

## EL RÉGIMEN DEMOGRÁFICO DEL SIGLO XVIII

### ¿Una revolución demográfica?

Desde mediados del siglo XVII el tema de la población había adquirido un interés creciente. Los demógrafos proporcionaban cálculos basados en las estadísticas de los impuestos y en los registros de nacimientos y defunciones. A partir del siglo XVI las parroquias de Londres publicaban semanalmente una relación de decesos y desde 1720 en Berlín se disponía de información parecida. Petty, King y Halley, en Inglaterra, fundaron la ciencia de la estadística de la vida.

En la historia de las poblaciones europeas se suelen distinguir dos grandes sistemas: un «antiguo régimen demográfico» y otro propio de la «revolución demográfica». El primero sería bien conocido para los siglos XVI, XVII y parte del XVIII, y el segundo correspondería a la segunda parte del siglo XVIII y al siglo XIX. Parece probable que el paso de una forma a otra no fue tan lineal como se ha querido dar a entender y que el contraste entre ambos modelos no operó de una manera clara hasta bien entrado el siglo pasado, además de ostentar notables diferencias regionales. Sin duda, sería más conveniente hablar de «transición» hacia un nuevo comportamiento demográfico que no de revolución.

De hecho, los historiadores han calificado el siglo XVIII de época de «revolución demográfica». Con todo, los cálculos estadísticos eran notoriamente insuficientes. Los había de dos clases: se basaban en los registros parroquiales de nacimientos, matrimonios y defunciones o sobre un censo, un recuento de cabezas, raro antes del siglo XIX. Recordemos que los registros parroquiales en Inglaterra y en Francia datan de la década de 1530; en Noruega y Suecia de la de 1680, y en Rumania –parte del territorio otomano– del siglo XVII en el caso de los protestantes y del XVIII en el de los griegos ortodoxos. Los primeros recuentos nacionales conocidos, basados en los registros, fueron realizados en Austria en 1695 y Prusia en 1775.

Los suecos, en 1748, los regularizaron anualmente y los franceses los imitaron en 1772. Aun así, el tipo moderno de censo era una cuestión más sofisticada y complicada, y se retrasó un tiempo. Las causas fueron diversas y la falta de conocimientos técnicos, la oposición de los que temían que el censo pusiera en peligro la seguridad nacional, la moralidad pública o la libertad individual no deben ser desestimadas. El primer censo regular apareció en Francia y Gran Bretaña en 1801.

Pese a esta circunstancia que acabamos de enumerar de la escasez de las fuentes preestadísticas cuando no a su ausencia, estimaciones serias permiten apuntar un crecimiento no despreciable de la población mundial. Se pasaría de 450–470 millones a mediados del siglo XVII acerca de 700 a mediados del siglo XVIII ya 900 a la vista del siglo XIX.

Es necesario recordar que, a comienzos del siglo XVIII, la población de Europa era mucho más numerosa que doscientos años antes, pero no debía haber recuperado aún el nivel anterior al ataque bubónico de mediados del siglo XIV. Prácticamente todos los países conocieron un crecimiento demográfico interrumpido en la segunda mitad del siglo XVIII. Por Estados, es difícil precisar la cronología exacta del desarrollo, aunque su existencia es incontrovertible. Entre 1695 y 1801, Inglaterra crecería cerca del 70 por ciento. En los países escandinavos, el aumento sería posterior a 1750. En Escocia, entre 1755 y 1801 se produciría un alza del 30 por ciento. La aceleración sería más importante en España e Italia que en Francia, que sólo se beneficiaría de un aumento secular del 32 por ciento, más rápido en la segunda parte del siglo que en la primera.

Si el único dato que aparece indiscutible en primer término es el del aumento general de la población, que se acentuó en la segunda mitad del siglo, el segundo resulta de la forma desigual en que el aumento afectó los continentes y los países. Se ha estimado que el volumen demográfico europeo pasó de 110 millones de habitantes el 1700 a 187 millones el 1800. La tasa de crecimiento no fue igualada, seguramente, en ningún

período anterior.

Podemos ofrecer toda una serie de datos demográficos. A lo largo del siglo XVIII, el número de habitantes de Gran Bretaña pasó de 8 a 15 millones; el de Francia, de 23 a 29; el de España, de 7 a 10; el de los Estados italianos, de 9 a 13; el de Bélgica, de 1 millón y medio a 3; el de Suecia, de poco más de 1 millón y medio a casi 2 millones y medio; el de Prusia, de 1 a 3 millones, y el de Holanda, de 1 millón al. 700.000. Las mayores densidades de población se obtenían en Bélgica y Lombardía; las menores, en España, Suecia y Noruega. Después del Imperio de los zares, que pasó de tener 19 millones de habitantes el 1762 a 29 el 1796, hacia 1800 Francia seguía siendo el país más poblado de Europa.

La Europa central y oriental se apuntó los mejores tantos aunque la importancia de los crecimientos tal vez viene mediatizada por la inseguridad de las fuentes disponibles: 300 por ciento en Hungría, 316 en Pomerania, 200 en el oeste alemán, 166 por ciento en Finlandia. En una escala intermedia encontramos Rusia (157 por ciento de aumento en el último cuarto del siglo XVIII), la Prusia oriental con un 132 por ciento y el conjunto del Sacro Imperio con un 128 por ciento. Por otro lado, los porcentajes de los otros países escandinavos y de la Europa occidental y meridional son mucho más discretos: Suecia, 66 por ciento entre 1720 y 1780; Inglaterra y Gales, 63; Italia y España, 55, y Francia, 32 por ciento.

El crecimiento aparece, pues, como un hecho casi general –excepción de Islandia– y se inscribe en un fenómeno mundial, aunque las cifras concretas resultan harto discutibles. Su movimiento expresa situaciones y coyunturas diversas, y obedece a ritmos diferentes. Así, la expansión fue de intensidad diversa y asincrónica: rápida en el caso de Finlandia, Irlanda, Inglaterra y Gales (por en– la del 50 por ciento), mucho menos acelerada para Noruega, Suecia e Italia (entre un 25 y un 30 por ciento) y casi lenta en Francia (19 por ciento), y Dinamarca y los Países Bajos, con el 10 por ciento. Por regiones, los contrastes son más acusados: zonas estabilizadas como Borgoña, el Macizo Central, Normandía, el sur de Inglaterra y el centro español guardan poca relación con otras y dinámicas como el centro y el este francés, el norte inglés o la España levantina y andaluza, muy dinámicas.

La mayor novedad del siglo XVIII fue la de iniciar un proceso de crecimiento la población europea que ya no se detendría. Aquellos incrementos que sólo permitían la recuperación terminaron. Las curvas demográficas iniciaron una ascensión irresistible y multiseccular.

Las ciudades más populosas eran Londres con medio millón de habitantes; París y Viena con un cuarto de millón, y Berlín, con 120.000. A finales de siglo, ° dos ciudades de la monarquía hispánica –Madrid y Barcelona– superaban 100.000 habitantes.

Podemos aportar algunas referencias de las tasas de mortalidad, especialmente en las ciudades. En Londres, durante «el período de la ginebra» (1728– 1757), la tasa llegó al valor 52 por mil, frente al 29 por mil de la primera década siglo y el 19 por mil de la última. En la primera mitad del siglo, en muchas ciudades europeas el número de defunciones superaba el de nacimientos y el mantenimiento de la población se efectuaba gracias a la inmigración campesina. En Suecia, el índice de mortalidad comenzó a descender sensiblemente alrededor de 1750 y siguió decreciendo durante el siglo. El caso francés fue similar al inglés y sueco, con una disminución fuerte de la mortalidad infantil y juvenil. Contrariamente, el índice aumentó en la Europa del este, por ejemplo, en Bohemia.

Las esperanzas de vida, calculadas desde el nacimiento, eran mucho más bajas que las actuales. En Francia, por ejemplo, se situaban sobre los 27 años. Necker calculaba que una cuarta parte de los habitantes de ese país morían antes de cumplir los 3 años, otra cuarta parte antes de los 25 años y otra antes de los 50 os. En la Ginebra patricia, la expectativa de vida al nacer ascendió de 41,6 años la primera mitad de siglo a 47,3 en la segunda. En Suecia era de 33,7 años para los hombres y 36,6 para las mujeres, en la segunda mitad del siglo XVIII.

Los factores responsables de la alta tasa de mortalidad eran, en primer lugar, las enfermedades. La viruela fue uno de los más graves asesinos y, a pesar de que se intentó mitigar su impacto mediante la inoculación, hasta prácticamente el fin de siglo con la vacunación no se consiguieron resultados notables. El tifus, causado por los piojos, y la malaria, producida por los mosquitos, eran algunas de las enfermedades que los hombres de armas dejaban a su paso y su actuación durante la guerra de los Siete Años fue alarmante. Por otra parte, la falta de higiene y la abundancia en las calles de estiércol y moscas provocaron la aparición de tifoideas y diarreas, que afectaban especialmente a la población infantil. El escaso aislamiento de los enfermos hacía extender las infecciones rápidamente. Queda, también, el papel de la peste: la aparición en Marsella el año 1720 no fue la última. Es detectable en Sicilia en 1743, y en Polonia y Rusia el 1770. Por otro lado, en el Mediterráneo oriental continuó ostentando un carácter endémico. La lepra había desaparecido casi totalmente y la sífilis ya no era la calamidad que había sido en el siglo XVI.

Estaba, además, la mala alimentación. Podía ser causa de enfermedad evidente en casos como la tuberculosis y el raquitismo, aunque el hambre en gran escala era muy poco frecuente.

En el estado actual de la investigación, el estudio de los motores del crecimiento general se revela muy difícil a escala europea y no digamos mundial. Las investigaciones más precisas en el terreno de la demografía histórica corresponden a Francia e Inglaterra y muestran la imposibilidad de presentar un modelo europeo único, incluso un modelo occidental. Son pocas las posibilidades de ofrecer una síntesis «europea», ya que los comportamientos demográficos resultan «moleculares», usando el término acuñado por Chaunu. Es decir, son más geográficos que sociales, más comunitarios que económicos, mutaciones de las que los individuos no tienen clara conciencia.

Al menos un punto está consensuado para el conjunto de Europa: el crecimiento de la población no puede ser atribuido a la revolución agrícola e industrial, ya que ésta no dejó sentir sus efectos más allá de Inglaterra. Los precios de los productos agrícolas conocieron una alza continua a partir de mediados de siglo, cosa que no hubiera sucedido si la producción agrícola hubiese llevado la delantera.

Por tanto, hay que observar más de cerca los comportamientos estatales. Así, en la Europa oriental, el motor del aumento residió en la política de algunos Estados, favorecedora de la implantación de jóvenes parejas en las nuevas tierras, en las reservas abiertas a la colonización. Ambos fenómenos se interrelacionaban: el crecimiento fomentaba la conquista de tierras, y la conquista el aumento demográfico. Por otro lado, podemos citar la expansión irlandesa: ligero descenso de la mortalidad a causa de la mejora del régimen alimentario con productos lácteos y patatas, fecundidad legítima cada vez más elevada y posible reducción de la edad al matrimonio. Aún cabe el caso español –despegue sin revolución a raíz de la desaparición de la peste, el progresivo retroceso de las restantes epidemias, la introducción de nuevos cultivos y la extensión de las superficies cultivadas–, bien contrapuesto al inglés, el único aumento ligado al desarrollo del capitalismo industrial: descenso efectivo de la tasa de mortalidad, multiplicación de los puestos de trabajo en la industria, con el consiguiente descenso de la edad al matrimonio y creciente punición del campo en provecho de la ciudad.

Debemos ahondar aún más en la explicación y admitir que la expansión poblacional del siglo XVIII fue posible por un conjunto de modificaciones apenas perceptibles de ciertos elementos del comportamiento demográfico. El recurso al caso francés, uno de los mejor estudiados –sino el que más–, puede ser ilustrativo. Hasta el primer tercio del siglo XVIII, la Francia rural presenta un modelo demográfico de tipo antiguo con una mortalidad regida por hambre, guerra y epidemias; una fecundidad muy elevada y limitada por el matrimonio tardío, por la castidad y por una norma mediante la cual nadie se casaba sin establecerse. A partir de 1720–1740, la sociedad francesa dejó de ser azotada por la peste y por el hambre, aunque conoció epidemias, las concepciones prenupciales aumentaron y el matrimonio tardío se convirtió en el medio más general y decisivo de control del crecimiento. En una tercera etapa, poco antes de la Revolución, aparecieron otros signos: la higiene y los avances de la medicina, junto a los progresos de la agricultura y de la circulación de las mercancías, moderaron la curva de la mortalidad; las costumbres experimentaron una cierta relajación

–aumento de los nacimientos ilegítimos y primeros indicios de contracepción voluntaria–.

El gran interrogante es saber si el modelo francés puede resultar válido para otros países. Espaciamiento de las grandes mortalidades, menor interrelación entre carestías y epidemias –retroceso de la mortalidad de crisis– y avances marginales de la fecundidad, en resumen. Parece aceptable que, para el conjunto europeo, la marcha atrás de la mortalidad ofrece la principal explicación de la expansión. Es cierto que la Europa central y oriental sufrieron graves ataques de las enfermedades, pero también lo es que las tres cuartas partes del continente se vieron favorecidas desde 1730–1740 por la desaparición de las catástrofes. Puntualmente, las tasas podían seguir siendo muy altas –Rusia, 40 por mil; Lombardía, 32–37 por mil–, pero por norma general acostumbraban a ser más bajas. Se han apuntado como motivos la mejoría del clima, el auge de la industria, el desarrollo de los transportes y de los mercados, y los progresos alimentarios. Cabe añadir, sin duda, la disminución del papel de los grandes factores de mortalidad: menos guerras, menos hambres y modificación de la morbilidad derivada de endemias y epidemias.

Además, una de las causas del aumento de la población debe buscarse en las mejoras sanitarias. Aumentó el número de hospitales en las ciudades, mejoró la ciencia médica y su enseñanza –fueron famosas las escuelas de Leyden y de Edimburgo–, la cirugía pasó de ser un oficio a constituir una ciencia, fueron usados nuevos medicamentos –la quinina contra la malaria y el opio como sustituto de la desconocida anestesia–. También cabe señalar la introducción o mejora del suministro de agua en ciertas ciudades populosas, la eficacia del servicio de recogida de basuras y aun la mejora del alumbrado público –descenso de los homicidios–. Muchas clases sociales disponían de una mejor dieta, con pan y carne de buena calidad. Café, té cacao y chocolate constituían alternativas bien saludables al consumo de vino, cerveza y otras bebidas alcohólicas. Las ventajas del aire fresco de la montaña –descubierto por muchos ciudadanos– y del uso del jabón corresponden a la época que estamos tratando.

### **Los factores de crecimiento**

La mejora más clara y repetidamente consignada ha sido el descenso de la mortalidad infantil con el consiguiente aumento de la esperanza de vida, una vez superados los peligros de la adolescencia. También se ha insistido en el hecho que dicha mejora benefició sobre todo a las clases bajas. Anteriormente, una larga duración de la vida podía ser patrimonio de una minoría que disponía de comida adecuada y aire fresco garantizado. Volveremos sobre este aspecto.

La guerra ocupa un lugar bajo en la escala de los «asesinos» biológicos y no dejaba de constituir un genocidio de pequeñas proporciones. También insistiremos en ello.

Cabe ver si el incremento de la fertilidad guarda relación con el crecimiento demográfico. Para Francia, donde el número de reconstrucciones puede considerarse suficiente, se comprueba, en primer lugar, un crecimiento de la ilegitimidad durante el siglo XVIII. Este factor incrementó la fertilidad global, aunque de forma marginal y más aún con referencia a la tasa de crecimiento. También crecieron las concepciones premaritales, pero tampoco esto explica gran cosa.

Podemos insistir en el factor fertilidad atendiendo a las tasas de nupcialidad. Éstas vienen determinadas por el porcentaje de mujeres en edad fértil que pueden ser madres: el promedio de edad al primer matrimonio y el porcentaje de mujeres en cualquiera de los grupos de edad fértil que contraen nupcias. Pero la medición de la primera variable tiene un valor limitado, ya que existía una relación directa entre la edad de la boda y la edad en la última maternidad: cuanto más pronto se casaba la mujer, más pronto tenía su último hijo. Si a esto añadimos que, en la mayoría de los países, la edad al primer matrimonio se retardó durante el siglo XVIII y que no se aprecian cambios significativos en la edad de la madre en el último parto, no se puede hablar de un alargamiento del período reproductor, sino todo lo contrario. La reducción alcanzó seis años en Francia, dos en Inglaterra y uno y medio en Alemania. Por lo que respecta a la segunda variable, ha sido calculada en muy pocas reconstrucciones y parecen no existir cambios significativos.

En relación con la fecundidad marital, hay que considerarla por grupos de edades, así como los intervalos entre nacimientos. Sólo en Bélgica, los datos indican un aumento de la fertilidad marital a finales del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX. En el resto de países, no se ve nada clara la tendencia o bien es descendente, siendo el caso francés paradigmático de baja. Entre las posibles explicaciones, los demógrafos franceses insistieron en la posibilidad de un control de natalidad. Aun así, la realidad del siglo XVIII no confirma esta hipótesis: no se introdujo novedad alguna en los métodos de control de la natalidad y tal vez lo nuevo estriba en que existía un deseo de limitar el tamaño de la familia, inicialmente operado en las familias más acomodadas.

En definitiva, no se puede establecer una conclusión sobre la tendencia de la fertilidad en el siglo XVIII, pero parece que se dio el fenómeno de la baja de la misma. Así, pues, el descenso de la mortalidad fue un factor más determinante de cara a elevar la tasa de crecimiento demográfico. En este sentido, la progresiva caída de las tasas de mortalidad infantil en muchos países europeos conforme avanzaba el siglo XVIII es muy importante. Los limitados estudios sobre las tasas de supervivencia también ponen de relieve una concluyente marcha hacia la disminución de las tasas de mortalidad. No deja de ser curioso el hecho de que la explicación al desarrollo demográfico del siglo XVIII haya sido buscado machaconamente en el ascenso de la fertilidad, cuando la clave se halla en el descenso de la mortalidad

Además, según Chaunu, el comienzo del crecimiento ininterrumpido que experimentó la Europa del siglo XVIII se originó en la atenuación y el espaciamiento de las crisis. Las crisis de mortalidad perdieron virulencia y frecuencia durante el siglo XVIII, aunque no desaparecieron. Basta con recordar que en 1773 hubo una crisis especialmente dura en la mayor parte de Escandinavia y en el decenio de 1780 tuvo lugar una prolongada epidemia de disentería en el noroeste de Francia.

¿Cómo se consiguió la reducción y la desaparición de las crisis? Recordemos que existían tres grandes tipos de crisis: las provocadas por la guerra, por el hambre y por la enfermedad. La importancia de las actividades militares en la creación y difusión de las crisis pudo haber disminuido en el siglo XVIII como consecuencia de los cambios experimentados en la organización de los ejércitos más que en la frecuencia de las guerras. Además, disminuyó la actividad militar en Europa después de la guerra de Sucesión austriaca –tomando el relevo los conflictos navales y coloniales– y la población civil quedó al margen de las consecuencias letales de la actividad militar. Aun, y sobre todo, evolucionó la ciencia de la higiene militar, los ejércitos aparecían más disciplinados, y el uso de cuarteles y acantonamientos fue más general. Saqueos, matanzas e incendios no fueron tan frecuentes como en etapas precedentes.

En segundo lugar, parece que se incrementó el aprovisionamiento de alimentos y, por consiguiente, retrocedió el hambre. Cuatro son los factores explicativos: la colonización y el cultivo de nuevas tierras, la introducción y difusión –maíz, alforfón y patata, más resistentes a una climatología adversa que los tradicionales–, la mejora del sistema de transportes y de la organización comercial –distribución más adecuada de los recursos alimentarios – y la aparición de una administración social más sofisticada. Durante el siglo XVIII se eliminaron de la mayor parte de Europa las catástrofes recurrentes de poblaciones enteras que se morían de hambre en épocas de paz.

En referencia a las enfermedades, será bueno recordar el concepto de crisis larvada introducido por la demografía francesa. Los cambios producidos en el modelo de incidencia de las enfermedades infecciosas podían estar en la base de las reducciones de la mortalidad. Había otras enfermedades que causaban la muerte de una forma más lenta y tenían un impacto menor que la peste bubónica. Es el caso de la tuberculosis, que podía tardar diez años en ocasionar la muerte y no era capaz de originar una crisis de mortalidad, aunque a inicios del siglo XIX era la primera causa de muerte en todos los países europeos. La viruela fue la enfermedad que sustituyó la peste bubónica, pero sólo mataba un 15 por ciento de los individuos afectados y causaba los mayores estragos en grupos de edad fácilmente reemplazables –menores de dos años–. Además, la vacunación la eliminó considerablemente. Puede hablarse de una epidemia europea de viruela de una duración de unos 250 años que se inició en el siglo XVI y alcanzó el cenit en el siglo XVIII, para ser reducida

entre 1760 y 1860. Por otro lado, el tifus se incorporó a las enfermedades europeas a finales del siglo XV y en el siglo XVII era ya una enfermedad infecciosa con gran incidencia en la mortalidad.

En relación con la desaparición de la peste como gran causa de mortandad en los países de Europa occidental durante la segunda mitad del siglo XVII y la totalidad del siglo XVIII, han sido apuntados diversos motivos. Serían la sustitución de la rata negra por la rata parda, la ruptura de las rutas comerciales entre Oriente y Occidente a causa del avance turco en el sureste, un cambio en la virulencia del bacilo y la elaboración gradual de anticuerpos, tanto entre los hombres como entre las ratas. Pero los hechos cronológicos, la virulencia de los brotes de mediados del siglo XVII y la persistencia de la peste en Europa oriental deshacen estos argumentos.

Tal vez la derrota de la peste bubónica pueda ser atribuible al triunfo de la organización humana. La idea de la imposición de cuarentenas, el desarrollo de los cordones sanitarios, los consejos encargados de vigilar la salud pública y el darse cuenta que la infección provenía casi invariablemente de Oriente son factores a tener en cuenta. La enérgica acción local que impedía la propagación de la enfermedad una vez detectada, durante el siglo XVII, y la acción gubernamental que obstaculizaba la migración internacional de la infección, durante el siglo XVIII, fueron determinantes. Allí donde estas medidas no se dieron, como en el Imperio turco, la peste continuó diezmando la población.

Así, a lo largo del siglo XVIII, siguió habiendo crisis de mortalidad en casi todos los países de Europa, pero su naturaleza había variado. Recordemos algunos de sus actos de presencia: la viruela mató en 1719 a 14.000 personas sólo en París e hizo estragos en la mayor parte de las grandes ciudades europeas en 1770; España padeció epidemias de malaria en 1784–1787 y 1790–1792, y en Suecia se dice que la tos ferina causó la muerte de 40.000 niños entre 1749 y 1764. Por otro lado, la guerra desempeñó un papel más limitado, el hambre se hizo menos patente, la peste se retiró. De las nuevas enfermedades, sólo el tifus conservó el carácter epidémico y, aunque la viruela fue un activo factor de mortalidad infantil y juvenil —causaba un 10–15 por ciento del global de muertes, el 70 por ciento de las cuales correspondían a niños de menos de dos años—, los grupos afectados eran fácilmente reemplazables. La tuberculosis necesitaba muchos años para actuar.

Durante todo el siglo XVIII, en definitiva, la mortalidad siguió siendo muy elevada a pesar de la desaparición de la peste y las tasas de crecimiento siguieron siendo extraordinariamente moderadas. La liquidación de la peste era un requisito para el crecimiento, no una causa. Aun así, la población creció e, insistimos, las causas deben ser buscadas preferentemente en el terreno de la mortalidad: atenuación y espaciado de las crisis; retroceso de enfermedades muy letales para grupos en plena edad reproductora, de la guerra y del hambre y variación de la naturaleza de las crisis de mortalidad.

En el ámbito de la fertilidad y la nupcialidad, nada aparece tan claro y, de momento, los indicios son más bien opuestos a la explicación del crecimiento a través de estas variables, ya que sabemos que sólo en algunas zonas es posible que un aumento de la fertilidad o la celebración de matrimonios a edad precoz contribuyeran de forma efectiva a la aceleración de la tasa de crecimiento demográfico. En casi todas partes, la fertilidad permaneció constante o descendió con relación a etapas anteriores.

Cabe ver cuáles fueron en el orden de las mentalidades los efectos del aumento general de la población europea. Mientras algunos expresaban sus temores ante la posible existencia de un exceso de población —Wallace, el 1761, se anticipaba cuarenta años a los designios de Malthus—, otros pensaban que la subpoblación podía llegar a constituir un problema —caso de Montesquieu y de los fisiócratas—. Por tanto, la opinión estaba dividida. Malthus, como es bien sabido, tenía una opinión claramente pesimista. El 1798 afirmaba que sin guerras, plagas y hambres y sin el ejercicio de otras «restricciones preventivas», como la emigración y la abstinencia voluntaria, el número creciente de bocas agotaría rápidamente la capacidad de la nación para autoalimentarse, y desembocaría pronto en el hambre y en el desastre. Wallace sostenía que, si no fuera por las guerras y por los vicios, la humanidad se duplicaría cada treinta años y algunos autores italianos

–Beccaria, Briganti, Filangieri, Ortés i Ricci– manifestaron preocupaciones similares.

Otros defendían que una población en crecimiento contribuiría a la felicidad humana y que la expansión demográfica no debía preocupar. El ruso Possochkov, en una obra de 1724, afirmaba que una población creciente, al aumentar el número de trabajadores, debía ser un bien absoluto. Muchos de los filósofos franceses y Price, en Inglaterra, compartían sus ideas. Los fisiócratas, Quesnay, Gournay y Dupont de Nemours, creían que la tierra era fuente de toda riqueza y que cuantos más brazos hubiera para labrarla y cultivarla serían mejor. El aumento demográfico era un ingrediente esencial de la prosperidad.

Las profecías tuvieron que esperar hasta el siglo XIX. Parecían existir más razones de crédito para los segundos que para los primeros. Los efectos económicos del alza poblacional habían de redundar en el aumento del consumo de alimentos y materias primas, en la mejora de los métodos agrícolas, en las grandes extensiones de tierras cultivadas.

## **Bibliografía**

Bennassar, M. B., N. Blayau, I. Iacuart y otros, *Historia Moderna*, Madrid, Akal, 1980. Corvisier, A., *Historia Moderna*, Barcelona, Labor, 19824.

Dantí Riu, I., *Las claves de la crisis del siglo XVII*, Barcelona, Planeta, 1991.

De Vries, I., *La economía de Europa en un periodo de crisis (1600–1750)*, Madrid, Cátedra, 1979.

Flinn, M. W., *El sistema demográfico europeo (1500–1820)*, Barcelona, Crítica, 1989. Karnen, H., *El siglo de Hierro*, Madrid, Alianza Editorial, 1977.

Kriedte, P., *Feudalismo tardío y capital mercantil*, Barcelona, Crítica, 1982.

Livi-Bacci, M., *Ensayo sobre la historia demográfica europea. Población y alimentación en Europa*, Barcelona, Ariel, 1988.

Ogg, D., *La Europa del Antiguo Régimen (1715–1783 )*, Madrid, Siglo XXI, 1983.

Rudé, George, *Europa en el siglo XVIII. La aristocracia y el desafío burgués*, Madrid, Alianza Editorial, 19874.