

LA MORTALIDAD INFANTIL Y JUVENIL EN PAMPLONA DURANTE LA RESTAURACIÓN

Sagrario Anaut Bravo

A.E.U. Universidad Pública de Navarra

Alcanzar las actuales tasas de mortalidad y morbilidad infantil y juvenil no ha resultado una tarea fácil. A los logros de la medicina, en particular de la pediatría y de la medicina preventiva, habrá que añadir la decidida intervención de las autoridades públicas y de las fuerzas vivas de las ciudades en materias tan dispares como el ordenamiento urbano, la apertura de consultorios para niños o la enseñanza del arte de criar hijos sanos y fuertes, junto a los continuos titubeos experimentados en los códigos de comportamiento colectivo —léase higiénico-sanitario, alimenticios, etc.—. No obstante, parecía asumido todavía a comienzos del siglo XX, que las formulaciones médico-asistenciales e higiénicas e, incluso, las reformas urbanísticas, poco o nada podían conseguir ante el arraigo de ciertas costumbres —unas traídas desde el medio rural y otras adquiridas con la convivencia urbana— y de la subvaloración de la cuestión de la salud.

A pesar de todas estas trabas, en el estudio que aquí presentamos sobre Pamplona quedará patente la evolución irremediable que se experimenta hacia la transición demográfica. Así, nos aproximaremos, en la medida que la documentación nos lo permita, a la problemática vivencial de los menores de diez años por el carácter crucial que define este período de la vida, y al instante en el que se perfilan los primeros síntomas de cambio en los índices de la mortalidad de este segmento de la población.

LA MORTALIDAD GENERAL Y EL MEDIO URBANO PAMPLONÉS

Con el crecimiento de las capitales de provincia nace un impetuoso interés por analizar las situaciones en las que se desenvuelve la vida de sus habitantes. Los grupos sociales dominantes y el personal sanitario perciben, desde un principio, el peligro que trae consigo la llegada continua de transeúntes y gentes sin hogar a una ciudad donde no se hallan separados por barrios los distintos grupos sociales. La solidaridad inherente a esta mezcolanza humana se tornará en miedo al contagio —tuberculosis, tifoideas o cólera— a la par que se recupera la estimación de la pobreza como sinónimo de incultura, suciedad, miseria, enfermedad y, claro está, muerte. No cabe duda que, así las cosas, la ciudad se alza hostil para la mayoría de sus residentes y todavía más cuando se muestra incapaz de generar suficientes puestos de trabajo.

La mejor confirmación de lo que acabamos de exponer se halla en el cuadro 1, donde quedan recogidas las tasas brutas de natalidad y mortalidad y la relación que se establece entre ambas; el decrecimiento endémico de Pamplona ya habla, por sí mismo, de los ritmos económicos que experimenta en este medio siglo y, sobre todo, de la tensión entre población y medio de urbano.

En una primera aproximación a los datos llama la atención la reducción, casi a la mitad, de la mortalidad ordinaria —entre el 40 por mil de los primeros años y el 21 por mil de 1930—. Es indudable que las razones que ocasionaron este declive van a ser de muy diversa índole, pero no van a diferir, de manera sustancial, de aquellas que actuaron en otras pequeñas y medianas capitales de provincia como era entonces Pamplona. La conveniencia consecuente de una mayor sensibilización, entre las autoridades civiles y militares, por incrementar el control y mejora de la sanidad, la higiene y la salud integral de la población; los progresos médicos en las facetas de prevención, diagnóstico y curación; las reiteradas exigencias de las distintas fuerzas socio-económicas de la ciudad, siempre encaminadas a buscar los procedimientos óptimos para lograr la ampliación del espacio urbanizable, con el fin, a su vez, de motivar a los inversores y de reactivar la vida económico-laboral; la ausencia de enfermedades endémicas importantes¹, etc., componen un amplio abanico de posibles causas del descenso de las TBM. Como puede apreciarse, son, en general, transformaciones a largo plazo muy costosas por la cantidad y calidad de los medios que

¹ La documentación estadística oficial a la que hemos accedido para el cálculo de las tasas del cuadro 1 es la siguiente: *La población calculada de España desde 1900* —publi-

Cuadro 1
Evolución de las tasas brutas de natalidad (TBN) y mortalidad general (TBM) en Pamplona entre 1880 y 1931 (cálculos en tantos por mil)²

Años	TBN	TBM	Crec.V	Años	TBN	TBM	Crec.V
1880	33,0	35,3	-2,30	1906	23,93	28,28	-4,35
81	37,3	39,2	-1,90	7	24,73	29,35	-4,62
82	36,6	46,4	-9,80	8	27,83	28,23	-0,4
83	35,5	44,3	-8,80	9	26,34	24,94	1,40
84	38,3	40,0	-1,69	1910	26,22	26,25	-0,03
1885	35,0	37,0	-2,00	11	26,77	30,72	-3,95
86	37,2	45,5	-8,30	12	30,37	22,62	7,75
87	35,5	38,6	-2,60	13	26,82	24,54	2,28
88	33,6	36,2	-2,60	14	27,53	25,21	2,32
89	36,2	35,0	1,20	1915	28,58	26,57	2,01
1890	33,9	33,0	0,90	16	25,92	24,44	1,48
91	34,2	47,0	-12,80	17	26,53	27,14	-0,61
92	35,7	38,2	-2,50	18	25,15	40,92	-15,77
93	35,6	40,1	-4,50	19	25,76	27,13	-1,37
94	32,2	35,2	-3,00	1920	27,78	28,61	-0,83
1895	32,8	38,0	-5,20	21	26,89	29,52	-2,63
96	32,0	41,0	-9,00	22	26,94	25,17	1,77
97	32,2	35,7	-3,50	23	25,36	26,97	-1,61
98	30,7	36,1	-5,40	24	26,73	24,21	2,52
99	31,0	43,5	-12,50	1925	25,83	26,02	-0,19
1900	28,90	36,45	-8,45	26	25,20	27,03	-1,83
1	27,39	36,48	-9,09	27	26,11	22,79	3,32
2	27,27	29,3	-2,03	28	25,60	23,55	2,5
3	29,28	29,89	-0,61	29	23,98	23,24	0,75
4	24,88	30,11	-5,23	1930	24,92	21,59	3,33
1905	29,91	29,95	-0,04	1931	24,90	22,37	2,53

cada por el INE—, los MNP de 1901 a 1931, los censos desde 1877, los libros de nacimientos (1880-1900) y de defunciones (1881.1906 y 1931) del Registro Civil de Pamplona, los libros de nacimientos (1900-31) y de defunciones (1880-1913 y 1929-31) del Archivo Municipal, los Boletines de Estadística Municipal (1914-28), las Reseñas Geográficas y Estadísticas de 1888 y 1912 y los datos recogidos por S.Húder (1935) sobre mortalidad para parte del s.XIX.

² En 1884 el Ayuntamiento califica a las fiebres tifoideas de endémicas, sin aludir a que, en realidad, estas fiebres se debían más a la suciedad (Corbin, A., 1982: *El perfume o el miasma*. F.C.E., p. 234), que se acumulaban en las calles, portales, orillas del río Arga... que a los agentes climáticos o edafológicos intrínsecos a la ciudad.

exigían para imponerse con éxito y cumplir sus objetivos fundamentales: el descenso de la mortalidad y morbilidad, sobre todo, maternas, perinatales e infantiles, la promoción de la salud de la reproducción, así como el desarrollo físico, moral y social de los niños en el seno de sus familias. No podemos olvidar el indiscutible papel que desempeñaron otros agentes como los culturales o las variaciones del coste de «la cesta de la compra», por que, al fin y al cabo, «la salud de la madre y de los niños está ligada a la salud de la comunidad y directamente determinada por las condiciones socioeconómicas de la vida social» (San Martín, 1989: 182). En suma, no era factible una mayor caída de las tasas si antes no se presentaban y ejecutaban proyectos dirigidos a estos pilares, porque sólo sanando a los más jóvenes se podría sanar a medio y largo plazo al conjunto de la sociedad.

Más allá de esta breve enumeración de factores causales, el cuadro 1 muestra con detalle el carácter vacilante de todo este proceso. Un proceso en el que se pueden establecer dos secuencias temporales con sus particulares ritmos de comportamiento. La primera de estas secuencias podría incluir el lapso de 1880 a 1901. Las fluctuaciones, en muchos casos violentas³, son mucho más notorias que en el período 1902-1931, dejando a la luz el cariz recurrente de las crisis de mortalidad ocasionadas por fiebres tifoideas, viruelas o difterias, además de los efectos negativos de las crisis de subsistencia. La clave, no obstante, que define este primer intervalo temporal es lo abultado de sus tasas, a pesar de la ejecución del primer ensanche⁴, que en ningún caso satisfizo las expectativas abiertas para el sector de la construcción ni para una población que reclamaba la reducción del hacinamiento y de los alquileres. La segunda arrancarí­a de 1902 y concluirí­a en 1930⁵. Exceptuando 1904, 1911 y 1918, el resto del intervalo temporal tomado no supera el 29 por mil, índice muy por debajo de la media que registra el primer intervalo temporal. En conjunto, las TBM mantienen una tendencia constante de trayectoria descendente irregular.

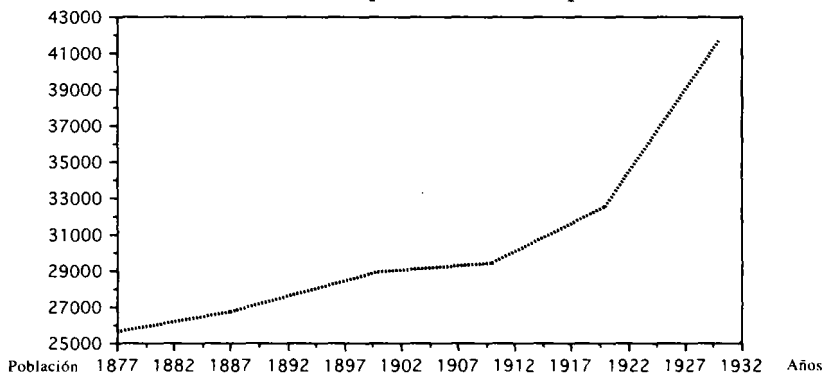
³ Véase, por ejemplo, 1880-85 ó 1890-93.

⁴ Solicitado en 1884 y concluído en 1900, lo componían una decena de manzanas destinadas, en su mayoría, a edificios oficiales como la Audiencia y a edificios militares dentro del recinto amurallado.

⁵ Las diferencias observadas entre los datos que presenta S.Húder y los cálculos propios recogidos en el Cuadro 1 llegan a ser hasta de cuatro puntos en años como 1918 ó 1925-29; para el resto, las diferencias son leves. Por otro lado, las defunciones que hemos recogido de los libros municipales y del Registro Civil son mínimamente superiores a las presentadas en los MNP hasta 1915 e inferiores desde 1916 porque suponemos que la población tomada como referencia por éstos era la censada.

La lentitud del proceso descendente descrito con anterioridad se repite en las TBN, si bien éstas experimentan una caída de en torno a un tercio frente al casi 50% de las TBM. El distinto acompasamiento con que evolucionan hacia la reducción de sus índices está inmerso en la dinámica general de los núcleos urbanos, aunque con algunas diferencias cronológicas como es bien conocido. Evidentemente, la única opción que queda abierta para que se produzca el crecimiento de la población tendrá que venir por la vía de los movimientos migratorios (cuadro 1 y gráfico 1).

Gráfico 1
Evolución de la población en Pamplona⁶



Entre 1900 y 1920 al crecimiento numérico de la población total le corresponde un decrecimiento vegetativo sostenido, excepto en el quinquenio 1912-16. A pesar de esto, las tasas medias de crecimiento anual que se obtuvieron en esas mismas fechas llegarán al 0,2%, en la primera década, y al 0,99% en la segunda (J. Díez Nicolás, 1971: 43-105). Tras la epidemia de gripe se percibe un pequeño cambio, ya que las diferencias entre ambas tasas tienden a ser positivas o ligeramente negativas. El flujo migratorio no sólo no cesa en este momento, sino que se consolida, en parte por la aprobación y puesta en marcha del II Ensanche. A decir de los datos, sus efectos directos sobre la mortalidad general fueron limitados —excepto en la tercera década—, aunque no sucediera lo mismo en materias como la actividad económica-constructora y laboral; consiguió aliviar, eso sí, el hacinamiento, la carestía de la vida y del

⁶ Para 1877, 1887 y 1900 hemos tomado los datos censales y para el resto del siglo xx los presentados en *Población calculada* del INE.

suelo⁷. En suma, el éxodo rural y el crecimiento natural de la población, sobre todo a partir de 1927 (S.Húder, 1935: 16 y D.Reher, 1988: 71), van a propiciar una tasa media de crecimiento anual para la décadas de los años veinte del 2,95% (J. Díez Nicolás, 1971: 65) y un fuerte aumento, en cifras absolutas, de la población como se recoge en el gráfico 1.

Tan ilustrativos como los resultados que acabamos de presentar, podía resultar pasear en estas fechas por el interior de esta ciudad en la que se discute desde la concepción misma de ciudad como plaza fuerte hasta los hábitos de sus convecinos.

La morfología de la capital navarra se definía por una edificación civil de marcada propensión al crecimiento implosivo, por calles estrechas y húmedas, por escasos parques y plazas y por viviendas dispuestas en profundidad y con un elevado grado de humedad e insalubridad. A la dureza de estas condiciones ambientales de partida se incorporan otras como la alimentación —escasa, cara y en dudosas condiciones de conservación—, el tipo de lactancia y la relación ingresos familiares-precios⁸. Este panorama general propició las reiteradas peticiones municipales y de los principales sectores económicos al Gobierno acerca de un plan de saneamiento y ensanche de amplio espectro y multiplicó los comentarios críticos en la prensa local, en torno a ciertos comportamientos particulares tan nefastos para la salud como pudiera ser la tan denostada falta de espacio⁹. Se mostrará mejor predisposición de todas las partes cuando las iniciativas concretas repercutan sobre la higiene colectiva: la traída de aguas de Arteta, las reformas del alcantarillado, el traslado de la cárcel y los mataderos fuera de la ciudad o la construcción de hospitales nuevos. A su vez, se redactarán ordenanzas, normas y bandos con el fin de modificar, en lo posible, las costumbres particulares de la población, y se harán declaraciones de intención.

⁷ Según recoge J. Díez Nicolás (1971) la densidad de la población de Pamplona era en 1900 de 1254 hbt/km, mientras en 1930 había ascendido a 1837 hbt/km. Dicho en términos comparativos, en 1900 se sitúa en la décimotercera posición de los centros urbanos —incluyendo las capitales provinciales—; en 1910 y 1920 en la décimocuarta posición y en 1930 en la décimo-octava.

⁸ Los principales artículos de consumo eran «El pan, la carne, el vino, la leche, los huevos, todo en fin cuesta un ojo de la cara» (*Diario de Navarra*, 21-19-1903), en sí una dieta muy monótona y muy limitada en el capítulo de la carne. Los limitados ingresos familiares procedían de: «el padre va á ganar el jornal, la madre al río, y el hijo mayor á ganar algunos céntimos» (*Diario de Navarra*, 21-9-1903).

⁹ Ejemplos de estos comportamientos improprios son: dejar basuras en las calles, no lavarse ni asearse mínimamente; dedicar parte de los ingresos al consumo de vino o aguardiente en lugar de alimentos básicos; abandonar a los niños en las calles durante el trabajo; lavar en charcos y un largo etcétera.

La reiteración de sus contenidos habla del fracaso en todo lo referente a los comportamientos higiénicos familiares e individuales y de la desidia e inobservancia de las propuestas municipales. En realidad, tampoco hay que exagerar en lo referente a la preocupación pública y de ciertos sectores sociales por la sanidad y salubridad, pues la tendencia generalizada será la de introducir las medidas de «salud pública cuando (sea) tarde, (sean) caras, mal entendidas y poco útiles» (A.Lazcano, 1903). En algunas ocasiones esta predisposición ocultó los intereses de una burguesía local incipiente que veía en la remodelación urbana un incentivo para las empresas y buenas posibilidades de encontrar un nuevo acomodo más apropiados para su condición socio-económica.

La problemática relación salud-enfermedad/muerte no fue, en ningún caso, el punto de mira central de la autoridades civiles ni militares, revestía tal envergadura y complejidad su control que parecía, para muchos, una tarea a largo plazo. El personal sanitario, por su parte, se decantó por la prevención; una prevención más médica que social y más individual que colectiva, y que exigía una previa vulgarización y difusión de los conocimientos higiénico-sanitarios¹⁰. En suma, la lentitud y la inadecuación a la hora de poner en marcha medidas higiénico-sanitarias, urbanísticas y de control sobre la calidad y precio de los alimentos y viviendas serán algunos de los factores clave para comprender el retraso, más de lo debido, con que se inicia la transición higiénico-sanitaria y, por lo tanto, la primera fase de la transición demográfica en Pamplona.

LA MORTALIDAD INFANTIL Y JUVENIL

La población menor de diez años permanece perfectamente imbricada con su medio de desarrollo físico y afectivo más próximo; la familia y su lugar de residencia o los centros benéfico-asistenciales, junto con las condiciones de habitabilidad de la ciudad, se convierten en puntos de referencia obligada para conocer, aunque sea de forma parcial, las causas de la morbilidad y mortalidad de este sector de la población. Ellos habían sido, tradicionalmente, las grandes víctimas de la sociedad por su vulnerabilidad ante las enfermedades, el pauperismo y la muerte es quizá por este motivo por el que van a pasar, sobre todo con el cambio de siglo, a primer plano.

¹⁰ Sobre la necesidad de acercar a la sociedad, y especialmente a las mujeres, los conocimientos básicos sobre la higiene y los cuidados sanitarios familiares, recomendamos la lectura de las dos obritas del doctor D.Carlos Gil y el artículo de S.Anaut (1995 b) que recogemos en la bibliografía.

El análisis cuantitativo de su mortalidad requiere partir de unas premisas básicas. Como en la inmensa mayoría de las investigaciones sobre el tema, advertimos un marcado subregistro en las edades más tempranas (S. Anaut, 1995c), una evolución con diferentes ritmos para la mortalidad infantil y juvenil, cierta despreocupación de los estadísticos por los párvulos y, como era de esperar, el retraso en la puesta en marcha de las medidas más apropiadas para contrarrestar los efectos de los factores de naturaleza exógena que sobre ambas mortalidades inciden.

A continuación analizaremos la mortalidad infantil y juvenil por separado y por grupos de edad más limitados que nos ayudarán a descubrir matices interesantes. Introduciremos también un somero estudio sobre las diferencias ante la muerte por razón del sexo, la causas patológicas y la estacionalidad de las defunciones, aspectos todos ellos fundamentales para conocer mejor la realidad demográfica y social de Pamplona.

1. La mortalidad infantil

El inicio de la transición de la mortalidad infantil en España, R. Gómez Redondo (1992: 31) lo sitúa en las primeras décadas del presente siglo, en tanto que los descensos de las tasas de esta mortalidad durante el siglo XIX sólo pueden ser calificados de síntomas coyunturales de la transición, ligados a problemas de subregistro. Sin embargo, en Pamplona no se perfilan con tanta claridad tales comportamientos y así no se atisban los primeros indicios claros hasta las postrimerías de la tercera década del siglo XX, coincidiendo con un cierto crecimiento económico tal y como quedó expuesto con anterioridad. Para poder corroborar nuestra percepción del inicio tardío de la iniciación de la transición demográfica vamos a recurrir a la serie completa para el s. XX de la TMI y a un total de diecinueve años para TMIC, TMIP, TMIN y TMIPN¹¹, a la espera de completar el vaciado de las fuentes primarias.

¹¹ TMI (tasa de mortalidad infantil) es el cociente de los decesos menores de un año entre los nacidos vivos; la TMIC (tasa de mortalidad infantil corregida) es también el cociente de los óbitos menores de un año más los nacidos muertos entre los nacidos vivos más los muertos (nacidos muertos, muertos al nacer o con menos de veinticuatro horas). La tasa de mortalidad perinatal (TMIP) es el cociente de los nacidos muertos según el Código Civil español (nacidos muertos, muertos al nacer y muertos antes de cumplir el primer día de vida extrauterina) entre los nacidos vivos más los muertos. La tasa de mortalidad neonatal (TMIN) recoge la relación de las defunciones de los menores de un mes más los naci-

Cuadro 2
Evolución de la mortalidad infantil, 1900-1931 (TMI por mil)

Años	España*	Capitales*	Pamplona	Años	España*	Capitales*	Pamplona
1900			191	1916	147	162	135
1901	186	221	227	1917	155	176	151
1902	181	198	206	1918	183	195	237
1903	162	180	185	1919	156	173	148
1904	173	186	177	1920	164	180	155
1905	161	182	179	1921	147	157	244
1906	174	187	220	1922	142	151	171
1907	158	177	192	1923	148	152	169
1908	160	166	168	1924	140	139	144
1909	154	180	116	1925	136	137	167
1910	149	162	145	1926	128	126	213
1911	162	177	164	1927	127	124	129
1912	137	153	112	1928	125	121	169
1913	155	168	138	1929	123	122	146
1914	152	167	134	1930	117	111	141
1915	156	172	149	1931	117	112	121

Fuente: *Rosa Gómez Redondo (1992: 71). Elaboración propia para Pamplona a partir de los libros de nacimientos del Registro Civil (s.XIX), los mismos libros del Archivo Municipal (1900-13 y 1929-31), los Boletines de Estadística Municipal (1914-28) y los M.N.P. (defunciones de menores de un año).

Como índices aproximativos y subceptibles de comparación con los nacionales servirán los recogidos en el cuadro 2 (TMI). De los datos disponibles para el primer tercio del s.XX se pueden extraer varias conclusiones de interés. En primer lugar, en Pamplona se mantienen niveles muy altos de mortalidad infantil, equiparables al comienzo del siglo con los de las capitales españolas, no así a medida que avanza el siglo. En segundo lugar, la tónica general que rige la evolución de la mortalidad de la capital navarra es totalmente irregular, con saltos tan bruscos como los que se producen entre 1905 y 1908 ó 1919 y 1921. Las limitaciones a la hora de iniciar en la mortalidad ordinaria un proceso descendente, francamente pausado, podríamos considerarla como

dos muertos con los nacidos vivos más los muertos, y la tasa de mortalidad infantil postneonatal (TMPN) la relación entre los fallecidos de uno a once meses con los nacidos vivos más los muertos. Como índices que son los presentaremos en tantos por mil.

la tercera de las características. Por último, se hace patente la mayor vulnerabilidad de los menores de un año de las capitales respecto del conjunto de España, siendo incluso superior dicha diferencia en centros urbanos que, como Pamplona, todavía no han experimentado cambios estructurales de diversa índole en estas fechas. Coinciden estos puntos, por tanto, con lo que cabía esperar de un marco urbano y de unas tasas de natalidad y mortalidad brutas como las descritas en el apartado anterior.

Mientras que la dinámica que describen los cocientes de la TMI muestra cierto paralelismo entre Pamplona y el resto de las capitales de provincia, a través de la lectura de las TMIC, que quedan recogidas en el cuadro 4, se aprecia un empeoramiento notable de dichos índices y una mayor resistencia de las tasas a decaer que la expuesta en la TMI. Eso sí, con estas tasas corregidas se obtiene una información interesante para el s.XIX, ya que según los datos disponibles el subregistro debe ser la principal razón explicativa de sus bajos niveles. Esta hipótesis puede tener validez si se observa que una situación similar se repite en las tasas perinatales del cuadro 3. Da la impresión que la década de los noventa fue francamente benévola con la población infantil de Pamplona, en tanto que el s.XX se mostró incapaz de hacer descender sus tasas por debajo del 200 por mil, con las excepciones puntuales de 1916 y 1931, a pesar de que es entonces cuando se traslucen con mayor nitidez los proyectos de mejora urbanística y de reforma higiénico-sanitaria; en este punto el éxodo rural podría actuar en favor de dicha atonía de las cifras y de la gravedad del problema de la muerte entre los menores de un año, si bien mantendremos con algunas reservas su relevancia, entre otros motivos porque la gran mayoría de estos decesos quedan registrados como nacidos en Pamplona. Las probabilidades de sobrevivir a esta edad, por tanto, eran reducidas en comparación con las del resto de la población menor de diez años como veremos en otro apartado.

1.1. *La mortalidad por subgrupos de edad*

El interés por el desarrollo temporal y la causalidad de las defunciones de los menores de un año no es exclusivo de demógrafos e historiadores, el personal sanitario y, en momentos puntuales, las instituciones públicas lo han demostrado incluso con anterioridad, ya que al menos una cuarta parte de los fallecimientos totales correspondía a éstos. Así las cosas, la tendencia histórica ha sido desagregar, atendiendo

al criterio de la edad del fallecido, en grupos y subgrupos a este segmento de la población (R.Gómez Redondo, 1992: 17).

1.1.1. MORTALIDAD PERINATAL

El problema de partida para llevar a cabo este estudio es la falta de una desagregación tan minuciosa en las fuentes y, cuando se da, no se cuenta con una matización consensuada¹² a este respecto. Pese a todo, estamos en disposición de presentar los niveles de mortinatalidad de todo el período objeto de análisis obtenidos a partir de los libros de defunciones del Archivo Municipal de Pamplona (A.M.P.) y de sus libros índices anuales (S. Anaut, 1995c). El obstáculo, no obstante, más importante reside en el hecho de que el Código Civil español definiera como nacido vivo sólo a aquel «feto que tuviera figura humana y viviere veinticuatro horas enteramente desprendido del seno materno» (art. 30). En nuestro caso, el subregistro legal así establecido queda parcialmente subsanado por los libros de defunciones del A.M.P. y por un posible subregistro de los nacimientos, sometidos por la propia lógica a defectos y omisiones en su registro. En cualquier caso, la mayoría de los resultados aportados van a moverse dentro de un margen de error razonable y, por ello, creemos que bastante próximo a la realidad social del momento.

Por ello, y con este punto de partida, para poder llevar a cabo una reconstrucción coherente y homogénea de las series históricas de las estadísticas de mortalidad perinatal resulta obvio no adentrarse en segmentaciones temporales tan sugerentes como establecer las muertes durante el parto —intranatales—, las defunciones prenatales o las postnatales. Los únicos índices que vamos a presentar son los que aparecen recogidos en el cuadro 3 y que incluyen a los tres subgrupos.

Resulta evidente que, a la luz de la información contenida en el cuadro 3, los cocientes obtenidos tras el vaciado de las fuentes primarias para las últimas décadas del siglo XIX y el primer tercio del siglo XX son de calidad muy desigual. Es bien conocido por todos que a lo largo del siglo XIX se experimentó un crecimiento considerable de las

¹² La principal confusión terminológica se da entre los nacidos vivos y muertos: en la *Reseña Geográfica y Estadística de 1888* se registran «nacidos muertos», mientras en los *MNP del s. XX* esos mismos son «muertos al nacer» y desde 1930 «abortos y nacidos muertos». Por su parte, en los libros de defunciones del A.M.P. se van mezclando los términos «fetos» y «niños/as muertos/as» de tal forma que se preferirá el primero en el s.XX y el segundo en el s.XIX (S. ANAUT, 1995 c).

Cuadro 3
La mortinatalidad de Navarra y Pamplona (1900-1931)

Años	NVp	NMp*	Mnp*	MnN*	NMp	Mnp	Años	NVp	NMp*	Mnp*	MnN*	NMp	Mnp
1880	849	57	6,05		34	3,85	1906	699	54	7,17	2,3	55	7,29
1881	972	67	6,44		66	6,36	1907	724	55	7,06	1,65	55	7,06
1882	942	63	6,2		55	5,52	1908	816	43	5,01	2,23	41	4,78
1883	935				52	5,27	1909	774	63	7,53	2,66	62	7,42
1884	967				66	6,39	1910	772	55	6,65	2,64	39	4,81
1885	916				53	5,47	1911	793	51	6,04	2,46	52	6,15
1886	955				27	2,75	1912	909	56	5,8	2,44	53	5,51
1887	980				39	3,83	1913	811	59	6,78	2,47	59	6,78
1888	890				51	5,42	1914	841	43	4,86	2,26	44	4,97
1889	993				43	4,15	1915	882	66	6,96	2,33	64	6,77
1890	886				53	5,64	1916	808	48	5,61	2,18	54	6,26
1891	965				66	6,4	1917	833	46	5,23	2,02	44	5,02
1892	992				51	4,89	1918	800	55	6,43	2,46	53	6,21
1893	938				46	4,67	1919	828	50	5,69	2,15	47	5,37
1894	865				51	5,57	1920	902	53	5,55	2,17	53	5,55
1895	889				68	7,11	1921	889	52	5,53	1,99	51	5,43
1896	867				44	4,83	1922	914	40	4,19	1,8	40	4,19
1897	867				48	5,25	1923	883	50	5,36	2,57	50	5,36
1898	807				54	6,27	1924	955	54	5,35	2,45	53	5,26
1899	825				49	5,61	1925	947	64	6,33	2,55	63	6,24
1900	837	72	7,92		72	7,92	1926	948	49	4,91	2,5	53	5,29
1901	792	63	7,37	2,54	61	7,15	1927	1008	63	5,88	2,69	66	6,15
1902	790	62	7,28	2,51	61	7,17	1928	1014	73	6,72	2,84	69	6,37
1903	850	71	7,71	2,95	70	7,61	1929	975	58	5,61	2,56	58	5,61
1904	724	62	7,89	3,33	62	7,89	1930	1040	61	5,54	2,76	56	5,11
1905	726	55	7,04	2,36	56	7,16	1931	1072	59	5,22		71	6,21

Mn.Nv: Mortinatalidad de Navarra; Mn.Pm: Mortinatalidad de Pamplona.

Fuente: Sánchez Verdugo (1948: 13-22). Elaboración propia para el resto¹³.

¹³ Los nacidos vivos de Pamplona (NVp) de 1880 a 1900 proceden de los libros de nacimientos del Registro Civil (Índices, tomos I-II), por haber desaparecido en el AMP. Para los años 1901-36 se han comparado los datos de los MNP y de los libros de nacimientos del AMP, coincidiendo. Los nacidos muertos de Pamplona (NMp) de 1880-82 proceden de la *Reseña Geográfica y Estadística de 1888* y desde 1900 de los M.N.P.; en tanto que los nacidos muertos por nosotros calculados (NMP*) se han obtenido de los libros de defunciones del AMP hasta 1899 y, el resto, de los libros índices del mismo archivo —para todo el período los valores de los decesos responden a la suma de los niños/as muertos/as y los fetos, según la terminología empleada por los registradores—.

Cociente de mortinatalidad o Mn= (Nacidos muertos / Nacidos vivos) * 100

Tasa de mortalidad perinatal o TMIP= [Nacidos muertos/(Nacidos vivos+Nacidos muertos)]*100.

Hemos optado por presentar nuestros cocientes mortinatales (Mnp*) y perinatales (TMIP*) en tantos por ciento para compararlos con mayor facilidad con los registrados por Sánchez Verdugo (1948) que aparecen en las columnas de las tasas de mortalidad perinatal de Pamplona (TMIPp) y de mortinatalidad en Navarra (MnN.°).

distintas tasas de mortalidad en los ámbitos urbanos españoles¹⁴ por su propia dinámica económicosocial y por el progresivo perfeccionamiento de los registros de las defunciones. Sin embargo, no parece ocurrir lo mismo en Pamplona hasta el presente siglo. Justificar esta anomalía puede no resultar difícil en el marco de las suposiciones, sin embargo y por el momento, nos quedaremos en el marco de las hipótesis para asumir como explicación de las bajísimas tasas de mortalidad del siglo pasado el subregistro.

En cualquier estudio de mortalidad, el problema del subregistro aparece como un hecho que está presente de manera indiscutible, pero sobre el que no nos vamos a detener más que para apuntar algunas líneas explicativas, aunque cuestionable. En primer lugar, la desidia de las autoridades y funcionarios del registro a la que se suma la no obligatoriedad de registrar a aquellos nacimientos con vida de menos de veinticuatro horas, parecen ser las principales razones de las deficiencias apreciadas; por contra, es indudable el interés que nace paralelamente entre las «fuerzas vivas» de la ciudad y de los responsables de los centros asistenciales y de la sanidad —muestras de ello se constatan en actas de la Junta de Beneficencia, periódicos, etc.—. Son, pues, dos actitudes si no contradictorias al menos que dejan resquicios a la duda sobre los verdaderos sentimientos e intereses de estos grupos. En segundo lugar, jugaría un papel nada desdeñable el mantenimiento de la costumbre de no registrar a aquellos fallecidos que no hubieran sido bautizados, tal y como ocurría en los registros parroquiales: también tendría aquí cabida el temor de muchas mujeres a reconocer haber tenido un hijo fuera del matrimonio establecido. Por último, un motivo más se encontraría en la situación de falta de residencia mínimamente estable de un cuantioso grupo de habitantes.

Una prueba de la diversidad del grado de subregistro lo hallamos al comparar los valores de 1880-82. Los nacidos muertos que hemos recogido de los libros de defunciones municipales son ostensiblemente inferiores a los oficiales de la *Reseña Geográfica* de 1888 (1880-82) y es muy probable que lo mismo suceda con los datos expuestos para los años 1886, 1887, 1889, 1893 y 1896-99, ya que en todos ellos el número de nacidos muertos se nos antoja demasiado pequeño para lo que acontecerá a partir de 1900. Las deficiencias en los nacimientos pare-

¹⁴ Un ejemplo lo tenemos en la *Reseña Geográfica y Estadística de 1888* (p. 25) en la que se establece el decrecimiento porcentual medio anual de treinta capitales españolas durante el período de 1878 a 1884. El máximo lo sitúa en Lérida con el 1,89% y el mínimo en Ávila con el 0,1%.

cen menos abultados, sin embargo la falta de coincidencia entre las fuentes primarias y las estadísticas nos abre una puerta hacia la duda que preferimos cerrar por el momento¹⁵. A tenor de lo expuesto, no estamos en disposición de dar fiabilidad plena a los cocientes perinatales que corresponden al período de 1880-1899, si bien dan indicios de las fluctuaciones de la mortalidad vividas en Pamplona. Tras años críticos como 1895 y, en menor medida, 1881, 1884, 1891 y 1898, se suceden años con mortalidades ordinarias que aducen a un irreal alto grado de homogeneidad en torno al 5%, en especial si los comparamos con las tasas brutas de mortalidad (cuadro 1) o las específicas para los menores de un año. Así pues, no se describe ningún movimiento cíclico significativo, ni puntos álgidos coincidiendo con fechas claves como pudiera ser la de 1885 con la invasión del cólera morbo asiático¹⁶.

Mayor atención merecen los valores correspondientes al s.XX. Al contrastar los cocientes elaborados por Sánchez Verdugo con los nuestros, observamos un subregistro moderado, con excepciones en 1910, año en el que la diferencia supera los dos enteros y 1916 y 1931 en los que se invierten los papeles. A pesar de estas diferencias, la lectura de las tasas nos debe dirigir a otras cuestiones. A primera vista llaman la atención los continuos titubeos de la tendencia descendente de todo el lapso analizado. Esta propensión descendente experimenta rupturas, no bruscas para la mortinatalidad, que permiten subdividir el período de la manera que sigue. Entre 1900 y 1909 las variaciones son poco significativas si descartamos la fuerte caída de las defunciones en 1908. A partir de 1910 los valores apuntan con mayor claridad a un retroceso de las mismas, a pesar de la resistencia a bajar del 6%. Entre 1919 y 1924 encontramos el único margen temporal de cierta entidad en el que se puede confirmar la tendencia a la estabilidad de la mortalidad ordinaria y aquella otra tendencia en la que los intervalos variables de los cocientes se va distanciando, en otras palabras, mientras de 1911 a 1918 se intercalan anualmente tasas del seis por ciento con otras del

¹⁵ Los nacidos vivos recogidos en la *Reseña Geográfica y Estadística* de 1888 son los siguientes: en 1880 un total de 870; en 1881 de 973 y en 1882 de 953. Con estos nacidos se ha calculado Mnp y TMIPp de la cuarta y quinta columna. Para los incluidos en el MNP de 1886-92 los valores son: 966 en 1886; 974 en 1887; 907 en 1888; 976 en 1889; 914 en 1890; 930 en 1891; y 960 en 1892 (no incluye información alguna sobre los nacidos vivos y muertos).

¹⁶ Según el *Boletín de Estadística Sanitario-demográfica* (Apéndice general al tomo VI, 1887, Madrid) Pamplona fue, dentro de Navarra, uno de los núcleos de población menos afectados con un total de 22 fallecidos, de los cuales ninguno era menor de tres años, y 31 afectados.

cuatro y cinco por ciento, a partir de 1925 el margen se amplía algo más. Podríamos calificar a este tipo de fluctuaciones que duran más de un año sin que se encuentre en ellas una completa regularidad en lo que respecta a su duración como movimientos cíclicos, si bien partiendo de la base de que son difíciles de apreciar en este segmento de la población.

Un segundo aspecto que define a los primeros treinta años del presente siglo es la falta de correlación entre el aumento de las tasas brutas de mortalidad anual y la de la mortalidad perinatal (TMIP). Quizá el mejor ejemplo de esta afirmación sea el año 1918, año en el que la TBM de Pamplona alcanzó el 40,92 por mil como consecuencia de la epidemia de gripe —de septiembre a diciembre— frente al 27,14 por mil de 1917 y 1919 y a unos cocientes que no superaron el 29 por mil en los años inmediatos; en cambio, la TMIPp fue del 62,1 por mil, similar a la de cualquier otro año. Ahora bien, dejando a un lado el abismo que separa ambos cocientes, llama la atención que los nacidos muertos en un año de epidemia generalizada sean incluso menores en cifras absolutas y relativas que los de años como 1913, 1915, 1916 ó 1925. A la conclusión que podemos llegar a partir de esta información es al predominio de los factores endógenos sobre los exógenos en los decesos menores de veinticuatro horas, si bien no es posible tomar esta afirmación como plenamente cierta sin un registro completo de las causas que propiciaron tales decesos. También se podría cuestionar la fiabilidad de los valores, pues en momentos de crisis de mortalidad la sobrecarga de trabajo de los registradores municipales y la desidia de familiares de gestantes que fallecen por la epidemia a la hora de contabilizar las dos vidas son dos factores que entran en funcionamiento con gran rapidez. En cualquier caso, no es de esperar que el subregistro se dispare fuera de unos márgenes razonables por la fuerte preocupación que despertó la gripe entre las autoridades políticas y el cuerpo sanitario de Pamplona. Sobre este punto, por último, quisiéramos precisar que mientras las TBM desde 1927 no superaron el 23,6 por mil y describieron claramente una curva descendente, la mortinatalidad no es capaz de describir una tendencia orientativa similar. No resulta extraño este comportamiento si observamos lo que acontece en Navarra.

Los índices recogidos para la provincia de Navarra por Sánchez Verdugo confirman la falta de una tendencia regular descendente bien definida al igual que ocurriera para Pamplona, si bien su margen de oscilación es mucho menor —gira entre el máximo de 1904 y el mínimo de 1907—, es decir, entre 1900 y 1930 el comportamiento de las tasas se circunscribe a una serie de oscilaciones interanuales leves alrededor de los valores normales, ya que las diferencias apenas si son percepti-

bles. Esta tónica general no presupone interpretar dicha continuidad como sinónimo de escasa evolución de la estructura de la mortalidad en Navarra entre otras razones porque no se dispone, por el momento, de ningún trabajo que contraste esta información oficial con la de las fuentes primarias.

Asimismo, no se aprecia una coincidencia absoluta con los ciclos trazados para Pamplona, aunque sí una inevitable similitud. Comportamientos similares hallamos hasta 1906, entre 1919 y 1924 y entre 1927 y 1929; conductas divergentes, por contra, en 1907, 1914-15 y 1921. De nuevo tomaremos como modelo ilustrativo el año 1918, ya que a la vista de sus valores estamos en disposición de confirmar lo ya dicho para la capital, es decir, la gripe no fue un factor letal entre los fetos y los nacidos-fallecidos con menos de veinticuatro horas. Y en tercer lugar se dibujan unas diferencias ostensibles y muy lejos de tener visos de suavizarse entre los cocientes expuestos para Navarra y Pamplona. De estas consideraciones se deduce que las desigualdades ante la muerte entre el medio urbano y el rural son una realidad feaciente, apreciándose siempre una desventaja notable para el primero. Podríamos apuntar como variables explicativas circunscritas a este grupo de edad la proliferación en la capital de los centros asistenciales —hospitales, incluida, maternidad, etc.— y de lugares clandestinos en los que se podía dar a luz, aunque con unas condiciones sanitarias deplorables, todos ellos muy importantes para las familias pobres y las madres solteras; la ruptura, desde el momento mismo en que se llega a la ciudad, con el cauce tradicional para alumbrar a los pequeños y que implicaba la presencia de una parte importante de la familia y de una partera de confianza; y las diferencias en las condiciones de vida que supone hablar tanto del cambio en el tipo de trabajo como de las características de las viviendas o del desarraigo, por poner algún ejemplo.

Después de haber analizado con cierto detenimiento los cocientes de la mortinatalidad para Navarra y Pamplona se puede extraer como conclusión que la tendencia secular analizada describe un ligero retroceso de los nacidos muertos, en especial a lo largo del primer tercio del s.XX, y una curva que evoluciona dentro de unos valores bastante estables, sin que crisis de mortalidad como la pandemia gripal repercutan con intensidad.

1.1.2. MORTALIDAD INFANTIL

La mortalidad infantil propiamente dicha representa en Pamplona desde 1881 una proporción muy próxima al 70% de las defunciones de

los menores de un año. Esta constancia cuestiona, de nuevo, si los cambios urbanísticos de los ensanches mejoraron las condiciones de salubridad y habitabilidad de toda la capital, si los avances médico-sanitarios y una mejor información y educación pediátrica de las madres¹⁷, etc., propiciaron una caída sustancial de la mortalidad neonatal y postneonatal hasta finales del período. Las limitaciones presupuestarias, la falta de predisposición por parte de muchos padres y las reticencias iniciales de las «fuerzas vivas» de la ciudad, retrasaron notablemente la efectividad de estos cambios sobre este segmento de la población.

Cuadro 4
Las tasas de mortalidad infantil corregida, neonatal y postneonatal en tantos por mil¹⁸

Años	TMIC	TMIN	TMIPN	Años	TMIC	TMIN	TMIPN
1880	160,8	100,8	60,02	1903	230,4	116,3	114,1
1881	216,8	131	85,74	1904	234,1	110,7	123,4
1886	253,6	105,9	147,7	1905	234	112,5	121,5
1896	176,7	84,52	92,21	1906	208,2	112,7	95,49
1897	198,9	99,45	99,45	1911	220,1	98,22	121,9
1898	189,3	103,4	85,95	1916	183,3	92,81	90,49
1899	242,6	117,8	124,7	1921	281,9	106,4	175,5
1900	234,3	126,5	107,8	1926	254,7	104,9	149,9
1901	255,6	138,3	117,2	1931	185,3	92,74	92,74
1902	240,9	125,7	115,2				

Fuente: Elaboración propia a partir de los libros de defunciones y sus índices del A.M.P. y los libros de nacimientos del Registro Civil para el s.XIX y del A.M.P para el s.XX.

Tal y como se expuso al comentar las tasas de mortalidad infantil (TMI y TMIC), en ningún caso contamos con suficientes indicios

¹⁷ Señalaremos la creación del consultorio para niños (1928), el respaldo a los asilos y la vulgarización de los conocimientos básicos sobre alimentación, cuidados e higiene de la madre y su hijo, que como reconocen médicos y periodistas será una tarea a largo plazo que deberá contar con el consenso de todos los implicados y con la participación activa de las mismas mujeres que enseñarán «á las que no leen, porque no pueden ó no saben (...) que el único medio de criar niños robustos es el uso continuado del baño» (*Diario de Navarra*, 21-9-1910).

¹⁸ La tasa de mortalidad infantil neonatal (TMIN) es el cociente de los menores de un mes y los nacidos vivos más los muertos, en tanto que en la tasa postneonatal (TMIPN) el cociente se calcula con los fallecidos de uno a once meses.

cuantitativos para asumir como una realidad feaciente el inicio de la transición de dicha mortalidad en Pamplona en estos años. Los cálculos de las tasas de mortalidad neonatal (TMIN) y postneonatal (TMIPN) que se presentan en el cuadro 4 muestran la ausencia de sincronía entre ambas y una evolución muy irregular. La imposibilidad de establecer pautas de comportamiento lineales o cíclicas lo confirma. Esta visión global encubre ciertas diferencias en los subgrupos mensuales postneonatales como el mayor número de óbitos entre los menores de seis meses en la mayoría de los años referenciales. Este despunte pudiera deberse al proceso del destete prematuro, al aumento de la resistencia a la enfermedades con el aumento de la edad —descienden las diarreas y cólicos— o a que un número importante de estos óbitos quedaban registrados en la Inclusa (cuadro 5).

Cuadro 5
La mortalidad registrada en la Casa Inclusa (1916-27)

Años	Por mil	Años	Por mil	Años	Por mil
1916	14,15	1920	24,11	1924	28,34
1917	22,77	1921	37,31	1926	51,24
1918	41,87	1922	52,75	1927	21,47
1919	27,85	1923	27,12	1928	41,60

Fuente: B. E. M. de Pamplona. No se incluye 1925 por faltar numerosos datos.

Otro grupo de factores lo compondrían las limitaciones, especialmente económicas y sociales, para llevar a cabo una lactancia artificial¹⁹, la escasez de las «gotas de leche»²⁰ y de mujeres disponibles con ciertas garantías para amamantar, la incorporación de la mujer al mercado laboral y el retraso con el que se percibieron los efectos positivos de las medidas encaminadas a la mejora higiénico-sanitaria de la ciudad en su conjunto.

¹⁹ Los comentarios sobre este respecto son numerosos en la prensa de principios de siglo. Sobre este asunto ver: S. Anaut (1995 b).

²⁰ Atendiendo a los datos disponibles del *Boletín de Estadística Municipal* (1916-28) del A.M.P las cantidades máximas, en litros anuales, repartidas con bastante equidad entre ambos sexos, se sitúan en 1917, 1918 y 1919 en 32.447, 29.821 y 33.988 litros respectivamente, para no superar los veinte mil litros/año a partir de 1927.

1.2. *Desigualdades ante la muerte por sexo y causas de defunción*²¹.

Para completar nuestro análisis sobre la mortalidad de los lactantes conviene reseñar que la mayoría de estas defunciones son masculinas, despuntando 1931, entre las perinatales, con casi dos tercios del total, y dibujando una leve tendencia a disminuir la diferencia entre ambos sexos entre las infantiles —1906 experimenta una evolución singular porque alterna el predominio femenino y masculino—.

El caso individualizado de 1906, a la luz de las afirmaciones de A. Arbelo (1962: 91-92, 172-173) y de R. Gómez Redondo (1992: 209-213), pone sobre la mesa las siguientes cuestiones: ¿hasta qué punto su evolución anómala puede ser achacada a deficiencias en el registro? y ¿hasta qué otro punto es una manifestación del atraso demográfico de la capital navarra? Según estima R. Gómez (1992: 212): «El atraso con que España acometió su transición de la mortalidad infantil no fue tan grande como para incluir todavía años de hipermortalidad femenina, como se ha visto que ocurría en algunos países europeos». En efecto, Pamplona en ese año conserva una pauta de comportamiento propio del siglo XIX, de modo que nos hallamos ante un indicador más del atraso demográfico de la ciudad, si bien debe ser uno de sus últimos coletazos.

Para justificar el predominio masculino comentado, sólo podemos recurrir a la «ley biológica», es decir, se conciben y nacen más varones, pero éstos están expuestos a un mayor número de complicaciones desde su gestación que acentúan los procesos morbosos y letales. Es así como las causas de muerte de los menores de un día deben ser fundamentalmente endógenas, si bien subordinadas al grado de madurez, es decir, cuanto mayor sea el peso y disfrute de más meses de vida intrauterina, las posibilidades de abortos espontáneos, de nacimientos prematuros y de complicaciones en el parto se reducen lo mismo que en la vida extrauterina. Por los conocimientos obstétricos y ginecológicos que se tienen, no es habitual que estos decesos sean el resultado de una sólo causa; son un complejo a veces difícil de definir. Complicaciones en el aparato respiratorio y el circulatorio, problemas hormonales y vitamínicos, incapacidad para regular funciones básicas se yuxtaponen y, por falta de atención médica, se convierten en letales en su gran mayoría.

Circunstancias externas al feto y con carácter letal pudieran ser la ausencia o deficiencia de la asistencia médica durante el embarazo y el parto y la influencia de factores sociales. Entre estos últimos anotare-

²¹ Para este apartado y para el mismo de la mortalidad infantil y juvenil únicamente hemos profundizado en tres años: 1881, 1906 y 1930.

mos el estado legal del niño, la actividad laboral de la madre, el lugar del parto, los recursos económicos de la gestante, las condiciones de habitabilidad de las viviendas, etc., causas de muerte de origen exógeno a las que no estamos en disposición de dar mayor valor, por falta de información precisa. Ahora bien, su relevancia es indudable por el importante papel que va a jugar entre los óbitos neonatales.

Respecto a las principales causas de muerte de la población infantil no perinatal, destacan, de mayor a menor letalidad: en 1881, aparato respiratorio, aparato digestivo, sistema nervioso, enfermedades generales y vicios de conformación; en 1906, vicios de conformación, aparato digestivo y aparato respiratorio; y en 1931, aparato respiratorio, aparato digestivo, vicios de conformación, enfermedades mal definidas y de la primera infancia. En consecuencia, la jerarquía establecida sólo muestra ciertas coincidencias entre los años que limitan el período de tiempo analizado, si bien la continuidad temporal queba garantizada con el tratamiento conjunto de las afecciones respiratorias y digestivas -proporción próxima al 45 % del total-. En suma, las defunciones infantiles fueron producidas en estos años por dolencias de la misma naturaleza.

Para terminar diremos que la mortalidad infantil —menores de un año— es consecuencia de un complejo de causas múltiples endógenas y exógenas, cuyos efectos patológicos adquieren mayor letalidad en el período perinatal seguido del neonatal. Los cuadros clínicos muestran como, junto a los condicionantes genéticos y orgánicos, se dibujan las marcas de una deficiente alimentación, una falta de cuidados médicos y familiares, unas pésimas condiciones de vida y un retraso en la toma de decisiones de las instituciones municipales y estatales respecto a la mejora de la habitabilidad de la ciudad y de la difusión de las innovaciones médicas y asistenciales.

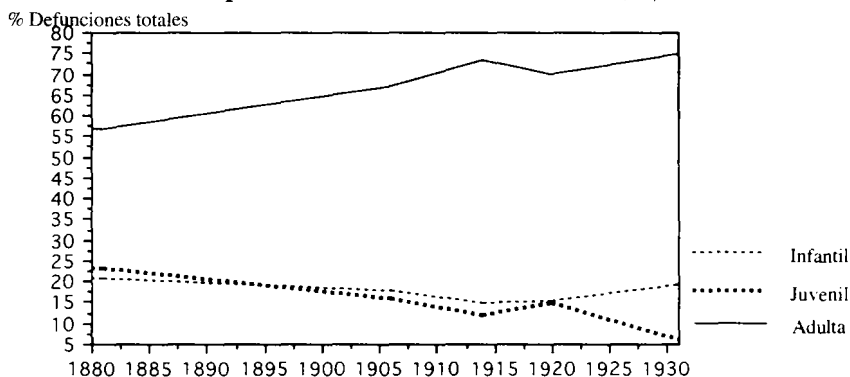
2. La mortalidad juvenil

El interés por la mortalidad juvenil ha solido ser siempre menor que el mostrado para el resto de población, quizá porque se creía que «se trataba de una época de alta morbilidad —muy difícil de conocer en estas fechas—, a la que corresponde una baja mortalidad»²² y era

²² La pendiente descendente que describen las defunciones de los párvulos de cinco a nueve años es suave: en 1881 suponía el 3,51% de los óbitos totales, en 1906 el 4,11% y en 1931 el 1,94%. Comparados estos índices con los que se van a exponer para los menores de cuatro años, parece obvio que a medida que aumenta la edad, disminuyen los fallecimientos.

«esta época de la vida la única en que se presenta con relativa frecuencia la superposición de dos o más enfermedades» (A. Arbelo, 1962: 403). Confirmar dicha hipótesis resulta sencillo con la comprobación de que el rasgo que mejor define su evolución es el descenso pronunciado y constante de sus defunciones —excepto de 1915 a 1920 según aparece en el gráfico 2— y ello gracias, sobre todo, al comportamiento de la mortalidad de uno a cuatro años, que pasó del 19,31% de las defunciones totales en 1881 al 4,08% en 1931. Ahora bien, si se recurre a la probabilidad de morir año por año (q_1 - q_9), se complica algo más esta visión general.

Gráfico 2
Porcentajes de las defunciones infantiles, juveniles y adultas respecto del total de los fallecimientos (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de las defunciones totales de los distintos libros de defunciones del Registro Civil y MNP.

A pesar de no contar con toda la serie completa de los cocientes de mortalidad juvenil, se puede mostrar un pequeño apéndice²³. La probabilidad de morir con un año de vida experimenta una caída prolongada y constante desde 1881 (124,1 por mil) y hasta 1906 (65,2 por mil), únicamente transtocada en 1903 (111,4 por mil) sin un motivo específico de naturaleza nosológica. Algo similar ocurre entre los niños con dos años, aunque con fluctuaciones más intensas: por ejemplo en 1899 el q_2 era del 117,6 por mil, mientras en 1902 del 11,3 y 1906 del 42,8 por mil. En estos casos hemos observado ciertas irregularidades en los

²³ Sólo contamos con información completa para 1881 y 1897-1906.

registros municipales, ya que en algunos meses y de manera correlativa se indicaba como edad exacta los dos años. Carecemos de otros indicios sobre este particular, si bien estamos a la espera de poder confirmarlo. Para el resto de los menores de diez años la tendencia descendente irregular se repite con variaciones más o menos amplias entre los distintos años estimados.

Si el análisis se efectúa de forma anual la probabilidad de morir hasta los menores de nueve años va retrocediendo a medida que la edad es superior, es decir, la resistencia a los procesos morbosos y a la muerte parece crecer con la edad y el consiguiente fortalecimiento físico. Llegar a cumplir los nueve y diez años resultaba todavía más difícil, de ahí que la supuesta norma aplicada para el resto de los años juveniles no sea válida (por ejemplo el q8 en 1905 era del 7,97 por mil y el q9 del 17,14 por mil). Deberán entrar en juego otros factores exógenos que desconocemos, aunque hay muchas probabilidades de que la incorporación al mercado de trabajo de la mayoría de estos niños, dejando de asistir, por tanto, a la escuela, fuera la principal causa de dicha elevación de su mortalidad.

Cuadro 6
Defunciones en Navarra y Pamplona
para los menores de cinco años (% de óbitos)

Navarra				Pamplona			
Años	%	Años	%	Años	%	Años	%
1912	32,11	1922	34,54	1912	27,11	1922	26,35
1913		1923	32,11	1913		1923	25,24
1914	32,26	1924	29,82	1914	23,64	1924	21,92
1915	36,26	1925	30,09	1915	28,78	1925	25,49
1916	31,24	1926	31,24	1916	21,52	1926	28,42
1917	28,09	1927	28,86	1917	24,06	1927	
1918	27,96	1928	28,74	1918	26,65	1928	25,54
1919	31,29	1929	27,59	1919	22,94	1929	
1920	34,44	1930	28,51	1920	29,02	1930	23,26
1921	34,36	1931	26,78	1921	29,92	1931	18,74

Fuente: Movimientos Naturales de la Población²⁴.

²⁴ Nuestras estimaciones, a la luz de los libros de defunciones del Registro Civil, nos muestran que estos indicadores son aproximados e incluyen los vivos con más de 24 horas, menores de un año y menores de cinco años. Según nuestros datos, las defunciones de los menores de cinco años así estimadas serían del 36,06% para 1881 y del 17,34% para 1931.

A pesar de las limitaciones impuestas por las fuentes, creemos acertado comentar, con brevedad, los datos del cuadro 5. Con ellos volvemos a ratificar el cariz descendente de la mortalidad de los menores de cinco años en Pamplona y confirmamos su coincidencia evolutiva con la provincia, excepto en el período 1917-19 y los años 1922 y 1930. Estas anomalías dejan entrever la menor letalidad de la gripe en Navarra que en su capital y el adelanto en la entrada en el circuito de la transición de su mortalidad de Pamplona, además de mantener siempre ésta los cocientes por debajo de los de la provincia. Atendiendo a estos datos, podemos concluir que desde 1912, Pamplona se alzó como un medio menos hostil para el desarrollo vital de los párvulos que el medio rural navarro, constatación discutible para la población infantil según lo visto.

A modo de síntesis podríamos decir que la transición de la mortalidad juvenil precede a la de la mortalidad infantil, de tal manera que su desarrollo definitivo lo encuadraríamos unas décadas antes, poco después de la pandemia gripal. No obstante, mantendremos esta afirmación como hipótesis de trabajo a comprobar en el futuro.

2.1. *Desigualdades ante la muerte por sexo, estacionalidad y causas*

Intentar retomar la «ley biológica» para justificar la hipermortalidad masculina complica bastante un panorama marcado por la sobremortalidad femenina en 1881 y 1906. La abrumadora mayoría de decesos entre las niñas de uno a cuatro años de edad no parece seguir ninguna lógica, a no ser que la propia Naturaleza se haya propuesto recuperar el equilibrio masculino de partida. No parece probable que tal sobremortalidad del sexo femenino tenga una justificación de carácter biológico atendiendo a las causas nosológicas de que disponemos, más bien parecen ser los condicionantes sociales y económicas de las familias implicadas los verdaderos perturbadores del equilibrio vital. Finalmente, se recupera la normalidad en 1931 con una insignificante hipermortalidad masculina, coincidiendo con el instante en que la mortalidad juvenil había descendido en más de la mitad con relación a la registrada en 1906. Esta dinámica pudiera dar forma a una hipótesis de trabajo y que, en su momento, planteó A. Arbelo para los párvulos de doce a veintitrés meses de edad (1962: 373). Su aseveración estimaba que a la hipermortalidad masculina le correspondería una época de baja o en fuerte descenso de la mortalidad, mientras a la hipermortalidad femenina un período de elevada mortalidad.

Cuatro son las principales causas de muerte de este grupo de edad: las «enfermedades generales» o infecciosas, las del «sistema nervioso», las del «aparato respiratorio» y las del «aparato digestivo». La acción letal de las primeras fue mucho más intensa entre los párvulos de uno a cuatro años y en 1881 que en el resto de los años analizados. En 1881 las fiebres, tuberculosis —sobre todo la pulmonar y la meningea— y tabes mesentéricas suponían algo más de las dos terceras partes de los fallecimientos por «enfermedades generales», mientras en 1931 la tuberculosis es la única que conserva tal posición, pese a las medidas preventivas tomadas desde la segunda década del siglo xx.

Respecto a las causas nosológicas del sistema nervioso, la meningitis ocasionó en 1906 y 1931 más del sesenta por ciento de sus decesos, en tanto que las bronquitis, neumonías, enteritis y diarreas aglutinaron a la casi totalidad de los fallecidos por problemas respiratorios y digestivos, siendo, no obstante, cuantiosos en 1881 y mínimos, hasta la irrelevancia, en 1931; en este punto las condiciones medio-ambientales de la ciudad, los recursos económicos disponibles por cada familia y la cultura heredada desempeñan un papel muy importante. El resultado de los cambios sociales y urbanísticos de Pamplona conducirá a un descenso considerable y prematuro de las dolencias respiratorias, en particular con relación a las enfermedades infecto-contagiosas y digestivas.

Poco queda que añadir. La distribución estacional de los decesos infantiles y juveniles mantuvo dos constantes en el período 1881-1931 que revelan la persistencia de las estructuras tradicionales de la mortalidad ordinaria hasta fechas muy recientes: la mortalidad infantil y juvenil alcanzan sus máximos en los meses estivales, por el incremento de las dolencias digestivas y respiratorias, para la población infantil, y de «enfermedades generales» para la juvenil. Por otro lado, mientras la mortalidad infantil registra sus mínimos en invierno, incluso en 1906, cuando las fiebres tifoideas elevaron notablemente las defunciones juveniles y adultas, la mortalidad de los párvulos marca un segundo máximo, si bien algo menos marcado que el estival.

Sólo se describen unos leves síntomas que anuncian la transición epidemiológica en 1931, al contar con un segundo máximo en enero y febrero para los menores de un año, y al mantener, para los párvulos, unas fluctuaciones intermensuales exiguas, con la salvedad de septiembre y noviembre, sin despuntar ninguna causa de muerte.

CONCLUSIÓN

El fenómeno biológico de la muerte entre la población infantil y juvenil ha despertado a lo largo de los siglos XIX y XX un gran interés social y, de ahí, que tanto un caso como el otro puedan ser considerados como barómetros fiables para conocer el nivel de desarrollo de un pueblo. La aproximación a sus tasas de mortalidad han mostrado el lento proceso de cambio de esta variable vital y el atraso temporal con que se inicia la transición demográfica y epidemiológica. Muchas son las características que lo confirman: elevadas tasas de la mortalidad perinatal, hipermortalidad femenina en el siglo XX, la distribución estacional de las defunciones infantiles con máximos en verano y mínimos en invierno, el predominio de causas nosológicas exógenas, etc. Igualmente muchas son las coincidencias con otros centros urbanos españoles, desde las mismas tasas abultadas, a la reticencia de la población a la hora de cumplir las normas básicas de higiene o el predominio de enfermedades evitables por medio de ciertas reformas urbanísticas y controles sobre los ingresos familiares y el estado de conservación de los alimentos básicos. No obstante, las variaciones ocasionadas por las mejoras de los registros y por una clara tendencia a remitir la letalidad de las enfermedades —aparatos digestivo y respiratorio—, cuyo origen está en la calidad del agua, del aire y de los alimentos, anuncian un contexto urbano y epidemiológico en transformación.

Una decidida participación municipal en temas poblacionales, que tan buenas consecuencias demográficas estaba dando en algunas ciudades, tardó en triunfar en Pamplona por las tensiones sobre los límites jurisdiccionales que les competían a las autoridades civiles y militares y por la actitud reacia a modificar las premisas liberales impuestas en el mundo laboral, en el fiscal y en la «cultura» de la pobreza. El resultado será un cuantioso caudal de propuestas de actuación municipal para el saneamiento de la ciudad y la mejora de las condiciones de vida de los más desfavorecidos, con un claro cariz paternalista. Sin embargo, la actuación real del Ayuntamiento y de las fuerzas vivas de la ciudad se definió por la lentitud y el desinterés en la puesta en marcha de las reformas de las infraestructuras básicas y por la falta de ayuda económica a las instituciones benéficas, provocando así una acusada ralentización del proceso de cambio de las pautas de la mortalidad, al menos hasta el inicio de los años treinta.

Será entonces cuando se perciban indicios de avance decidido hacia la transición epidemiológica y de la mortalidad infantil y juvenil. Como se ha ido mostrando, los síntomas son poco sobresalientes y, por

ello, puede incluso resultar aventurado acotar temporalmente ese momento. La validación vendría dada de la prolongación a los años treinta del estudio, sin embargo la turbulencia generalizada que define este período histórico nos hace ser cautos en este asunto.

En síntesis, la evolución de la mortalidad infantil seguirá un ritmo de cambio inferior al de la mortalidad juvenil, porque los efectos del desarrollo económico, urbanístico, higiénico-sanitario y social no estuvieron dirigidos a este grupo de la población, salvo excepciones; porque la mayoría de las instituciones benéfico-asistenciales de la provincia se concentraron en Pamplona; y porque los patrones culturales sobre el cuidado y alimentación de los lactantes tardaron en exceso en modificarse. A pesar de todo, las tasas de mortalidad de ambos segmentos sociales mantuvieron como característica común su descenso irregular y pausado, comparable al ritmo de cambio económico y social de la ciudad.

BIBLIOGRAFÍA

- ANAUT, S., 1994, *Hacia la transición demográfica. La mortalidad infantil y juvenil de Pamplona y sus causas (1881-1931)*, Trabajo de investigación. Universidad Pública de Navarra.
- ANAUT, S., 1995 a, «La mortalidad infantil ordinaria de Pamplona y sus causas (1881-1931)», *Revista Huarte de San Juan*, n.º 1, 1994, 241-269, Universidad Pública de Navarra, Pamplona.
- ANAUT, S., 1995 b, «La infancia en Pamplona durante el primer tercio del siglo XX», *Estudios de Ciencias Sociales*, 7, 9-31, Pamplona.
- ANAUT, S., 1995 c, «Morir antes de haber nacido legalmente. La mortinatalidad en Pamplona entre 1880 y 1936», *Revista Huarte de San Juan*, n.º 2, Universidad Pública de Navarra, Pamplona. En imprenta.
- ARANGO, J., 1980, «La teoría de la transición demográfica y la experiencia histórica». *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, Madrid. n.º 10, 169-198.
- ARBELO CURBELO, A., 1962, *La mortalidad de la infancia en España, 1901-1950*, C.S.I.C. Instituti «Balmes» de Sociología, Madrid.
- BERNABEU MESTRE, J. y LÓPEZ PIÑERO, J.M., 1987, «Condiciones de la mortalidad entre 1800 y 1930: higiene, salud y medio ambiente», *Boletín de la ADEH*, V, 2, 70-79.
- DÍEZ NICOLÁS, J., 1971, *Tamaño, densidad y crecimiento de la población en España 1900-60*, Madrid.
- GARCÍA-SANZ MARCOTEGUI, A., 1989, «Notas sobre la evolución de la mortalidad en el País Vasco durante el siglo XIX», *Revista Hª Contemporánea*, n.º 2, Universidad del País Vasco.

- GIL, C, 1930, *Maternidad*, Pamplona.
- GIL, C, 1930, *Memoria estadística de la Casa de Maternidad y Expósitos de Navarra*, Pamplona.
- GÓMEZ REDONDO, R., 1992, *La mortalidad infantil española en el siglo xx*, Edit. Siglo XXI. Madrid. n.º 123.
- GÓMEZ REDONDO, R., 1984, «La mortalidad infantil real frente a la mortalidad infantil legal», *Boletín de la ADEH*, 1.
- HÚDER, S., 1935, *Desarrollo de Pamplona en los últimos cien años*, Pamplona.
- LAZCANO, A., 1903, *Higiene y salubridad públicas*, Pamplona.
- PÉREZ MOREDA, V., 1980, *La crisis de mortalidad en la España interior. Siglos XVI-XIX*, Edit. Siglo XXI. Madrid.
- REHER, D., 1988, «Fluctuaciones económicas y comportamientos demográficos en la España urbana», *Boletín de la ADEH*, IV, 3, 51-79.
- REHER, D. y otros, 1994, «Mortalidad infantil y juvenil en Madrid, Castilla-La Mancha y País Valenciano», *Serie Documentos de Trabajo, Instituto de Demografía*, CSIC, Madrid.
- SÁNCHEZ VERDUGO, J., 1948, *La mortalidad en España*, Madrid.
- SAN MARTÍN, H., 1989, *Salud pública y medicina preventiva*, Edit. Masson.