

## AGOTAMIENTO Y CRISIS DEL MODELO DE “ALTA PRESIÓN DEMOGRÁFICA” EXTREMEÑO: LA TRAYECTORIA DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y JUVENIL\*

JOSÉ-PABLO BLANCO CARRASCO

### 1. INTRODUCCIÓN

Puede definirse la mortalidad infantil como la relación existente entre el número de muertos menores de un año y la cantidad de nacimientos contabilizados en el mismo lapso de tiempo. De la misma manera es muy común especificar la mortalidad juvenil como la que sucede desde ese momento hasta los nueve años cumplidos.

Al menos dos problemas se desprenden de estas definiciones. El primero consiste en que la llamada tasa de mortalidad infantil no es tanto una *tasa* —como pudiera ser la tasa de mortalidad general, o la tasa de natalidad, calculada con base en la población total— como un *cociente*. El segundo, más importante y en cierto modo determinante de una cantidad considerable de riesgos de cálculo, advierte que los niños muertos antes de cumplir el primer aniversario de vida pueden o no haber nacido en el año natural en el que se miden los nacimientos, como explica muy gráficamente cualquier diagrama de Lexis. Así pues, un niño nacido en abril y muerto en el mes de febrero siguiente, que no ha cumplido evidentemente un año, es un caso suficientemente ilustrativo para aclarar los problemas que rodean al cálculo de cocientes de mortalidad infantil (genéricamente  $1q_0$ )<sup>1</sup>.

Ponderar la importancia que la mortalidad infantil tiene en el estudio de la mortalidad en particular y de la población en términos generales carece de relevancia y oportunidad, pero creo necesaria una breve reflexión en torno a su capacidad explicativa indirecta en el caso de poblaciones de Antiguo Régimen en las que las condiciones de alta presión perduraron durante bastantes décadas después del agotamiento del sistema en la Europa Occidental. Este es el caso de Extremadura, y posiblemente de gran parte de la España interior.

Salvando periodicidades locales o regionales, el descenso de la mortalidad en general ha seguido tres impulsos que han definido otra serie idéntica de grandes fases desde los años centrales del siglo XVIII. En este descenso han contribuido con desigual peso una serie de elementos que es preciso tener presentes desde este momento para enmarcar de forma elemental el problema que queremos abordar.

La intervención estatal fue el primer elemento a destacar en el descenso que se produjo en la *Europa de las Luces*, una intervención cada vez más eficiente, llegando a estabilizarse la mor-

<sup>1</sup> Livi Bacci resume con acierto este mismo problema (Livi-Bacci, M., 1993: 165-172) y proporciona una panorámica muy elocuente de la mortalidad infantil general.

\* Este texto forma parte de un trabajo más extenso titulado “La transmisión de la mortalidad infantil y juvenil en Extremadura” premio “Luis Romero Espinosa”, 1994, de la Asamblea de Extremadura.

talidad y a producirse un crecimiento de la población sin precedentes hasta entonces<sup>2</sup>. Pese a ello, sólo parecía cambiar la forma de incidencia de la muerte, pues a las fuertes epidemias —que siguieron siendo elevadas y concurrentes en muchos países de Europa— les sucedieron el aumento de enfermedades infecciosas de carácter endémico. El descenso no llegará hasta finales del siglo XIX, y en él el protagonismo más acusado lo representaron el control de la mortalidad juvenil e infantil —en ese orden—; enfermedades como la diarrea y la tuberculosis descendieron drásticamente desde entonces. Sólo hasta finales de los años cuarenta del presente siglo se consiguió el control definitivo de la mortalidad gracias al descubrimiento y uso de las sulfamidas y los antibióticos.

Se ponen en relación al menos cuatro tipos de factores para desarrollar este largo proceso de lucha contra la muerte: mejoras en la alimentación y la nutrición debidas tanto a la ampliación del mercado de bienes como a las mejoras técnicas introducidas en el campo de la agricultura y el comercio; avances en el conocimiento médico de las enfermedades, que ayudaron consecuentemente a reducir la mortalidad reduciendo la morbilidad; control estatal de la sanidad y la salud en general, sobre todo desde la toma de conciencia ilustrada del enorme problema que la mortalidad excesiva representaba en los países europeos del siglo XVIII y principios del XIX. Finalmente, aunque no de forma semejante en todas partes, una progresiva inmunización que beneficiaría a las poblaciones de una forma inconsciente.

Queda mucho por saber al respecto de lo que sucedió en España, pero parece probado que el progreso que siguieron los niveles españoles de mortalidad presentan dos caracteres eminentemente diferenciadores: una regionalización aparentemente grande, y un retraso con respecto a los calendarios de países más avanzados muy apreciable en algunos momentos. Las causas son varias, pero se ha entendido como la más común la diferente capacidad económica nacida de la nueva realidad que en todas partes marcaba la revolución industrial. España, y en concreto sus zonas más ruralizadas, recibieron tardíamente los avances alimenticios, médicos y sanitarios surgidos bajo este impulso.

Extremadura, por consiguiente, está inmersa en un entorno de gran retraso en la cristalización del proceso que condujo finalmente a la baja de las tasas de mortalidad general, y, por supuesto, de la mortalidad infantil. En cambio, desde las primeras décadas del siglo XIX se advierte una creciente preocupación por el altísimo nivel que aquéllas podían llegar a alcanzar, aunque posiblemente se trate entonces más de una tradicional prevención contra enfermedades infecciosas comunes por el miedo que éstas infunden en la población. Es el terror a la epidemia lo que define las acciones más intensas en los primeros momentos. Aparentemente, en cambio, desde los años iniciales del siglo XVI se mantuvo una política de prevención que, ligada a un urbanismo más instruido que planificado, pretendía sobre todo garantizar la salubridad de las fuentes y la limpieza de las calles, antes que la higiene misma de los habitantes. Puede objetarse que esta serie de medidas no garantizaron el descenso de la mortalidad más allá de los casos en los que se prevenía el contagio y sólo de forma local, en aquellos núcleos donde el concejo dirigía la protección. Sólo después de la creación de las Juntas de Sanidad a mediados del siglo XIX se organizó además la vacunación y la provisión de medicinas. La presencia de personal sanitario en la ciudad también fue competencia muchas veces del mismo concejo. El peso que esta organización tiene en la explicación de la caída de los índices de mortalidad en Extremadura está acorde con la teoría general pero el calendario parece demostrar una periodicidad algo alejada de los modelos explicativos tradicionales.

¿Podemos, pues, apoyándonos en la evolución de la mortalidad infantil, encontrar una evolución inducida del nivel sanitario y de vida en el que se encuentra la población extremeña en nuestro tiempo de análisis? Este es el fin último de este estudio, pero es preciso poner de manifiesto la enorme diferencia que separa a nuestra región de los modelos francés y anglosajón, y

<sup>2</sup> SCHOFIELD, R. S. y REHER, D. S. "El descenso de la mortalidad en Europa". *Boletín de la ADEH*. 1994, p. 11 y ss.

de los países escandinavos, tanto en el conocimiento de la mortalidad y de la población, como en el de las estructuras económicas y sanitarias.

## 2. TRAYECTORIA GENERAL DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y JUVENIL

Antes de enfrentarnos al análisis de las series temporales de los cocientes de mortalidad infantil y juvenil es preciso retomar el hilo argumentativo que dejamos atrás para delimitar el problema que queremos resolver.

De una parte, es imprescindible conocer la marcha global con que se desarrollan los diferentes casos particulares seleccionados en la muestra para saber cuándo tiene lugar el descenso irreversible de los cocientes, cuál es el momento más importante en estos descensos y con qué intensidad se reflejan en cada uno de ellos.

Las investigaciones realizadas hasta ahora en el terreno de la mortalidad infantil han depurado cuando menos dos pautas que se repiten con cierta regularidad en el desarrollo evolutivo de los cocientes: las mortalidades infantil y juvenil no siguen desarrollos uniformes en su dinámica de retroceso, siendo la mortalidad de 1 a 4 años (*4q1*, *t4q1* en nuestras bases de datos) la que precede a aquella. La realidad, en cambio, puede ser mucho más compleja, pues no hay razones para esperar que los riesgos de muerte que aquejan a la infancia en sus diferentes edades desaparecieran al mismo tiempo en cada lugar, que la población los reciba de la misma manera, ni, seguramente, con la misma intensidad. En Extremadura, una región con fuertes contrastes climáticos, económicos y culturales, puede darse una heterogeneidad de comportamientos tan compleja como enriquecedora y resistente a la explicación global.

El modelo de transición de la mortalidad en España ha sido definido en líneas generales por Marcelino Pascua, A. Arbelo Curbelo y recientemente por Rosa Gómez Redondo<sup>3</sup>. Se desprende de estos estudios, con las limitaciones impuestas por las fuentes utilizadas, que el descenso de la mortalidad infantil en general se da a partir de principios del siglo XX, pero se desconocen hasta el presente evoluciones de corte general que avalen esta teoría en fechas anteriores. Es posible, pues, que la trayectoria de la mortalidad infantil sea diferente, inicialmente más temprana. Lo que es absolutamente cierto es que en torno a 1920-1930, el control de las tasas de mortalidad por medios higiénicos y médicos está muy extendido en todas las regiones españolas, incluida Extremadura, donde la evolución de las tasas de mortalidad infantil han descendido considerablemente.

Normalmente, el primer estadio de la mortalidad pretransicional se encuadra entre los 200 y los 300 por mil. En el mejor de los casos, la mortalidad entre los cinco y los nueve años se sitúa en la franja del 50%. La evolución de la mortalidad infantil en general presenta otra característica cronológica común en otros países europeos: los años centrales del siglo XIX advierten una elevación cercana al 50 por ciento desde 1830 hasta 1870 aproximadamente<sup>4</sup>, lo cual nos sitúa posiblemente frente a un recrudecimiento general de las condiciones de vida motivado más por el incremento de población experimentado en toda Europa en los primeros años del siglo XIX que por causas específicas relacionadas con el nivel higiénico en general. Por lo demás, está comprobada una especial incidencia precisamente en la edades más tempranas, con lo que los problemas socioeconómicos pueden resultar explicativos de este fenómeno en trazos gruesos.

<sup>3</sup> ARBELO CURBELO, A.: *La mortalidad de la infancia en España, 1901-1950*. Madrid, C.S.I.C.; PASCUA, M.: *La mortalidad infantil en España*. Dirección General de Sanidad, Madrid. 1934; GÓMEZ REDONDO, R.: *La mortalidad infantil española en el siglo XX*. Madrid, Siglo XXI - CIS. 1992\*.

<sup>4</sup> Es poco probable que se trate de un problema de insuficiencias del registro, habida cuenta que en diferentes países europeos donde la calidad de las fuentes está fuera de duda, se produce el mismo fenómeno.

\* Entre los estudios regionales más interesantes SANZ GIMENO, A.: *La mortalidad en la infancia en Madrid o cambios demográfico-sanitarios en los siglos XIX y XX*. Servicio de Documentación y Publicaciones, Comunidad de Madrid. Madrid, 1999.

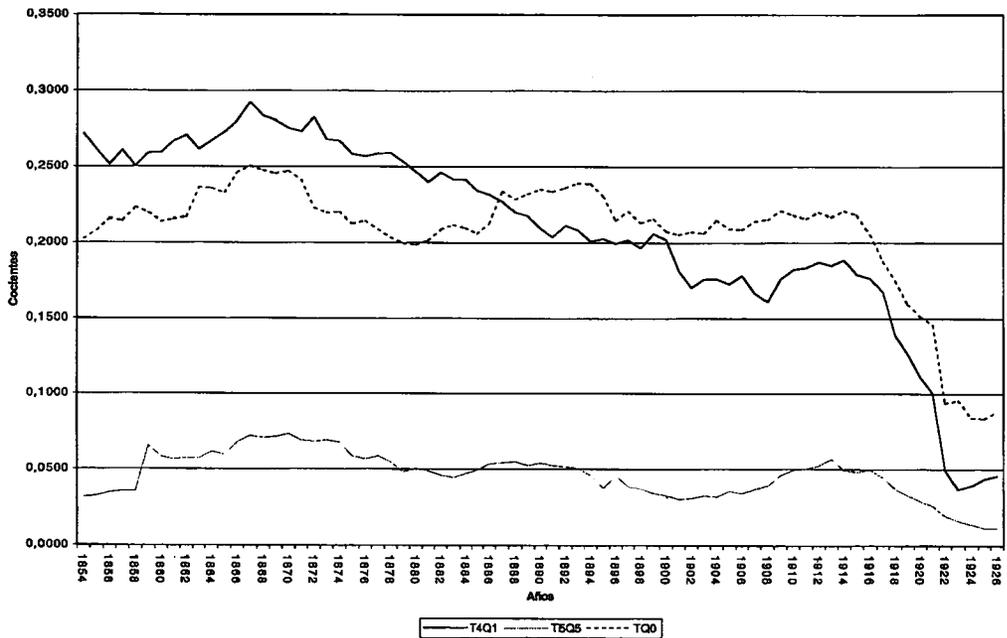
## 2.1. LA MORTALIDAD INFANTIL Y JUVENIL. TRAYECTORIA GENERAL

Volviendo al tema central de este trabajo, partiendo de una metodología suficientemente contrastada, es posible arrancar desde la hipótesis de encontrarnos frente a fuertes contrastes en cada una de las series, así como cierta homogeneidad y continuidad a través de ellas.

Aparentemente, la evolución de la mortalidad infantil en su época de transición sugiere al menos dos continuidades que se repetirán en las comarcalizaciones y divisiones que de la muestra hemos realizado (Gráficos 1 a 7). Una de ellas, refiere, a priori, un inicio de la transición infantil algo más temprano que el conocido al presente, posiblemente situado dos décadas antes. En segundo lugar, la responsabilidad de la transición parece recaer más notoriamente en la población infantil de uno a cuatro años (t4q1) que la mortalidad propiamente reconocida como tal, esto es, la que ocurre antes de haber transcurrido el primer aniversario. Pero vayamos por partes.

Según el gráfico 1 parece indicar, la evolución de la mortalidad infantil (tq0) se enmarca entre los 200 y los 250 por 1000, pero muy posiblemente se hayan incrementado desde los años iniciales del siglo XIX (vid, gráficos 8, 9 y 10) hasta en un 50%<sup>5</sup>. Las fluctuaciones son, como puede apreciarse, muy leves, casi imperceptibles. En el momento en el que se dan las oscilaciones más fuertes, 1870 aproximadamente, sólo se alcanza un incremento neto de unos cin-

GRÁFICO 1  
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y JUVENIL, 1860-1930



<sup>5</sup> PÉREZ MOREDA, V.: *Las crisis de mortalidad...* op. cit., p. 156; LANZA GARCÍA, R.: *La población y el crecimiento...* op. cit. p. 228 y ss. Ambos estudios llegan a parecida conclusión. Los datos de Santiago de Compostela han permitido observar procesos muy parecidos. Vid. MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, E.: "La mortalidad infantil y juvenil en la galicia urbana del Antiguo Régimen. Santiago de Compostela. 1731-1810.", *Obradoiro de Historia Moderna*, 1992, 1. pp.45-77. En Extremadura, BLANCO CARRASCO, J.P.: *Demografía, familia y sociedad en la Extremadura Moderna, 1500-1860*. Unimidad de Extremadura, Servicio de publicaciones, Salamanca, 1999, pp. 157-164.

cuenta enteros. Es decir, la mortalidad infantil oscila permanentemente entre estos valores, y la situación no parece tener fin hasta la década de los años veinte, con un inicio que, aunque escaso, puede cifrarse en los años noventa del siglo XIX. La mortalidad en t4q1 es netamente diferente, aunque mantiene el mismo modelo de elevación en la segunda mitad del siglo XIX. Tanto en un caso como en otro, esta elevación se ha constatado en otros ejemplos europeos de modo que podemos desechar que estuviera inducida por un defecto –esta vez al alza– de las fuentes. Esto sugiere, en primera instancia una agudización de las condiciones de vida en la que se desenvuelve la sociedad extremeña en general entre 1850 y 1880, aunque este factor pudiera alargarse hasta los años veinte del presente siglo, hecho que particulariza el modelo de mortalidad infantil extremeño, con tasas especialmente altas, bastante más elevadas que en el resto del país una vez entrados en el siglo XX, y considerablemente más altas llegados a 1920. La especial intensidad de las epidemias de la segunda mitad del siglo XIX parece haber sido sin embargo pequeña en la mortalidad infantil, hecho del todo inverso en la mortalidad juvenil y de la primera infancia. A diferencia de otros casos, en Extremadura la mortalidad infantil es muy brusca, como si se tratase de una meseta que se eleva desde los años veinte o treinta del siglo XIX y finalizara en 1920. Tanto la mortalidad en 4q1 como en 5q5, presentan un modelo totalmente diferente, con una transición mucho más progresiva y gradual, activa prácticamente desde 1870<sup>6</sup>.

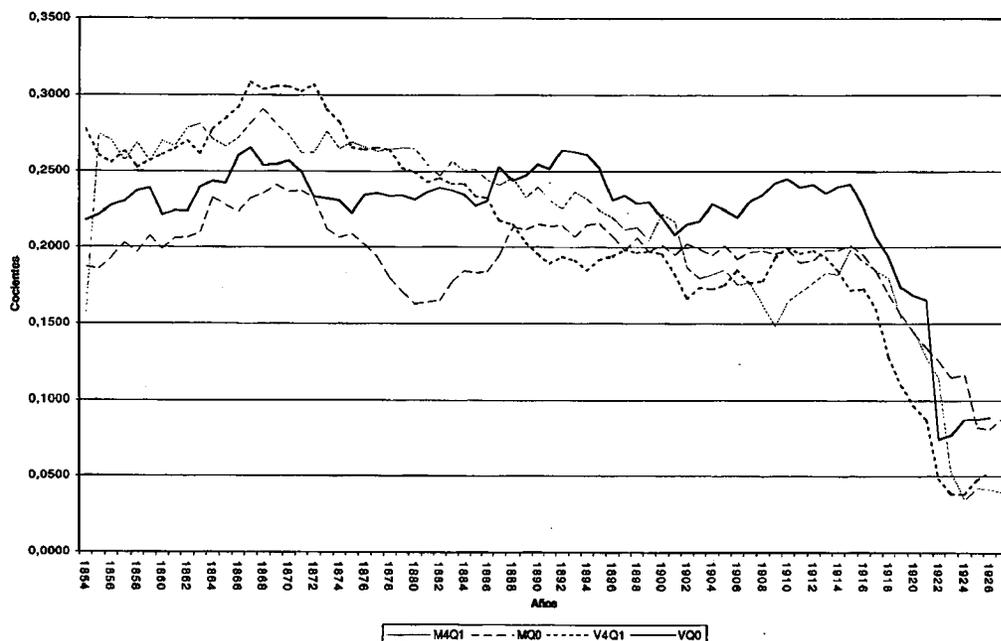
En todos los casos, la mortalidad parece declinar o mantenerse en posiciones de baja resistencia al descenso desde el último cuarto del siglo XIX, llegando a 1900 con una baja ciertamente importante en algunos casos, quedando parcialmente en sombra la teoría que hace arrancar el descenso irreversible de la mortalidad infantil y juvenil en 1900. La muestra, que representa esencialmente a la Extremadura rural, presenta datos de unas zonas lejos de los beneficios que la modernización de la sociedad y de los procesos económicos ha venido deparando en otras poblaciones y regiones españolas. Así pues, pese a la generalidad de los datos, es posible poner en tela de juicio las motivaciones que han presidido teóricamente el descenso de la mortalidad infantil –esencialmente un descenso definitivo de la mortalidad producido por causa del control médico vertido sobre los recién nacidos y la infancia en general–.

En Extremadura parece darse un gradual y progresivo descenso de la mortalidad asociado con reducciones importantes en determinados años. Este hecho, que es poco viable en la mortalidad infantil propiamente dicha, ofrece cierta nitidez en las edades superiores, especialmente en 4q1. El descenso comienza en este tramo de edad en torno a 1870, llegándose a 1880 con un descenso del 10 por ciento entre una y otra fecha. Después de esta fecha, en 1890 se ha descendido casi al 200%, manteniéndose en esta banda desde 1895 a 1900, momento a partir del cual se da un retroceso considerable de las tasas en general, pero de nuevo especialmente en las edades superiores. Con todo, ninguna de las grandes epidemias, incluida la gran epidemia de 1918, parecen afectar de forma negativa a la evolución de la mortalidad en Extremadura. Las epidemias de difteria, viruela y cólera de 1882, 1883, 1885 y 1887 sí han ejercido cierta influencia en la mortalidad de la primera infancia, pero no dejan el rastro que la virulencia de estos mismos casos parecían dejar intuir en la edad adulta.

<sup>6</sup> Se podría aducir, en cambio, que la reducción definitiva y verdaderamente duradera de las tasas de mortalidad infantil en España no llegó hasta 1940. Vid. PÉREZ MOREDA, V.: *op.cit.*, p.146. Este argumento fue defendido en su momento por Arbelo Curbelo y Nadal. Sería preciso incidir en el papel transformador de la transición mortalidad infantil en la estructura general de la población para hacer más consistente el argumento que presenta la transición como un fenómeno mucho más temprano. Posiblemente, sólo en este marco de reflexión puede entenderse la noción de transición en un sentido dinámico.

El gráfico 2 puntualiza la evolución de la mortalidad infantil por sexo, que confirma el predominio de la mortalidad de los varones sobre las mujeres. Con la excepción del período de 1880 al 1890, la diferencia entre uno y otro se mantienen en torno al 7% a favor del sexo femenino. Por lo demás, la mortalidad de las mujeres desciende casi veinticinco años antes, de forma continuada en las edades más tempranas, con una diferencia bastante inferior en la mortalidad de la primera infancia. El resultado final de este proceso indica que hasta los años veinte del presente siglo no se han reducido las diferencias.

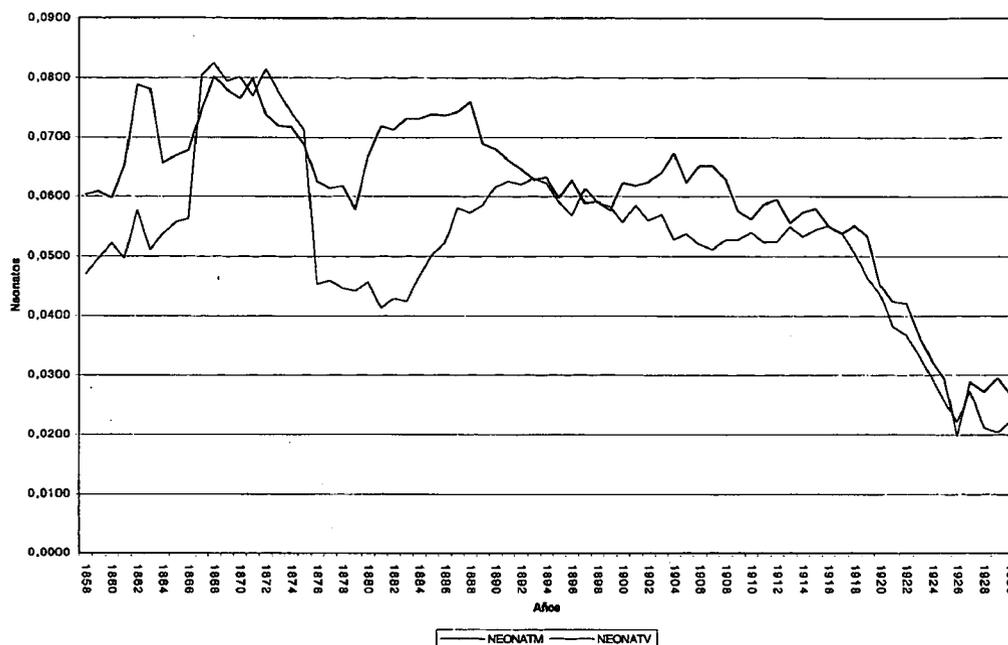
GRÁFICO 2  
MORTALIDAD INFANTIL Y JUVENIL POR SEXOS, 1860-1930



### 2.1.1. Mortalidad neonatal y post-neonatal

La mortalidad durante el primer año de vida (gráfico 3) presenta mucha más heterogeneidad. Los gráficos 4 y 5, por su parte, contienen tres indicadores de la mortalidad infantil y representan diferentes momentos de la vida durante las edades más tempranas del recién nacido. Como se ha apuntado en otros textos con respecto a la mortalidad endógena y exógena, las defunciones durante el primer mes de vida está enormemente influenciada por defectos congénitos, por las condiciones en que el recién nacido es dado a luz (peso, talla, debilidad orgánica general...), y que están directamente ligadas al estatus nutricional de la madre, y por ciertos factores relacionados con el medio ambiente. Entre 1 y 5 meses la mayoría de los niños están protegidos por la leche materna, para posteriormente añadir a esta dieta alimentos complementarios que acabarán substituyéndola finalmente una vez llegado el destete. Lógicamente, cuanto más crece el niño, más crece el riesgo medioambiental de muerte y descienden los factores congénitos y obstétricos. Este modelo de mortalidad parece darse en Extremadura de una forma no del todo clara. En nuestra región, la prepon-

GRÁFICO 3  
NEONATOS POR SEXO, 1860-1930



derancia de la mortalidad post-neonatal (4qm1) es importante, pero en todos los casos la mortalidad neonatal se sitúa siempre por debajo de aquella. De hecho, la mortalidad entre 6 y 11 meses llega a ser significativamente más baja que en la infancia más temprana. Esto sugiere que el descenso de la mortalidad en las zona más deprimidas se explica no sólo por el descenso de la mortalidad en 4q1, sino también por el descenso de la mortalidad post-neonatal.

## 2.2. DIFERENCIAS GEOGRÁFICAS EN LA EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL

Observemos los gráficos numerados del 8 al 10, donde resumimos la evolución de la mortalidad infantil y juvenil, en el primer año de vida y en otros momentos de la vida del niño en tres cortes espaciales determinados por la altitud. Ya en el sur, las agrupaciones se han guiado por la diferente estructura de los pueblos pacenses, intentando descubrir las diferencias existentes entre un tipo y otro<sup>7</sup>. En cualquiera de los casos, hemos pretendido separarnos de visiones excesivamente biprovinciales, en el convencimiento de que pueden darse movimientos homogéneos no dependientes de la pertenencia jurisdiccional de los pueblos extremeños.

<sup>7</sup> Las agrupaciones son lógicas. En el Norte, hemos sumado valores de Gata, Nuñomoral, Abadía y Coria.; La comarca Centro, que en cierto sentido pone de manifiesto las diferencias que pudieran darse entre pueblos de cierta entidad y otros más pequeños en la provincia de Cáceres, une a pueblos como Malpartida de Cáceres, Aliseda, Aldea del Cano y Salvatierra de Santiago; en la agrupación Sur hemos sumado y promediado los datos de Solana de los Barros, Morera, Higuera de Llerena y Atalaya, pueblos de pequeña entidad y que pueden indicar la zona más retardada de la provincia de Badajoz; junto a estos hemos aunado los datos de pueblos más dinámicos y poblados: Feria, Fuentes de León, Cabeza la Vaca y Benquerencia, que sin ser un pueblo de gran tamaño, sí responde al dinamismo presente en esta agrupación.

GRÁFICO 4  
MORTALIDAD FEMENINA POR MESES, 1860-1930

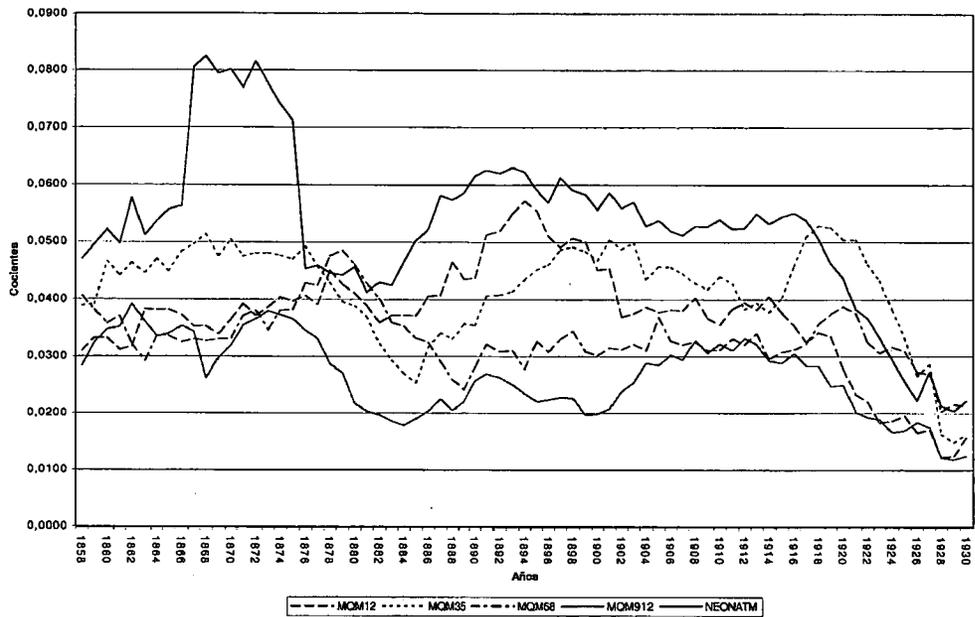


GRÁFICO 5  
MORTALIDAD MASCULINA POR MESES, 1860-1930

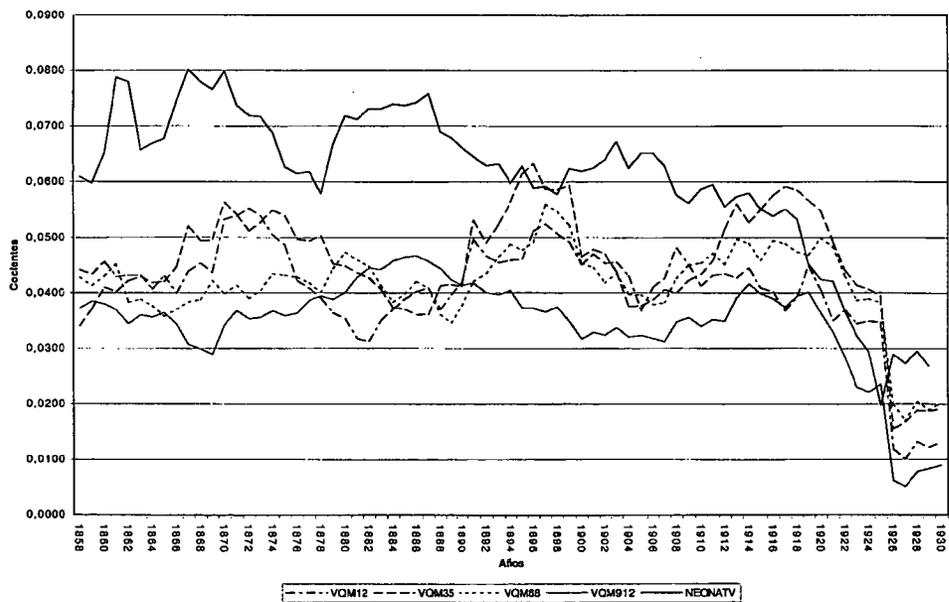


GRÁFICO 6  
MORTALIDAD TOTAL ENTRE 1 Y 3 AÑOS, 1860-1930

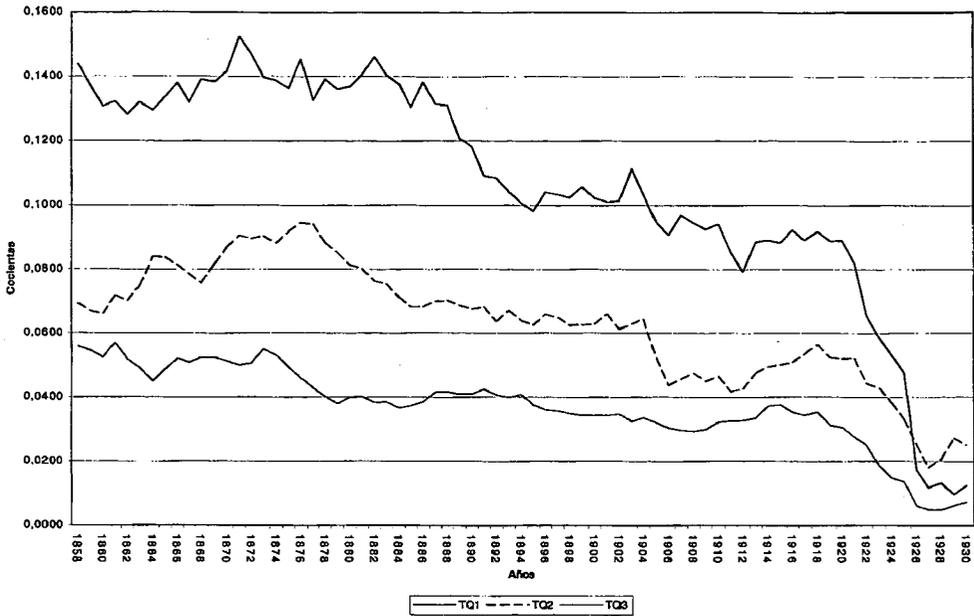
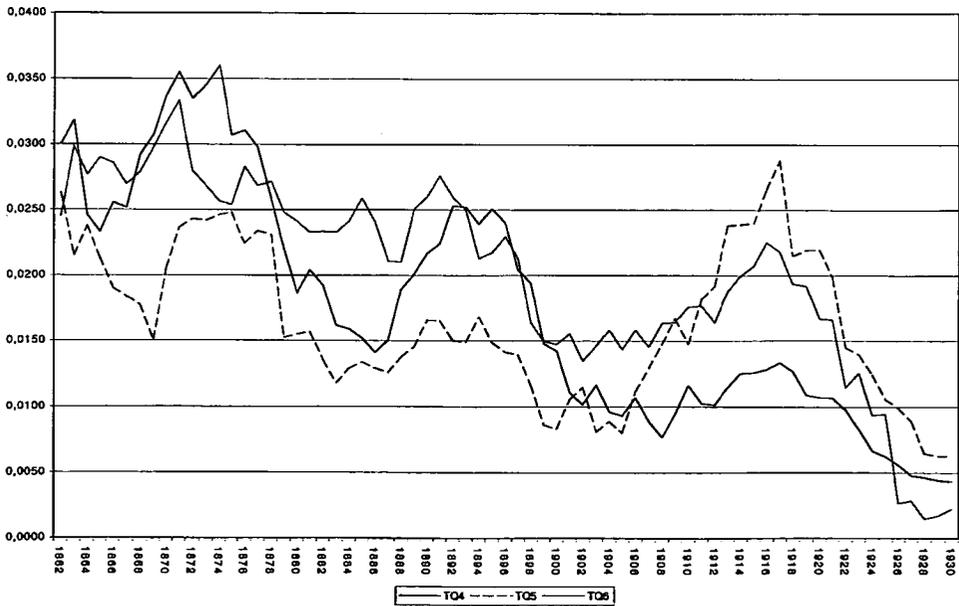


GRÁFICO 7  
MORTALIDAD ENTRE EL 4 Y 6 ANIVERSARIO (1862-1930)

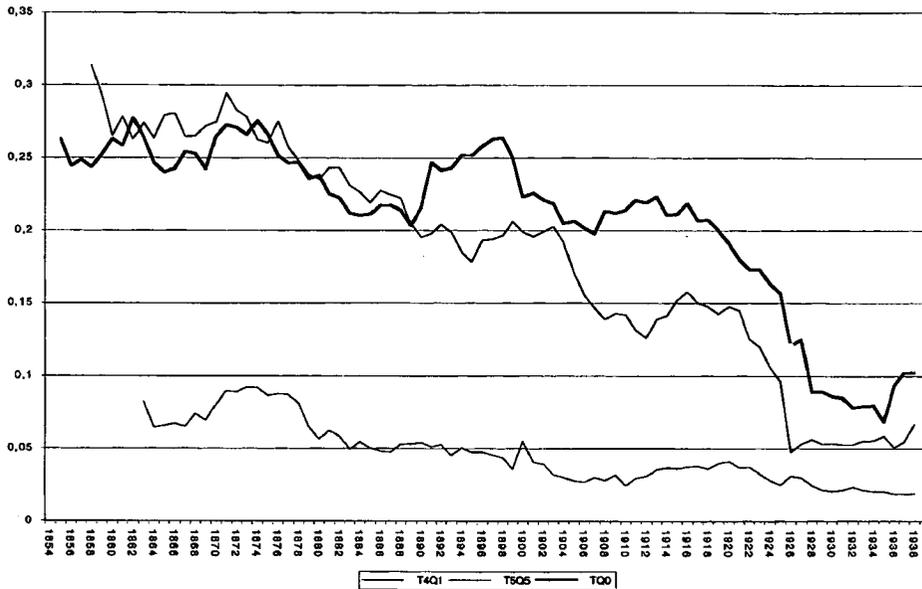


La evolución de la mortalidad infantil es muy semejante en todos los casos. En los pueblos más septentrionales, los valores de  $q_0$  oscilan entre 150 y 250‰, presentando una tendencia creciente durante todo el tiempo observado por nosotros. Los pueblos del centro de la región, muestran rasgos diferentes, tanto en los valores alcanzados (entre 200 y 300‰), como por la diferente evolución de la mortalidad infantil con respecto a la mortalidad en  $4q_1$ <sup>8</sup>. La mortalidad en los pueblos más pequeños de la muestra pacense es algo más difusa. Aparentemente entre 1850 y 1890 el descenso de la mortalidad infantil es de un 50%, evolucionando al mismo tiempo hasta entonces con las edades posteriores. En cualquier caso, se ha descendido de niveles superiores al 300‰ a un escaso 200‰ en 1900. En Sur. 2. las probabilidades de muerte se encuadran entre el 150 y 250‰ apareciendo con claridad los valores más bajos en los años iniciales del siglo XIX, hecho que puede confirmar la diferente evolución que la mortalidad infantil sufre a partir de los años treinta aproximadamente. En cambio, y a diferencia de sus vecinos menos poblados, su tendencia es totalmente positiva hasta los años veinte del presente siglo. Quizá este ascenso continuado de las cifras tenga más que ver con una deficiencia en la información que con un proceso real, pero no es del todo improbable habida cuenta el importante crecimiento experimentado por la provincia de Badajoz desde los años finales del siglo XVIII.

En la mortalidad de 1 a 4 años y de 5 a 9 años se observa más heterogeneidad que en el comportamiento de la mortalidad infantil. Desde las comarcas del norte a las más meridionales existe una diferencia entre la mortalidad en  $q_0$  y en  $4q_1$  positiva para ésta que se sitúa en torno al 7%, pero en todos los casos fluctúa de forma importante a lo largo de los años. En los pueblos septentrionales, por ejemplo, entre 1825 y 1890, momento en el que tanto una como otra tornan sus papeles en la responsabilidad respectiva sobre la mortalidad general, esta diferencia puede alcanzar cotas de hasta el 10% y desarrollarse de forma casi paralela con la misma facilidad. Entre 1850 y 1875 su desarrollo es sincrónico y muy cercano en los valores de las probabilidades de muerte. En cambio, entre 1875 y 1891 las diferencias se hacen mucho mayores en beneficio de la mortalidad infantil. El mismo proceso y con parecida cronología se observa en los pueblos del sur; en la muestra de pueblos del centro regional, en cambio, esta dinámica no tiene reflejo aparente, y parece haberse dado el relevo entre  $q_0$  y  $4q_1$  en torno a 1863. Esta discrepancia de los cocientes puede explicarse por la diferente incidencia que las enfermedades epidémicas que se vivieron en Extremadura desde 1882. Pero, ¿es el control de este tipo de enfermedades el factor que explica el descenso de la mortalidad de  $4q_1$  desde 1887?. En el caso de los pueblos del centro regional, la incidencia de las crisis de los años ochenta no parece ejercer otro efecto que el mantenimiento de altas tasas de mortalidad, pero no deja de ser significativo que el descenso de la mortalidad juvenil en  $4q_1$  entre 1875 y 1895 se acerca a los cien enteros y se realiza de forma continua e irreversible desde 1870. La incidencia de las epidemias de los Ochenta apenas si tienen relevancia en este caso, permitiendo un enorme crecimiento de la población desde los años setenta del siglo XIX. Tanto en el norte como en el sur, en cambio, después del repunte de 1870 se observa un comportamiento sumamente diversificado ante los diferentes brotes epidémicos de la segunda mitad del siglo. En todos los casos, en cambio, se experimenta un periodo crítico entre 1870 y 1890, tanto por efecto de las enfermedades como a causa de una agudización de las condiciones de trabajo y de supervivencia en las zonas rurales de la región. El periodo que sigue a estas fechas es una fase titubeante en la que se da un modelo semejante en todos los casos. La mortalidad infantil mantiene sus valores pero la mortalidad en  $4q_1$  mantiene una tendencia irreversiblemente descendente desde 1890 que, salvo por la elevación momentánea de 1918, presente en todas las edades y altitudes pero especialmente intensa en la zona septentrional, conduce a este segmento de la población a niveles muy bajos en los veinte años siguientes.

<sup>8</sup> Puede reducirse el fenómeno a los años posteriores a 1858, pero no deja de ser significativa la cadencia con la que se separan ambos valores.

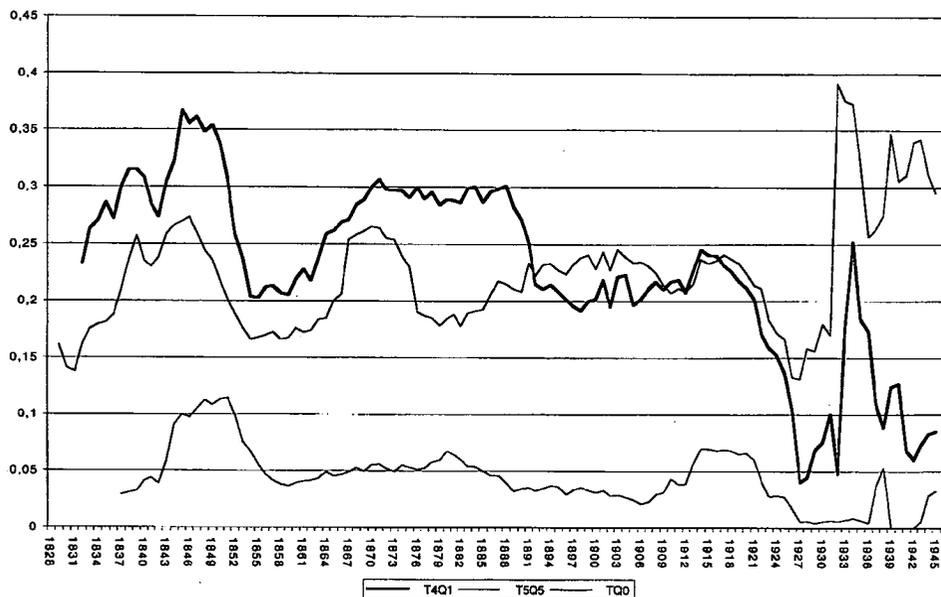
GRÁFICO 8  
MORTALIDAD INFANTIL Y JUVENIL. SUR



Durante el primer año de vida, el desarrollo de la mortalidad sigue unas pautas muy semejantes en todos los casos. El modelo es especialmente claro en el centro regional, con una división neta entre la mortalidad neonatal y post-neonatal, a diferencia del norte regional, zona en la que los factores endógenos de muerte hacen que la mortalidad entre el sexto y el oncenno mes de vida se sitúe frecuentemente por debajo de la mortalidad neonatal. En todos los casos, en cambio, parece claro que el control de la mortalidad post-neonatal, sobre todo en el tramo de uno a cinco meses fue una asignatura pendiente hasta llegar a los años iniciales del siglo, aunque, como sucede en los casos del centro y el sur regional, este control puede situarse algunos años antes de 1900, en torno a 1890, e incluso en la década de los años setenta del siglo XIX en los casos con un crecimiento mayor de la población. La mortalidad neonatal, en cambio, parece haber permanecido estancada en valores centrados en el 50‰ durante todo nuestro período de estudio. Salvo en el caso de las comarcas del norte, donde quizá se estén padeciendo con mayor virulencia los efectos del empobrecimiento que se desarrolla en la segunda mitad del siglo XIX, puede intuirse cierto control de este tramo de mortalidad infantil desde épocas muy tempranas.

La explicación global de este proceso pasa por el reconocimiento de una diferente incidencia que el desarrollo del capitalismo y de la expansión del mercado en el suelo regional. Posiblemente, ciertos factores de tipo climático pudieran aducirse como determinantes de esta diferente evolución de la mortalidad durante el primer año de vida (tanto en la sobremortalidad neonatal como en el aparente temprano control de la mortalidad post-neonatal en la Extremadura del norte). Poco podemos añadir, salvo que pueden darse enormes diferencias en las costumbres de destete en el panorama regional. Si observamos las gráficas correspondientes a la zona meridional con respecto a los pueblos más septentrionales, podremos observar la diferencia que se apunta en los niveles de mortalidad post-neonatal en unos y otros casos. Quizá este fenómeno se deba a un destete más temprano en las comarcas del sur regional, pero es un extremo que sólo podremos confirmar en investigaciones posteriores más detalladas.

GRÁFICO 9  
MORTALIDAD INFANTIL Y JUVENIL. NORTE

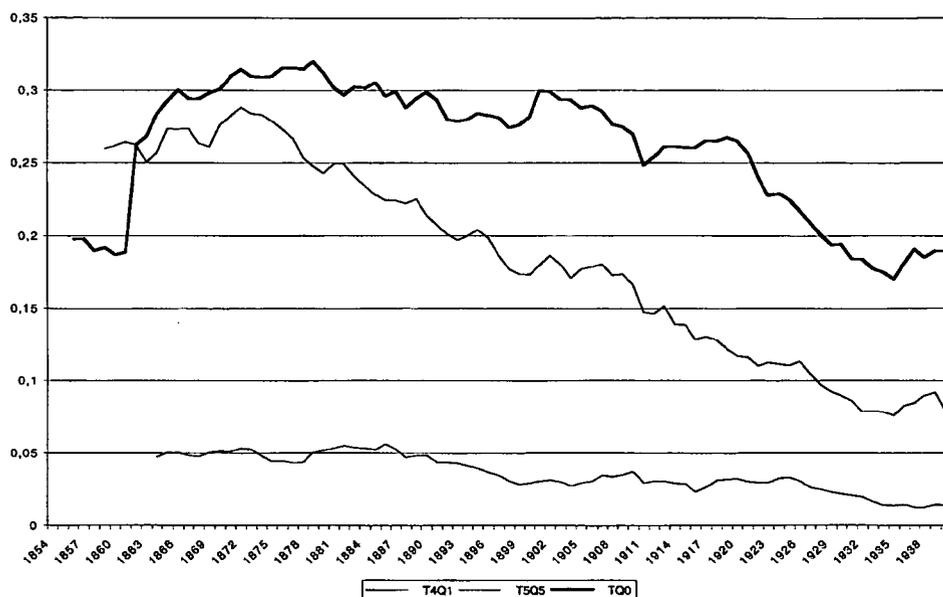


Las diferencias por sexo en la mortalidad infantil y juvenil presenta los rasgos normales observados en otras latitudes. Una preponderancia del sexo masculino sobre el femenino y una tendencia a la reducción de los valores dependiendo de la edad y del tiempo. La intensidad en casi todos los casos se establece en torno a los 6 enteros en los periodos finales de la gráfica. Llamo la atención sobre todo en el temprano descenso que parece experimentar el indicador de las mujeres de uno a cuatro años (m4q1) en todos los casos, y en la enorme diferencia que progresivamente separa la mortalidad infantil de los hombres y las mujeres.

Los gráficos que presentan la mortalidad entre el primer y el tercer aniversario y en los tres años siguientes muestran la diferente incidencia que en unas edades y en otras muestran las enfermedades y el estado de salud general, pero también, alargando nuestras miras, la resistencia de la sociedad a la muerte<sup>9</sup>. En estos casos, lógicamente, la incidencia de la mortalidad es función de la edad. Las probabilidades de muerte son considerablemente más elevadas en el primer año de vida que una vez llegados al tercer aniversario. Es también muy evidente la tendencia a la homogeneidad de las probabilidades de muerte, tendencia que en todos los casos parece darse con claridad desde los años centrales del siglo XIX. Se pasa, pues, de una diferencia entre el primer y el tercer año cercana a los 15 enteros en los momentos de especial intensidad de la muerte en las edades más tardías, a apenas superar los dos enteros en los años treinta del presente siglo. Los años en que este proceso es más agudo son los años que corren entre los años que separan 1875 de 1895, con un descenso porcentual del cincuenta por ciento en q1. Tanto en q2 como en q3, el descenso es menor pero igualmente irrevocable.

<sup>9</sup> Teniendo presente que se trata de edades en las que la fortaleza del organismo protege enormemente al individuo, una incidencia determinada de la mortalidad puede generar una visión bastante clara del peso de la muerte en la sociedad que se estudia, y en definitiva, del estado de salud en el que se encuentra la comunidad.

GRÁFICO 10  
MORTALIDAD INFANTIL Y JUVENIL. CENTRO



Las causas de este descenso pueden estar directamente relacionadas con ciertos cambios en la alimentación y en la higiene, pero en ningún caso se dan de forma aislada. En todas las edades se experimenta la misma incidencia de los picos de sobremortalidad, aunque sea la mortalidad en la edad más reciente la que se ve afectada con más frecuencia e intensidad por las sobremortalidades. Este modelo, que define un descenso muy paralelo y paulatino de la mortalidad en los primeros años de vida, se da de igual manera en otros países europeos y en otras regiones españolas<sup>10</sup>.

Evolutivamente, la mortalidad entre el cuarto y el sexto aniversario ofrece un panorama algo más confuso. Ahora la incidencia específica de la mortalidad a determinadas edades y como consecuencia de la presencia de enfermedades epidémicas o de tipo endémico con una incidencia por edad muy marcada, está haciendo que la preponderancia de una u otra edad en cuanto al valor de sus tasas sea bastante más aleatoria. El sarampión, el cólera o la viruela afectan especialmente a este grupo de edades, pero aun en los casos más dramáticos, como la década de los años setenta y ochenta, sus valores no llegan a alcanzar el 60‰, situándose por lo general en valores algo superiores al 2‰. La excepción podría representarla la zona norte, zona en la que la incidencia de la mortalidad a los cuatro años es relativamente más elevada que en el resto de la muestra, con especial intensidad en los años del cólera.

<sup>10</sup> BENGTSOON, T. y LUNDH, CH.: "La mortalité infantile et post-infantile dans les Pays Nordiques avant 1900". *Annales de Démographie Historique*. 1994. pp. 23-43. En realidad, todo el número resulta de enorme interés. El artículo de Lorenzo del Panta sobre Italia (pp. 45-60), el de Perrenaud sobre Francia y el de Robert Woods sobre Inglaterra plantean con suficiente insistencia lo sugerido por nosotros. Para el caso español, son imprescindibles los trabajos de Nadal y Pérez Moreda, ya citados en páginas anteriores.

### 2.2.1. *La mortalidad en el campo extremeño. Del norte al sur*

La incidencia diferencial que la mortalidad tiene según la zona en la que se sitúe la observación y en el período objeto de nuestro análisis, hemos visto que se manifiesta especialmente en los primeros momentos de vida del recién nacido, y en la incidencia de determinadas epidemias. Si retomamos los gráficos observados anteriormente, podremos justificar el último de los niveles expuestos de forma especialmente clara. Tomemos por ejemplo la diferente incidencia de la mortalidad entre el cuarto y el sexto aniversario de vida en el período inmediatamente anterior a 1920, 1918 concretamente y el desarrollo de la epidemia de gripe que azotó al país. Los gráficos de los pueblos del centro y las dos agrupaciones de la Extremadura meridional dejan clara la poca incidencia que uno y otro caso tuvo la epidemia; la elevación de los cocientes entre 1910 y 1920 es escasa, subiendo del 10‰ a un 20‰ en los casos más extremos. En cambio, en los pueblos de la zona norte, esta subida hace que se tripliquen los valores anteriores, alcanzándose cotas que, para q4 eran desconocidas desde los años veinte del siglo pasado. Con todo, la presencia de la muerte en este año específicamente muestra la diferente incidencia y el diferente poder que las enfermedades epidémicas tienen con respecto a los años cincuenta, setenta y ochenta del siglo XIX.

Son pues, factores climáticos y alimenticios los que parecen afectar de forma más decisiva a las diferencias zonales. Otros factores, estos de tipo ambiental —charcas o aguas estancadas, higiene pública y privada...—, sin duda factores a tener en cuenta por la enorme incidencia que casualmente tienen, son en cambio, de una incidencia mucho más local, y sería preciso descender al terreno de lo individual para explicarlo.

## 3. CONCLUSIONES. FASES EN LA TRANSICIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y JUVENIL EN EXTREMADURA

### 3.1. PERÍODO DE ALTOS ÍNDICES

Aunque es previsible que en años anteriores los índices de mortalidad fueran algo menos elevados, la fase de altos índices que predomina en Extremadura entre 1850 y 1880 representa el momento a partir del cual se va a dar el proceso de ajuste y reducción final de la probabilidades de muerte en nuestra región. Durante esta etapa se desarrollan al menos dos momentos perfectamente diferenciados. De una parte, una fase de ascenso rápido entre 1850 y 1873, que da paso inmediatamente a una etapa de descenso de los índices a partir de este momento y hasta el final. No obstante a que tanto la mortalidad infantil como la juvenil experimentan el mismo proceso de elevación y descenso y de que su cronología es idéntica tanto en un proceso como en otro, son las edades más elevadas las que presentan una mayor intensidad durante todo este ciclo, a causa principalmente de las enfermedades de tipo contagioso que inciden en ellas de forma más decidida. En esta elevación tienen un papel determinante la epidemia de viruelas de 1873-1874, especialmente en las comarcas del norte<sup>11</sup>, pero no es desdeñable la elevación espectacular que experimentan los valores de la mortalidad infantil entre 1850 y 1862<sup>12</sup>, y entre 1865 y 1870, elevaciones causadas por una desfavorable situación económica que tiene como resul-

<sup>11</sup> Luisa Clemente Fuentes ha encontrado un efecto y una periodicidad semejante en Aceituna, Guijo de Galisteo y Montehermoso. Vid. *op.cit.*, pp. 72 y 73.

<sup>12</sup> Especialmente 1857-1859, momento en el que se conjugaron los efectos del hambre con brotes de viruela. Vid. Clemente fuentes, *op. cit.* p. 96; para la ciudad de Cáceres, CAMPESINO FERNÁNDEZ, A. J.: *Estructura y paisaje urbano de Cáceres*. Cáceres, 1982. p. 115.; a nivel regional, GARCÍA PÉREZ, J.: "La crisis de subsistencias de 1857. Descripción, análisis y reacciones que provoca en la provincia de Cáceres". *Norba*, II, 1981. pp. 245-256.

tado un incremento considerable de la mortalidad neonatal. Aun no existiendo grandes epidemias en estos años, las defunciones por “falta de desarrollo” y las producidas por enfermedades de tipo intestinal sobre todo en los primeros meses de vida ponen de manifiesto la enorme fragilidad en la que se desarrollan la vida de la sociedad extremeña de estos años, y el escaso efecto que las políticas de protección sanitaria están ejerciendo aún sobre las comunidades favorecidas por sus actuaciones.

La elevación de los cocientes de mortalidad infantil se mantiene en toda la región hasta 1890. Pero a hasta este momento se van a dar al menos dos fenómenos de naturaleza netamente contraria. Por un lado, la mortalidad entre el primer y el cuarto aniversario (t4q1) ha iniciado en torno a 1870 un descenso irreversible que ha permitido en veinte años reducir los valores de sus tasas en un cincuenta por ciento. Este mismo fenómeno parece iniciar la mortalidad juvenil de 5 a 9 años, y de hecho lo hace, pero de forma mucho más intrincada y vacilante. Hasta 1890, también, se han mantenido los factores que condicionaban un predominio de la mortalidad juvenil sobre la mortalidad infantil, pero el inicio de la siguiente fase se da precisamente en el momento en el que ese extraño equilibrio se rompe definitivamente. A partir de entonces, los valores de las tasas de mortalidad por edad mantienen un modelo netamente contemporáneo.

### 3.2. PERIODOS DE ÍNDICES INTERMEDIOS Y VACILANTES

El periodo que transcurre entre 1890 y 1920 puede considerarse por su naturaleza como el momento en el que los valores de las probabilidades de morir alcanzan su estabilización más vacilante. De una parte, el valor de la mortalidad infantil ha cobrado mayor protagonismo y se comporta de manera muy estable, manteniendo valores presentes desde mediados del siglo XIX. En esta estabilización tienen especial relevancia tanto las alzas experimentadas en la mortalidad de post-neonatal en el segmento de 6 a 11 meses, como los descensos experimentados en el tramo de 1 a 5 meses. El estancamiento en tasas cercanas al 200‰ e incluso superiores, pone de relieve los problemas que arrastra una economía campesina progresivamente “proletarizada” y en la que son cada vez más agudos los problemas de subsistencia.

### 3.3. CONTROL DEFINITIVO DE LOS ÍNDICES

El control definitivo de los índices no parece darse en Extremadura hasta la década de los años veinte, aunque, como hemos venido advirtiendo hasta ahora, esta afirmación sólo es claramente aplicable al caso de la mortalidad infantil, manteniendo evoluciones netamente diferentes de la anterior las edades superiores, especialmente el tramo que corre entre el primer y el cuarto aniversario. Una vez superadas las alzas momentáneas de 1900-1910 (sarampión) y la crisis gripal de 1918, el panorama se torna evidentemente más favorable. Los índices descienden hasta un cincuenta por cien desde los años cincuenta, y hasta un 100% desde los momentos más críticos de la década de los setenta. En este momento de control definitivo de las tasas de mortalidad infantil y juvenil, el primer tramo de edad que ve descender severamente sus valores es el tramo de edades más altas (5q5), que pasa de valores superiores al 200‰ en torno a 1918 a tasas no superiores al 40 en el transcurso del segundo quinquenio de los años veinte (especialmente 1925). Tanto la mortalidad infantil como los valores de 4q1 tienen un descenso semejante, pero es sin duda el descenso de q0 el que aún mantiene cierto grado de acción de la mortalidad en estas edades, pues, pese a que se ha descendido desde valores cercanos al 225‰ hasta tasas no superiores al 60‰, sigue siendo esta una tasas suficientemente alta como para implicar cierto grado de subdesarrollo.

Posiblemente, el descenso de los valores de la mortalidad infantil y juvenil ocurridos en este momento son la base del crecimiento de la población contemporánea extremeña, pero no podemos desechar ni dejar de lado la mejora en la esperanza de vida que las reducciones acaecidas en la mortalidad juvenil están ejerciendo sobre la estructura de la población.

#### 4. UNA TRANSICIÓN ASINCRÓNICA, LENTA Y TARDÍA

La transición de la mortalidad infantil en Extremadura mantiene pues una triple naturaleza que cristalizará en un retraso considerable de la instauración definitiva de tasas cercanas a valores contemporáneos. Sin embargo, sería incompleto el argumento si no advirtiéramos a renglón seguido que las repercusiones que sobre la esperanza de vida se han dado en el conjunto regional a causa de las reducciones de la mortalidad infantil y especialmente post-infantil se han dejado sentir desde los años centrales del siglo XIX.

Es también preciso hacer notar que la transición de la mortalidad infantil propiamente dicha, sucede aproximadamente de dos a tres décadas después que se han dado los primeros pasos en el descenso general de la mortalidad entre el primer y el cuarto aniversario.

Una de las conclusiones a las que permite llegar este estudio es la enorme heterogeneidad con que se presenta la transición de la mortalidad en Extremadura, ya no tanto en los niveles alcanzados por los diversos pueblos analizados, sino en las enormes diferencias internas entre los diversos grupos de edad. Tanto la mortalidad infantil como la juvenil y, dentro de éstas, los componentes e indicadores específicos de edad y sexo, que, pese a todo, no tienen por qué manifestar las tendencias obvias en el conjunto. En este sentido, son las edades de dos y tres años, y el grupo de 6 a 11 meses los que experimentan con mayor rapidez e intensidad los síntomas del cambio, a diferencia de edades en las que la presencia de cambios a la baja es mucho más tardía. Considerar, pues, la mortalidad infantil como un proceso homogéneo donde los cocientes por edad y sexo descienden de forma escalonada, está muy lejos de la realidad.

En el espacio temporal, hemos definido el proceso de la transición entre el largo proceso que corre entre 1870 y 1920, tomando los valores de  $4q_1$  como representativos de la marcha general de la mortalidad. Esta, que sólo es una pequeña exageración, pone de manifiesto la larga cadencia de descenso que los diferentes estados de moralidad entre cero y nueve años presentan en zonas deprimidas.

Finalmente, aunque esta hipótesis sería necesario precizarla con datos de procedencia local referidos a aspectos como alimentación, destete o niveles salariales y de vida, es posible que la transición de la mortalidad infantil y juvenil, especialmente en lo referido al segundo tramo, se deba antes a un cambio en las costumbres alimentarias e higiénicas, que una evolución a la baja de la fecundidad de las mujeres. De darse el fenómeno contrario, hubiéramos encontrado posiblemente datos de menor calibre, descensos anteriores y más firmes.