

## MORIR INFANTE O MORIR ANCIANO

---

Rosa Gómez Redondo  
Facultad de CCPP y Sociología  
U.N.E.D.

Durante la modernización de las sociedades tiene lugar una transición demográfico-sanitaria que sin duda alguna constituye uno de los procesos más relevantes de los dos últimos siglos en la historia de la humanidad. Es evidente que el papel protagonista en este proceso social lo tiene la infancia, porque las diferentes estrategias de lucha contra la muerte permiten retrasarla, de tal modo que la población más beneficiada en el proceso ha sido la población infantil y juvenil. Por ello, hablar de transición sanitaria es necesariamente hablar de descenso de la mortalidad en la infancia estando el principio y final de este proceso ilustrado por dos imágenes que dan título a estas páginas: morir infante o morir anciano.

En el inicio, la probabilidad de fallecer durante la primera infancia (menores de 5 años) era tan elevada que la imagen de morir siendo niño formaba parte del decorado sociodemográfico de cualquier población hasta bien entrado el siglo XX, mientras que en el presente se ha sustituido aquella imagen por la de la muerte fundamentalmente ligada a la vejez. En efecto, en el cambio de frecuencia de la mortalidad a temprana edad a su concentración en edades cada vez más avanzadas pasamos de las sociedades en las que los padres enterraban a sus hijos a las sociedades en las que los hijos entierran a sus padres dando paso a una mayor «racionalidad demográfica» (Livi Bacci, 1990)<sup>1</sup>, una vez reducido el despilfarro reproductivo previo. Así se abre el camino del crecimiento moderno de la población (Mc Keows, 1978)<sup>2</sup> y de la mo-

---

<sup>1</sup> LIVI BACCI, *Historia Mínima de la Población Mundial*, Ariel, 1990.

<sup>2</sup> MC KEOWNS, *El credimiento moderno de la población*, A. Bosch, Ed., 1978.

derización de las sociedades en un proceso de «feedback» entre la población y el contexto en el que se reproduce.

Sólo dos pinceladas para ilustrar lo dicho. En primer lugar recordar que durante un período tan tardío como el transcurrido entre 1930-1960, según datos de Graziella Casselli (1991)<sup>3</sup>, la mitad del aumento de la esperanza de vida al nacer todavía se debía al descenso de la mortalidad infantil (menores de 1 año) y juvenil (1 a 4 años). Pero este protagonismo se ha mantenido llegando hasta nuestros días, pues la mortalidad infantil ha contribuido en las dos décadas entre 1970-1990 en un 34% al aumento de la vida media de los españoles, si bien en la actualidad esta ganancia se concentran sólo en los menores de un año (Gómez Redondo, 1995)<sup>4</sup>.

La relevancia del tema propuesto justifica sobradamente el que en el IV Congreso de la ADEH, la Asociación de Demografía Histórica<sup>5</sup> decidiese dedicar su primera sesión plenaria al tema mencionado bajo el título de la «Transición de la mortalidad infantil y juvenil» y cuya organización tuvo a bien encomendarme, motivo por el cual introduzco el tema en este número monográfico del que nos ocupamos y que recoge las ponencias invitadas de aquella sesión (los tres primeros artículos), así como buena parte de las comunicaciones presentadas (7 artículos restantes).

Pero quizá debemos definir que entendemos por transición de la mortalidad infantil y juvenil. Cabe afirmar que no es sólo un descenso de los fallecimientos en menores de 1 y 5 años, es decir un paso de altos niveles a bajos niveles en la intensidad de este fenómeno demográfico, sino que el mismo se haga regular y sostenido en un período relativamente corto de tiempo. Este descenso va acompañado por cambios estructurales de esta mortalidad. Dichos cambios consisten en una alteración drástica de la distribución de la mortalidad por edad (neonatal/postneonatal e infantil/juvenil), por sexo (evolución de la desigualdad ante la muerte de origen biológico/social) y el cambio del papel predominante de la mortalidad exógena en las sociedades del pasado (enfermedades infecciosas, parasitarias, desnutrición o alimentación inadecuada) por el de la mortalidad endógena en la mortalidad infantil y juvenil de las sociedades post-transicionales (inmadurez, anomalías congénitas y causas perinatales).

---

<sup>3</sup> Conferencia del 14 de abril sobre «La prolongación de la vida humana y sus consecuencias demográficas». Seminario sobre «Tendencias Demográficas en el Mundo Actual», UNED. Dpto. de Sociología. Marzo-junio, 1994.

<sup>4</sup> GÓMEZ REDONDO, «Vejez prolongada y juventud menguada. Tendencias en la evolución de la esperanza de vida de la población española, 1970-1990», *Revista Española de Sociología*, n.ºs 71-72.

<sup>5</sup> IV Congreso de la ADEH. Bilbao, 27-30 septiembre, 1995. Dpto. de Historia Contemporánea de U.P.V.

La transición sanitaria (Lerner, 1973; Frenk et al., 1991)<sup>6</sup> en la que se inscribe la transición de la mortalidad infantil se produce a través de un proceso dinámico por el que la salud y la enfermedad de una sociedad evolucionan en respuesta a una situación demográfica, socio-económica, tecnológica, política, cultura y biológico-epidemiológica. Naturalmente debido a esta interrelación, la transición de la mortalidad no ha sido homogénea ni en el tiempo ni en el espacio. No es sorprendente, por tanto, que en los países del Norte y Centro de Europa la primera etapa de la transición comenzara entre mediados del siglo XVIII y mediados del siglo XIX (Vallin, 1991)<sup>7</sup>, mientras que la Europa del sur y especialmente en buena parte de España (Nadal, 1976)<sup>8</sup> y Portugal, el proceso se retrase respecto al resto de las cronologías europeas. Pero aún más tardío es el retroceso de la mortalidad en la infancia, pues si bien es cierto que las transformaciones sociales y económicas que permiten se inicie el descenso de esta mortalidad pueden remontarse en sus orígenes más remotos al Renacimiento y la Ilustración, no se manifiestan con nitidez hasta el siglo XIX y XX. Es posible que se produjeran descensos coyunturales de la mortalidad en la infancia con anterioridad, pero éstos no reunían las características definidas anteriormente que nos permitirían hablar de transición.

Así, hubo que esperar a que fuese superado el aumento de esta mortalidad específica observado en gran parte de las poblaciones europeas en la segunda mitad del siglo pasado, debido al deterioro de las condiciones de vida y salud, reverso de transformaciones socio-económicas como la urbanización y/o la industrialización, para que se produjera un desplazamiento de la muerte más allá de los primeros años de vida, permitiendo un aumento sostenido y secular de la vida media de las poblaciones.

El que exista un desfase en el descenso de la mortalidad de la población de menores de 1 año y de 1 a 4 años en las poblaciones del sur puede explicarse por el hecho de que sabemos que los factores impulsores de la reducción de la mortalidad infantil y juvenil se solapan, pero no son igualmente determinantes en una y otra población, debido

---

<sup>6</sup> LERNER, «Modernisation and health: a model of the health transition». Reunión anual de la American Public Health Association, San Francisco, 1991. FREK et al. «Elements for a theory of Health Transition». *Health Transition Review*, vol. 1, n.º 1, 1991.

<sup>7</sup> VALLIN, «Mortality in Europe from 1720 to 1914: Long-Term Trends and Changes in Patterns by Age and Sex» en Schofield, Reher y Bideau. *The Decline of Mortality in Europe*, Clarendon Press Oxford, 1991.

<sup>8</sup> NADAL, *La Población Española (XVI a XX)*, Ariel, 1976.

a su origen etiológico diferente<sup>9</sup>. La disminución de la mortalidad del recién nacido requiere una respuesta individual (de la madre), una mayor implicación de la familia (determinada por cambios en la educación y cultura higiénica), además de la puesta en marcha de políticas e intervenciones públicas, que pudieron ser suficientes para comenzar a reducir la elevada mortalidad del resto de la población en la primera infancia.

Por ello, ni que decir tiene la extraordinaria relevancia de aquellos estudios en los que se abordan las condiciones de vida, el contexto socioeconómico, cultural e higiénico-sanitario que sirven de «caldo de cultivo» para el surgimiento de los factores que provocan cambios que finalmente terminan por alterar el equilibrio demográfico pretransicional y permiten la gestación de otro nuevo. De la multiplicidad de los factores impulsores que se han ido sucediendo a lo largo de un doble proceso de sucesión y acumulación en la determinación del descenso dan cuenta algunos de los estudios tratados aquí.

La evolución de la mortalidad infantil y juvenil se produce a través de un lento proceso que no ha sido homogéneo ni en el tiempo ni en el espacio. De hecho, sabemos desde hace tiempo que en algunas regiones españolas la transición se inició con anterioridad al resto de la península ibérica. Es el caso de Cataluña y del País Vasco. Idénticas diferencias se observan en Italia y Portugal. Además, existe una regionalidad secular de la mortalidad infantil, que los datos presentados en los artículos siguiente así lo confirman.

Aún a riesgo de simplificar en demasía las diferencias geográficas mencionadas y a pesar de que el período considerado en los estudios presentados es muy amplio, puede servirnos de marco durante la mayor parte del mismo, el recordar que existe una zona de baja mortalidad —desarrollada demográficamente—, que abarca la Costa Norte y Este de la península y otra de alta mortalidad —retrasada en el proceso— que se encuentra en el Sur e Interior de la misma (Gómez Redondo, 1992)<sup>10</sup>. Naturalmente, cuando hablamos de regiones nos referimos más que a un criterio simplemente geográfico, al basado en el conocimiento demográfico disponible. Sólo en este sentido hablamos de regiones, como grandes áreas con características comunes respecto al fenómeno estudiado, en las que se plasman contrastes demográficos

---

<sup>9</sup> En la mortalidad infantil existe una mayor proporción de mortalidad por causas endógenas, mientras que en la población juvenil son las causas exógenas las que predominan.

<sup>10</sup> GÓMEZ REDONDO, *La mortalidad Infantil española en el siglo XX*, CIS-Siglo XXI, 1992.

determinados por contextos socioeconómicos, culturales y ecológicos diferenciados.

A pesar de que las aportaciones siguientes no llegan a cubrir el abanico ofrecido por la diversidad regional existente en la península ibérica en su totalidad, las poblaciones analizadas forman parte de esas dos grandes regiones: la franja Norte/Atlántica y el Sur e Interior de la península. Naturalmente, esta simplificación requiere matizaciones que expondrán los autores de los siguientes estudios, pero en cualquier caso verifican el marco geográfico conocido.

Esta diversidad de cronologías, características y ritmos, así como de las «plataformas» de partida y sus factores impulsores obligan a investigar afrontando un gran reto: partiendo de los marcos teóricos disponibles, pero respetando la tozudez de la realidad. Contamos con enfoques teóricos que nos describen etapas y factores determinantes del proceso que orienten nuestras investigaciones, pero estos mismos marcos teóricos no habrían surgido sin las múltiples descripciones de las transiciones regionales puestas de manifiesto por investigaciones como las que se exponen en esta monografía. Afortunadamente, son cada vez menos frecuentes los esfuerzos de miembros de nuestra comunidad científica por «encorsetar» niveles y ritmos del descenso de la mortalidad infantil hallados en la península ibérica dentro de las etapas delimitadas para otros países, que tuvieron una historia social y económica completamente diferente a la nuestra, olvidando la certera afirmación de Roussel al afirmar que «las poblaciones acaban por tener la demografía de sus culturas».

No obstante, debemos estar vigilantes frente a algunos errores que afectan a las fuentes y a la metodología de nuestros estudios en demografía histórica y que todavía son frecuentes. En primer lugar, es fácil aceptar el resultado siempre que sea próximo al esperado en el enfoque teórico de partida, cuando sería razonable contrastar indicadores relativamente bajos en períodos anteriores a la era registral, pues el subregistro debe ser más que una sospecha cuando no exista coherencia entre la intensidad y la estructura de la mortalidad hallada.

Por otra parte, también de carácter metodológico es el error de aplicar métodos de cálculo que introducen ponderaciones idénticas para etapas históricas distintas, lo que no es aceptable en el período considerado, ya que durante el mismo la mortalidad infantil es muy cambiante tanto en su intensidad como en la relación entre sus componentes. La gravedad de este tipo de sesgo aumenta en aquellos análisis de datos estimados a partir de aproximaciones matemáticas, a pesar de disponer de datos registrales reales, e incluso cuando está comprobado que no

existe coincidencia entre los resultados obtenidos con datos originales y los resultados basados en datos estimados.

Finalmente, es preciso valorar en su justo término las valiosas aportaciones que aquí recogemos, recordando que las teorías surgen del análisis de la realidad en un proceso de *feedback* entre la descripción y la teorización. Por ello, para conocer «cómo», «cuándo» y «por qué» tuvo lugar el descenso de la mortalidad infantil en la Europa del Sur nada mejor que basarnos en los estudios monográficos como los que a continuación presentamos. De hecho, los aspectos más relevantes sobre nuestro común objeto de estudio apuntados en esta introducción serán retomados ampliamente por los diferentes autores, cuya mejor presentación es sin duda las aportaciones de sus investigaciones. Téngase en cuenta que éstas son el único nutriente del corpus teórico demográfico y fuente de conocimiento de las condiciones de vida de las poblaciones del pasado.