

LA POBLACIÓN TIJOLEÑA DURANTE LA RESTAURACIÓN (1875-1931)

EDUARDO DE LOS REYES PEIS

Doctor en Demografía Histórica.
Miembro del Comité Organizador del VII
Congreso de la Asociación de Demografía Histórica 2004.
Universidad de Granada.

1. INTRODUCCIÓN

La demografía es el estudio estadístico de las poblaciones humanas atendiendo a tres aspectos básicos: su dimensión y distribución geográfica, su composición (sexo, edad, profesión, nivel cultural, lugar de nacimiento, etc.) y su evolución.

De estos tres aspectos, el que más valor tiene para el conocimiento de la historia es el tercero, por eso a la rama de la demografía que estudia la evolución de las poblaciones humanas y los factores que han influido en su desarrollo se la denomina demografía histórica, porque convierte al estudio de la población en un verdadero testigo de la historia.

La evolución de la población está determinada por tres elementos básicos: nacimientos, defunciones y migraciones. Los dos primeros intervienen en lo que Jacques Vallin llamó la aritmética de la vida y la muerte¹, porque los nacimientos suman población y las defunciones la restan. Pero hay otro elemento que, según las épocas, puede determinar la propia evolución de una población: las migraciones, ya que estos movimientos también pueden sumar individuos a una población (inmigraciones) o restarlos (emigraciones).

¹ J. Vallin (1990): La evolución de la mortalidad por causas en Francia desde 1925: problemas y soluciones. Boletín ADEH, VIII, nº 2, págs. 11-36.

Este acercamiento a la población tijoleña nos enseñará que la historia no es algo ajeno a nosotros sino que influye y es influida constantemente por los avatares de todos los ciudadanos anónimos que componen un país, una región o, como en este caso, un pueblo del Alto Almanzora.

No está en mi ánimo cansarles a Uds. con un sinfín de datos sobre el número de habitantes de Tíjola a lo largo de una serie de años sino, más bien el de hacerles reflexionar sobre la tendencia que esos datos revelan y tratar de analizar las causas y consecuencias de los mismos.

2. EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN

Ampliando un poco los límites cronológicos en los que nos estamos moviendo, podemos ver cuál ha sido la evolución de la población desde mediados del siglo XVIII hasta 1991 (Gráfico 1). Como puede comprobarse, la curva de la tendencia dibuja cuatro movimientos a lo largo de estos años: un crecimiento continuo hasta comienzos del siglo XX, un largo estancamiento hasta el final de la guerra civil, un breve repunte hasta 1950 (momento de máximo crecimiento de la población, con 4.357 habitantes) y, desde entonces, una nueva caída que, a tenor de los datos del censo de 2001, vuelven a situar a la población en torno a los 3600 habitantes, cifra próxima a la alcanzada alrededor de 1920. El período que ahora estudiamos, la Restauración, se sitúa, por tanto, entre los dos primeros movimientos: hacia 1875 la población de Tíjola estaba en pleno crecimiento demográfico, mientras que en los años veinte se había iniciado ya la larga fase de estancamiento demográfico.

Si comparamos el incremento de la población habido a lo largo de este período de la Restauración en distintas áreas geográficas, vemos que hay dos momentos claramente diferenciados (Gráfico 2). Entre 1860-1900 la población almeriense creció un 14%, la andaluza y la española un 19%, la población de Tíjola creció en el mismo período un 29%.

Gráfico 1: Población de Tijola (1752-1991)

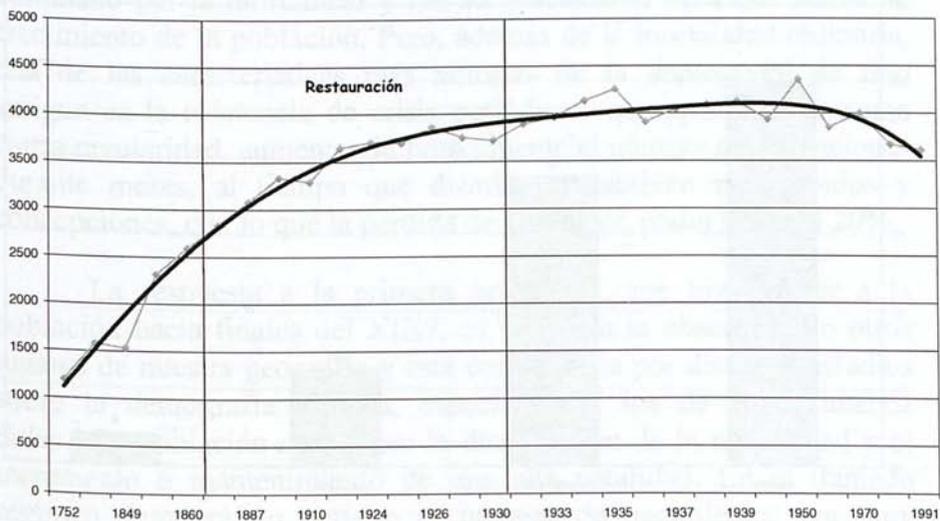


Gráfico 2: Incremento de la población (%)

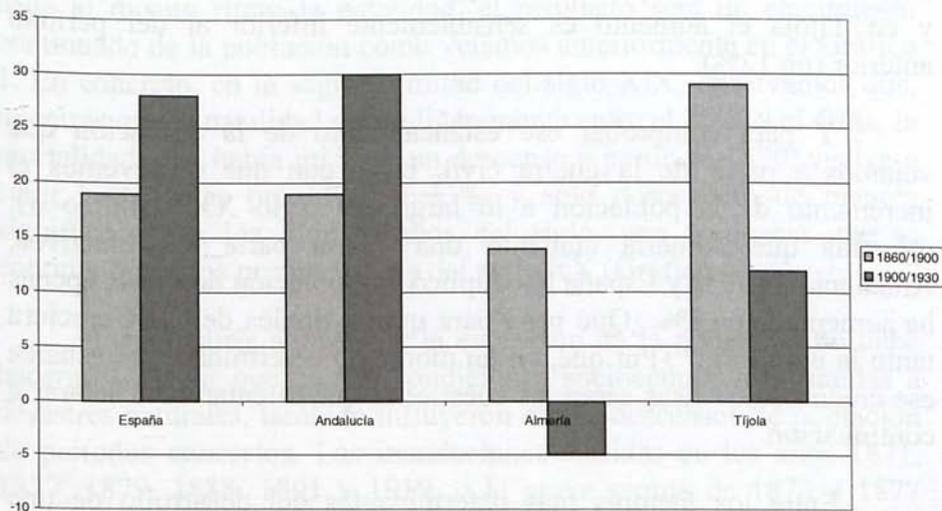
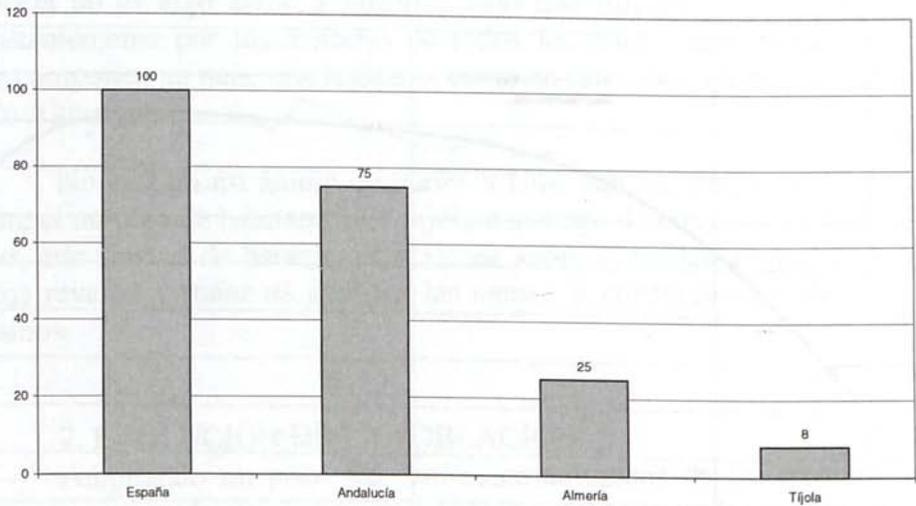


Gráfico 3: Incremento de la población en el s. XX (%)



Sin embargo, en el primer tercio del siglo XX, las cosas han cambiado: en España y Andalucía la población ha aumentado bastante más (28% y 30%, respectivamente), en Almería ha disminuido un 5% y en Tíjola el aumento es sensiblemente inferior al del período anterior (un 12%).

Y para comprobar ese estancamiento de la población que veíamos a partir de la guerra civil, basta con que observemos el incremento de la población a lo largo del siglo XX (Gráfico 3): mientras que Almería aumentó una cuarta parte sus efectivos, Andalucía un 75% y España los duplicó, la población de Tíjola apenas ha aumentado un 8%. ¿Qué pasó para que, a finales del XIX creciera tanto la población? ¿Por qué, en un momento determinado, se estanca ese crecimiento? Esas serán las cuestiones que intentaremos aclarar a continuación.

Entre los factores más determinantes del desarrollo de una población está la mortalidad, tanto la mortalidad “ordinaria”, como la mortalidad catastrófica. La mortalidad ordinaria es la predominante en años normales (sin catástrofes como guerras, carestías o epidemias); en estos años normales el principal componente de la mortalidad será el elevado número de muertes de niños y adolescentes. El llamado antiguo régimen demográfico, que en nuestro país empieza a

desaparecer, precisamente, en la época de la Restauración, estuvo dominado por la mortalidad y fue su descenso el principal factor de crecimiento de la población. Pero, además de la mortalidad ordinaria, una de las características más notorias de la demografía de tipo antiguo es la existencia de crisis periódicas, que aparecían con una cierta regularidad, aumentando bruscamente el número de defunciones durante meses, al tiempo que disminuían también matrimonios y concepciones, con lo que la pérdida de población podía llegar al 20%.

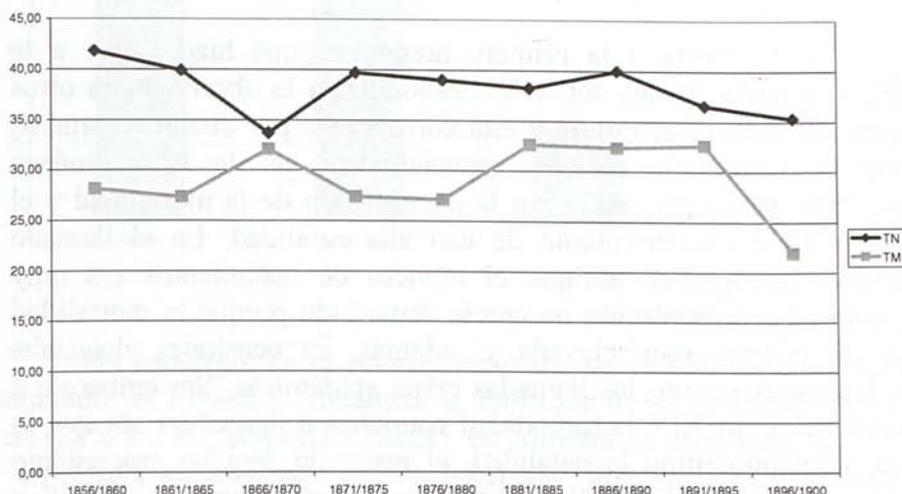
La respuesta a la primera pregunta, ¿qué hizo crecer a la población hacia finales del XIX?, es similar a la observada en otros lugares de nuestra geografía y está corroborada por distintos estudios sobre la demografía tijoleña, especialmente los de Juan Jiménez Salas.² La población creció por la disminución de la mortalidad y el incremento o mantenimiento de una alta natalidad. En el llamado régimen demográfico antiguo el número de nacimientos era muy elevado pero la población no crecía demasiado porque la mortalidad era, así mismo, muy elevada y, además, en ocasiones alcanzaba niveles excesivos, en las llamadas crisis epidémicas. Sin embargo, a finales del siglo XIX la mortalidad comienza a descender sin que lo haga al mismo ritmo la natalidad, el resultado será un crecimiento continuado de la población como veíamos anteriormente en el Gráfico 1. En concreto, en la segunda mitad del siglo XIX, observamos que, mientras que la natalidad oscila ligeramente entre el 35‰ y el 40‰, la mortalidad, que había iniciado un descenso a partir de 1870, vuelve a subir hasta cotas próximas al 33‰ y sólo descenderá de manera significativa en los últimos años del siglo, una tendencia que se continuaría en los primeros años del siglo XX (Gráfico 4).

Este análisis somero de la evolución de la población no debe hacernos olvidar que ciertas condiciones socioeconómicas, unidas a desastres naturales, también influyeron en los descensos de población de períodos concretos. Las inundaciones sufridas en los años 1871, 1877, 1879, 1888, 1891 y 1919, o la grave sequía de 1873 a 1877 pudieron provocar, sin duda, la ruina de algunos tijoleños y el hambre de otros muchos que se verían obligados a emigrar para buscarse el

² Jiménez Salas, Juan (1992): *Tijola. Desde finales del Antiguo Régimen a la modernidad*. Ediciones Anel. Granada. La generosidad de este autor me ha permitido acceder también a otros datos no publicados aún sobre la demografía tijoleña, procedentes de su tesis doctoral.

sustento, pero las difíciles comunicaciones impidieron, hasta finales del XIX, que esas migraciones adoptaran un carácter masivo y, además, quedaban compensadas por el crecimiento natural de la población.

Gráfico 4: Tíjola. Tasas de Natalidad y Mortalidad (%)



3. CAUSAS DE LA ALTA NATALIDAD

¿Por qué nacían tantos niños? Básicamente porque en sociedades de escaso desarrollo socioeconómico un niño siempre es una fuente de ingresos (ahora es una fuente de gastos) y porque, con unas tasas de mortalidad infantil tan elevadas, tener varios niños era una cuestión casi vital para asegurar el cuidado y mantenimiento de los padres, una vez se hicieran viejos. No hay que olvidar que en esta época no existía nada parecido a la Seguridad Social y, por tanto, nadie podía esperar cobrar una pensión cuando fuera mayor. A ello habría que sumar otro tipo de factores como la escasa información y recursos sobre métodos y medios anticonceptivos o, incluso, factores políticos o socioculturales, entre los que cabe destacar el papel de la religión.

4. CAUSAS DE LA ALTA MORTALIDAD

¿Qué causas mantenían tan elevada la mortalidad y por qué, a finales del siglo XIX ésta empieza a descender? Para responder a esa

pregunta habría que ver primero de qué se moría la gente. Diversos estudios sobre las enfermedades de otras épocas permiten deducir dos cosas:

a) Que las enfermedades infecto-contagiosas tuvieron un papel preponderante en la morbilidad y mortalidad (ordinaria y de crisis) hasta bien entrado el siglo XX. La disminución acelerada de estas causas en las sociedades más avanzadas se inicia a partir de 1870, con los descubrimientos en microbiología e inmunología (Pasteur)

b) Que las enfermedades de más relevancia en las crisis de mortalidad históricas (epidemias) fueron, además de la peste (Edad Media y Moderna), el tifus, paludismo, fiebre amarilla, cólera y, ya en el siglo XX, la gripe. Frente a ellas, otras como viruela, sarampión, difteria, escarlatina, etc., provocaron crisis de menor intensidad pero, en forma de endemia, sostuvieron elevada la mortalidad durante muchos años considerados normales.

También en Tíjola, estudios recientes, como el citado de Juan Jiménez Salas, demuestran que las principales causas de muerte estaban relacionadas con enfermedades infecciosas, sobre todo las transmitidas por el agua y los alimentos. En concreto, sus datos revelan que, en el último tercio del siglo XIX, el 55% de las muertes registradas en el Alto Almanzora correspondían a niños con menos de 15 años de edad. Ese porcentaje bajará casi 17 puntos en el primer tercio del siglo siguiente (38%). Respecto a las causas de las muertes no hay demasiadas dudas: casi la mitad de los niños fallecidos a finales del XIX lo hicieron por enfermedades infecciosas transmitidas por el agua y los alimentos, un porcentaje que, a comienzos del siglo XX, todavía alcanzaba el 40%.

Son muchos los nombres que aparecen en los distintos Registros para designar estas enfermedades infecciosas transmitidas por el agua y los alimentos: catarro gástrico, catarro intestinal, cólera, dentición, diarrea, enteritis, enterocolitis, fiebre gástrica, gastritis, gastroenteritis, inanición, indigestión, infección gástrica, infección intestinal, lesión intestinal, vómitos, etc. Alguna de estas menciones nosológicas llama la atención ¿se morían realmente los niños de los dientes? Difícilmente. Pero era tan elevada la mortalidad infantil asociada a la lactancia y alimentación defectuosa de los niños que,

cuando degeneraba en cuadros diarreicos, solía consignarse con el nombre de *dentición* o similares, porque los niños morían en la edad de los dientes. Una costumbre muy extendida por todo el país.

4.1. PRINCIPALES ENFERMEDADES

Además de las causas de muerte “comunes” provocadas por el agua y los alimentos, algunas de las principales enfermedades que afectaron a la población tijoleña, a lo largo del período que estamos estudiando, fueron: viruela, tifus, paludismo, cólera y gripe. Veamos unos cuantos datos sobre ellas, para entender mejor las causas de su descenso.³

➤ *Viruela.*- Enfermedad infecto-contagiosa causada por un virus de la familia *Poxviridae*. En su variante más grave (*variola mayor*) provoca una mortalidad del 20-40%. Se puede contraer por contacto con el enfermo por vía respiratoria y a través del contacto con material infeccioso: ropa, vajilla, etc. La cadena de contagio se rompe fácilmente si la población no alcanza densidades considerables o si predomina un hábitat muy disperso, esa es la razón de su particular virulencia en los núcleos urbanos. Pero también en algunas áreas rurales las difíciles condiciones higiénicas, así como el hacinamiento de personas y animales en habitaciones insanas y sin ventilación, generan una mayor frecuencia de contactos y, por lo tanto, un mayor riesgo de infección. Tiene un período de incubación de 9-12 días y produce fiebre alta, vómitos, cefaleas y una erupción cutánea de pústulas o granos que, después, se hacen purulentas y se extienden. La inmunidad total que proporciona a los enfermos que la superan hace que, en oleadas sucesivas, el sector de población más afectado sea el de los niños, que no están inmunizados. A lo largo del siglo XIX presentó brotes epidémicos de cierta gravedad, por ejemplo, en Guadix se vivieron varios episodios epidémicos en esta época (1876, 1907 y 1933)⁴ y en Tíjola también tenemos constancia de una epidemia de viruela en los

³ McKeown, Thomas (1990): *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Ed. Crítica. Barcelona

⁴ de los Reyes Peis, Eduardo (1998): *La población de Guadix entre los siglos XVIII y XX. Evolución de la mortalidad dentro del proceso de transición demográfica y sus relaciones con aspectos del desarrollo económico y social*. Publicaciones del Archivo Histórico Municipal de Guadix.

años 1907-1908 que, junto a los emigrantes que partieron hacia América en esos años, provocó una disminución importante en el censo de población de 1910, como veíamos anteriormente.

➤ *Tifus (exantemático o petequial)*.- Producido por un coco-bacilo (*Rickettsia prowazekii*), es transmitido por la picadura del piojo. La pobreza, suciedad y condiciones miserables favorecen la presencia de piojos y, por tanto, el peligro potencial de extensión de la enfermedad. Tras una incubación de 8-12 días, produce fiebre alta, dolores de cabeza, articulares y musculares, hasta llegar a la agitación, el delirio y el coma. Al 5º día aparecen las petequias (erupción cutánea). Sin tratar dura 14-20 días y tiene una mortalidad muy alta (20-30%), aunque el desenlace varía según las condiciones físicas, edad y estado inmunológico del paciente. Conocida también con otros nombres como tabardillo, fiebres eruptivas o fiebres pintas, esta enfermedad se desarrollaba sobre todo en invierno, porque la gente se cobijaba en sus casas, se lavaba menos y se tapaba más con ropas que, si estaban sucias, eran el hábitat natural del piojo. La sustitución masiva de prendas de lana por las de algodón, a partir de finales del XIX, influyó mucho en la reducción de la mortalidad por tifus, ya que estas prendas se podían hervir, matando así los piojos. Además de formar parte de las causas “normales” de muerte, provocó varias epidemias importantes a lo largo de los siglos XVIII y XIX, la última en 1869, en buena parte del SE peninsular y, probablemente, también en Tíjola (extremo por estudiar), a juzgar por la elevación de la TM y el descenso de la TN en el quinquenio 1865-1870.

➤ *Paludismo (malaria)*.- Producido por protozoos del género *Plasmodium*, se transmite al hombre por la picadura de ciertos mosquitos. La encontramos en Tíjola encubierta bajo varias denominaciones: paludismo, malaria, fiebres tercianas, cuartanas, fiebre o calenturas intermitentes, etc. Tiene una morbilidad muy elevada (se contagia rápidamente), pero una baja mortalidad. La infección puede durar 3-5 años y provoca anemia por la destrucción de hematíes, con el consiguiente descenso de la actividad laboral de los infectados. Las épocas de calor y la proximidad de humedales (lagos, pantanos, ríos poco caudalosos), así como las galerías encharcadas de las zonas mineras, son las condiciones idóneas para el desarrollo de los mosquitos que transmiten esta

enfermedad, cuyo tratamiento se basa, desde el siglo XVIII, en la quina y derivados sintéticos.

➤ *Cólera*.- Enfermedad provocada por el *Vibrio cholerae*, un bacilo móvil y aerobio que se transmite al organismo humano, sobre todo, por la ingestión de agua contaminada con heces. El período de incubación es de uno a dos días y su evolución (4-7 días) provoca un aumento de la secreción de líquidos intestinales, diarrea y vómitos, con la consiguiente deshidratación del organismo. En España conocimos tres oleadas importantes a lo largo del siglo XIX: 1834, 1855 y 1885. La más mortífera fue la última, que se inscribe dentro de nuestro período de estudio y que afectó a buena parte del territorio nacional. En Tíjola se desarrolló entre el 25 de Julio y el 31 de Agosto de 1885, afectó a 260 personas, de una población estimada entonces de 2.835, de las cuales fallecieron 80 por esta causa, es decir, un 2,83% de la población y un 30,7% de los invadidos, unas cifras bastante altas. Abundan los ejemplos de las malas condiciones higiénico-sanitarias en que vivía buena parte de la población española en 1885, unas condiciones que empeoraban en la inmensa mayoría de los pueblos (y Tíjola no era una excepción), ya que, como dice Fernández Sanz, “...en éstos los animales suelen convivir con las personas bajo el mismo techo; resulta frecuente obtener el agua de pozos situados en la misma casa, próximos, por tanto, a los estercoleros a los que van a parar las aguas sucias y que, desgraciadamente, forman parte del paisaje habitual; huelga decir que letrinas y retretes no se conocen; y, en general, la higiene privada no resulta menos ignota”⁵

➤ *Gripe*.- Es una de las enfermedades que nos resultan más familiares porque, a pesar de ser la causante de grandes epidemias del pasado, aún subsiste entre nosotros pero con una letalidad mínima. Se trata de una enfermedad infecto-contagiosa causada por un virus del que existen varios antígenos o subtipos (A₁, A₂, B, C, etc.), de manera que la inmunidad que aparece en un individuo después de haber padecido esta enfermedad, no le protege frente a las otras variaciones. Los virus se transmiten por vía aérea procedentes

⁵ Fernández Sanz, Juan José (1989): *El cólera de 1885 en España*. Ed. Universidad Complutense de Madrid.

de otros individuos afectados y su período de incubación oscila de 18-36 horas. La epidemia más importante fue la de 1918, causante de más de 25 millones de muertos en todo el mundo, según las estimaciones más optimistas. La epidemia se desarrolló en tres momentos, de los cuales el segundo (Septiembre a Diciembre de 1918) fue el más mortífero. Los estudios realizados por Echeverri Dávila⁶ señalan que una de las vías de expansión de este foco fue desde Cataluña hasta Almería, siguiendo las vías del ferrocarril. Los contagios se vieron potenciados por las fiestas celebradas en muchos pueblos españoles, a finales de verano y comienzos de otoño, y los agentes de la difusión de la enfermedad fueron los trabajadores eventuales y el personal militar, constantemente movilizado. Los datos de Tíjola, recogidos por Juan Jiménez corroboran estos extremos. La epidemia comenzó, casi al mismo tiempo que la feria, el 13 de septiembre. Desde esa fecha hasta el 31 de Octubre murieron 106 personas por esta causa, aunque probablemente su impacto fuera algo mayor, tanto en las muertes directas como en las indirectas provocadas por esta epidemia. En este caso, la epidemia afectó por igual a ricos y pobres pero las clases menos favorecidas fueron doblemente perjudicadas, al igual que en otras epidemias, porque a las muertes por la enfermedad tuvieron que sumar el hambre provocada por el encarecimiento de productos, y la falta de trabajo, cuando se ausentaban los propietarios huyendo de la epidemia. En cualquier caso, algo más del 3% de la población tijoleña falleció en la epidemia de gripe, elevando la tasa de mortalidad de un 22‰ a un 66‰.

⁶ Echeverri Dávila, Beatriz (1993): *La gripe española. La pandemia de 1918-19*. C.I.S.-Siglo XXI Ed. Madrid.

4.2. FACTORES QUE EXPLICAN LA CAIDA DE LA MORTALIDAD

Se trata de un debate aún abierto, en el que se señalan como responsables de esa caída de la mortalidad a uno o varios de los siguientes factores:

- ✓ Nutrición (mejora del nivel de vida)
- ✓ Higiene personal
- ✓ Medicina
- ✓ Higiene pública
- ✓ Factores culturales

Parece evidente la relación entre la falta de nutrición y la aparición de muchas de las enfermedades del pasado, porque la desnutrición reduce los poderes de defensa biológicos de los organismos. Pero a ello habría que añadir las condiciones higiénico-sanitarias, los avances médicos y los factores culturales. Por ejemplo, si las condiciones higiénico-sanitarias de una población son buenas, ciertas enfermedades no pueden aparecer (sin ratas ni pulgas no hay peste).

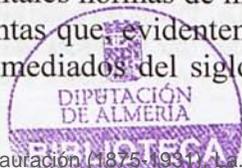
En Tíjola las enfermedades infecciosas que más disminuyeron fueron, como ya dijimos, las relacionadas con el agua y los alimentos. La relación, en este caso, con las mejoras en la alimentación parece evidente. Respecto a las otras enfermedades, como las transmitidas por el aire (enfermedades del aparato respiratorio), es cierto que muchas empezaron a declinar con los descubrimientos médicos (el croup, difteria o garrotillo desaparece casi totalmente con el siglo XIX, tras la aplicación del suero antidiftérico de Roux, desde 1895) pero, cabría preguntarse, ¿por qué enfermedades que todos padecemos ahora se cobraban antes tantas muertes? El caso más patente es la gripe, que aún no se ha logrado erradicar; sin embargo, hoy día, su letalidad es mínima. La explicación pudiera ser que una mejor alimentación refuerza nuestro sistema inmunológico para luchar con éxito frente a esa y otras enfermedades.

Otro ejemplo evidente de la influencia de la alimentación en la salud nos lo proporcionan las llamadas *enfermedades carenciales*, esto es, las producidas por la falta de algún elemento imprescindible en nuestro organismo. Es el caso de las avitaminosis como el escorbuto (falta de vitamina C) o el raquitismo (frecuente en las localidades mineras porque la falta de sol impide sintetizar la vitamina D, provocando una falta de desarrollo óseo y baja estatura). Pero también el caso de enfermedades más conocidas en nuestro entorno, como la hidropesía, una enfermedad provocada por la falta de proteínas en nuestro organismo y que conduce a una muerte lenta por la pérdida de impermeabilidad de nuestros tejidos y el encharcamiento de órganos vitales, como el estómago e intestinos.

Recapitulando, podemos decir que una de las causas del descenso de la mortalidad en Tíjola, que se inicia a finales del siglo XIX, fue la mejora en las condiciones alimentarias de la población, que le permitió luchar con éxito frente a numerosas enfermedades de carácter infeccioso. Pero no fue la única causa, junto a ella hay que mencionar también la mejora de las condiciones higiénico-sanitarias, los adelantos de la medicina y la elevación del nivel cultural de la población.

La mejora de las condiciones higiénico-sanitarias abarca un amplio abanico que va desde los sistemas de alcantarillado, abastecimiento de agua potable, sistema de recogida de basuras, englobadas en lo que se suele llamar “salud pública”, hasta la atención médica, limpieza e higiene personal.

Los problemas de salud pública se hacían patentes en el origen de numerosas enfermedades o en la propagación de otras, y estaban presentes en la mayoría de las epidemias sufridas por la población en ésta época y que ya hemos mencionado. La limpieza e higiene personal inadecuada, unida a veces a la falta de cuidados asistenciales, también estaban en el origen de muchas causas de muerte a finales del siglo XIX. Un ejemplo de esto lo encontramos en otra causa de muerte que aparece con cierta frecuencia en los libros del Registro Parroquial de Tíjola, la *fiebre o septicemia puerperal*, esto es, infecciones sobrevenidas después del parto. Muchas de esas muertes de madres e hijos podrían haberse evitado con unas elementales normas de higiene y asistencia médica a embarazadas y parturientas que, evidentemente, no existieron en estas localidades hasta casi mediados del siglo XX.



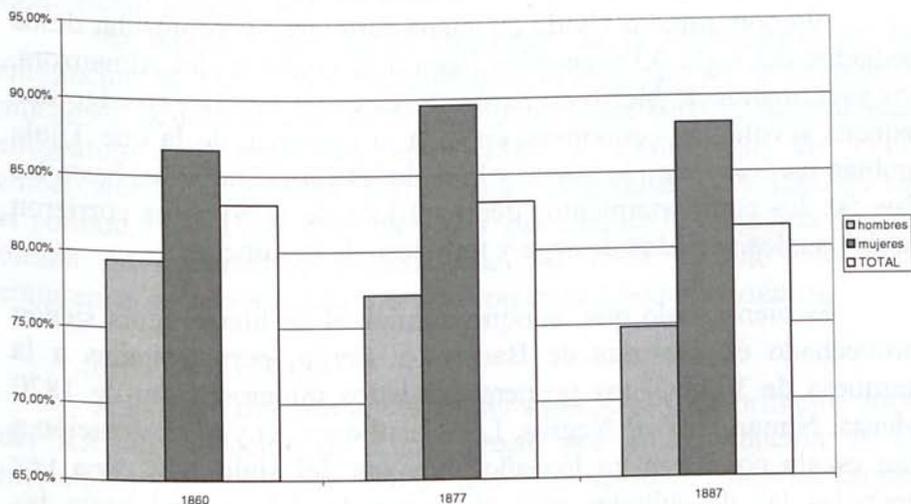
Hasta esas fechas, lo corriente era que las parturientas dieran a luz en sus propias casas, con la ayuda de alguna vecina que hubiera aprendido con la práctica, y sin más higiene que la que hubiera realizado la propia embarazada antes del momento del parto. El parto fue así, durante mucho tiempo, un momento crucial en el que, literalmente, se jugaban la vida la madre y el hijo.

A eso habría que sumar algunas costumbres o malos hábitos referidos al cuidado y crianza de los niños y que tantas muertes causaron en el pasado debido a creencias funestas sobre el amamantamiento o el destete. Unas creencias (como las de la baba, la diarrea o la alimentación infantil) que, evidentemente, tenían mucho que ver con el nivel cultural de la población. A este respecto, Esteban Rodríguez Ocaña comenta lo siguiente: *“En los momentos de la dentición, baba y diarrea eran sinónimos y su presencia era incluso saludable, hasta el punto que, de no producirse la segunda, se intentaba provocarla por medios artificiales. Esta concepción de la diarrea como fenómeno saludable seguía vigente para muchas madres, entrado el siglo XX”*⁷

No deben extrañarnos este tipo de comportamientos, si tenemos en cuenta el bajísimo nivel cultural de la población. A finales del siglo XIX, la provincia de Almería tenía el dudoso honor de encabezar, junto con Granada, el ranking de analfabetismo en España: el 64% de los almerienses no sabían leer ni escribir, un índice que estaba más de ocho puntos por encima del promedio nacional. En Tijola se llegaba al 82%, en 1887.... (Gráfico 5)

⁷ Rodríguez Ocaña, Esteban (1996): “Una medicina para la infancia”, en José M^a Borrás Llop (dir.): *Historia de la infancia en la España contemporánea*. Ministerio de Trabajo y AA. Sociales. Fundación G. Sánchez Ruipérez. Madrid, págs. 149-192.

Gráfico 5: Tíjola. Tasas de analfabetismo



La historia nos demuestra, además, que las causas de muerte dependen de las condiciones socio-económicas. ¿Hay ahora más casos de cáncer, infartos, isquemias,... que antes? No necesariamente, lo que ocurre es que, con la desaparición de las enfermedades infecciosas (que eran las que más mataban) el porcentaje de las enfermedades degenerativas ha aumentado hasta convertirse en una característica de las sociedades industriales, lo mismo que en las sociedades preindustriales predominaban las patologías infecciosas. La única excepción es la gripe, que aparece en las dos etapas, pero ahora con mucha menos virulencia. Por otra parte, el aumento de la esperanza de vida, ocurrido desde el siglo XIX hasta ahora, ha hecho aparecer patologías hasta entonces casi desconocidas, sencillamente porque el número de ancianos no resultaba entonces significativo y casi se ignoraba (por falta de experiencias) cómo evolucionaría la salud de un organismo humano cuya vida se alargara hasta los 80, 90 o 100 años.

5. LOS COMIENZOS DEL SIGLO XX. LA EMIGRACIÓN.

La segunda etapa que veíamos en la evolución de la población de Tíjola, durante este período de la Restauración, comienza hacia 1910 con un retroceso en el número de habitantes y continúa con un largo período de crecimiento más débil. En esta ocasión, la razón no

hay que buscarla tanto en los factores naturales del crecimiento (natalidad y mortalidad), cuanto en la emigración.

El boom minero vivido en buena parte del SE peninsular desde mediados del siglo XIX también llegó a la comarca del Almanzora. Los yacimientos de hierro de Serón, Bacaes,... trajeron consigo una pequeña revolución económica en toda la comarca, de la que Tíjola también participó para lo bueno y lo malo. Demostrando que, hasta los años 50, los comportamientos demográficos de la comarca corrieron paralelos a los períodos de auge y retroceso de la minería.⁸

Es bien sabido que, aunque el mineral de hierro venía siendo aprovechado en ferrerías de Bacaes y Serón, pertenecientes a la Marquesa de Villena, los primeros registros mineros datan de 1870 (Menas, Nimar, Cuevas Negras, Los Castellones...) y la explotación a gran escala comienza en los años noventa del siglo XIX, una vez superadas las dificultades para el transporte del mineral hasta las zonas de embarque.

La presencia de importantes compañías extranjeras ligadas a la minería y el ferrocarril, como la belga *Mines et Chemin de Fer Bacaes-Almería et Extensions*, o la escocesa *The Bacaes Iron Ore Mines Limited*, permitió un aumento considerable en la oferta de trabajo, tanto en las propias minas, como en el tendido ferroviario de la línea Lorca-Baza, o los distintos ramales y cables aéreos que conectaron las diferentes explotaciones con las estaciones de embarque.⁹ Se estima que, hasta 1930, el número de trabajadores en las minas oscilaba en torno a 2.000, llegándose en algunos momentos hasta los 4.000. Aunque en menor medida que en Serón, la presencia de la minería supuso la llegada de inmigrantes que permitió un aumento de la población tijoleña hasta los primeros años del siglo XX.

Sin embargo, pronto empezarán los problemas: en 1909 cierra la mina Cuevas Negras y se desmonta el cable que iba desde ahí hasta el apartadero cercano a Tíjola; desde 1918 ya hay síntomas de agotamiento en las Menas; en 1923 unos 3.000 mineros de Serón mantienen una huelga de 3 meses ante el previsible cierre de las minas... Todos estos problemas empujan a los obreros a emigrar a

⁸ Tapia Garrido, J. A. (1990): *Historia general de Almería y su Provincia*. Caja de Ahorros de Almería. (Varios tomos).

⁹ Gómez Martínez, José A. y Coves Navarro, J. Vicente (1994): *Trenes, cables y minas de Almería*. Instituto de Estudios Almerienses.

otros lugares. En Tíjola los destinos preferidos serán, entre 1908 y 1912, Brasil y Argentina.

No tenemos aún datos concretos de la importancia de la emigración en Tíjola en estos años pero la situación no se diferenció mucho de la del conjunto de la provincia. Unos 300.000 almerienses emigraron a Iberoamérica entre 1882 y 1936. Sólo en 1912 embarcaron más de 21.000 con destino a Argentina, unos 100.000 en el período 1908-1936. Para hacernos una idea de la magnitud de esa oleada de emigrantes, diremos que, en 1969, el año con más emigrantes españoles a Europa, salieron unos 2.600 almerienses.

6. CONCLUSIÓN

A lo largo del último cuarto del siglo XIX y los primeros años del XX, la población de Tíjola creció por la disminución de la mortalidad y el mantenimiento de una alta natalidad. Entre las causas que permitieron ese descenso de la mortalidad hay que citar las mejoras en la alimentación, los factores higiénico-sanitarios, los adelantos de la Medicina y los factores culturales. Ese crecimiento se hace más lento a partir de 1910 debido a la emigración transoceánica.

Desde los años 30, los acontecimientos históricos vividos frenaron la salida de emigrantes lo que, unido a las altas tasas de natalidad y la definitiva caída de la mortalidad, permitieron un incremento de la población hasta los años 50. Tras esa fecha, la sobrepoblación relativa en que se encontraban buena parte de las áreas rurales, como Tíjola, unida a la falta de recursos económicos y el desarrollo de las áreas industriales españolas y europeas, provocarán una nueva oleada migratoria, esta vez con destino a Cataluña, Francia y Alemania, principalmente. La crisis económica que comienza a mediados de los 70, junto al despegue del sector del mármol en Macael, un poco más tarde, permitió frenar esa tendencia migratoria y mantener a la población tijoleña en torno a los 3.600 habitantes hasta hoy día.

Podemos concluir, como decíamos al principio, afirmando que el análisis demográfico nos permite ver cómo se vivieron los distintos acontecimientos históricos en esta zona y de qué modo determinaron la evolución de su población, convirtiendo así a la demografía en un auténtico *testigo de la historia*.

Tíjola, 5 de Agosto de 2004