la frontera con Portugal como consecuencia inmediata del referido conflicto bélico (20). Así, la ciudad de Badajoz, una de las plazas militares más importantes junto a la raya portuguesa, sufre en los años 1704-1705 una sobremortalidad considerable debido a la interconexión de dos factores negativos fundamentales:

a) Por un lado, la pérdida de las cosechas de los años 1704-1705 por motivos de la esquilmación de los campos por el enemigo, desencadenando crisis alimentarias. Esta situación alarmante es expuesta en los siguientes términos:

> "Aviéndose visto en esta çiudad una petiçión de todos los labradores de ella, en que representan como todas las tierras de labor que se labravan están confinando con la raya del reyno de Portugal, y éstas, con la guerra no se pueden gosar como ha suçedido en esta presente cosecha, que toda se perdió y la recogieron los portugueses por las sercanías, y otras quemaron, con que se hallan sin tierras en qué sembrar (...)" (21).

b) Por otro, el sitio de la plaza de Badajoz en octubre de 1705 agudiza los problemas económicos y alimenticios para una parte importante de la población y, además, favorece la aparición de brotes epidémicos a causa del hacinamiento de la tropa dentro del recinto amurallado de la ciudad.

Esta situación crítica se agrava aún más en los años siguientes desde 1708 a 1712 y se caracteriza esencialmente por una profunda crisis de tipo agrario. Las cosechas durante este período fueron insignificantes y de ahí la fuerte subida de los precios del trigo y pan, sobre todo en el año 1709 (22). La escasez de la producción agrícola se ve afectada por diversos factores negativos: por una parte, los derivados directamente del conflicto bélico y que inciden de forma desfavorable sobre el campo y, por otro, las

adversidades climáticas que tienen lugar durante estos años, esto es, las prolongadas sequías propician la aparición de plagas de langostas (23). Todo ello repercute sobre la población pacense que sufrirá la dura embestida del hambre y, en consecuencia, el debilitamiento biológico del organismo humano favorece la aparición de enfermedades.

Una segunda crisis de mortalidad se produce en *1724*, afectando tanto a la población adulta como a la infantil debido a uno de los brotes epidémicos de origen local que se extiende por toda Extremadura en los años 20, constituido, principalmente por fiebres malignas de constitución catarral (24).

A continuación se detecta un nuevo período crítico de mortandad bien marcado que se extiende desde 1735 a 1738, registrándose un máximo absoluto de defunciones durante los años *1736-1737* que, como se puede observar en las series cuantitativas y en los gráficos, ataca con gran virulencia a la población adulta. Las causas que provocan esta elevada mortalidad se encuentran en los graves perjuicios ocasionados por las sequías prolongadas y la aparición constante de plagas de langostas en la tierra de Badajoz (25) y, en general, en todo el campo extremeño provocando fuertes crisis de subsistencias, como se puede detectar a través de la subida de los precios del trigo al tenerse que comprar en otros mercados del ámbito nacional (26). En definitiva, estos años críticos para la colectividad pacense se traduce en un incremento espectacular de las defunciones. De ahí, que la población acosada por el miedo a la muerte se vea impulsada junto con sus autoridades civiles, eclesiásticas y militares, a elaborar un conjunto de mecanismos, plegarias, procesiones, rogativas— cargados de ciertas prácticas pararreligiosas con la finalidad de redimirse de todas estas calamidades que se creen que han sido concebidas como un castigo divino. Así, en el año 1737, ante el temor de otra mala cosecha como la registrada en el año anterior por la falta de lluvias, el Cabildo eclesiástico envíe un comunicado a las autoridades municipales para realizar una nueva rogativa:

> "En esta çiudad se a visto un papel del Cavildo eclesiástico, escrito en esta çiudad con fecha de primer del que corre por el que participa tener acordado hazer nueva rogativa a Ntra. Sra. Concepción y Sr. S. Juan Bautista por nueve días, que an de empesar el lunes quatro del presente a la misa combentual con letanía en prosesión antes a fin de ymplorar la divina clemenzia por la falta que se experimenta de llubia (...)" (27).

A partir de la segunda mitad del siglo XVIII, la mortalidad adulta se va a caracterizar por mantener unos índices de defunciones constantes

próximos a la media secular con una tendencia sostenida. Aunque existen algunos períodos críticos importantes, éstos no llegan a alcanzar las cotas de sobremortalidad de los años iniciales de la centuria. Por otro lado, la evolución de la mortalidad infantil presenta un comportamiento con bastantes fluctuaciones alcanzando los valores máximos absolutos de defunciones de todo el siglo. De ahí que se produzca un incremento considerable de los índices de defunciones reflejado perfectamente en la evolución de la mortalidad general. Los factores desfavorables que intervienen en la agudización de las crisis de mortalidad tienen su génesis en la conjunción de las variables cíclicas y accidentales que van a afectar a toda la población pacense: por un lado, se suceden malas cosechas que desencadenan crisis de subsistencia y agravan profundamente la situación socioeconómica de la colectividad, produciéndose fuertes crisis de mortalidad general, sobre todo, las de los años *1748, 1753-1754, 1758, 1763 y 1765-1766*, aunque también adquieren gran incidencia la de los años 1771 y 1775, pero sin llegar a alcanzar valores absolutos de mortandad tan acusados como en los años precedentes; por otra parte, las enfermedades epidémicas se ensañan con gran virulencia sobre la población infantil a partir de la década de los 50, siendo las más importantes las *crisis de mortalidad infantil de los años 1753, 1758, 1771 y 1775*, registrándose los incrementos más acusados de decesos de párvulos y, a su vez, ejercen una influencia determinante en el desencadenamiento de algunas crisis de mortalidad general.

Con respecto a las crisis de subsistencias se originan como resultado de las sucesivas sequías que vienen produciéndose en Badajoz y su tierra desde la década de los años 30 y que se prolongan de forma regular a lo largo de todo este período. De ahí que las medidas que adopta el Cabildo municipal no logren remediar los efectos negativos de la falta de lluvias y, por tanto, la proliferación de diversas plagas de langostas y otros insectos constituyan una constante irremediable durante estos años, provocando escasez y carestía generalizadas de productos alimenticios. La crisis de mortalidad de los años 1753-1754 se produce no sólo por las deficiencias de la dieta alimenticia como consecuencia de las malas cosechas, sino también por los brotes epidémicos que afectan con gran violencia a la población infantil y que se repetirán igualmente en el año 1758, tal como se constatan en otros núcleos del ámbito extremeño (28). Las epidemias de viruela, difteria, sarampión y otras enfermedades infantiles serán, según Pérez Moreda, los principales agentes desencadenantes de una mor-

talidad específica que afecta a las edades inferiores (29) que, junto con las llamadas fiebres tercianas, van a ensañarse sobre la población, adquiriendo una mayor repercusión en la mortandad infantil.

Otra importante crisis de mortalidad se extiende entre los años *1763-1766* y puede considerarse como la de mayor intensidad de esta segunda mitad del siglo. Este amplio período crítico viene motivado como consecuencia inmediata de una regularidad en las malas cosechas que produce una escasez general de todo tipo de productos agrícolas y, por consiguiente, su prolongada compra en otros mercados a precios mucho más elevados. Esta crisis de mortalidad alcanza su valor máximo entre *1765 y 1766,* ya que la necesidad de granos y, por tanto, la falta continuada de pan, venía sucediéndose desde los años anteriores. De ahí que las autoridades municipales se vean obligadas a tomar medidas con rapidez, aunque la situación es alarmante (30). Por tanto, la escasez de grano determina un encarecimiento de los precios, produciéndose durante el invierno de 1765 y la primavera de 1766 un aumento de 8 a 10 cuartos las dos libras de pan (31). Este alza de los precios provoca una agudización de la crisis alimentaria que padece la población pacense y que se traduce en una serie de alborotos en la ciudad protagonizados por los grupos sociales más humildes, ya que éstos son los que soportan con mayor intensidad esta situación deplorable (32). En junio de 1766, las autoridades municipales deciden bajar los precios del trigo (33), pero la problemática del abasto del común se prolonga hasta 1769, año en el que se advierte una mejoría de la producción agraria y, por tanto, un descenso en los índices de defunciones. No obstante, existe un esporádico incremento de la mortalidad en los años 1771 y 1775, debido a los brotes epidémicos que afectan a la población infantil, pero desconocemos por completo la naturaleza de estas enfermedades que afectan a las edades inferiores y las medidas concretas —higiénicas y sanitarias— que se adoptaron para afrontarlas.

Durante los años *1786 y 1788-1789* se experimenta una nueva crisis de mortalidad como consecuencia de las malas cosechas que se vienen produciendo desde años anteriores, y que se traduce en una crisis de subsistencia, donde se pone de manifiesto de nuevo la problemática de la escasez de pan y la necesidad de tomar medidas eficaces para el abastecimiento público (34). Además, es preciso constatar que durante estos años se suceden contagios de paludismo, como el que afecta a la población pacense en el año 1786, registrándose un elevado número de defunciones. Hay que señalar que las llamadas fiebres tercianas serían muy frecuentes

en la ciudad de Badajoz dado su condicionamiento biogeográfico: un clima cálido y húmedo con temperaturas muy elevadas y lluvias escasas, debido a la falta de arbolado en sus alrededores por motivo de la deforestación efectuada en los tiempos de guerra, y por la existencia de numerosas charcas y estancamientos de agua en los márgenes del Guadiana con una pésima calidad de las mismas. Todo esto favorece enormemente la aparición de enfermedades contagiosas y de ahí que el Cabildo municipal se preocupe de adoptar medidas de carácter higiénico con el fin de evitar la constante presencia de brotes epidémicos, acordándose lo siguiente:

> "En esta çiudad se ha tratado sobre la limpieza de esta población, sus calles, plazas y otros sitios públicos a fin de evitar que con la muchedumbre de inmundicias de animales muertos se inficionen con la hediondez los ayres, y de ello se siga la desgracia de muchas enfermedades pues, acrezendándose podrá venir a tolerar el ramo de la peste, todo lo cual se debe evitar a fin de que el público goze del veneficio de la salud, que Dios Ntro. Sr. se ha servido de darnos, en cuia consecuencia acordo se haga con la mayor brevedad la limpieza de esta çiudad en la conformidad que ha expuesto su Señoría el Sr. Alcalde Mayor (...)" (35).

Durante los años *1794 y 1797* se producen las últimas dos crisis de mortalidad general. Sin embargo esta coyuntura crítica afecta más profundamente a la población infantil, sobre todo, en 1794, con la propagación de brotes epidémicos que, aunque los acuerdos municipales no nos informan de este factor negativo, posiblemente se trate de la epidemia de viruela que también se detecta en Cáceres por esta misma época (36).

En conclusión, las diversas crisis de mortalidad que afectan a la población pacense durante este siglo poseen una *naturaleza múltiple*, caracterizada por la conjunción de varios factores negativos, es decir, crisis de subsistencias, enfermedades epidémicas y conflictos bélicos. De tal manera que la mayor parte de estos períodos críticos se presentan como *"crisis mixtas"*, donde se combinan la acción de esta triple causalidad característica de la mortalidad de crisis. Por ello, la intensidad de estas crisis de mortalidad vienen determinadas en función de dos factores interdependientes: el incremento elevado del número de defunciones con respecto a la media secular y su duración en el tiempo.

Una vez que hemos estudiado la localización cronológica y la naturaleza de las crisis de mortalidad que tienen lugar en la ciudad de Badajoz entre 1700 y 1799, es preciso completar este análisis con el *cálculo de las*

intensidades con el fin de obtener una visión generalizada sobre la morfología de las crisis de mortalidad en una ciudad de frontera como es el caso de Badajoz. Para ello, y siguiendo el procedimiento matemático utilizado por A. Rodríguez Grajera, que se caracteriza por haber escogido aspectos de los métodos ideados tanto por Dûpaquier como por Del Panta y Livi Bacci, consistentes en la elección de períodos de observación de quince años en cuyo centro se haya situada una punta de sobremortalidad y en la eliminación de los dos valores máximos y los dos valores mínimos, para evitar de este modo la incidencia de otras crisis próximas en el tiempo (37), hemos podido calcular las intensidades de la mortalidad adulta, infantil y general para los años en que se produce una mortalidad extraordinaria. No obstante, hay que advertir que este procedimiento al basarse en los años civiles y no en los años-cosecha plantea el problema de que aquellas crisis que se sitúan entre dos años consecutivos, no aparecen lo suficientemente bien representadas (38), es decir, la intensidad de la crisis de un determinado año resulta minimizada por la proximidad de otra crisis, de tal manera que las recíprocas interferencias reducen los valores de ambas. A continuación se expresan los resultados obtenidos en tres cuadros, conteniendo las intensidades y magnitudes halladas para cada uno de los años considerados como de mortalidad extraordinaria.

MORTALIDAD ADULTA, 1700-1799

Años (39)	Intensidad	Magnitud
1704	4,42	Fuerte
1708	3,67	Media
1709	2,77	Media
1724	7,20	Fuerte
1735	3,90	Media
1736	4,19	Fuerte
1737	4,25	Fuerte
1748	1,88	Menor
1754	2,43	Media
1763	2,97	Media
1766	1,95	Menor
1786	3,36	Media

MORTALIDAD INFANTIL, 1736-1799

Años (39)	Intensidad	Magnitud
1753	9,25	Importante
1758	3,64	Media
1765	11,81	Importante
1775	2,13	Media
1782	2,28	Media
1786	6,74	Fuerte
1794	Cálculo imposible	
1797	Cálculo imposible	

MORTALIDAD GENERAL, 1736-1799

Años (39)	Intensidad	Magnitud
1736	Cálculo imposible	
1737	Cálculo imposible	
1748	2,18	Media
1753	5,04	Fuerte
1765	8,55	Importante
1766	2,64	Media
1786	6,82	Fuerte
1789	3,19	Media
1794	Cálculo imposible	
1797	Cálculo imposible	

Analizando los datos anteriores podemos observar que los años 1753 y 1765 presentan una intensidad en la crisis de mortalidad de *magnitud importante*, los años *1704, 1724, 1736-1737 y 1786 son de fuertes crisis*, y los demás años tienen una intensidad media. Sin embargo, hay que señalar que la intensidad de 1708 resulta minimizada por la proximidad de la crisis de 1709, en la que los valores de ambas resultan reducidos por sus respectivas interferencias; igualmente ocurre en la intensidad de los años 1736 y 1737.

Si aceptamos estos resultados obtenidos como aproximados a la realidad, podemos percibir que las magnitudes de la intensidad de las crisis de mortalidad en la ciudad de Badajoz durante el siglo XVIII muestran una cierta similitud con la tónica general existente en otros núcleos de población peninsulares (40) y, además, se observa nítidamente un incremento

considerable de la intensidad media con respecto a la centuria del Seiscientos (41), lo que confirma la mayor envergadura de las crisis de mortalidad durante este siglo.

En definitiva, y como ya hemos apuntado anteriormente, la práctica totalidad de las crisis de mortalidad que acaecen en la ciudad de Badajoz a lo largo de la centuria del Setecientos presentan una naturaleza "mixta", aunque hay que advertir que algunas de ellas tienen en su origen un factor negativo predominante y, por tanto, muestran un carácter relativamente autónomo relacionado con las crisis agrarias, los problemas de subsistencias y la aparición de enfermedades epidémicas, ya que la variable accidental guerra sólo se presenta en los primeros años del siglo como un factor ocasional desencadenante de un empobrecimiento general de la población pacense y su tierra. Junto a esto, además, se aprecia un aumento en la frecuencia e intensidad de las crisis de este siglo con respecto al anterior.

3. ANÁLISIS CUALITATIVO.

3.1. La distribución mensual de la mortalidad.

Como bien ha puesto de manifiesto V. Pérez Moreda, el interés en analizar la estacionalidad habitual de la mortalidad reside en que nos permite establecer las comparaciones oportunas entre las características generales del fenómeno y aquéllas que pueden presentarse en situaciones de crisis de mortalidad (42). Así, la existencia de enfermedades estacionales como consecuencia del condicionamiento climático junto a la precariedad del sistema higiénico y sanitario, hacen muy interesante la creación de series cuantitativas capaces de mostrar una hipotética vinculación de la mortalidad a ciertos meses y estaciones del año. En el cuadro estadístico que adjuntamos a continuación se expresan los valores absolutos y porcentuales junto al porcentaje de desviación respecto a la media mensual de las defunciones.

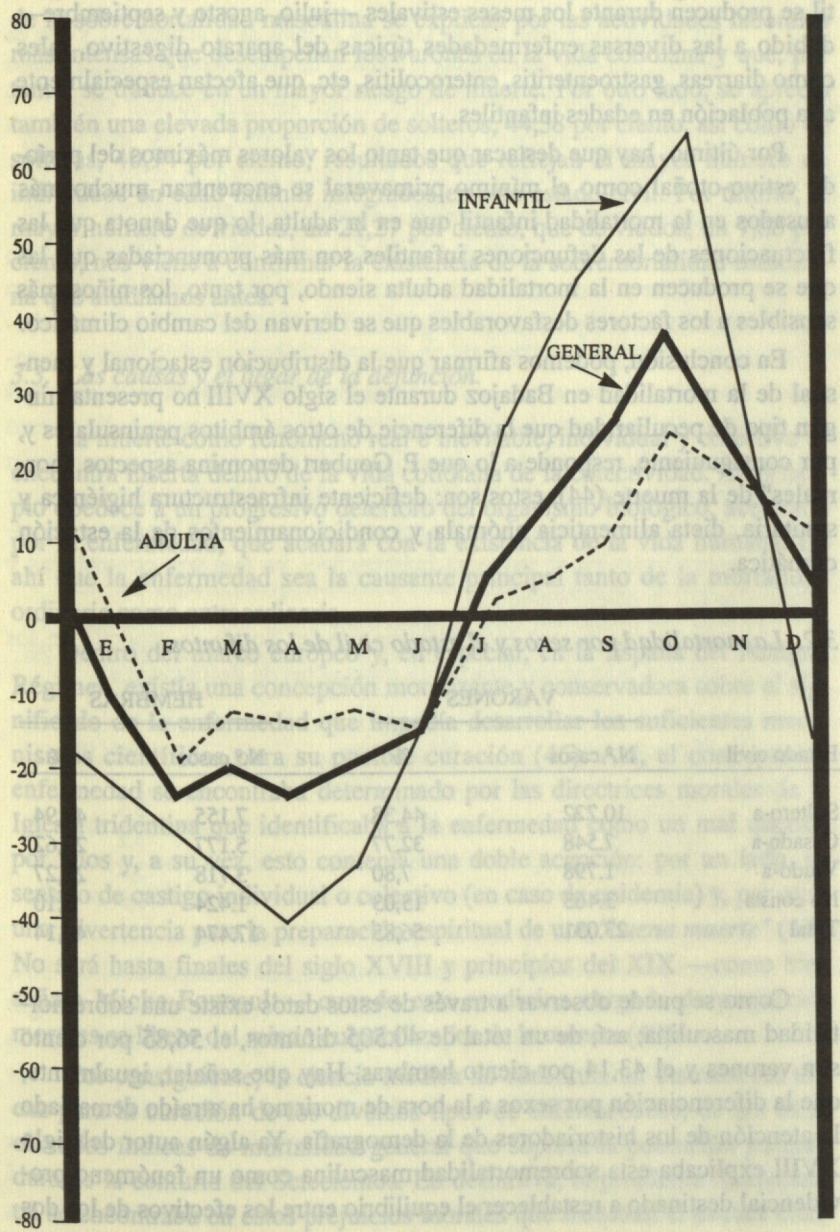
DISTRIBUCION MENSUAL DE LA MORTALIDAD EN BADAJOZ, 1700-1799

	Adulta			Infantil			General		
	Total	%	% de desviación	Total	%	% de desviación	Total	%	% de desv.
Enero	2.276	8,2	-0,6	781	5,9	-28	3.057	7,4	-9,4
Febrero	1.843	6,7	-19,5	697	5,3	-35,7	2.540	6,2	-24,8
Marzo	2.005	7,2	12,5	652	5,0	-39,9	2.657	6,5	-21,3
Abril	1.956	7,1	-14,6	610	4,6	-43,8	2.566	6,3	-24
Mayo	1.998	7,2	-12,8	700	5,3	-35,5	2.698	6,6	-20,1
Junio	1.973	7,1	-13,9	936	7,1	-13,7	2.909	7,1	-13,8
Julio	2.305	8,3	+0,6	1.352	10,3	+24,6	3.657	9,0	+8,4
Agosto	2.392	8,7	+4,4	1.578	12,1	+45,5	3.970	9,8	+17,6
Septiembre	2.526	9,1	+10,3	1.691	12,9	+55,9	4.217	10,4	+24,9
Octubre	2.910	10,5	+27,0	1.790	13,7	+65,0	4.700	11,6	+39,3
Noviembre	2.728	9,9	+19,1	1.355	10,4	+24,9	4.082	10,0	+21,0
Diciembre	2.576	9,3	+12,5	875	6,7	-19,3	3.451	8,5	+2,2
	40.488			13.017			40.505		

La mortalidad general pacense presenta una distribución estacional bastante uniforme: los *máximos* de defunciones se sitúan en los meses estivales y otoñales, siendo *octubre y septiembre* los meses que alcanzan las cotas más elevadas de defunciones, mientras que los *mínimos* se registran en la estación invernal y primavera, concretamente se localizan en *febrero y abril*. Este comportamiento estacional y mensual de la mortalidad nos permite desarrollar una serie de criterios explicativos que vienen definidos por la interrelación de dos factores de carácter exógeno: por un lado, el condicionamiento climático al que se encuentra sometida la población y, por otro, las consecuencias negativas que se derivan de la precaria infraestructura higiénica que favorece la aparición de determinadas enfermedades de etiología estacional debido fundamentalmente al incremento de basuras en las calles y a la contaminación del agua (43), siendo ineficaces las medidas sanitarias adoptadas para combatir estas enfermedades de carácter cíclico.

No obstante, este comportamiento general de la estacionalidad de las defunciones admite algunas matizaciones con respecto a la distribución mensual de la mortalidad adulta e infantil: si los valores máximos de la primera se concentran en los meses otoñales —octubre y noviembre—

ESTACIONALIDAD DE LA MORTALIDAD



como consecuencia de las afecciones bronco-pulmonares que atacan a las personas de más avanzada edad, los valores máximos de mortalidad infantil se producen durante los meses estivales —julio, agosto y septiembre— debido a las diversas enfermedades típicas del aparato digestivo, tales como diarreas, gastroenteritis, enterocolitis, etc, que afectan especialmente a la población en edades infantiles.

Por último, hay que destacar que tanto los valores máximos del período estivo-otoñal como el mínimo primaveral se encuentran mucho más acusados en la mortalidad infantil que en la adulta, lo que denota que las fluctuaciones de las defunciones infantiles son más pronunciadas que las que se producen en la mortalidad adulta siendo, por tanto, los niños más sensibles a los factores desfavorables que se derivan del cambio climático.

En conclusión, podemos afirmar que la distribución estacional y mensual de la mortalidad en Badajoz durante el siglo XVIII no presenta ningún tipo de peculiaridad que la diferencie de otros ámbitos peninsulares y, por consiguuiente, responde a lo que P. Goubert denomina aspectos "normales" de la muerte (44), estos son: deficiente infraestructura higiénica y sanitaria, dieta alimenticia anómala y condicionamientos de la estación climática.

3.2. La mortalidad por sexos y el estado civil de los difuntos.

	VARONES		HEMBRAS	
Estado civil	N.º casos	%	N.º casos	%
Soltero-a	10.222	44,38	7.155	40,94
Casado-a	7.548	32,77	5.177	29,62
Viudo-a	1.798	7,80	3.718	21,27
No consta	3.463	15,03	1.424	8,10
Total	23.031	56,85	17.474	43,14

Como se puede observar a través de estos datos existe una sobremortalidad masculina; así, de un total de 40.505 difuntos, el 56,85 por ciento son varones y el 43,14 por ciento hembras. Hay que señalar, igualmente, que la diferenciación por sexos a la hora de morir no ha atraído demasiado la atención de los historiadores de la demografía. Ya algún autor del siglo XVIII explicaba esta sobremortalidad masculina como un fenómeno providencial destinado a restablecer el equilibrio entre los efectivos de los dos

sexos, desiguales en el nacimiento (45). Sin embargo, esta interpretación de épocas pasadas contrasta con la realidad en cuanto que algunas razones de la sobremortalidad masculina se explican por las actividades laborales más intensas que desempeñan los varones en la vida cotidiana y que, por tanto, se traduce en un mayor riesgo de muerte. Por otro lado, se aprecia también una elevada proporción de solteros, 44,38 por ciento, así como de solteras, 40,94 por ciento; resultados que reflejan el mayor número de individuos en edad infantil integrados en este estado civil. Por último, el mayor número de viudas, un 21,27 por ciento, que de viudos, un 7,80 por ciento, nos viene a confirmar la existencia de la sobremortalidad masculina que aludíamos antes.

3.3. Las causas y el lugar de la defunción.

La muerte como fenómeno real e inevitable, individual y colectivo se encuentra inserta dentro de la vida cotidiana de la colectividad. En principio obedece a un progresivo deterioro del organismo biológico, acelerado por la enfermedad, que acabará con la existencia de la vida humana. De ahí que la enfermedad sea la causante principal tanto de la mortalidad ordinaria como extraordinaria.

Dentro del marco europeo y, en especial, en la España del Antiguo Régimen, existía una concepción moralizante y conservadora sobre el significado de la enfermedad que impedía desarrollar los suficientes mecanismos científicos para su posible curación (46). Así, el concepto de enfermedad se encontraba determinado por las directrices morales de la Iglesia tridentina que identificaba a la enfermedad como un mal querido por Dios y, a su vez, esto contenía una doble acepción: por un lado, un sentido de castigo individual o colectivo (en caso de epidemia) y, por otro, una advertencia para la preparación espiritual de una *"buena muerte"* (47). No será hasta finales del siglo XVIII y principios del XIX —como bien señala Miche Foucault— cuando esta medicina cargada de prejuicios morales se libere del miedo culpabilizador de la muerte (48).

Por consiguiente, la ciencia médica no constituía un instrumento eficaz para la curación de los diversos tipos de enfermedades, de ahí estos elevados índices de mortalidad general que soporta la población pacense durante la centuria del Setecientos. En definitiva, el problema fundamental se encontraba en estos prejuicios morales que frenaban el avance cien-

tífico, incurriendo en prácticas supersticiosas atiborradas de mecanismos propios de una cultura popular desviada

> "En España, lo mismo que en todos los pueblos de la antigüedad, y hoy en Oriente, está muy generalizada la creencia de que el tocar un cuerpo muerto contamina, y además aún no está vencida la objeción levantada por el clero de que huele a impiedad el mutilar un cuerpo hecho a imagen y semejanza de Dios" (49).

y por la escasez generalizada de medios facultativos (50).

Por lo general, las actas de defunciones transmiten escasas noticias en lo que se refiere a la causalidad de la muerte. Sólo el modelo informativo acostumbrado se rompe cuando se presenta un determinado tipo de fallecimiento que suscita la exaltación de la emotividad en el anotador parroquial. De ahí que éste emita unos contenidos informativos más extensos en aquellos óbitos donde la imprevisibilidad de la muerte se halla puesto de manifiesto. Por tanto, sólo el conjunto de muertes súbitas quedarán plasmadas con mayor exactitud descriptiva, dado el carácter inesperado y terrible de las mismas, mientras las muertes esperadas no registran alteraciones importantes en el esquema informativo, ya que son controladas y aceptadas por la colectividad (51).

A continuación hemos elaborado un cuadro donde se especifican los tipos de muertes más generalizadas en estas actas de defunciones.

Tipos de muerte	N.º de casos	Porcentaje (%)
Violentas	59	0,5
Accidentes	375	3,2
Repentinas	370	3,2
Total	804	6,9

Como se puede observar, de un total de 11.529 difuntos adultos, 804, un 6,9 por ciento fallecen de muerte "terrible", es decir, durante el siglo XVIII mueren alrededor de un 7 por ciento de la población de tal forma que conmociona a la colectividad. Hay que señalar que este porcentaje sería más elevado, ya que el párroco, al ejercer inconscientemente de anotador público de la sensibilidad de la comunidad, sólo transmite aquellas defunciones que hayan causado una consternación social en la totalidad del vecindario. No obstante, este índice es bastante representativo de las

sociedades del Antiguo Régimen al existir una menor seguridad a todos los niveles en la vida cotidiana del individuo.

a) Las muertes violentas.

Este tipo de muertes son las que provocan un mayor impacto entre la población, ya que a través del horror que suscitan en la emotividad humana aproximan de forma dramática la presencia de la "muerte" al individuo, desencadenando la más profunda reflexión con un sentido aleccionador. Representan tan sólo el 0,5 por ciento de las defunciones, y están integradas principalmente por:

— *Ajusticiamientos.* Aquellas personas que mueren ejecutadas por haber transgredido algunas de las normas impuestas por la justicia (52). Por ejemplo:

> "En 20 de noviembre de mil settezientos y treinta y ocho murió *ajusticiado de orca* Christóbal Rosental, cabo de escuadra de la Compañía de Criveli, primer batallón del Regimiento Católico de Suizos de Belser, por desertor (...)" (53).

En los años correspondientes a las catas realizadas se han constatado 12 fallecimientos por ajusticiamientos, el 20,3 por ciento del total de muertes violentas. Se inscriben, principalmente, en el ámbito jurisdiccional de la parroquia de Santa María del Castillo durante la Guerra de Sucesión española. De la asistencia a estos sentenciados a muerte se encargaban la Hermandad de la Misericordia y la de San Pedro. Ambas satisfacían las últimas voluntades materiales y espirituales del reo. Por tanto, este tipo de muerte por ajusticiamiento contenía —como señala A. Rodríguez Sánchez— un carácter humanizador, puesto que se trataba de facilitar el tránsito al condenado solidarizándose con su drama personal (54).

— *Asesinatos.* Se caracterizan, además de la forma trágica que rodea el suceso fatal, por crear en la conciencia individual y colectiva la vivificación del pecado y, por consiguiente, del mal, y que las víctimas de estos acontecimientos dramáticos no han gozado de la oportunidad de recibir los auxilios espirituales necesarios para alcanzar la vida eterna. Se han descubierto 27 casos de homicidios, un 47,7 por ciento y están materializados:

— Por los enemigos en la guerra: "(...) traído muerto del campo en donde le mató el enemigo (...)" (55).

— Por ajustes de cuentas: "(...) falleció en la calle Puerta de Mérida, Juana Benítez, muger de Bartholomé Durán, quien le dio ocho eridas con una boga ynjustamente (...)" (56).

— Por las reyertas, peleas en las tabernas, riñas, etc.: "(...) fallezió en calle del Polbillo otra muger que llamaban María, de una riña" (57).

— Otros asuntos: existen 20 casos de muerte violenta donde no se nos especifican su causalidad, un 33,8 por ciento, aunque se puede intuir que estarían ocasionadas, generalmente, por golpes asestados con diferentes instrumentos, como se puede deducir de la siguiente partida de defunción: "(...) falleció con muerte violenta estando de guardia en la Puerta de Palmas (...)" (58).

b) Accidentes.

Son aquellas muertes ajenas a la voluntad del individuo que ocurren de imprevisto, fundamentalmente en el transcurso de la realización de cualquier tipo de actividad. Se han contabilizado 375 casos, un 3,2 por ciento del total de defunciones. Se han agrupado de la siguiente forma:

— *Ahogados.* Las actas de difuntos nos han informado de 68 óbitos por inmersión, un 18,1 por ciento del total de muertes por accidente. Este porcentaje bastante considerable se explica debido a la acción que ejerce el río Guadiana a su paso por Badajoz. Así podemos distinguir dos tipos de causalidades:

— Las referidas a actividades laborales: "(...) falleció en el campo un hombre (...) que fue a pasar el Guadiana con un carro de paja y al tiempo se volcó el carro y le aogó devajo (...)" (59).

— Las relativas a otras causas de distinta índole, como por ejemplo: "(...) se encontró aogado en el río Guadiana (...) le había dado calambre al tiempo de bañarse (...)" (60).

— Diversos. A través de la multitud de partidas de defunciones analizadas, se han encontrado una gran diversidad de muertes por accidentes, siendo las más habituales las siguientes: "por averla estripado una pared que le caía encima", "por averle muerto un cavallo a cozes", "le mató un rayo", "por haberse caído de un pino", etc.

c) Repentinas.

Este tipo de fallecimiento corresponde a la llamada muerte natural que sobreviene de improviso en cualquier lugar. El anotador parroquial lo manifiesta al referirse que el difunto no recibió los santos sacramentos. Estas muertes repentinas se deben a las típicas enfermedades de evolución rápida, tales como las relativas al parto, postparto, cerebrales, cardiorrespiratorias, etc. Constituyen un total de 370 casos, un 3,2 por ciento. Así, se nos informa de muertes repentinas como la siguiente:

> "(...) de repente falleció en la hermita de Nuestro Señor San Joseph, en una de sus bóvedas, en la que al introducir un cadáver parece le faltó el aliento y en ella murió (...)" (61).

La muerte como fenómeno imprevisible acontecerá en cualquier momento y en una gran diversidad de lugares de la ciudad y sus alrededores. De ahí, que en lo referente a este aspecto, las partidas de difuntos mantienen un doble criterio informativo: por una parte, si la persona fallece en su casa, el anotador parroquial señala como lugar de defunción el nombre de la calle donde habitaba; por otro lado, si el individuo muere en la calle, es decir, fuera de su casa, el apuntador suele especificar el lugar concreto del fallecimiento.

De tal manera que atendiendo a estos dos criterios informativos se ha podido establecer la siguiente diferenciación:

Lugar de defunción	N.º de casos	Porcentaje (%)
Mueren en casa	8.844	76,7
Mueren fuera de casa	2.685	23,2

Como se desprende de estos datos, la muerte de la mayor parte de los pacenses del siglo XVIII acontece en su propia casa, el 76,7 por ciento, mientras sólo un 23,2 por ciento de los difuntos mueren fuera de su domicilio habitual. Con el objeto de ofrecer una imagen de los lugares más comunes en donde se produce la defunción de estos individuos que mueren fuera de su casa, hemos elaborado el siguiente cuadro:

LUGARES DE DEFUNCION DE LOS INDIVIDUOS QUE FALLECEN FUERA DE CASA

	N.º de casos	Porcentaje (%)
Hospitales	1.647	61,3
Conventos	103	3,8
Cárcel	131	4,8
Lugares públicos de la ciudad	162	6,0
Castillo	105	3,9
Campo	469	17,4
Río	68	2,5

La clasificación anterior nos evidencia que una gran parte de los individuos que fallecen fuera de su domicilio lo hacen en el hospital. Se trataría de aquellas personas que por la gravedad de su enfermedad les llega la muerte en estos establecimientos de asistencia social. El resto de los difuntos encuentran la muerte en diversos lugares públicos de la ciudad y sus alrededores. Así, se nos informa de fallecimientos acaecidos en sitios concretos: "en el convento", "en la cárcel", "en la Plaza Alta", "en el Palacio Episcopal", "en el castillo", "en el bodegón", "en el campo", etc.

Como conclusión, se puede afirmar que el lugar de defunción viene determinado, en cierta medida, por el tipo de muerte que le haya sucedido al difunto. Así, las muertes naturales por enfermedad suelen producirse en la casa del fallecido o en los hospitales de la ciudad mientras que, por el contrario, las muertes súbitas, dado su imprevisibilidad, pueden ocurrir en cualquier lugar público de la ciudad o en sus alrededores más próximos.

ANTONIO SOLETO LÓPEZ
Profesor de Enseñanzas Medias.
Licenciado en Geografía e Historia.
Especialidad de Historia Moderna por la Facultad de Filosofía y Letras de la Univesidad de Extremadura.

NOTAS

(1) Dentro de la historiografía española hay que destacar especialmente el extenso estudio realizado por V. Pérez Moreda, ya que incorpora un valioso estado de la cuestión sobre el fenómeno de la muerte desde el punto de vista demográfico. PÉREZ MOREDA, V.: *Las crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XIX.* Madrid, 1980.

(2) Desde la perspectiva demográfica el tema de la muerte ha sido abordado en los trabajos siguientes: RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, A.: *Cáceres: Población y comportamientos demográficos en el siglo XVI.* Cáceres, 1977; RODRÍGUEZ CANCHO, M.: *La villa de Cáceres en el siglo XVIII (Demografía y Sociedad).* Cáceres, 1981; ALONSO PÉREZ, P.: *Análisis demográfico de una parroquia cacereña: San Mateo en el siglo XVII.* Memoria de licenciatura inédita, Cáceres; TESTÓN NÚÑEZ, I.: *Estructura y comportamientos demográficos en la Parroquia de Santiago en el siglo XVII.* Memoria de licenciatura inédita, Cáceres; RODRÍGUEZ CANCHO, M.: *1600-1650: Análisis demográfico de la Parroquia cacereña de San Juan.* Memoria de licenciatura inédita, Cáceres; RODRÍGUEZ CANCHO, M.: "Las variables demográficas en la parroquia cacereña de San Juan (1600-1650)", en *R. E. E.* Badajoz, 1978, pp. 307-328; CORTÉS CORTÉS, F.: *La población de Zafra en los siglos XVI-XVII,* Badajoz, 1984; RODRÍGUEZ GRAJERA, A.: *La población de Mérida en el siglo XVII.* Badajoz, 1985; CORTÉS CORTÉS, F.: *Una ciudad de frontera. Badajoz en los siglos XVI y XVII.* Badajoz, 1990; GONZÁLEZ CARBALLO, G.: *La ciudad de Jérez de los Caballeros en el siglo XVIII: estudio demográfico y aproximación a la realidad socioeconómica.* Memoria de licenciatura inédita, Cáceres. Desde el campo de la historia social y de las mentalidades el fenómeno de la muerte ha sido tratado en estudios como: RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, A.: "Morir en Extremadura: una primera aproximación", en *Norba* I, Cáceres, 1979; TESTÓN NÚÑEZ, I.: "El hombre cacereño ante la muerte: testamentos y formas de piedad en el siglo XVII", en *Norba,* 4. Cáceres, 1983; VALVERDE SAIZ, R. M.ª.: *La muerte en cuatro núcleos rurales extremeños durante el siglo XVII.* Memoria de licenciatura. Cáceres, 1979; LORENZANA, F.: *La muerte y el miedo a morir (estudio social de la muerte en la zona rural extremeña en el siglo XVI).* Memoria de licenciatura inédita. Cáceres, 1986; SOLETO LÓPEZ, A.: *La muerte en Badajoz durante el siglo XVIII.* Memoria de licenciatura inédita. Cáceres, 1988.

(3) RODRÍGUEZ GRAJERA, A.: "Las crisis de mortalidad en la Extremadura del siglo XVII. Una primera aproximación". En *Alcántara,* Cáceres, 1989.

(4) RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, A.: *Cáceres: Población y comportamientos...* Op. cit., p. 31.

(5) CORTÉS CORTÉS, F.: *Una ciudad de frontera...* Op. cit. p. 25 y ss.

(6) Parroquia de Santa María: 1700-1709 y 1719-1722; Parroquia de la Concepción: 1709-1722 y 1725-1727; Parroquia de San Andrés: 1704-1714; Parroquia del Sagrario: 1700-1709, 1716-1723 y 1730-1735.

(7) PÉREZ MOREDA, V.: Op. cit., p. 32.

(8) "(...) el límite de siete años era aceptado universalmente por la Iglesia como frontera real entre lo que debía de considerarse un "párvulo" y un adulto a efectos religiosos, sobre todo en lo que a la administración de los sacramentos se refiere". PÉREZ MOREDA, V.: Op. cit., p. 37.

(9) Este porcentaje de mortalidad infantil entre un 32,13 por ciento a un 38 por ciento es constatado por Sanz Sampelayo que obtiene en su investigación índices de mortalidad infantil del 32,2 por ciento, 39 por ciento y 31 por ciento, para el caso de Granada a finales del siglo XVIII.

SANZ SAMPELAYO, J. F.: "Nuevas aportaciones al estudio de la mortalidad infantil a fines del Antiguo Régimen. El caso de Granada en el siglo XVIII", en *Actas I Congreso de Historia de Andalucía*. T. II. Córdoba, 1978, p. 272.

(10) CORTÉS CORTÉS, F.: Op. cit., p. 28.

(11) Este comportamiento de la mortalidad infantil pacense se encuentra confirmado para otros núcleos de población del espacio extremeño en RODRÍGUEZ CANCHO, M.: La villa de Cáceres... Op. cit. pp. 110-111; GONZÁLEZ CARBALLO, G.: Op. cit., p. 164.

(12) PÉREZ MOREDA, V.: Op. cit., pp. 327-374.

(13) RODRÍGUEZ CANCHO, M.: Op. cit., p. 126.

(14) La expresión de los valores totales definidos en vecinos relativos al "Vecindario para tabaco, año 1745", que es de 2.314 vecinos (dato tomado de CORTÉS CORTÉS, F.: Op. cit., p. 44), la averiguación de abril de 1747 (2.351 vecinos), el Catastro de Ensenada de 1752 (2.320 vecinos) y el Interrogatorio de la Real Audiencia de 1791 (3.230 vecinos) se han transformado en habitantes mediante el empleo del coeficiente multiplicador 4, tal y como lo recomiendan BUSTELO Y GARCÍA DEL REAL, F.: "Algunas reflexiones sobre la población española de principios del siglo XVIII", en *Anales de Economía*, 15 (1972), p. 89.

(15) Véase GONZÁLEZ MUÑOZ, M.ª DEL CARMEN: *La población de Talavera de la Reina (ss. XVI-XX)*. Toledo, 1975., p. 129; PEREZ MOREDA, V.: Op. cit., pp. 134-139; RODRÍGUEZ CANCHO, M.: Op. cit., pp. 126-128.

(16) RODRÍGUEZ FERREIRO, H.: "La demografía de Hio durante el siglo XVIII", en *Actas I Jornadas Metodología Histórica Aplicada a Ciencias Históricas*, III. Santiago, 1975.

(17) CORTÉS CORTÉS, F.: Op. cit., pp. 150-151.

(18) SANZO FERNÁNDEZ, C.: "La población de Asturias en los siglos XVII a XIX: los registros parroquiales", en ANES, G.: *La economía española al final del Antiguo Régimen, I. Agricultura*. Madrid, 1982, p. 284; ANES, G.: *El Antiguo Régimen: Los Borbones*. Madrid, 1976, p. 21; FERNÁNDEZ DE PINEDO, E.: *Crecimiento económico y transformaciones sociales del País Vasco (1100-1850)*. Madrid, 1974, pp. 116-117.

(19) PÉREZ MOREDA, V.: Op. cit., p. 57.

(20) Ibid., p. 230; KAMEN, H.: *La guerra de Sucesión en España, 1700-1715*. Barcelona, 1974, pp. 19-35; ANÉS ALVÁREZ, G.: *Las crisis agrarias en la España Moderna*. Madrid, 1974, pp. 143-144.

(21) A. M. B. *Libro de Acuerdos n.º 31*. Ses. 11-IX-1704. Fs. 134-134v.

(22) A. M. B. *Libro de Acuerdos n.º 36*. Ses. 3-III-1709. F. 46.

(23) A. M. B. *Libro de Acuerdos n.º 37*. Ses. 19-V-1710. Fs. 37v. 38.

(24) PÉREZ MOREDA, V.: Op. cit., p. 334.

(25) A. M. B. *Libro de Acuerdos n.º 56*. Ses. 2-III-1737. F. 21 y Ses. 16-IX-1737. F. 105v.

(26) "Con la noticia que se a tenido en esta ciudad de que en los puertos de Cádiz y Sevilla ai abundancia de trigo ultramarino de buena calidad, y más como los presios que a lo que sale en el de Castilla en esta ciudad, y para ebitar que en ella no se esperimente falta, acordó que D. Diego Albares Serrano pase a Cádiz o a Sevilla o a donde tuviere por conbeniente y compre 8.000 fanegas de trigo para el abasto del común (...)". A. M. B. *Libro de Acuerdos n.º 54*. Ses. 24-VIII-1734. F. 139.

(27) A. M. B. *Libro de Acuerdos n.º 56*. Ses. 2-III-1737. F. 21.

(28) RODRÍGUEZ CANCHO, M.: Op. cit., p. 114; GONZÁLEZ CARBALLO, G.: Op. cit., p. 170.

(29) PÉREZ MOREDA, V.: Op. cit., p. 236.

(30) A. M. B. *Libro de Acuerdos n.º 81.* Ses. 22-VIII-1765, p. 66.

(31) RODRÍGUEZ, L.: *Reforma e Ilustración en la España del siglo XVIII. Pedro R. Campomanes.* Madrid, 1975, p. 270.

(32) Ibíd., p. 264 y de la misma autora: "Los motines de 1766 en provincias", en *Revista de Occidente*, 122 (1973), p. 183 y ss.

(33) A. M. B. *Libro de Acuerdos n.º 82.* Ses. 7-VI-1766, p. 86.

(34) A. M. B. *Libro de Acuerdos n.º 99.* Ses. 3-VII-1786, p. 44.

(35) A. M. B. *Libro de Acuerdos n.º 100.* Ses. 24-VI-1787, p. 36.

(36) RODRÍGUEZ CANCHO, M.: Op. cit., p. 126.

(37) RODRÍGUEZ GRAJERA, A.: Art.. cit., p. 69.

(38) PÉREZ MOREDA, V.: Op. cit., pp. 100-106.

(39) Los valores absolutos de defunciones para los años anteriores a 1700 se han tomado de F. Cortés con el fin de hallar la intensidad de la crisis de mortalidad correspondiente al año 1704. CORTÉS CORTÉS, F.: Op. cit., p. 134.

(40) PÉREZ MOREDA, V.: Op. cit., pp. 113-128.

(41) CORTÉS CORTÉS, F.: Op. cit., p. 144.

(42) PÉREZ MOREDA, V.: Op. cit., p. 203.

(43) Las Ordenanzas Municipales de 1702 advierten una preocupación en lo que se refiere a la higiene pública, como así puede apreciarse a través de las siguientes cláusulas:

"Título sexto de las calles. Ordenanza Primera:

1. Mandamos que los vezinos de esta ciudad tengan la obligación los sávados de cada semana de hazer barrer y linpiar las puertas de sus calles y llevar el estiércol y basura a los montuorios señalados, pena de dosientos mrs.

2. Otrosí ordenamos y mandamos que en las calles y plazas de esta ciudad no aya carretas ni carros de parada, pena de dosientos mrs.

3. Yttem que ninguna persona trayga lechones por las dichas calles y plazas, so pena de perdidos, los quales se aplicarán para el ninistro que los aprehendiere."

A. M. B. *Libro de Acuerdos n.º 29*, Ses. de 31-VIII-1702. Fs. 78v -79.

Además, sobre la realidad de la infraestructura higiénica y sanitaria durante el Antiguo Régimen en el ámbito extremeño, Vid. SÁNCHEZ PÉREZ, A. J. y TESTÓN NÚÑEZ, I.: "Higiene y sanidad en el territorio cacereño durante el siglo XVII", en *Actas de las II Jornadas de Metodología y Didáctica de la Historia. Historia Moderna.* Cáceres, 1983, pp. 93-105.

(44) GOUBERT, P.: *Cent mille provinciaux au XVIIe siècle. Beauvais y le Beauvaisis de 1600 à 1730.* París, 1968, p. 93.

(45) BEHAR, L.: "Des tables de mortalité aux XVII et XVIIIe siècles. Histoire-Signification", en *Annales de D. H.* (1976), p. 181.

(46) Vid. ALBARRACÍN TEULÓN, A; LÓPEZ PIÑERO, J. M.ª y SÁNCHEZ GRANJEL, L.: *Medicina e Historia.* Madrid, 1980.

(47) LEBRUN, F.: *Les hommes et la mort en Anjoux aux 17e et 18e siècles. Essai de démographie et psycologie historiques.* París, 1971, p. 391.

(48) FOUCAULT, M.: *El nacimiento de la clínica.* México, 1978, p. 208.

(49) FORD, R.: *Las cosas de España.* Madrid, 1974, p. 246.

(50) En el caso concreto de Badajoz, con una población de 9.280 habitantes en 1754, existían tan sólo nueve médicos, ocho cirujanos y ocho boticarios.

(51) RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, A.: "Morir en Extremadura. Una primera aproximación", en *Norba* I (1980), p. 284.

(52) Acerca de este tema, Vid. RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, A.: *Morir en Extremadura. (La muerte en la horca a finales del Antiguo Régimen, 1792-1909)*. Cáceres, 1980; MARCOS ARÉVALO, J.: *El hacinamiento, la marginación y la pena de muerte. (La cárcel de Badajoz en el siglo XIX)*. Badajoz, 1984.

(53) A. P. S. M. *Libro de Defunciones n.º 4*. F. 204.

(54) RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, A.: *Morir en Extremadura*... Op. cit., p. 35.

(55) A. P. S. *Libro de Defunciones n.º 3*. F. 2v.

(56) A. P. C. *Libro de Defunciones n.º 6*. F. 89.

(57) A. P. C. *Libro de Defunciones n.º 4* . 113.

(58) A. P. S. A. *Libro de Defunciones n.º 10*. Fs. 97-97v.

(59) A. P. S. A. *Libro de Defunciones n.º 4*. F. 182v.

(60) A. P. S. A. *Libro de Defunciones n.º 10*. Fs. 186-186v.

(61) A. P. S. A. *Libro de Defunciones n.º 6*. F. 194v.