Enrique Llopis Agelán[*]
Ángel L. Velasco Sánchez[**]
Adrián González Ropero[*]

LA MORTALIDAD CATASTRÓFICA EN CASTILLA Y ESPAÑA, 1700-2020

En el mundo occidental, tras un paréntesis de un siglo a raíz de la gripe de 1918-1920, el fenómeno recurrente de las epidemias y de la mortalidad catastrófica ha reaparecido con la COVID-19. Los objetivos esenciales de este artículo radican en examinar la evolución de la mortalidad catastrófica en la Castilla de los siglos XVIII y XIX y en la España del XX, en analizar sucintamente algunas de las mayores crisis de mortalidad registradas en dichos territorios, la de 1803-1805 y la gripe de 1918, y en comparar la trayectoria de la mortalidad catastrófica de Castilla o España con las de Suecia y Francia entre 1700 y 2020.

Catastrophic mortality in Castille and Spain, 1700-2020

In the Western world, after a century-long pause following the 1918-1920 influenza, the recurring phenomenon of pandemics and catastrophic mortality is making a comeback with COVID-19. The main goals of this paper are: to study the evolution of catastrophic mortality in 18th and 19th century Castille and in 20th century Spain, to briefly analyse some of the greatest mortality crises recorded in said territories, the one in 1803-1805 and the 1918 influenza, and to compare the trajectory of catastrophic mortality in Castille or Spain with those of Sweden and France from 1700 to 2020.

Palabras clave: *Francia, Suecia, siglos XVIII, XIX y XX, crisis de mortalidad, catástrofes demográficas, epidemias.*
Keywords: *France, Sweden, 18th, 19th and 20th centuries, mortality crisis, demographic catastrophes, epidemics.*
JEL: *I12, J11, N01, N33, N34.*

---

* Universidad Complutense.
Contacto: llopisagelan@ccee.ucm.es y agonrop@gmail.com
** Universidad Rey Juan Carlos.
Contacto: angel.velasco@urjc.es
Esta investigación se ha desarrollado en el seno de la Red de Investigación del Ministerio de Ciencia e Innovación «Niveles de vida, salud, nutrición y desigualdad» (NISALDes), PHA-HIS RED2018-102413T.
Versión de noviembre de 2021.
https://doi.org/10.32796/ice.2021.923.7331

1. Introducción

Hasta el inicio de la transición demográfica o hasta poco antes, la recurrencia de la mortalidad catastrófica, de crisis o *extraordinaria*[1] ha sido un elemento esencial y permanente del llamado antiguo régimen demográfico, que también se caracterizaba por las altas tasas de natalidad y mortalidad en los llamados años *normales* y por la exigua, en el mejor de los casos, velocidad del crecimiento de la población en el medio y largo plazo (Pérez Moreda, 1980, pp. 58-61; Flinn, 1989, pp. 27-41). Casi siempre, las enfermedades epidémicas desempeñaron un papel decisivo o fundamental en esas bruscas alzas del número de decesos. Además, las grandes pandemias no solo han provocado enormes descalabros demográficos: también han originado importantes discontinuidades económicas, políticas, sociales y culturales. Es decir, el rumbo de la humanidad o de buena parte de la misma se ha visto profundamente alterado por algunas epidemias muy letales que se difundieron a través de varios continentes. Por consiguiente, los microorganismos patógenos (bacterias, virus, protozoos, hongos y priones) siempre han convivido con los hombres, periódicamente han ocasionado una elevada morbilidad y mortandad, al menos hasta el inicio de la transición demográfica, entre los individuos y, en un reducido número de ocasiones, han generado tremendas catástrofes demográficas que han quebrantado la dinámica económica, política y social de numerosas sociedades. En definitiva, como ha subrayado recientemente Martín-Aceña (2021, p. 13) los gérmenes patógenos y las enfermedades epidémicas han marcado la historia de la humanidad. La actual pandemia de COVID-19 ha evidenciado que tales poderosos vínculos entre microorganismos y desempeño de las sociedades, aparentemente interrumpidos desde el final de la gripe de 1918, al menos en el mundo desarrollado occidental, no han desaparecido.

Los objetivos esenciales de este artículo radican en examinar la evolución de la mortalidad catastrófica en la Castilla de los siglos XVIII y XIX y en la España del XX, y en analizar sucintamente algunas de las mayores crisis de mortalidad registradas en dichos territorios, la de 1803-1805 y la gripe de 1918. Hemos considerado conveniente presentar los desastres demográficos[2] en el espacio peninsular en el espejo europeo. Y, para ello, vamos a comparar la trayectoria de la mortalidad catastrófica de Castilla o España con las de Suecia y Francia[3] entre 1700 y 2020.

Antes de adentrarnos en el núcleo central de este artículo, vamos a tomar un poco de perspectiva histórica y para ello, en el apartado 2, procederemos a enumerar y comentar con brevedad las mayores pandemias padecidas por la humanidad desde el inicio de la era cristiana hasta finales del Seiscientos. En el apartado 3 presentaremos las fuentes y expondremos sucintamente los métodos empleados para medir la mortalidad de crisis por años y periodos. En el apartado 4 analizaremos de forma comparada la evolución de la mortalidad catastrófica en Castilla, España, Suecia y Francia entre 1700 y 2020. En el apartado 5 dedicaremos una especial atención a la crisis de 1803-1805 en Castilla y a la gripe de 1918-1920. Y, por último, en el apartado 6 expondremos las principales conclusiones de esta investigación.

[1] De esas maneras, además de sobremortalidad, se denominan los fuertes ascensos periódicos del número de fallecidos en un determinado territorio durante cortos intervalos de tiempo, fenómeno recurrente en casi todos los países europeos hasta la segunda mitad del siglo XIX.

[2] En ellos las crisis de mortalidad prácticamente siempre constituyeron el elemento más relevante.

[3] La elección de estos dos países ha obedecido a que disponen de series tempranas y de relativamente alta calidad de tasas brutas de mortalidad y de estimaciones de las mismas para periodos anteriores. Suecia cuenta con series anuales oficiales de población y de tasas vitales desde 1749; además, dispone de buenas estimaciones de dichas variables a partir de 1630 (Edvinsson, 2015, pp. 168 y 176-179). El Registro Civil francés lleva funcionando de manera continua desde comienzos del siglo XIX y dicho país cuenta con estimaciones de nacidos, fallecidos y desposados desde 1740 a 1830 (Blayo, 1975, pp. 52-63; Chesnais, 1986, pp. 526-531).

2. Las grandes pandemias hasta 1700

En Europa, al menos desde el inicio de la era cristiana, las epidemias, especialmente las de peste, han constituido el principal factor determinante de las grandes hecatombes demográficas. La malnutrición, el hambre y las guerras han tenido un destacado protagonismo en numerosas crisis de mortalidad, pero nunca han ocasionado por sí solos la aniquilación de la cuarta parte o de un porcentaje mayor de la población de una región o un país en un corto periodo de tiempo (Scheidel, 2018, p. 351)[4]. En cualquier caso, la malnutrición reduce las defensas frente a las infecciones, si bien aquella actúa a menudo junto a otros factores: pobreza, ignorancia, mala higiene y desfavorables condiciones ambientales. De ahí que resulte complicado determinar el efecto *neto* de la malnutrición y de los otros factores anteriormente indicados sobre la morbilidad y la letalidad de las enfermedades infecciosas (Livi-Bacci, 1988, pp. 58-59).

Europa padeció dos largos ciclos de peste en la era cristiana. El primero se inició en el año 541 o en el 542 y se prolongó hasta la década de 760[5]. Duró, pues, algo más de dos siglos. La peste de Justiniano tuvo lugar en medio de una importante perturbación climática: entre los años 539 y 545, el nivel térmico descendió de manera acusada en el hemisferio norte debido a un velo de polvo «caused by a major volcanic eruption, extra-terrestrial impact or cometary outburst» (Campbell, 2016, p. 330). Es probable que esta anomalía climática, aparte de originar importantes y consecutivas crisis agrarias, generase cambios en las relaciones entre el patógeno (la bacteria *Yersinia pestis*), las pulgas (el huésped) y las ratas (el vector), y facilitase la transmisión de la enfermedad a los humanos. La peste de Justiniano ocasionó entre 25 y 50 millones de muertes en Europa y en el conjunto del área mediterránea, no menos de la tercera parte de la población. Luego, esta enfermedad infecciosa se volvió recurrente en Europa: 18 brotes de la misma se han contabilizado entre el año 541 y el 750 (Alfani & Murphy, 2017, p. 319; Martín-Aceña, 2021, p. 13; Scheidel, 2018, p. 341). En Europa, dichas pestes contribuyeron a impedir la recuperación demográfica, a generar presiones alcistas sobre los salarios y bajistas sobre la renta de la tierra, a estimular la innovación tecnológica, a minorar las desigualdades económicas y a debilitar al Imperio bizantino (Martín-Aceña, 2021, pp. 54-59; Scheidel, 2018, pp. 343-347)[6].

Las pestes estuvieron ausentes de Europa durante casi seis siglos: de la década de 760 a 1346. Desde mediados del siglo XIV hasta 1772 se sucedieron 36 brotes de dicha enfermedad en el viejo continente: 17 de 1347 a 1534, 11 de 1536 a 1684 y 8 de 1684 a 1772 (Martín-Aceña, 2021, p. 63). La *Yersinia pestis* reapareció en Europa poco antes del ecuador del Trescientos y provocó la mayor hecatombe demográfica conocida de la humanidad. Carecemos de fuentes para poder cuantificar de manera precisa la magnitud de la misma. Ahora bien, los especialistas consideran muy probable que el número de víctimas ocasionado por la peste negra en Europa, entre 1346 y 1353, se situase entre los 25 y los 50 millones. Ello habría supuesto la muerte del 30-60 % de la población de

[4] Eso sí, desde el siglo XVIII, las pequeñas mejoras en el estatus nutricional contribuyeron de manera importante al desarrollo económico en diversas áreas de Europa occidental, ya que dieron lugar a generaciones un poco más altas, robustas, saludables, longevas y con menos fracasos en la adquisición de habilidades profesionales a ritmos normales, lo que incrementó su capacidad laboral y posibilitó un uso algo más intensivo de su fuerza de trabajo, originándose de este modo un pequeño círculo virtuoso (Floud, Fogel, Harris & Hong, 2011, pp. 1-3, 15, 22-23, 126 y 168).

[5] La denominada *First Pandemic* tuvo su primer brote en Egipto en el año 541. La peste procedía, probablemente, de algún lugar de Asia Central y llegó a Constantinopla en el año 542. Desde esta ciudad se difundió a buena parte de Europa y a distintas zonas de Asia y África (Campbell, 2016, p. 329).

[6] Milanovic sostiene que la desigualdad en la distribución de la renta en el territorio del Imperio romano se redujo entre el 150 y el 600-700 d. C., periodo en el que los niveles de vida de la población registraron un apreciable deterioro (Milanovic, 2019, p. 13). El inicio de ese fenómeno casi coincidió con una gran pandemia, probablemente de viruela, que, conocida como la *peste antonina*, se propagó por buena parte del Imperio romano entre los años 166 y 180 d. C. (Scheidel, 2018, p. 352).

tal continente en menos de una década[7]. En España, esta pandemia podría haber ocasionado la desaparición del 25 % de sus efectivos humanos. Las secuelas demográficas de la misma parecen haber sido mayores en la Corona de Aragón que en la de Castilla (Álvarez-Nogal, Prados de la Escosura & Santiago-Caballero, 2020, pp. 36-38)[8].

En 1331 se había registrado una terrible epidemia, probablemente de peste, en la provincia de Habei, en el noreste de China. Tal vez la *Yersinia pestis* atravesó poco después las estepas asiáticas y llegó a Caffa, las orillas del Mar Negro en 1346. Desde allí se difundió a casi todas las regiones europeas en los seis años siguientes (Alfani & Murphy, 2017, p. 318).

La peste negra también se registró en una fase de importantes alteraciones climáticas y de deterioro político y económico en Europa. Durante el denominado Wolf Solar Minimum, el efecto acumulativo de décadas de disminución de la radiación solar, desde el último cuarto del siglo XIII, estaba dejándose sentir. En el hemisferio norte, las temperaturas tendían a descender y se estaban produciendo profundos reajustes en los modelos de circulación atmosférica. En Eurasia, el clima y la atmósfera se inestabilizaron, y los sucesos meteorológicos extremos se volvieron más frecuentes y virulentos. Fruto de todo ello sería un alza del número de inundaciones y de cosechas muy cortas, desastres que en algunas áreas europeas acontecían en un contexto de fuerte presión de la población sobre los recursos (Campbell, 2016, p. 328; Alfani & Murphy, 2017, pp. 326-327; Scheidel, 2018, p.312)[9].

Aparte de la catástrofe demográfica, la peste negra ocasionó graves daños económicos en el corto y medio plazo: los niveles de actividad económica se desplomaron, especialmente los del sector comercial, y las destrucciones de capital humano fueron enormes (Alfani & Murphy, 2017, pp. 332-333). Además, los siguientes brotes de esta enfermedad[10] impidieron la recuperación de la población, volvieron a generar graves perturbaciones en la producción, la distribución y los mercados, y complicaron el restablecimiento de los equilibrios macroeconómicos. A estos problemas hay que añadir la gran magnitud de algunos conflictos bélicos y el agravamiento de las tensiones sociales y políticas inducido, al menos en parte, por la aguda escasez de mano de obra provocada por la peste negra y por los siguientes brotes de esta enfermedad epidémica (Bois, 2001, pp. 82-91 y 117-160).

En cambio, las consecuencias a largo y a muy largo plazo de la peste negra fueron positivas para Europa: ayudaron a que este continente, desde el siglo XV, se situara a la vanguardia del desarrollo económico mundial. El derrumbe demográfico favoreció una elevación de los salarios y un abaratamiento de la tierra y el capital, lo que posibilitó un incremento del porcentaje de familias propietarias de fincas rústicas y acabó alentando, sobre todo cuando se consolidó la recuperación de la economía europea en la segunda mitad del siglo XV, innovaciones tendentes a sustituir fuerza de trabajo por otros factores de producción. Además, en las regiones del Mar del Norte, la escasez de mano de obra tras la peste negra impulsó una mayor participación de la mujer en los mercados de trabajo y la difusión de un modelo matrimonial algo más tardío, sobre todo cuando los salarios comenzaron a descender a finales del siglo XV y en el XVI, y no universal, que limitó el número de hijos y facilitó su escolarización (Alfani & Murphy, 2017, pp. 315 y 334; van Zanden, 2009, pp. 31 y 102-126). Todas estas secuelas generaron una

[7] Los trabajos de las últimas dos décadas sobre el impacto demográfico de la peste negra han tendido a revisar al alza el número de víctimas originado por esta pandemia: según Benedictow, Campbell y Scheidel, el porcentaje de población fallecida fue del 60 %, del 40-45 % y del 25-45 %, respectivamente (Benedictow, 2011, pp. 506-507; Campbell, 2016, pp. 310 y 354; Scheidel, 2018, p. 314).

[8] Otros autores, como Ole J. Benedictow o John Aberth, estiman para España porcentajes de víctimas por encima del 50 % (Benedictow, 2011, p. 507; Martín-Aceña, 2021, p. 72).

[9] Esa no era la situación de España: nuestro país tenía entonces, al menos en la mayor parte de su territorio, una economía de frontera caracterizada por la escasez de mano de obra y por la relativa abundancia de tierra (Álvarez-Nogal, Prados de la Escosura & Santiago-Caballero, 2020, p. 40).

[10] El de 1361, que afectó especialmente a la población que nació después de la peste negra, provocó la muerte del 10-20 % de los europeos (Scheidel, 2018, p. 323).

economía duradera de relativamente elevada renta y de mayor productividad del trabajo que propició un conjunto de reformas políticas y estructurales que acabarían siendo claves para la Gran Divergencia Económica (Voigtländer & Voth, 2013, pp. 774-811).

Las fuertes presiones alcistas sobre los salarios, consecuencia de los desplomes demográficos ocasionados por las pestes, provocaron una reacción de las élites tendente a neutralizar o, cuando menos, a limitar las ganancias en capacidad negociadora de los asalariados. La escasez de mano de obra no aseguró siempre una mejora significativa en los niveles de vida de trabajadores por cuenta ajena, siervos y arrendatarios: ello dependió de las complejas interrelaciones entre factores medioambientales, acciones humanas e instituciones (Alfani & Murphy, 2017, pp. 330 y 335).

En España, el PIB per cápita, según Álvarez-Nogal, Prados de la Escosura y Santiago-Caballero (2020, p. 39), cayó tras la peste negra y tardó mucho más que en otros países en recobrarse. Después de 1370 hubo una recuperación incompleta seguida de un nuevo descenso. El mínimo de dicha variable se registró a finales del primer cuarto del siglo XV y el nivel de la misma inmediatamente anterior a la peste negra no se superó hasta comienzos del XIX[11].

En Europa, el 10 % más acaudalado concentraba más del 65 % de la riqueza poco antes de la peste negra, el 50 % hacia 1450 y el 90 % a comienzos del siglo XX (Alfani, 2021, pp. 36-38). La renta, según diversos estudios sobre remuneración de los distintos factores de producción, también se distribuyó de una manera menos desigual en el siglo que siguió a la peste negra que en la Plena Edad Media y que en la Edad Moderna (Alfani, 2021, p. 10; Allen, 2001, pp. 429-430; Pamuk, 2007, pp. 296-302).

Scheidel considera que solo fenómenos violentos y enormemente destructivos han sido capaces de generar una potente fuerza de nivelación económica en la historia de la humanidad: las guerras importantes con movilización masiva de la sociedad, las revoluciones transformadoras, los estados fallidos y las grandes pandemias, a los que dicho autor denomina los «cuatro jinetes de la equiparación» (Sheidel, 2018, p. 24). No han existido reducciones significativas de la desigualdad inducidas por factores «benignos», no traumáticos para las sociedades. Alfani matiza esta visión tan pesimista: «Human agency, mediated institutional change, is even more important in shaping inequality trends ("both" upward and downwards) in the very long run of history than Scheidel presumes» (Alfani, 2021, p. 39).

En Europa, el aumento de la desigualdad económica en el muy largo plazo, desde mediados del siglo XV, fue consecuencia de varios factores: el crecimiento económico, el alza de la población y de la urbanización, la concentración del poder político, la regresividad de una fiscalidad ascendente y el carácter no redistributivo de un gasto público destinado fundamentalmente a la financiación de guerras y a atender al servicio de la deuda. Esta progresiva concentración de la riqueza y la renta contribuyeron a que las sociedades se aproximasen a la frontera de la máxima desigualdad alcanzable, en la que la mayor parte de la población estaba condenada a un estado cercano al de mera subsistencia. A esta situación, en la que el PIB por habitante superaba al coste de la subsistencia de los individuos, pero en la que una pequeña élite absorbía el grueso de esa diferencia, la denomina Alfani un constante estado de «Malthusian inequality» (Alfani, 2021, pp. 30-35)[12].

[11] En nuestra opinión, las estimaciones sobre la trayectoria del PIB y del producto agrario por habitante en España realizadas por el grupo de Leandro Prados de la Escosura, tanto las realizadas desde el lado de la demanda como las efectuadas desde el de la producción, infravaloran, por distintas razones, el crecimiento económico en la Edad Moderna, sobre todo en el siglo XVIII (Llopis & Sebastián, 2019, pp. 16-20).

[12] Un reciente estudio, basado en el examen del impacto económico de las mayores 19 pandemias registradas en el planeta entre 1331 y 2009, revela que las catástrofes demográficas, en el medio y largo plazo, han reducido los rendimientos del capital y han elevado los salarios reales en diversos países de Europa occidental (Jordá, Singh & Taylor, 2020). Tal vez, por tanto, la indudable tendencia a una mayor desigualdad en la distribución de la renta en el muy largo plazo, desde mediados del siglo XV, ha experimentado, al menos a escala nacional o, incluso, de partes de Europa occidental, más discontinuidades de lo sugerido recientemente por Alfani.

Ahora bien, entre mediados del siglo XV y comienzos del XX, la tendencia a la mayor desigualdad económica registró, al menos en varios territorios europeos, paralizaciones y pequeños movimientos involutivos, sobre todo en el Seiscientos[13], inducidos en buena medida por grandes epidemias y por importantes conflictos bélicos, como la Guerra de los Treinta Años.

Las epidemias, sobre todo las de peste, favorecieron y aceleraron la organización administrativa, sanitaria e institucional de defensa de la colectividad. Fueron legado de las grandes pandemias, al menos en buena medida, los Consejos de Salud permanentes de las urbes, los cordones sanitarios, las cuarentenas y los lazaretos. Los Consejos de Salud de diversas urbes europeas estaban conectados e informados y se convirtieron en observatorios epidemiológicos (Livi-Bacci, 1978, pp. 111-117).

En definitiva, las secuelas de las grandes crisis de mortalidad, sobre todo en el siglo y medio posterior a la peste negra, contribuyeron de manera importante al cambio económico, institucional y tecnológico en Europa occidental, que alentó las grandes exploraciones marítimas de portugueses y españoles de la segunda mitad del siglo XV y que hizo posible que el viejo continente alcanzase la supremacía militar y dominase el comercio transoceánico.

La población indígena americana se desplomó en el siglo siguiente a la llegada, en 1492, de Colón a distintas islas caribeñas. Como no disponemos de suficientes y fiables fuentes para calcular el número de habitantes de dicho continente en tal fecha, resulta imposible determinar, con cierta precisión, la magnitud de dicha hecatombe demográfica. Ahora bien, casi todos los especialistas coinciden en que la caída de la población indígena americana, en dicha centuria, fue superior al 65 %, llegando algunos autores a estimar descensos cercanos o por encima del 90 %. También hay acuerdo en que la descomunal mortalidad catastrófica, consecuencia del choque microbiano[14], fue el principal, aunque no el único, factor determinante de este desastre. Los patógenos importados del Viejo Mundo interactuaron con los comportamientos y las imposiciones de los conquistadores y colonizadores europeos: las matanzas, la esclavitud, el trabajo forzado, los abusos y el maltrato, la relocalización coactiva de parte de la población nativa, las cargas tributarias, la reestructuración de las actividades productivas, la sustracción de mujeres fértiles y la intromisión en la organización de las familias y de las comunidades contribuyeron a elevar la mortalidad ordinaria y a reducir la fecundidad de los indígenas. Y ello debilitó o impidió la recuperación de la población tras las grandes epidemias de viruela, sarampión, gripe o *cocoliztli*[15]. La magnitud y el modelo de catástrofe demográfica fueron diferentes en los distintos territorios americanos. Las Antillas, con la práctica desaparición de las comunidades indígenas, y México y Perú, áreas densamente pobladas, sobre todo el valle central de la primera y la región andina de la segunda, se encuentran entre las zonas del continente donde mayor fue el derrumbe de la población nativa en el siglo XVI (Denevan, 1992, pp. XVIII y 3; Livi-Bacci, 2006, pp. 273-279; Calderón, 2014, pp. 1 y 8; Alfani & Murphy, 2017, p. 320; Scheidel, 2018, pp. 335-337; Martín-Aceña, 2021, pp. 88-98).

[13] Por ejemplo, en Portugal, Cataluña y Alemania. En el primero de dichos territorios, la *revolución del maíz*, que contribuyó a que la demanda de trabajo creciera más velozmente que la de tierra, parece haber sido clave en la reducción de la desigualdad en la distribución de la renta en el siglo XVII. Se trata, por tanto, de un caso atípico en la Europa del Seiscientos (Reis, 2017, pp. 297-319; García-Montero, 2015; Alfani, Gierok & Schaff, 2020, pp. 32-35).

[14] En el intercambio de virus y bacterias, el Nuevo Mundo se llevó la peor parte. Los habitantes de África y Eurasia, que habían venido interactuando con una mayor variedad de animales infestados de patógenos, habían estado expuestos y habían logrado un cierto grado de inmunización frente a enfermedades infecciosas, a menudo mortales, como la viruela, el sarampión, la gripe, la peste, la malaria, la fiebre amarilla y el tifus. Las que llevaron los conquistadores y colonizadores europeos al Nuevo Mundo provocaron grandes destrozos demográficos en unas indefensas poblaciones indígenas. La sífilis constituyó la principal enfermedad que el continente americano remitió al Viejo Mundo (Scheidel, 2018, pp. 335-336).

[15] El denominado *cocoliztli*, enfermedad epidémica no bien identificada, devastó a la población indígena de Nueva España en 1545 y 1576-1580. Resulta verosímil que se tratase de un tifus exantemático combinado con fiebre recurrente o borreliosis. Esta última enfermedad no fue importada al Nuevo Mundo y compartía su vector, el piojo corporal, con el tifus (Calderón, 2014, pp. 27, 41-42, y 45-47).

La aguda escasez de mano de obra indujo a conquistadores y colonos al recurso o a la intensificación de sistemas de trabajo coactivos (encomienda, repartimientos o mita) y, cuando la falta de indígenas sobrepasó determinados umbrales, a la importación de esclavos africanos. La catástrofe demográfica acabó presionando fuertemente al alza sobre los salarios, pero en la ciudad de México la fuerte elevación de estos últimos no coincidió exactamente en el tiempo con el desplome de la población: en la ciudad de México, la gran elevación de la capacidad adquisitiva de los salarios se registró en el siglo XVII y el grueso del hundimiento del número de habitantes había acontecido en la centuria precedente. Los requerimientos de mano de obra no eran atendidos exclusivamente, sobre todo hasta 1570, a través de los mercados laborales. En este caso, por consiguiente, resulta especialmente complicado averiguar el impacto de las catástrofes demográficas y del ascenso de los salarios reales sobre los niveles de desigualdad económica (Martín-Aceña, 2021, pp. 102-106; Scheidel, 2018, pp. 338-339; Arroyo Abad, Davis & van Zanden, 2012, pp. 155-157).

En suma, aunque ninguna epidemia llegó en América a ser tan mortífera como la peste negra en Europa, el hundimiento demográfico en el Nuevo Mundo, provocado en gran medida por la mortalidad catastrófica en el siglo siguiente al arribo de Colón a las Antillas, no ha tenido parangón en otros continentes, al menos en la era cristiana.

3. Fuentes y métodos

Las principales fuentes empleadas para estimar las tasas brutas de mortalidad en la Castilla rural[16] en los siglos XVIII y XIX han sido el Vecindario, el Censo y los Libros de Familia del Catastro de la Ensenada, los Censos de Población de 1787, 1857 y 1887, y los libros de bautizados y difuntos de 155 localidades (17 de Zamora, 22 de Ávila, 40 de Burgos, 15 de Palencia, 11 de Segovia, 14 de Madrid, 19 de Guadalajara, 8 de Ciudad Real y 9 de Albacete) que albergaban, en 1787, algo más del 9 % de la población rural de estas nueve provincias[17]. Casi todas las fuentes preestadísticas tienen inexactitudes y plantean problemas. El mayor inconveniente de las anteriormente citadas radica en el subregistro de los recuentos generales de población y de los libros de bautismos y de defunciones, sobre todo del de niños y, más aún, niñas fallecidos pocas horas o días después de su alumbramiento. Cuando el análisis se centra en la mortalidad catastrófica, conviene tener presente que el subregistro de finados solía ser mayor en los años de grandes desastres demográficos (Flinn, 1974, p. 286; Del Panta & Livi-Bacci, 1977, pp. 408-409) y que, por ende, nuestras cifras, probablemente, infravaloren algo la magnitud de las crisis de mortalidad más virulentas.

Los datos anuales de defunciones y de población de España del periodo 1890-2020 proceden del *Movimiento natural de la población de España* de los distintos años, de Nicolau (2005, pp. 125-127), y de *Principales series desde 1971. Población residente por fecha, sexo y edad*, INEbase. Es preciso recordar que, hasta 1975, no formaban parte de las estadísticas españolas de difuntos los fallecidos antes de cumplir sus primeras 24 horas y que el subregistro de criaturas que morían con más de un día y menos de cuatro semanas no fue completamente irrelevante hasta bien avanzada la segunda mitad del siglo XX[18]. Ahora bien, estas inexactitudes de

[16] En todo el territorio español, la mortalidad en las urbes fue algo mayor que en los núcleos rurales hasta después de la Guerra Civil (Pérez Moreda, Reher & Sanz, 2015, p. 216). Ahora bien, dada la clara hegemonía de estos últimos en todas las provincias analizadas, salvo en la de Madrid, en los siglos XVIII y XIX, las tasas brutas de mortalidad en la totalidad de Castilla y en la parte rural de la misma no podían diferir mucho en esas dos centurias.

[17] El lector encontrará una descripción bastante más pormenorizada de las fuentes y los métodos empleados en este artículo en Llopis, Sebastián, Abarca y Velasco (2021) y en Llopis, Pérez Moreda, Sebastián, Sánchez Salazar y Velasco (2021, pp. 20-22).

[18] En el quinquenio 1945-1949, en España, sorprendentemente, la tasa de mortalidad neonatal era menor que en Austria, Bélgica, Francia, Italia, Luxemburgo y Suiza. Ello constituye un claro indicio del considerable subregistro de fallecidos de muy corta edad que todavía acontecía en nuestro país muy poco antes de alcanzarse el ecuador del siglo XX. Además, en varias provincias, como Baleares, Guipúzcoa y Tarragona, dicha tasa aumentó entre 1945 y 1969, fenómeno muy poco verosímil en plena fase de retroceso de la probabilidad de muerte en la infancia (Gómez Redondo, 1992, pp. 115-116, 125 y 130).

las fuentes, ya de bastante menor entidad que las de periodos anteriores, afectaban en muy escasa medida a la medición de la mortalidad catastrófica.

Las tasas brutas de mortalidad de Suecia proceden: las de la primera mitad del siglo XVIII de la estimación de Edvinsson (2015) y las de los años restantes de la Estadística Oficial de dicho país «Population and Population Changes, 1749-2020». Y las de Francia: de las cifras anuales de defunciones y población estimadas para el periodo 1746-1819 (Chesnais, 1986) y de los datos del Registro Civil desde 1820 hasta 2020. Las estadísticas oficiales suecas de hechos vitales, aparte de tempranas, gozan de un merecido prestigio internacional.

La metodología que hemos empleado para identificar y medir la intensidad de las crisis de mortalidad y para construir un indicador sintético de las mismas se ha inspirado en los trabajos seminales de Del Panta y Livi-Bacci (1977) y Flinn (1974). A diferencia de estos autores, hemos calculado el exceso de mortalidad o sobremortalidad no de las defunciones, sino de las tasas brutas de mortalidad.

Para calcular los excesos de mortalidad hemos procedido a determinar la mortalidad *normal* en cada año del periodo estudiado. Para ello hemos empleado medias móviles truncadas de once años (eliminando las tasas del año de crisis y las de los dos máximos y los dos mínimos del intervalo)[19]. La sobremortalidad es la diferencia entre la tasa bruta de mortalidad registrada y la *normal*. Cuando esta es positiva y la ratio entre ambas variables, en porcentaje, supera el 20 % (en el caso de las tasas brutas de mortalidad de la Castilla rural) o el 15 % (en los casos de las tasas brutas de mortalidad de España, Suecia y Francia), consideramos que en ese año tuvo lugar una crisis de mortalidad[20]. Llamamos mortalidad *ordinaria* a la diferencia entre la mortalidad total y la catastrófica. En los años sin crisis, las dos primeras coinciden; en los demás, la mortalidad *ordinaria* se obtiene restando la sobremortalidad de la mortalidad total.

El índice sintético de mortalidad catastrófica empleado, semejante al de Flinn (1974), mide la intensidad de las crisis en tramos de 25, 50 y 100 años. Se obtiene agregando las intensidades de las crisis en cada uno de los intervalos. Integra, pues, dos de los elementos fundamentales de aquellas, su frecuencia y su intensidad. Por consiguiente, con este indicador sintético estamos observando la evolución de la mortalidad catastrófica por unidad de tiempo.

Las series reconstruidas y empleadas en este ensayo son anuales. Como muchas crisis de mortalidad se desarrollaban en dos o más años consecutivos y su inicio o finalización no suele coincidir con el cambio de año, su identificación y medición habría sido más rigurosa si nuestras series castellanas de los siglos XVIII y XIX hubiesen estado organizadas por meses, quincenas o semanas. Pero ello, habría elevado bastante el tiempo y los costes de la investigación, obligando a reducir drásticamente su marco espacial y/o temporal. Esa renuncia nos pareció excesiva respecto de su potencial recompensa.

4. Las crisis de mortalidad después de 1700

La peste prácticamente desapareció de Europa occidental a comienzos del siglo XVIII y de Europa oriental

[19] Dada la intensa volatilidad interanual de las defunciones y de las tasas brutas de mortalidad en prácticamente todos los países europeos hasta bien avanzado el siglo XIX o, incluso, hasta fechas posteriores.

[20] Somos plenamente conscientes de la relación inversa existente entre el tamaño de las poblaciones estudiadas y la intensidad de las crisis de mortalidad (Flinn, 1974, p. 289; Pfister & Fertig, 2010, p. 31). Hacia 1787 las 155 localidades de la muestra castellana tenían una población cercana a los 120.000 habitantes, la de Suecia rondaba los 2,15 millones y la de Francia en torno a los 28 millones. Hacia 1900 España contaba con unos 18,6 millones de habitantes, Suecia con unos 5,1 y Francia con unos 38,5 (Llopis, Sebastián, Abarca & Velasco, 2021, p. 8; Estadística Oficial de Suecia, «Population and Population Changes, 1749-2020»; Henry & Blayo, 1975, p. 95; Instituto Francés de Estadística (INSEE), serie «Demography-Average population of the year-Metropolitan France»). Habida cuenta del tamaño mucho menor de la población de la muestra castellana que la de los otros territorios analizados, el listón para identificar las crisis tenía que ser más alto en el primer caso que en los restantes. La opción de establecer una barrera del 20 % para las crisis de mortalidad castellanas y del 15 % para las españolas, suecas y francesas es, lógicamente, discutible.

más tarde. Sin embargo, después de 1700, distintas enfermedades infecciosas, como la viruela, el tifus, el paludismo, la tuberculosis y, más tarde, el cólera, siguieron provocando en el viejo continente crisis de mortalidad, aunque no tan deletéreas como las ocasionadas por la *Yersinia pestis*. En materia de mortalidad catastrófica, Livi-Bacci distinguió tres eras: la de la peste, la de las enfermedades sociales, que tuvo al tifus y a las fiebres tifoideas como unos de sus grandes protagonistas y que transcurrió entre finales del siglo XVI y mediados del XIX, y la de la mortalidad controlada (Livi-Bacci, 1978, p. 13).

¿Cómo evolucionó la mortalidad catastrófica en Castilla en los siglos XVIII y XIX y en España en el XX? En la Tabla 1 hemos reproducido la evolución, por periodos de 25, 50 y 100 años, del número, de la intensidad media y del índice sintético de las crisis de mortalidad en esos territorios.

En Castilla hubo 26 años de mortalidad catastrófica entre 1700 y 1899: 16 de ellos en el siglo XVIII y 10 en el XIX. De esos 26 años, 20 acontecieron antes de 1815. De 1700 a 1814, cada menos de 6 años acontecía uno de mortalidad catastrófica; en cambio, entre 1815 y 1899, ese fenómeno sucedía cada más de 20 años. En consecuencia, las crisis se volvieron bastante menos frecuentes desde la finalización de la Guerra de la Independencia y desaparecieron, eso sí no de manera definitiva, en el último cuarto del Ochocientos. En el siglo XVIII, la mortalidad catastrófica se distribuyó de una manera muy desigual: de los 16 años de crisis, 13 se concentraron en la primera mitad de la centuria. En este último periodo, en promedio, la tasa bruta de mortalidad excedía a la correspondiente media móvil truncada en más de un 20 % cada menos de 4 años. En el siglo XIX, la frecuencia de las crisis fue mucho mayor en el primer cuarto que en el resto de la centuria.

En Castilla, el número y la intensidad media de las sobremortalidades evolucionaron de manera dispar en el Setecientos y en el Ochocientos: a diferencia del primero, que se contrajo, la segunda se elevó desde el 36,2 % en 1700-1799 al 53,9 % en 1800-1899. En el siglo XVIII, sí descendieron frecuencia e intensidad en su segunda mitad: esta última pasó del 38,3 % en 1700-1749 al 27,1 % en 1750-1799. En los tres primeros cuartos del Ochocientos, la mayor parte de las crisis fueron bastante severas, pero especialmente las de los primeros quince años de dicha centuria.

TABLA 1

NÚMERO DE AÑOS, INTENSIDAD MEDIA E ÍNDICE SINTÉTICO DE LAS CRISIS DE MORTALIDAD EN LA CASTILLA RURAL (1700-1899) Y EN ESPAÑA (1900-1999)

Periodo	Número	Intensidad media (%)	Índice sintético (%)
Castilla rural, siglos XVIII y XIX			
1700-1724	5	37,8	188,9
1725-1749	8	38,6	308,5
1750-1774	1	30,5	30,5
1775-1799	2	25,4	50,8
1800-1824	6	57,9	347,2
1825-1849	2	48,4	96,8
1850-1874	2	47,7	95,4
1875-1899	0	0,0	0,0
1700-1749	13	38,3	497,5
1750-1799	3	27,1	81,2
1800-1849	8	55,5	444,0
1850-1899	2	47,7	95,4
1700-1799	16	36,2	578,7
1800-1899	10	53,9	539,3
España, siglo XX			
1900-1924	1	51,6	51,6
1925-1949	2	18,0	36,0
1950-1974	0	0,0	0,0
1975-1999	0	0,0	0,0
1900-1949	3	29,2	87,7
1950-1999	0	0,0	0,0
1900-1999	3	29,2	87,7

FUENTE: Llopis, Pérez-Moreda, Sebastián, Sánchez-Salazar y Velasco (2021, p. 22).

El índice sintético castellano de mortalidad catastrófica, que integra frecuencia e intensidad de las crisis, solo retrocedió un 6,8 % en el siglo XIX con respecto al XVIII. De modo que la mortalidad extraordinaria apenas se moderó en el Ochocientos. Ahora bien, casi dos terceras partes de la sobremortalidad decimonónica se concentraron, como más tarde podremos constatar, en los primeros quince años de dicha centuria.

En realidad, la mortalidad extraordinaria había descendido abruptamente en la segunda mitad del siglo XVIII: el índice sintético había pasado del 497,5 % en 1700-1749 al 81,2 % en 1750-1799. ¿Qué hizo posible esta mejora tan sustancial en ese periodo? Lo primero que conviene subrayar es que, después de 1750, la moderación de las crisis de mortalidad fue un fenómeno europeo[21]. Por otro lado, la aceleración del crecimiento demográfico castellano, a partir de 1750, vino acompañada, probablemente, de un pequeño aumento del producto agrario por habitante; además, el avance, aunque modesto, en la integración del mercado de granos redujo la volatilidad de los precios del trigo y contribuyó a suavizar las crisis de subsistencias (Llopis & Sebastián, 2019, pp. 21-42, y 2020; Llopis & Sotoca, 2005, pp. 245-249). Asimismo, Castilla no estuvo completamente ausente de la llamada *revolución industriosa*, aunque este fenómeno fue bastante más tardío, tuvo menor difusión y magnitud, y obedeció a móviles diferentes que en los países de Europa noroccidental. Ello, pese a su parca entidad, permitió que las economías familiares castellanas se volviesen algo menos vulnerables (Llopis & Sebastián, 2019, pp. 42-53; Sarasúa, 2019, pp. 481-509). Asimismo, el pequeño aumento de la capacidad de las autoridades para obstaculizar o interrumpir la difusión de epidemias y la ausencia de conflictos bélicos en su territorio también debieron de contribuir a reducir la mortalidad extraordinaria en Castilla en la segunda mitad del Setecientos.

Tras los desastres demográficos de los primeros quince años del siglo XIX, la mortalidad catastrófica se moderó, pero, en los dos cuartos centrales de dicha centuria, el índice sintético de la misma fue mayor que el de los periodos 1750-1774 y 1775-1799 (Tabla 1). En Castilla, la última crisis decimonónica se registró en 1869 y la primera del XX tuvo lugar en 1918[22]. Fue, pues, después de 1870 cuando desaparecieron, aunque no de manera definitiva, los grandes desastres demográficos en la citada región.

En España, la mortalidad catastrófica tuvo, desde una óptica agregada, una magnitud bastante reducida en el siglo XX. Hubo solo tres años de crisis, todos ellos en la primera mitad de dicha centuria: 1918, 1938 y 1941. Entre 1942 y 2019, ninguna sobremortalidad alcanzó o superó el 15 % en nuestro país. En 2020, según la cifra de defunciones y la de población de 1 de julio de dicho año publicadas recientemente por el INE, la tasa bruta de mortalidad en España se ha elevado un 16,2 % con respecto a la media del quinquenio 2015-2019[23]. De modo que la COVID-19 ha originado la reaparición de la mortalidad de crisis en nuestro país tras un paréntesis de algo más de tres cuartos de siglo.

En el espejo de Suecia y de Francia, ¿qué características ha presentado la trayectoria de la mortalidad catastrófica en España en las tres últimas centurias? En la Tabla 2 hemos reflejado la trayectoria, por periodos de 25, 50 y 100 años, del número, de la intensidad media y del índice sintético de las crisis de mortalidad en Suecia (1700-1999) y en Francia (1750-1999).

[21] Ahora bien, la cronología, intensidad y dinámica de la mitigación de las crisis variaron mucho de unos países a otros (Livi-Bacci, 1978, p. 125; Schofield & Reher, 1994, pp. 11-13; Pfister & Fertig, 2010, p. 54).

[22] La sobremortalidad provocada por la gripe de 1918 fue algo mayor en las 9 provincias castellanas aquí examinadas que en España: un 60,0 % frente al 51,6 %.

[23] La tasa bruta de mortalidad ha sido del 10,41 ‰ en 2020, mientras que el promedio de las del lustro 2015-2019 se situó en el 8,96 ‰. En este caso, era imposible calcular la media móvil centrada (no podemos saber las tasas del quinquenio 2021-2025) y tampoco tenía sentido emplear una media móvil truncada, ya que las fluctuaciones interanuales de la mortalidad vienen siendo muy exiguas desde hace décadas.

TABLA 2

NÚMERO DE AÑOS, INTENSIDAD MEDIA E ÍNDICE SINTÉTICO DE LAS CRISIS DE MORTALIDAD EN SUECIA (1700-1999) Y EN FRANCIA (1750-1999)

	Suecia			Francia		
Periodo	Número	Intensidad media (%)	Índice sintético (%)	Número	Intensidad media (%)	Índice sintético (%)
1700-1724	5	83,9	419,5	-	-	-
1725-1749	4	29,1	116,5	-	-	-
1750-1774	5	41,6	208,0	0	0,0	0,0
1775-1799	2	23,9	47,8	2	29,7	59,5
1800-1824	4	30,0	119,9	5	20,3	101,3
1825-1849	3	19,3	57,9	1	21,1	21,1
1850-1874	2	23,6	47,3	4	26,3	105,3
1875-1899	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
1700-1749	9	59,6	536,0	-	-	-
1750-1799	7	36,5	255,8	2	29,7	59,5
1800-1849	7	25,4	177,8	6	20,4	122,5
1850-1899	2	23,6	47,3	4	26,3	105,3
1700-1799	16	49,5	791,8	-	-	-
1800-1899	9	25,0	225,0	10	22,8	227,8
1900-1924	1	34,5	34,5	1	25,6	25,6
1925-1949	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
1950-1974	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
1975-1999	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
1900-1949	1	34,5	34,5	1	25,6	25,6
1950-1999	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0
1900-1999	1	34,5	34,5	1	25,6	25,6

FUENTES: Suecia. De 1700 a 1748, Edvinsson (2015, p. 179); de 1749 a 2020, Estadística Oficial Sueca (SCB), «Population and Population Changes, 1749-2020». Francia. De 1746 a 1945, Chesnais (1986, pp. 526-530); de 1946 a 2020, Instituto Francés de Estadística (INSEE), serie «Demography-Average population of the year-Metropolitan France», identificador 000067671.

En el siglo XVIII Suecia registró el mismo número de crisis de mortalidad que Castilla (16), pero la intensidad media de las mismas fue mayor en el territorio septentrional que en el meridional: un 49,5 % frente a un 36,2 %. De ahí que el índice sintético de mortalidad catastrófica de todo el Setecientos fuese en Suecia un 36,8 % superior al de Castilla. Por consiguiente, aunque, en el siglo XVIII, la tasa bruta de mortalidad era en dicho país septentrional bastante más baja que en la mencionada región española (un 28,7 y un 40,1 ‰, respectivamente), las crisis de mortalidad aún fueron más virulentas en Suecia que en Castilla en esa centuria. Ello apunta a que no siempre hubo concordancia entre los niveles de mortalidad general y los de mortalidad catastrófica. En cambio, Francia y Castilla, cuyas tasas brutas de mortalidad diferían menos (34,9 y 37,8 ‰, respectivamente) tuvieron unas mortalidades de crisis parecidas en la segunda mitad del siglo XVIII: pocos episodios y de no gran severidad.

En el siglo XIX, Castilla, Suecia y Francia padecieron prácticamente el mismo número de años de crisis de mortalidad: 10, 9 y 10, respectivamente. La gran diferencia radicó en la distinta magnitud de tales contratiempos demográficos: la intensidad media de las citadas elevaciones de la mortalidad fue del 53,9 % en Castilla, del 25,0 % en Suecia y del 22,8 % en Francia. Resultado de todo ello fue que el índice sintético de mortalidad catastrófica del Ochocientos de la mencionada región española más que duplicase a los de los dos países anteriormente citados. También que el retroceso de la mortalidad de crisis en el siglo XIX fuese cosmético en Castilla y de considerable entidad en Suecia: con respecto al XVIII, el índice sintético de la primera disminuyó un magro 6,8 % y el del segundo un más que notable 71,6 %. Es cierto que buena parte de estos resultados tan dispares obedecieron a los tremendos desastres demográficos castellanos en los primeros quince años del Ochocientos (Pérez Moreda, 2010, pp. 303-332; Llopis & Sánchez Salazar, 2016, pp. 295-322; Pérez Moreda, 2017, pp. 61-65). Asimismo, conviene tener presente que ni en Castilla ni en Suecia ni en Francia se registró ninguna crisis de mortalidad entre 1872 y 1917[24]. Por consiguiente, Castilla divergió en materia de mortalidad catastrófica de Europa occidental en el siglo XIX, pero no durante toda la centuria. La desaparición transitoria de las crisis aconteció en fechas casi idénticas en esos tres territorios[25].

En el siglo XX, Suecia y Francia solo padecieron un episodio de mortalidad catastrófica, que, además, fue menos intenso que en España y en Castilla (Tablas 1 y 2). Por tanto, la mortalidad de crisis en el Novecientos siguió siendo mayor en estas dos últimas que en Suecia y Francia[26].

En 2020, con respecto al promedio del quinquenio 2015-2019, la tasa bruta de mortalidad se ha elevado en España un 16,2 %, en Suecia un 5,0 % y en Francia un 8,3 %. Por consiguiente, en el primer año de pandemia de la COVID-19 se ha repetido lo que viene aconteciendo desde, cuando menos, los albores del siglo XIX: que la mortalidad catastrófica alcanza en Castilla o en España una mayor entidad que en Suecia o Francia. Con las varas históricas de medición aquí empleadas, de los tres países considerados, la actual pandemia solo habría originado, en 2020, una crisis de mortalidad en el nuestro. Ahora bien, el incremento de las defunciones constituye un indicador muy insuficiente para medir el alcance de los graves problemas económicos, sanitarios, sociales, psicológicos e, incluso, demográficos[27] ocasionados por el virus que actualmente sigue difundiéndose por los cinco continentes.

En la Tabla 3 hemos reflejado la trayectoria de la contribución de la mortalidad catastrófica a la mortalidad total por periodos de 25, 50 y 100 años en Castilla, Suecia y Francia en los siglos XVIII, XIX y XX.

Como ha subrayado Vicente Pérez Moreda, la contribución de la mortalidad de crisis a la mortalidad total en periodos de 25 o más años siempre ha sido relativamente pequeña (Pérez Moreda, 1980, pp. 16 y 471). Nunca, como puede constatarse en la Tabla 3, representó más del 15 % ni en Castilla ni en España ni en Suecia ni en Francia. Los máximos por territorio de esta variable se registraron en Suecia en 1700-1724, en Castilla en 1800-1824 y en Francia en 1800-1824 y 1850-1874. En el siglo XVIII, la aportación de la mortalidad catastrófica a la total fue mayor en Suecia que en Castilla, mientras que ocurrió lo contrario en la centuria siguiente. En Francia, salvo en 1775-1799 y en 1850-1874, el peso relativo de la mortalidad de crisis siempre fue igual o menor que en Castilla, Suecia y

[24] En la muestra castellana de 155 localidades, el cólera de 1885 solo provocó un exceso de mortalidad del 10,9 %.

[25] La última crisis decimonónica aconteció en Castilla y Suecia en 1869, y en Francia en 1870-1871.

[26] En el siglo pasado, las mortalidades catastróficas de España y Castilla fueron muy parecidas.

[27] La actual pandemia está provocando, por ejemplo, un acusado descenso de la natalidad en algunos países. En 2020, el número de nacidos en España ha descendido un 6,1 % con respecto a 2019 y un 13,5 % con respecto al promedio del quinquenio 2015-2019.

TABLA 3

CONTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD CATASTRÓFICA A LA MORTALIDAD TOTAL EN CASTILLA (1700-1899), ESPAÑA (1900-1999), SUECIA (1700-1999) Y FRANCIA (1750-1999) (En %)

Periodo	Castilla o España	Suecia	Francia
1700-1724	7,7	14,9	-
1725-1749	11,3	4,8	-
1750-1774	1,2	7,6	0,0
1775-1799	2,1	1,9	2,3
1800-1824	13,9	4,7	4,1
1825-1849	3,8	1,3	0,8
1850-1874	3,7	1,9	4,1
1875-1899	0,0	0,0	0,0
1700-1749	9,5	10,2	-
1750-1799	1,6	4,9	1,1
1800-1849	9,4	3,6	2,5
1850-1899	1,9	1,0	2,1
1700-1799	5,9	7,7	-
1800-1899	5,8	2,5	2,3
1900-1924	1,9	1,3	1,0
1925-1949	0,8	0,0	0,0
1950-1974	0,0	0,0	0,0
1975-1999	0,0	0,0	0,0
1900-1949	1,5	0,7	0,5
1950-1999	0,0	0,0	0,0
1900-1999	1,2	0,4	0,3

FUENTES: Castilla y España. Llopis, Pérez-Moreda, Sebastián, Sánchez-Salazar y Velasco (2021, p. 24). Suecia. De 1700 a 1748, Edvinsson (2015, p. 179); de 1749 a 2020, Estadística Oficial Sueca (SCB), «Population and Population Changes, 1749-2020». Francia. De 1746 a 1945, Chesnais (1986, pp. 526-530); de 1946 a 2020, Instituto Francés de Estadística (INSEE), serie «Demography-Average population of the year-Metropolitan France», identificador 000067671.

España. En el siglo XIX, la caída de la contribución de la mortalidad catastrófica a la total fue mucho mayor en Suecia que en Castilla. En el Novecientos, el peso relativo de aquella ya era exiguo en todos los territorios analizados, pero algo mayor en España que en Suecia y Francia.

¿Qué papel desempeñaron la mortalidad catastrófica y la ordinaria en las variaciones en la mortalidad general en los siglos XVIII y XIX? La Tabla 4 aporta información relevante para responder a este interrogante[28].

Durante el siglo XVIII y la primera mitad del XIX, los movimientos en la mortalidad general en Castilla, excepto en el tercer cuarto del Setecientos, obedecieron fundamentalmente a las alzas o descensos de la mortalidad catastrófica. En Suecia, aconteció lo mismo hasta el primer cuarto del siglo XIX. De modo que en esos territorios la mortalidad de crisis, pese a su dimensión relativamente reducida, marcó la pauta de la mortalidad general hasta comienzos o mediados del Ochocientos. Por el contrario, en Francia, desde mediados del siglo XVIII, fue la mortalidad ordinaria la principal responsable de las alteraciones en la mortalidad total. En el siglo XX, tanto en España como en Suecia y Francia, los movimientos de esta última fueron consecuencia en un porcentaje muy elevado de las variaciones en la mortalidad ordinaria. En suma, en Castilla, el notable protagonismo, hasta fechas bastante avanzadas del siglo XIX, de la mortalidad catastrófica evidencia, una vez más, el arcaísmo de su estructura demográfica[29].

Hasta ahora hemos centrado la atención en la evolución a largo plazo de la mortalidad catastrófica en distintos territorios. Ahora nos fijaremos en la magnitud de las crisis. Con este propósito, hemos representado en la Figura 1 las tasas brutas de mortalidad en Castilla (1700-1889), en España (1890-2020), en Suecia (1700-2020) y en Francia (1750-2020).

De los territorios y periodos analizados, la mayor tasa bruta anual de mortalidad se registró en la Castilla rural en 1804, año en el que falleció nada menos que

[28] No ofrecemos datos de Castilla del último cuarto del siglo XIX porque nos faltan las cifras de bautizados y defunciones de algunos pueblos en el último quinquenio de dicha centuria.

[29] El arcaísmo de la estructura demográfica española decimonónica, y, por supuesto, castellana, venía determinada más por su mortalidad que por su natalidad (Pérez Moreda, 1984, pp. 25-29).

TABLA 4

CONTRIBUCIÓN DE LA MORTALIDAD ORDINARIA Y DE LA CATASTRÓFICA A LAS VARIACIONES AL ALZA O A LA BAJA DE LA MORTALIDAD GENERAL EN CASTILLA (1700-1899), EN SUECIA (1700-1899) Y FRANCIA (1750-1899)

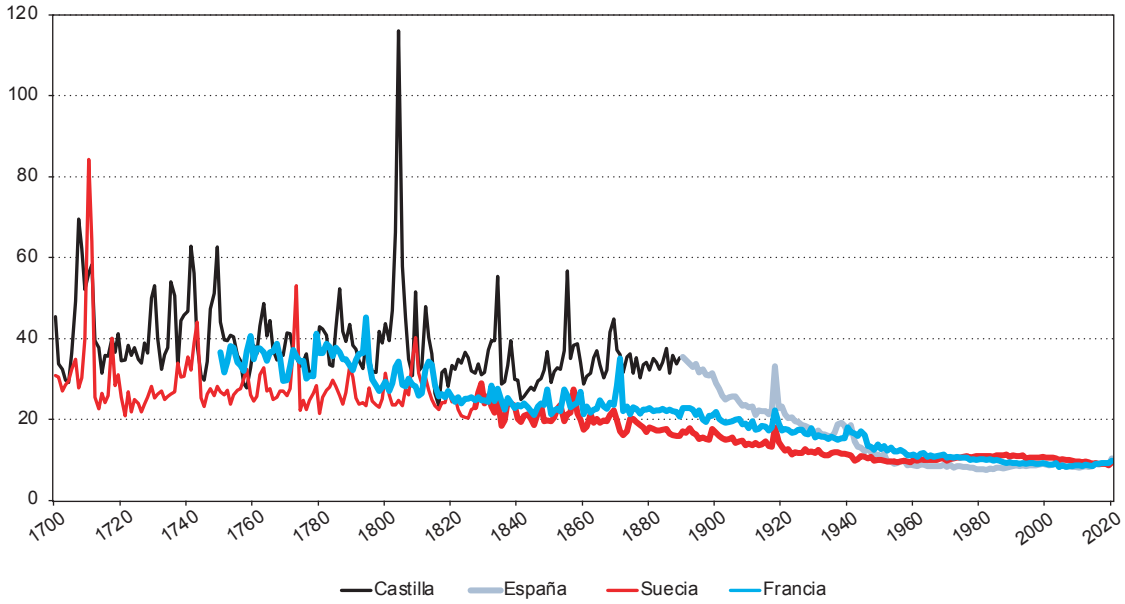
	Castilla			Suecia			Francia		
Periodos	Diferencial entre las tasas de mortalidad general (‰)	Diferencial entre las tasas de mortalidad ordinaria (‰)	Diferencial entre las tasas de mortalidad catastrófica (‰)	Diferencial entre las tasas de mortalidad general (‰)	Diferencial entre las tasas de mortalidad ordinaria (‰)	Diferencial entre las tasas de mortalidad catastrófica (‰)	Diferencial entre las tasas de mortalidad general (‰)	Diferencial entre las tasas de mortalidad ordinaria (‰)	Diferencial entre las tasas de mortalidad catastrófica (‰)
De 1700-1724 a 1725-1749	+1,93	+0,21	+1,72	-3,84	-0,41	-3,42	-	-	-
De 1725-1749 a 1750-1774	-5,38	-0,93	-4,44	+0,22	-0,59	+0,81	-	-	-
De 1750-1774 a 1775-1799	-0,15	-0,47	+0,33	-2,63	-0,94	-1,69	-0,86	-1,65	+0,78
De 1775-1799 a 1800-1824	+3,67	-1,30	+4,97	+0,48	-0,29	+0,76	-6,73	-7,07	+0,34
De 1800-1824 a 1825-1849	-8,67	-4,18	-4,49	-4,10	-3,14	-0,96	-3,37	-2,43	-0,94
De 1825-1849 a 1850-1874	+2,78	+2,73	+0,05	-2,02	-2,11	+0,09	-0,44	-1,23	+0,79
De 1850-1874 a 1875-1899	-	-	-	-3,22	-2,84	-0,39	-2,02	-1,04	-0,98

FUENTES: Castilla y España. Llopis, Pérez-Moreda, Sebastián, Sánchez-Salazar y Velasco (2021, p. 25). Suecia. De 1700 a 1748, Edvinsson (2015, p. 179); de 1749 a 2020, Estadística Oficial Sueca (SCB), «Population and Population Changes, 1749-2020». Francia. De 1746 a 1945, Chesnais (1986, pp. 526-530); de 1946 a 2020, Instituto Francés de Estadística (INSEE), serie «Demography-Average population of the year-Metropolitan France», identificador 000067671.

el 11,6 % de su población. El hecho de que el año precedente y el posterior también fuesen de crisis realza aún más la magnitud de dicha hecatombe demográfica. En cuanto a tasa bruta anual de mortalidad, el segundo valor más elevado fue el de Suecia en 1710: el 84,4 ‰. También en este caso hubo sobremortalidades importantes en el año precedente y, sobre todo, en el posterior. De modo que la crisis castellana de 1803-1805 y la sueca de 1709-1711 fueron las más severas, con bastante diferencia, de las regiones y países escrutados en esta investigación. Esta es una forma de acercarnos a la magnitud de los desastres demográficos, pero otra manera consiste en determinar las desviaciones de la tasa bruta de mortalidad con respecto a

FIGURA 1

TASAS BRUTAS DE MORTALIDAD EN CASTILLA (1700-1889), ESPAÑA (1890-2020), SUECIA (1700-2020) Y FRANCIA (1750-2020)
(En ‰)



FUENTES: Castilla y España. Llopis, Pérez-Moreda, Sebastián, Sánchez-Salazar y Velasco (2021, p. 25). Suecia. De 1700 a 1748, Edvinsson (2015, p. 179); de 1749 a 2020, Estadística Oficial Sueca (SCB), «Population and Population Changes, 1749-2020». Francia. De 1746 a 1945, Chesnais (1986, pp. 526-530); de 1946 a 2020, Instituto Francés de Estadística (INSEE), serie «Demography-Average population of the year-Metropolitan France», identificador 000067671.

los correspondientes valores *normales* de la misma, a fin de determinar la intensidad de cada una de las crisis.

En la Tabla 5 hemos reflejado los años en los que la sobremortalidad, durante los siglos XVIII y XIX, fue igual o superior al 50 %.

Entre 1700 y 1899, en Castilla y Suecia hubo siete y cinco años de crisis de mortalidad de intensidad igual o superior al 50 %, respectivamente. En Francia, de 1750 a 1899, solo uno[30]. Es significativo que en Castilla cuatro de esos siete años correspondan al siglo XIX, mientras que en Suecia ninguno de los mayores desastres demográficos tuvo lugar en el Ochocientos. Otro dato más acerca del retraso de Castilla con respecto a otros territorios de Europa occidental en materia de reducción de la mortalidad catastrófica y, en general, de inicio de la transición demográfica. En el caso de Francia, aparte de lo señalado en la nota 20, hemos de tener en cuenta que la Tabla 5 no incluye la mortalidad de crisis en la primera mitad del siglo XVIII.

En Castilla, todos los años de máxima mortalidad, excepto 1834 y 1855, formaron parte de episodios de crisis de dos o más años: 1707-1708, 1741-1742,

[30] A efectos comparativos, hemos de tener en cuenta la mayor extensión y, sobre todo, la superior población de Francia. En otras palabras: el tamaño no es completamente ajeno a los resultados.

TABLA 5

AÑOS DE CRISIS DE MORTALIDAD DE INTENSIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 50 % EN CASTILLA (1700-1899), SUECIA (1700-1899) Y FRANCIA (1750-1899)

Castilla		Suecia		Francia	
Año	Intensidad (%)	Año	Intensidad (%)	Año	Intensidad (%)
1707	56,8	1710	185,6	1871	52,2
1741	55,2	1711	124,9		
1749	57,6	1717	55,6		
1803	55,1	1743	52,4		
1804	161,8	1773	104,2		
1834	63,8				
1855	67,9				

FUENTES: Castilla y España. Llopis, Pérez-Moreda, Sebastián, Sánchez-Salazar y Velasco (2021, p. 26). Suecia. De 1700 a 1748, Edvinsson (2015, p. 179); de 1749 a 2020, Estadística Oficial Sueca (SCB), «Population and Population Changes, 1749-2020». Francia. De 1746 a 1945, Chesnais (1986, pp. 526-530); de 1946 a 2020, Instituto Francés de Estadística (INSEE), serie «Demography-Average population of the year-Metropolitan France», identificador 000067671.

1748-1749 y 1803-1805. En Suecia, todos, salvo 1717: 1709-1711, 1742-1743 y 1772-1773. En Francia, el único año en el que el exceso de mortalidad superó el 50 %, 1871, formó parte de una crisis de dos años consecutivos. Por consiguiente, los grandes desastres demográficos, en general, tuvieron una mayor duración en el siglo XVIII que en el XIX. Las crisis de mortalidad más severas fueron epidémicas o mixtas (epidémicas y de subsistencias). Las hambrunas, si bien no desaparecieron, se volvieron menos intensas y generalizadas en Europa en el siglo XVIII (Alfani & Ó Gráda, 2017, p. 11; Alfani, Mocarelli & Strangio, 2017, pp. 30-33).

Suecia tuvo dos episodios de mortalidad catastrófica extremadamente graves en 1709-1711 y en 1772-1773. El primero fue el de máximas sobremortalidades de todos los territorios considerados: aquellas ascendieron al 32,2 % en 1709, al 185,6 % en 1710 y al 124,9 % en 1711. Esta escabechina demográfica, acontecida en medio de una guerra, fue consecuencia fundamentalmente del último brote de peste bubónica en Suecia, que constituyó uno de los postreros en Europa occidental (Edvinsson, 2017, p. 248; Dribe, Olsson & Svensson, 2017, p. 196). Además, en una época de malos resultados agrarios, dicho país registró la cosecha de granos per cápita más baja del periodo 1665-1820 en, precisamente, 1711 (Edvinsson, 2008, pp. 52 y 59). Se trató, por tanto, de una crisis mixta, pero la descomunal mortalidad fue fruto de la elevadísima letalidad de la peste bubónica.

En los primeros años de la década de 1770 se sucedieron varias malas cosechas en diversas partes de Europa. Entonces la mortalidad se elevó en no pocos territorios, pero especialmente en las zonas de predominio del idioma alemán y en Escandinavia, excepto en Finlandia. En Suecia, las fiebres tifoideas, la disentería y la viruela, agravadas por la crisis política, el hambre y la malnutrición, fueron responsables de que el número de fallecidos se disparase en 1772 y 1773. En esta crisis sueca, los programas públicos para paliar el hambre, a diferencia de lo acontecido entonces

en otros países, como Francia o Gran Bretaña, fueron muy insuficientes y, por ende, las autoridades se vieron incapaces de frenar los desórdenes sociales y los movimientos migratorios en busca de subsistencias, que contribuyeron de manera importante a la difusión de las epidemias (Bengtsson & Brostöm, 2011, p. 125; Larsson, 2020, p. 409; Post, 1990, pp. 38-39, 44, 50-51 y 55-58).

En Castilla, en 1707-1711, la tasa bruta media anual de mortalidad fue del 57,8 ‰ y hubo cuatro años de crisis. La Guerra de Sucesión, el frío extremo (en 1708 y, sobre todo, en 1709), las cosechas cortas y una epidemia de tifus, cuya difusión se vio favorecida por los desplazamientos de las tropas, marcaron este terrible quinquenio (Pérez Moreda, 1980, pp. 329-334; Alberola, 2014, pp. 97-98; Llopis, Pérez Moreda, Sebastián, Sánchez Salazar & Velasco, 2021, pp. 27-28).

En la década de 1740 se registraron cuatro años de crisis de mortalidad en Castilla. En 1741-1742, el fuerte incremento de las defunciones fue fruto de malas cosechas provocadas por un agudo descenso térmico, que se percibió en buena parte de Europa, y de patologías pulmonares que afectaron especialmente a la población adulta. Por su parte, la sobremortalidad de 1748-1749 obedeció a la carestía, que no fue tan intensa como la de 1741-1742, y a varias enfermedades infecciosas que afectaron sobre todo a la población juvenil, entre las que sobresalieron la difteria y la viruela (Pérez Moreda, 1980, pp. 335-336; Ó Gráda, 2009, p. 19; Alfani & Ó Gráda, 2017, p. 10; Llopis, Pérez Moreda & Sebastián, 2015, pp. 77-81).

De la crisis de 1803-1805, la mayor, probablemente, de las registradas en Castilla tras la peste negra, nos ocuparemos con algo más de detalle en el siguiente apartado. En el siglo XIX, después de la Guerra de la Independencia, los mayores desastres demográficos en dicha región fueron provocados por el cólera morbo en 1834 y 1855. Hubo también brotes de esta enfermedad infecciosa en 1865 y 1885, pero el exceso de mortalidad no llegó a sobrepasar el 20 % en estos dos años (Fernández Sanz, 1990; Pérez Moreda, 1980, pp. 390-400).

La mortalidad catastrófica, también desde la óptica de las crisis individuales, fue mayor en España (antes en Castilla) que en Suecia y Francia en el siglo XX: la epidemia de gripe de 1918 provocó una sobremortalidad del 51,6 % en la primera nación, del 34,5 % en la segunda y del 25,6 % en la tercera.

En 2020, esta tónica ha vuelto a repetirse: el exceso de mortalidad inducido por la COVID-19 ha provocado, directa e indirectamente, un exceso de mortalidad del 16,2 % en España, del 5,0 % en Suecia y del 8,3 % en Francia.

En definitiva, desde comienzos del siglo XIX, Castilla o España han padecido de mayor mortalidad catastrófica y de crisis de más envergadura que Suecia y Francia.

5. La crisis de 1803-1805 y la gripe de 1918-1920

En Castilla, la descomunal crisis de los primeros años del siglo XIX había sido precedida de una década, la postrera del Setecientos, de mayor crecimiento económico, de impulso de la natalidad y de moderación de la mortalidad, pero también de incremento muy notable del endeudamiento del Estado, de deterioro de los niveles de vida de las familias cuyas rentas dependían casi exclusivamente de ingresos salariales y de fuertes desequilibrios macroeconómicos internos y externos, en buena parte inducidos por las guerras y sus secuelas, primero contra Francia y después contra Inglaterra, y por las irregularidades y paralizaciones en las transacciones internacionales, sobre todo en las transoceánicas (Llopis & Sebastián, 2019, pp. 14-57). Castilla fue el territorio español que registró unos desastres económicos y demográficos de mayor envergadura en los primeros años del siglo XIX, pero casi todas las regiones peninsulares padecieron una crisis de precios, de natalidad y/o de mortalidad en el cuatrienio 1802-1805. Amén de este contexto desfavorable en las áreas cercanas, las guerras napoleónicas,

el conflicto naval con Inglaterra, las perturbaciones en el comercio internacional, el relativamente alto precio de los granos en muchos mercados europeos, el incremento de la presión fiscal y la escasa capacidad operativa de los pósitos y de otras instituciones de beneficencia (la Real Hacienda se había apropiado de la mayor parte de sus fondos y patrimonios para evitar el desmoronamiento del crédito público) constituyeron parte del telón de fondo de la *tormenta* casi perfecta que se formó en Castilla en los albores del Ochocientos. Ahora bien, los principales factores determinantes del enorme descalabro demográfico y económico del trienio 1803-1805 fueron: *i)* la sucesión de varias malas y pésimas cosechas desde el año agrícola 1800/1801; *ii)* el estrangulamiento de los mercados fruto de numerosas revueltas populares, desde 1802, que indujeron o forzaron a las autoridades locales a solicitar, amparar o decretar la prohibición de la saca de granos; y *iii)* la difusión de importantes epidemias, favorecidas por las migraciones en busca de alimentos y trabajo, de tifus, paludismo y disentería. Se trató, pues, de una descomunal cuádruple crisis: agraria, social, institucional y epidémica. El Gobierno, debilitado por las disensiones políticas en el seno de los grupos dominantes y por los nuevos horizontes que habían abierto la Revolución de 1789 y la liquidación de la monarquía francesa, se mostró incapaz de frenar los desórdenes sociales y los movimientos migratorios de los *destituidos* de subsistencias, de evitar el colapso del mercado de cereales, de impedir que el hambre y la malnutrición alcanzasen a un porcentaje elevado de la población y de aliviar la situación del sinfín de personas que contrajeron una grave enfermedad infecciosa en estos años. Aparte de la tradicional intensificación del intervencionismo en el mercado de cereales y de organizar la importación de estos últimos, el Gobierno, ante la extrema gravedad de la situación, adoptó algunas medidas relativamente innovadoras y atrevidas para afrontar la crisis: *i)* la retención, hasta un máximo de la quinta parte, de todos los diezmos a fin de abastecer de granos a los pueblos para su consumo y para la sementera (Real Cédula de 8 de septiembre de 1803); *ii)* la reducción de la tercera, cuarta o quinta parte, según el cómputo provincial de la cosecha de 1803, de la renta de la tierra que tuviesen que satisfacer colonos y arrendatarios (Real Orden de 26 de diciembre de 1803); y *iii)* la promoción de un programa de obras públicas gestionado y financiado por los ayuntamientos (circulares de 7 de octubre de 1803 y de 17 de septiembre de 1804). La masiva defraudación en el pago de los diezmos, la lentitud de los trámites administrativos, las dificultades para la importación en un contexto de guerra y de escasez de alimentos en muchas zonas de Europa, el débil aparato estatal y la escasa disponibilidad de recursos financieros contribuyen a explicar el fracaso del Gobierno en su tentativa de paliar los efectos de esta tremenda crisis agraria y sanitaria (Llopis & Sánchez Salazar, 2016, pp. 295-322; Llopis & Alonso, 2021, pp. 135-157).

Para buena parte de la población castellana, la crisis de 1803-1805 puso de manifiesto la debilidad del Antiguo Régimen y la incapacidad de este para resolver sus problemas económicos básicos, especialmente el abasto de víveres esenciales, en tiempos de penuria. La experiencia de estos años contribuyó a que, cuando los ejércitos franceses ocuparon el territorio español en 1808, no pocos pequeños productores agrarios aprovecharan el vacío de poder y buscaran soluciones a su vulnerabilidad económica en la ocupación y roturación de tierras concejiles, transgrediendo claramente las normas del viejo sistema. Por consiguiente, la crisis de 1803-1805 fue un capítulo importante en el derrumbe del Antiguo Régimen (Llopis, 2013, pp. 78-85).

En Castilla, dos de los grandes *jinetes de la equiparación* se sucedieron casi sin solución de continuidad en los primeros años del siglo XIX: la catástrofe demográfica de 1803-1805 y la movilización masiva de la población en la Guerra de la Independencia. No es extraño, pues, que se registrase una moderación de las desigualdades económicas tras estos acontecimientos: en Castilla la Vieja, entre 1796-1804 y 1822-1830, la ratio salarios agrícolas reales/renta de

la tierra aumentó, impulsada también por la intensa demanda de trabajo generada por la marea roturadora en la segunda y en la tercera década del siglo XIX, nada menos que un 88,6 % (Llopis, 2013, p. 103). En suma, la crisis de 1803-1805, aparte de los efectos económicos desastrosos en el corto plazo, contribuyó de manera importante a revertir, al menos transitoriamente, la tendencia ascendente de la desigualdad económica en Castilla. Por tanto, contamos con otro caso en el que el movimiento de concentración de la renta y la riqueza en Europa, que se había iniciado en la segunda mitad del siglo XV y que se prolongó hasta finales del siglo XIX o comienzos del XX, registró involuciones transitorias.

La crisis de mortalidad de Francia de 1870-1871 fue consecuencia de la difusión de varias epidemias, entre las que sobresalió la de viruela, favorecida por los desplazamientos de soldados durante la guerra franco-prusiana, y de la fuerte contracción agraria y económica. En 1871, entre la población de 1 a 4 años, el exceso de mortalidad alcanzó el 105,9 %. Por su parte, el PIB por habitante de 1870 y 1871 fue inferior en un 5,0 y en un 4,7 % a las correspondientes medias móviles truncadas de 11 años (Smallman-Raynor & Cliff, 2002, pp. 242-243; Rolleston, 1933, p. 179; Toutain, 1996, pp. 894-902 y 1997)[31].

La gripe de 1918-1920 ha sido la catástrofe sanitaria global más importante del siglo XX y su recuerdo aún perdura en la memoria colectiva. Es imposible precisar cuántos millones de personas fallecieron en el planeta como consecuencia de esta pandemia, pero la mayor parte de los especialistas consideran muy probable que haya matado a cerca o a más de 50 millones de personas[32] y que haya infectado a unos 500 millones (Johnson & Mueller, 2002, pp. 105-115; Echeverri, 2018, p. 18; Spinney, 2018, p. 14). Por tanto, la gripe de 1918 fue, casi con entera seguridad, más mortífera que la Primera Guerra Mundial y resulta verosímil que haya constituido la plaga de la historia de la humanidad que ocasionase, en términos absolutos, un mayor número de víctimas. Al estallar esta pandemia en medio de la Gran Guerra, en Estados Unidos y en los países europeos beligerantes no solo se prestó poca atención al desarrollo de esta enfermedad, sino que a menudo se censuraron las informaciones sobre la gravedad de la misma. Además, al coincidir con el conflicto bélico, resulta muy difícil analizar las secuelas económicas de esta pandemia debido a que se solaparon con las de la Gran Guerra.

En una muestra de 48 países que albergaban hacia 1918 al 92 % de la población mundial, Barro, Ursúa y Weng (2020) han estimado que las secuelas de la gripe de 1918-1920 redujeron el PIB un 6,2 % y las de la Primera Guerra Mundial un 8,4 %. Dicha pandemia también tuvo efectos económicos en el medio y largo plazo, ya que destruyó capital humano, deterioró la salud de muchas personas y empeoró el desempeño educativo de bastantes jóvenes (Almond, 2006, pp. 672-712; Mazumder, Almond, Park, Crimmins & Finch, 2010, pp. 26-34).

Los efectos de esta pandemia pusieron a prueba la capacidad de respuesta de los países ante una crisis sanitaria generalizada. Hubo ciertos avances en la lucha contra un virus descontrolado: la limitación de contactos y de eventos multitudinarios, el uso de mascarillas y, ante todo, la celeridad en la adopción de medidas (Martin , Bootsma & Ferguson, 2007, pp. 7588-7593). Estas experiencias serían útiles para afrontar algo mejor pertrechados posteriores crisis, como la actual de COVID-19.

En España, en los tres brotes de la pandemia de 1918-1920 resultaron contagiados unos 8 millones de personas, más de la tercera parte de la población, y murieron entre 200.000 y 260.000. En nuestro país, los destrozos demográficos de esta gripe fueron más intensos que los registrados en la mayoría de naciones desarrolladas. Al igual que en los demás territorios, esta plaga afectó especialmente a los jóvenes adultos, lo que generó una notable pérdida de capital humano. Aparte de

[31] Cálculos a partir de https://clio-infra.eu/ (consulta 19/07/2021).

[32] Algunos autores estiman que el número total de fallecidos en el mundo debido a esta enfermedad no llegó a los 25 millones (Spreeuwenberg, Kroneman & Paget, 2018, pp. 2561-2567).

los agudos contrastes regionales, dicha pandemia resultó más letal para la población rural y para los trabajadores con menores retribuciones (Trilla, Trilla & Daer, 2008, pp. 668-673; Basco, Domènech & Rosés, 2021, pp. 12-24; Llopis, Pérez Moreda, Sebastián, Sánchez Salazar & Velasco, 2021, p. 29). La gravedad de las secuelas demográficas y económicas de la pandemia reforzó las presiones para que se llevasen a cabo diversas reformas sociosanitarias, pero los problemas financieros de las Administraciones públicas, entre otros, impidieron que muchas viesen pronto la luz y que otras fuesen plenamente desarrolladas. De modo que los avances en este terreno fueron modestos (Porras, 2020, pp. 202-213).

6. Conclusiones

En el mundo occidental, tras un paréntesis de un siglo a raíz de la gripe de 1918-1920, el fenómeno recurrente de las epidemias y de la mortalidad catastrófica ha reaparecido con la COVID-19. En este artículo hemos reparado en algunos de los hitos fundamentales de la historia de las crisis de mortalidad en Europa, América, Castilla y España desde el inicio de la era cristiana hasta 1920. De esta indagación podrían inferirse las siguientes conclusiones:

1) En Europa, la peste ha sido el principal factor determinante de las mayores catástrofes demográficas. Este continente padeció dos largos ciclos de dicha epidemia: desde el año 540 hasta la década de 760 y desde 1347 hasta el siglo XVIII. En total, más de seis centurias.

2) La peste negra ha constituido, con diferencia, la pandemia más importante y letal de la era cristiana: provocó, probablemente, la muerte de más del 30 % de los europeos en menos de una década, entre 1347 y 1353. Sus efectos económicos a corto y medio plazo fueron de naturaleza y cariz muy diferentes que sus secuelas a largo plazo. Esta pandemia ocasionó, además de una agudización de los conflictos sociales, el hundimiento de la producción y del consumo, la ruptura de actividades comerciales y el resquebrajamiento de los equilibrios macroeconómicos. Sin embargo, la carestía del factor trabajo y el cierto debilitamiento de los grupos dominantes acabaron alentando cambios en los métodos de producción y propiciando ciertas reformas políticas que impulsaron el desarrollo económico, militar y marítimo de Europa. Y ello hizo posible que este continente alcanzara la hegemonía mundial y protagonizara la interconexión entre las principales áreas económicas del planeta en la primera mitad del siglo XVI. Además, el desplome demográfico provocado por la peste negra favoreció una significativa reducción de las desigualdades económicas hasta mediados del siglo XV.

3) Las grandes epidemias de viruela, gripe, sarampión y *cocoliztli*, subsiguientes al choque microbiano entre europeos y nativos, fueron la principal causa del desplome de la población indígena americana en el siglo siguiente a la llegada de Colón al Nuevo Mundo.

4) En Castilla, la mortalidad catastrófica se moderó considerablemente en la segunda mitad del siglo XVIII, pero registró un alza espectacular en el primer cuarto del XIX. En dicha región, el índice sintético de crisis de mortalidad del Ochocientos apenas retrocedió un 6,8 % con respecto al del Setecientos.

5) En el siglo XVIII, la mortalidad catastrófica aún fue mayor en Suecia que en Castilla. Sin embargo, en la siguiente centuria, el índice sintético de mortalidad de crisis de la citada región española más que duplicó al de dicho país de Europa septentrional y al de Francia. Y ello era fruto, fundamentalmente, de que las crisis de mortalidad eran bastante más intensas en Castilla que en esos dos territorios del viejo continente.

6) Tanto en el siglo XX como en lo que llevamos de XXI, la mortalidad extraordinaria ha sido significativamente mayor en España que en Suecia y Francia.

7) Entre 1700 y 1899, el exceso de mortalidad superó el 50 % en siete años en Castilla y en cinco en Suecia. De 1750 a 1899, este fenómeno solo se produjo en un año en Francia.

8) El episodio de mayor incremento de la tasa bruta de mortalidad tuvo lugar en Suecia en 1709-1711, trienio en el que coincidieron la peste, el año de cosecha

más corta del periodo 1665-1820 y un conflicto bélico. Ahora bien, fue en Castilla donde dicha tasa registró el máximo absoluto: en 1804, aquella alcanzó el 116,0 ‰. La catástrofe demográfica y económica de dicha región en 1803-1805 fue el resultado de la interacción de cuatro crisis: agraria, social, institucional y epidémica. Y constituyó el primer capítulo importante del derrumbe del Antiguo Régimen en España.

Referencias bibliográficas

Alberola, A. (2014). *Los cambios climáticos. La Pequeña Edad del Hielo en España*. Cátedra.

Alfani, G. (2021). Economic Inequality in Preindustrial Times: Europe and Beyond. *Journal of Economic Literature*, *59*(1), 3-44.

Alfani, G. & Murphy, T. E. (2017). Plague and Lethal Epidemics in the Pre-industrial World. *Journal of Economic History*, *77*(1), 314-343.

Alfani, G. & Ó Gráda, C. (2017). Famines in Europe: An Overview. In G. Alfani & C. Ó Gráda (Eds.), *Famine in European History* (pp. 1-24). Cambridge University Press.

Alfani, G., Gierok, V. & Schaff, F. (2020). Economic Inequality in Preindustrial Germany, ca. 1300-1850. *Stone Center on Socio-economic Inequality,* Working Paper No. 03.

Alfani, G., Mocarelli, L. & Strangio, D. (2017). Italy. In G. Alfani & C. Ó Gráda (Eds.), *Famine in European History* (pp. 25-47). Cambridge University Press.

Allen, R. C. (2001). The Great Divergence in European Wages and Prices from de Middle Ages to the First World War. *Explorations in Economic History*, *38*(4), 411-447.

Almond, D. (2006). Is the 1918 Influenza Pandemic Over? Long-Term Effects of *In Utero* Influenza Exposure in the Post-1940 U. S. Population. *Journal of Political Economy*, *114*(4), 672-712.

Álvarez-Nogal, C., Prados de la Escosura, L. & Santiago-Caballero, C. (2020). Economic effects of the Black Death: Spain in European Perspective. *Economic History Research*, *16*(4), 35-48.

Arroyo Abad, L., Davies, E. & van Zanden, J. L. (2012). Between conquest and independence: Real wages and demographic change in Spanish America, 1530-1820. *Explorations in Economic History*, *49*(2), 149-166.

Barro, R. J., Ursúa, J. F. & Weng, J. (2020). The coronavirus and the great influenza pandemic: lessons from the ´Spanish flu´ for the coronavirus´s potential effects on mortality and economic activity. *NBER, National Bureau of Economic Research*, Working Paper No. 26866.

Basco, S., Domènech, J. & Rosés, J. R. (2021). Unequal Mortality during the Spanish Flu. *Working Papers in Economic History 2021-04*. Universidad Carlos III de Madrid.

Benedictow, O. J. (2011). *La Peste Negra, 1346-1353. La historia completa*. Akal.

Bengtsson, T. & Broström, G. (2011). Famines and mortality crisis in 18th to 19th century southern Sweden. *Genus: Journal of Population Sciences*, *67*(2), 119-139.

Blayo, Y. (1975). Mouvement naturel de la population française de 1740 à 1829. *Demographie historique*, *Population*, *30*(1), 15-64.

Bois, G. (2001). *La gran depresión medieval: siglos XIV-XV: el precedente de una crisis sistémica*. Biblioteca Nueva. Universitat de València.

Bootsma, M. C. J. & Ferguson, N. M. (2007). The effect of public health measures on the 1918 influenza pandemic in U.S. cities. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *104*(18), 7588-7593.

Calderón, A. (2014, 23-25 de julio). Las crisis demográficas de la Nueva España en el siglo XVI: nuevas perspectivas de un viejo debate. En A. Calderon, E. Llopis & M. I. Moraes (Coordinadores), *Las grandes crisis y depresiones económicas en Iberoamérica y la Península Ibérica, 1300-*2013. Simposio 26. IV Congreso Latinoamericano de Historia Económica, CLADHE. Bogotá.

Campbell, B. M. S. (2016). *The Great Transition: Climate, Disease and Society in the Late-Medieval World*. Cambridge University Press.

Chesnais, J-C. (1986). *La transition démographique. Etapes, formes, implications économiques. Étude de séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays*. INED, Presses Universitaires de France.

Clio infra. https://clio-infra.eu/

Comisión de Estadística General del Reino. (1858). *Nomenclátor de los Pueblos de España*. Imprenta Nacional.

Del Panta, L. & Livi-Bacci, M. (1977). Chronologie, intensité et diffusion des crises de mortalité en Italie: 1600-1850. *Population*, *32*(1), 401-446.

Denevan, W. M. (1992). *The Native Population of the Americas in 1492*. University of Wisconsin Press.

Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico. (1891). *Censo de la población de España según el empadronamiento hecho en 31 de diciembre de 1887*. Imprenta de la Dirección General del Instituto Geográfico y Estadístico.

Dribe, M., Olsson, M. & Svensson, P. (2017). Nordic Europe. In G. Alfani & C. Ó Gráda (Eds.), *Famine in European History* (pp. 185-211). Cambridge University Press.

Echeverri, B. (2018). En el centenario de la gripe española: un estado de la cuestión. *Revista de Demografía Histórica*, *36*(1), 17-42.

Edvinsson, R. B. (2008). Harvests, prices and population in early modern Sweden. *Stockholm Papers in Economic History*, 1.

Edvinsson, R. B. (2015). Recalculating Swedish pre-census demographic data: Was there acceleration in early modern population growth? *Cliometrica*, *Journal of Historical Economics and Econometric History, 9*(2), 167-191.

Edvinsson, R. B. (2017). The response of vital rates to harvest fluctuations in pre-industrial Sweden. *Cliometrica*, *11*(2), 245-268.

Fernández Sanz, J. J. (1990). *1885: el año de la vacunación Ferrán. Trasfondo político, médico, sociodemográfico y económico de una epidemia*. Fundación Ramón Areces.

Flinn, M. W. (1974). The Stabilisation of Mortality in Preindustrial Western Europe. *The Journal of European Economic History*, *3*(2), 285-318.

Flinn, M. W. (1989). *El sistema demográfico europeo 1500-1820*. Crítica.

Floud, R., Fogel, R. W., Harris, B. & Hong, S. C. (2011). *The Changing Body: Health, Nutricion and Human Development in the Western World since 1700*. Cambridge University Press.

García Montero, H. (2015). Long-term Trends in Wealth Inequality in Catalonia, 1400-1800: Initial Results. *DONDENA,*"Carlo F. Dondena" Centre for Research on Social Dynamics, Working Paper No. 079. Università Commerciale Luigi Bocconi.

Gómez Redondo, R. M. (1992). *La mortalidad infantil española en el siglo XX*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Siglo XXI de España Editores.

Henry, L. & Blayo, Y. (1975). La population de la France de 1740 à 1860. *Population*, *30*(1), 71-122.

INE, Instituto Nacional de Estadística. (2021). *Principales series desde 1971. Población residente por fecha, sexo y edad.* INEbase. https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=31304

INSEE, Institut national de la statistique et des études économiques. (2021). *Demography-Average population of the year-Metropolitan France.* Identificador 000067671. https://www.insee.fr/en/statistiques/serie/000067671

Johnson, N. P. A. S. & Mueller, J. (2002). Updanting the Accounts: Global Mortality of the 1918-1920 ´Spanish´Influenza Pandemic. *Bulletin of the History of Medicine*, *76*(1), 105-115.

Jordá, Ó., Singh, S. R. & Taylor, A. M. (2020). Longer-run economic consequences of pandemics. *NBER*, *National Bureau of Economic Research*, Working, Papers No. 26934. Cambridge.

Larsson, D. (2020). Diseases in Early Modern Sweden: A Parish-Level Study 1631-1775. *Scandinavian Journal of History*, *45*(4), 407-432.

Livi-Bacci, M. (1978). *La Société Italienne devant les Crises de Mortalité*. Universita di Firenze, Dipartimento Statistico.

Livi-Bacci, M. (1988). *Ensayo sobre la historia demográfica europea: población y alimentación en Europa*. Ariel.

Livi-Bacci, M. (2006). *Los estragos de la conquista: quebranto y declive de los indios de América*. Crítica.

Llopis, E. (2013). España entre la revolución francesa y la era ferroviaria: convulsiones, crisis y crecimiento económico. En J. A. Gutiérrez & F. J. Martínez (Eds.), *Cinco estudios sobre crisis económicas en la historia de España* (pp. 60-128). Editorial de la Universidad de Cantabria.

Llopis, E. & Alonso, E. (2021). ¿Por qué fue tan descomunal la crisis de 1803-1805 en Castilla? *Boletín de la Real Academia de la Historia*, Tomo CCXVIII, Cuaderno 1, 135-158.

Llopis, E. & Sánchez Salazar, F. (2016). The crisis of 1803-1805 in the two Castile: foodstuff, mortality and institutional collapse. *Revista de Historia Económica-Journal of Iberian and Latin American Economic History*, *34*(2), 295-322.

Llopis, E. & Sebastián, J. A. (2019). Aclarando tintes demasiado oscuros. La economía española en el siglo XVIII. *Cuadernos Dieciochistas*, 20, 13-67.

Llopis, E. & Sotoca, S. (2005). Antes, bastante antes: la primera fase de la integración del mercado español de trigo, 1725-1808. *Historia Agraria,* 36, 225-262.

Llopis, E., Pérez Moreda, V. & Sebastián, J. A. (2015). Algunas sombras en el Siglo de las Luces. La sobremortalidad adulta en el interior castellano a mediados del Setecientos. En J. L. García Ruiz & J. M. Ortiz-Villajos (Eds.), *Ensayos de Historia y Pensamiento Económicos. En homenaje al Profesor Juan Hernández Andreu* (pp. 69-82). Delta Publicaciones.

Llopis, E., Pérez Moreda, V., Sebastián, J. A., Sánchez Salazar, F. & Velasco, Á. L. (2021). La pandemia de COVID-19 en 2020 en perspectiva histórica: epidemias y crisis de mortalidad en los tres últimos siglos en Castilla y España. *Investigaciones de Historia Económica-Economic History Research, 17*(2), 19-31.

Llopis, E., Sebastián, J. A., Abarca, V. & Velasco, Á. L. (2021, 28-30 de junio). Mortalidad, salud y bienestar en la Castilla rural en los siglos XVIII y XIX. En J. Puche & F. J. Marco-Gracia (Coords.), *Sesiones Simultáneas III. 3.1. Niveles de vida biológicos y salud en el mundo rural ibérico, siglos XVIII-XXI*. III Congreso Internacional-XVII Congreso de Historia Agraria de la SEHA. Salamanca.

Martín-Aceña, P. (2021). *La guerra eterna. Grandes pandemias de la historia*. Galaxia Gutenberg.

Mazumder, B., Almond, D., Park, K., Crimmins, E. M. & Finch, C. E. (2010). Lingering prenatal effects of the 1918 influenza pandemic on cardiovascular disease. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, *1*(1), 26-34.

Milanovic, B. (2019). Income level and Income Inequality in the Euro-Medirerranean Region, C. 14-700. *The review of income and wealth*, *65*(1), 1-20.

Nicolau, R. (2005). Población, salud y actividad. En A. Carreras & X. Tafunell (Eds.), *Estadísticas históricas de España, siglos XIX y XX*, *1* (pp. 77-154). Fundación BBVA.

Ó Gráda, C. (2009). *Famine. A Short History*. Princeton University Press.

Pamuk, S. (2007). The Black Death and the origins of the ´Great Divergence´ across Europe, 1300-1600. *European Review of Economic History*, *11*(3), 289-317.

Pérez Moreda, V. (1980). *Las crisis de mortalidad en la España interior, siglos XVI-XIX*. Siglo XXI de España.

Pérez Moreda, V. (1984). Evolución de la población española desde finales del Antiguo Régimen. *Papeles de economía española*, 20, 20-38.

Pérez Moreda, V. (2010). Las crisis demográficas del periodo napoleónico en España. En E. La Parra (Ed.), *La guerra de Napoleón en España: reacciones, imágenes, consecuencias* (pp. 305-332). Universidad de Alicante/Casa de Velázquez.

Pérez Moreda, V. (2017). Spain. In G. Alfani & C. Ó Gráda (Eds.), *Famine in European History* (pp. 48-72). Cambridge University Press.

Pérez Moreda, V., Reher, D.-S. & Sanz, A. (2015). *La conquista de la salud. Mortalidad y modernización en la España contemporánea*. Marcial Pons.

Pfister, U. & Fertig, G. (2010). The Population History of Germany: Research Strategy and Preliminary Results. *MPIDR, Max Planck Institute for Demographic Research,* Working Paper No. 2010-035.

Porras, M. I. (2020). *La gripe española, 1918-1919*. Los Libros de la Catarata.

Post, J. D. (1990). The Mortality Crises of the Early 1770s and European Demographic Trends. *Journal of Interdisciplinary History*, *21*(1), 29-62.

Reis, J. (2017). Deviant Behaviour? Inequality in Portugal 1565-1770. *Cliometrica*, *11*(3), 297-319.

Rolleston, J. D. (1933). The Smallpox Pandemic of 1870-1874: President´s Address. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, *27*(2), 177-192.

Sarasúa, C. (2019). Women's work and structural change: occupational structure in eighteenth-century Spain. *Economic History Review*, *72*(2), 481-509.

SCB, Estadística Ofical Sueca. *Population and Population Changes, 1749-2020*. https://www.scb.se/en/finding-statistics/statistics-by-subject-area/population/population-composition/population-statistics/pong/tables-and-graphs/yearly-statistics--the-whole-country/population-and-population-changes/

Scheidel, W. (2018). *El gran nivelador. Violencia e historia de la desigualdad desde la Edad de Piedra hasta el siglo XXI*. Crítica.

Schofield, R. S. & Reher, D. S. (1994). El descenso de la mortalidad en Europa. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, *12*(1), 9-32.

Smallman-Raynor, M. & Cliff, A. D. (2002). The Geographical Transmission of Smallpox in the Franco-Prussian War: Prisoner of War Camps and Their Impact upon Epidemic Diffusion Processes in the Civil Settlement System of Prussia, 1870-71. *Medical History*, *46*(2), 241-264.

Spinney, L. (2018). *El jinete pálido. 1918: La epidemia que cambió el mundo*. Crítica.

Spreeuwenberg, P., Kroneman, M. & Paget , J. (2018). Reassessing the Global Mortality Burden of the 1918 Influenza Pandemic. *American Journal of Epidemiology*, *187*(12), 2561-2567.

Toutain, J.-C. (1996). Comparaison entre les différentes évaluations du produit intérieur brut de la France de 1815 à 1938 ou L´histoire économique quantitative a-t-elle un sens? *Revue économique*, *47*(4), 893-919.

Trilla, A., Trilla, G. & Daer, C. (2008). The 1918 ´Spanish Flu´ in Spain. *Clinical Infectious Diseases*, *47*(5), 668-673.

van Zanden, J. L. (2009). *The Long Road to the Industrial Revolution. The European Economy in a Global Perspective, 1000-1800*. Brill.

Voigtländer, N. & Voth, H. J. (2013). The Three Horsemen of Riches: Plague, War, and Urbanization in Early Modern Europe. *The Review of Economic Studies*, *80*(2), 774-811.

Revista de Economía

ICE

Información Comercial Española

SUSCRÍBETE A LA NEWSLETTER DE REVISTAS ICE Y RECIBE TODAS LAS NOVEDADES EN TU CORREO