

Morir antes de haber nacido legalmente. La mortinatalidad en Pamplona entre 1880 y 1936.

Sagrario Anaut Bravo

En el presente trabajo nos hemos marcado como objetivo principal el dar a conocer la mortinatalidad o mortalidad de los menores de veinticuatro horas de vida de Pamplona durante algo más de medio siglo de su historia, coincidiendo con el inicio de su transición demográfica y de los primeros cambios en su morfología urbana. Asimismo, pretendemos completar y corregir los datos expuestos en el primer número de esta misma revista (S. Anaut, 1994: 240-269) con el empleo de nuevas fuentes primarias a las que estimamos de mayor fiabilidad que el Registro Civil, al menos en lo que atañe a la mortinatalidad, y con un vaciado completo anual de los decesos. Un apartado especial merece el lugar donde acontecieron dichos fallecimientos por la información sociocultural que proporciona y el diagnóstico registrado de los mismos cuando éste quedó recogido.

Antes de pasar al eje central del trabajo, queremos hacer mención a las fuentes empleadas en esta ocasión por considerar que puede aportar una información complementaria para todos aquellos estudiosos de la población y por su novedad.

Fuentes

Las fuentes más empleadas por los investigadores para aproximarse al estudio de la mortalidad infantil y, para algunos períodos concretos, a la mortinatalidad han sido los libros de defunciones del Registro Civil y los Movimientos Naturales de Población (M.N.P.), en los que se ha observado una clara infravaloración de los datos (R.Gómez Redondo, 1984). Para el caso de Pamplona los muestreos realizados en el Registro Civil han dado como resultado la casi total ausencia de los decesos mortinatales -oscilan entre los

dos y cinco óbitos anuales-, en tanto que los M.N.P. del s.XX se aproximan bastante a la realidad que describen los libros de defunciones del Archivo Municipal (A.M.P), como puede comprobarse en el cuadro 1. Por tanto, desestimamos para este grupo de edad los libros de defunciones del Registro Civil y optamos por analizar los contenidos de dos tipos de libros de defunciones municipales: Los libros-índices anuales y los libros de defunciones municipales que agrupan los decesos de varios años.

En cuanto a los libros-índice no aparecen hasta 1900 en formato anual y es probable que a partir de ellos se confeccionaran los libros de defunciones municipales que agrupan varios años, sin embargo los dos tipos de libros municipales no presentan una información homogénea a lo largo del tiempo ni absolutamente fiable como tendremos oportunidad de comprobar. Las bases comunes sobre las que se asientan son el nombre completo, el lugar de la defunción, la edad y la causa del deceso; no se dispone en los libros de defunciones hasta mediados de 1896 de todas las causas de muerte, con la salvedad de aquellas infecto-contagiosas de obligado registro -viruela y sarampion, sobre todo-, y a partir de entonces ese vacío sólo se mantendrá para gran parte de los menores de veinticuatro horas, sobre todo si fallecían en su residencia familiar.

Entre sus peculiaridades, habrá que señalar por un lado que los libros índices incluyen a los fetos y la edad del fallecido con mayor exactitud, en tanto los libros interanuales omiten a la gran mayoría de los decesos perinatales. Desde 1916 las diferencias en los registros van disminuyendo, aunque no desaparecen totalmente en el período de tiempo aquí analizado. Por otro lado, el interés manifiesto en los libros de defunciones por establecer el origen o procedencia del difunto y el sexo, informaciones ambas relevantes para comprobar el grado de atracción de la capital navarra respecto de su cuenca, del resto de la provincia y de otras provincia próximas, sobre todo de La Rioja y Guipúzcoa, contrasta con el total vacío a este respecto de los Libros índices.

En cuanto a la fiabilidad de estas fuentes estadísticas primarias habría mucho que decir si nos detuviéramos en todos los casos, sin embargo al cotejarlas con otras primarias y secundarias -M.N.P. y Boletín de Estadística Municipal (BEM)- sus limitaciones no son óbice para desdeñarlas en su conjunto. Sencillamente, registros deficientes o al menos dudosos, como el que sucesivas defunciones aparezcan motivadas por la misma dolencia -bronquitis, enteritis, raquitismo, nefritis, etc.- cuando no son, por ejemplo, afecciones contagiosas de primer orden, o que menores de un año fallezcan

por enfermedades calificadas de “seniles”, alertan sobre los problemas con los que se enfrentaban los facultativos a la hora de establecer una única causa de muerte y de diagnosticar defunciones por enfermedades que marcaran socialmente -el caso más conocido es el de la tuberculosis que suele registrarse como bronquitis-; también alertan sobre la cualificación de los funcionarios encargados de la transcripción a los libros de registro. Para no ser prolija en esta cuestión remitiremos a la abundante bibliografía al respecto existente¹.

Para completar esta panorámica general de la fuentes primarias nos faltaría una última particularidad que ofrecen los libros de defunciones municipales: la variabilidad en el grado de exactitud en el momento de registrar la edad de los fallecidos. En algunos registros, por ilustrar algo más nuestros comentarios, figura que “el feto” murió a las pocas horas de nacer o a las 10 horas y el niño al año y 8 días de edad, mientras en otros se redondea la edad o se deja en blanco si no ha cumplido las primeras veinticuatro horas de vida, aunque especifique “niño/a muerto/a” o el nombre y apellidos del difunto por haber sido bautizado de urgencia. Lógicamente, son los registros en los que el funcionario encargado del registro municipal era más cuidadoso en la recogida de los datos, los que ofrecen mayor fiabilidad, y para el caso que aquí analizamos ese esmero sólo se percibe en los índices de los libros de defunciones, si bien no en todos los años ni meses. Parece, pues, que las dos fuentes primarias aquí tratadas de forma general son complementarias y se confeccionaron con un alto grado de autonomía; el desconocimiento de la normativa que las constituyó representa un problema añadido, no primordial, a los numerosos con los que se tropieza cualquier investigación estadística demográfica.

La mortinatalidad en Pamplona²

El hecho de que el Código Civil español definiera como nacido vivo sólo a aquel “feto que tuviera figura humana y viviere

1. En el Boletín de la Asociación de Demografía Histórica de 1993, XI-3, se recoge abundante bibliografía y comentarios.

2. Emplearemos indistintamente los términos mortinatalidad y mortalidad perinatal por referirse ambos a la mortalidad que se registra en torno al nacimiento, si bien, y con bastante acierto para los estudios en los que se incluye la mortalidad infantil, J. Villar Salinas (1951) y V. Pérez Moreda (1980) estiman que los decesos neonatales o durante el primer mes de vida quedan incluidos en el concepto de perinatal.

veinticuatro horas enteramente desprendido del seno materno” (art.30), ha supuesto un obstáculo casi infranqueable para los estudios demográficos, ya que afecta tanto a los datos obtenidos a partir de las fuentes primarias como de las estadísticas oficiales. En nuestro caso, el subregistro legal así establecido queda parcialmente subsanado por los libros de defunciones del A.M.P. comentados 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. Una limitación de solución más compleja es la diversidad terminológica empleada por las diversas fuentes consultadas para referirse a estos decesos, unida de manera inexorable a la falta de desagregación minuciosa. Sobre este asunto nos detendremos en otro apartado.

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 postnatales³. Es por ello que los únicos índices que vamos a presentar son los que aparecen recogidos en el cuadro 1 y que incluyen a los tres subgrupos.

Cuadro 1: Nacidos vivos y muertos (cifras absolutas) y tasas de mortinatalidad y de mortalidad perinatal (%) en el período de 1880 a 1936 en Pamplona y en Navarra.

AÑOS	NVp ⁴	NMp ⁵	Mnp ⁶	TMIPp	NMp*	Mn*	TMIP*	MnN°
1880	849	57	6,43	6,05	34	4		
1881	972	67	6,88	6,44	66	6,79	6,36	
1882	942	63	6,61	6,2	55	5,84	5,52	
1883	935				52	5,56	5,27	

3. Algunas de las escasas aproximaciones que se pueden encontrar: Arbelo Curbelo, A: “Necesidad demográfico-sanitaria de rectificar el concepto legal de nacido vivo”, *Rev.Internacional de Sociología*, 1951, n° 36; Gómez Redondo, R: Op.cit. 1992. Los obstáculos interpuestos por las mismas fuentes estadísticas han hecho difícil la aplicación de cálculos tan desagregados y han desmotivado a los investigadores.

1884	967				66	6,83	6,39	
1885	916				53	5,79	5,47	
1886	955				27	2,83	2,75	
1887	980				39	3,98	3,83	
1888	890				51	5,73	5,42	
1889	993				43	4,33	4,15	
1890	886				53	5,98	5,64	
1891	965				66	6,84	6,40	
1892	992				51	5,14	4,89	
1893	938				46	4,90	4,67	
1894	865				51	5,90	5,57	
1895	889				68	7,65	7,11	
1896	867				44	5,07	4,83	
1897	867				48	5,54	5,25	
1898	807				54	6,69	6,27	
1899	825				49	5,94	5,61	
1900	837	72	8,60	7,92	72	8,60	7,92	
1901	792	63	7,95	7,37	61	7,70	7,15	2,54
1902	790	62	7,85	7,28	61	7,72	7,17	2,51

4. Los nacidos vivos de Pamplona (NVp) de 1880 a 1900 proceden de los libros de nacimientos del Registro Civil (Indices, 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.

5. 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-.

6. 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°).

1903	850	71	8,35	7,71	70	8,24	7,61	2,95
1904	724	62	8,56	7,89	62	8,56	7,89	3,33
1905	726	55	7,58	7,04	56	7,71	7,16	2,36
1906	699	54	7,73	7,17	55	7,87	7,29	2,3
1907	724	55	7,60	7,06	55	7,60	7,06	1,65
1908	816	43	5,27	5,01	41	5,02	4,78	2,23
1909	774	63	8,14	7,53	62	8,01	7,42	2,66
1910	772	55	7,12	6,65	39	5,05	4,81	2,64
1911	793	51	6,43	6,04	52	6,56	6,15	2,46
1912	909	56	6,16	5,80	53	5,83	5,51	2,44
1913	811	59	7,27	6,78	59	7,27	6,78	2,47
1914	841	43	5,11	4,86	44	5,23	4,97	2,26
1915	882	66	7,48	6,96	64	7,26	6,77	2,33
1916	808	48	5,94	5,61	54	6,68	6,26	2,18
1917	833	46	5,52	5,23	44	5,28	5,02	2,02
1918	800	55	6,88	6,43	53	6,63	6,21	2,46
1919	828	50	6,04	5,69	47	5,68	5,37	2,15
1920	902	53	5,88	5,55	53	5,88	5,55	2,17
1921	889	52	5,85	5,53	51	5,74	5,43	1,99
1922	914	40	4,38	4,19	40	4,38	4,19	1,8
1923	883	50	5,66	5,36	50	5,66	5,36	2,57
1924	955	54	5,65	5,35	53	5,55	5,26	2,45
1925	947	64	6,76	6,33	63	6,65	6,24	2,55
1926	948	49	5,17	4,91	53	5,59	5,29	2,5
1927	1008	63	6,25	5,88	66	6,55	6,15	2,69
1928	1014	73	7,20	6,72	69	6,80	6,37	2,84
1929	975	58	5,95	5,61	58	5,95	5,61	2,56
1930	1040	61	5,87	5,54	56	5,38	5,11	2,76
1931	1072	59	5,5	5,22	71	6,62	6,21	2,56
1932	1134	94	8,28	7,65	94	8,28	7,65	3,02
1933	1221	86	7,04	6,58	82	6,71	6,29	2,89
1934	1366	94	6,88	6,44	80	5,85	5,53	2,98
1935	1331	89	6,68	6,27	82	6,16	5,8	2,71
1936	1436	137	9,54	8,71	130	9,05	8,3	3,46

Resulta evidente que, a la luz de la información contenida en el cuadro 1, 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 distintas tasas de mortalidad en los ámbitos urbanos españoles⁷ 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 no resulta difícil en el marco de las suposiciones o de posibles hipótesis de trabajo; justificarla presentando pruebas que lo corroboren nos parece bastante más difícil. Por el momento nos quedaremos en el marco de las hipótesis para asumir como explicación de las bajísimas tasas de mortalidad (Mnp* y TMIPp*) 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 discutibles, para que se tengan presentes a lo largo de este trabajo. 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 por el control de las defunciones en las edades más tempranas -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 el atraso económico de la ciudad y en su lentísimo crecimiento vegetativo, como queda reflejado en el cuadro 2 .

7. 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 Avila con el 0,1%.

Cuadro 2: Tasas brutas de natalidad y mortalidad y el crecimiento vegetativo resultante (1880-1900).

AÑOS	TBN	TBM	CR.V	AÑOS	TBN	TBM	CR.V	AÑOS	TBN	TBM	CR.V
1880	33,0	35,3	-2,30	1887	35,5	38,6	-2,60	1894	32,2	35,2	-3,00
1881	37,3	39,2	-1,90	1888	33,6	36,2	-2,60	1895	32,8	38,0	-5,20
1882	36,6	46,4	-9,80	1889	36,2	35,0	1,20	1896	32,0	41,0	-9,00
1883	35,5	44,3	-8,80	1890	33,9	33,0	0,90	1897	32,2	35,7	-3,50
1884	38,3	40,0	-1,69	1891	34,2	47,0	-12,8	1898	30,7	36,1	-5,40
1885	35,0	37,0	-2,00	1892	35,7	38,2	-2,50	1899	31,0	43,5	-12,5
1886	37,2	45,5	-8,30	1893	35,6	40,1	-4,50	1900	28,9	36,45	-8,45

FUENTE: Elaboración propia a partir de los datos recogidos por S.Húder (1935) y la *Reseña Geográfica y Estadística* de 1888 para el s.XIX y de los MNP, BEM, libros de nacimientos y defunciones del AMP y del Registro Civil y La población calculada de España desde 1900 (INE, 1958) para 1900.

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 parecen 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 momento⁸.

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 homoge-

8. 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).

neidad en torno al 5%, en especial si los compararamos con las tasas brutas de mortalidad (cuadro 2) 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 asiático⁹.

Mayor atención merecen los valores correspondientes al s.XX (cuadro 1). Al contrastar los cocientes de las columnas 4 y 5 con los elaborados a partir de los libros índices de defunciones municipales, observamos un subregistro moderado en la séptima y octava columna, con las excepciones de 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 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

9. 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.

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 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 y, como se comentará en otro apartado, no se dispone de él. 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 entran en funcionamiento con mayor 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. Este proceder pierde todo su sentido en 1936 al dispararse las tasas de mortinatalidad y mortalidad perinatal hasta límites superiores a los de comienzos de siglo; el conflicto militar dejó su impronta desde los primeros meses en la población civil de Pamplona y su capacidad distorsionadora sobre la evolución de la mortalidad ordinaria fue mucho mayor que la demostrada por epidemias o graves crisis epidemiológicas.

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 descendente¹⁰, la mortinatalidad no es capaz de describir una tendencia orientativa similar. No resulta extraño este comportamiento si observamos lo que acontece en Navarra (cuadro 1, MnN°).

Examinadas hasta el momento con cierto detalle las series de nacidos muertos en el intervalo temporal tomado como referencia para Pamplona pasaremos a analizar la evolución comparativa de

10. La TBM que hemos constatado es la siguiente (S.Anaut, 1995):

1926	27,03	1928	23,55	1930	21,59
1927	22,79	1929	23,24	1931	22,37

los indicadores establecidos para Navarra y su capital. Del cuadro 1 se pueden deducir algunas consideraciones interesantes. Los índices recogidos para la provincia confirman la falta de una tendencia regular descendente bien definida al igual que ocurriera para Pamplona. A su vez, hay que remarcar a este respecto la imagen de estancamiento que describe la columna de la mortinatalidad navarra; su margen de oscilación gira entre el máximo de 1904 -3,33%- y el mínimo de 1907 -1,65%-, cuando la realidad en un sentido más estricto cifra la mortalidad de esta grupo socialmente tan especial en torno al 2,5%. En suma, entre 1900 y 1936 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 perceptibles. 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.

En segundo lugar, 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 primera 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.

Para cerrar esta sección aportamos en el cuadro 3 los porcentajes que representan los decesos mortinatales respecto del total de fallecimientos producidos cada año en la capital navarra. Como ocurre en el resto de los cuadros expuestos, la irregularidad marca la evolución de los cocientes, a pesar de que se describen dos ciclos temporales muy claros. El primero corresponde al período que media de 1880 a 1900 y que se define por bajos valores en comparación con los del segundo lapso, el primer tercio del presente siglo; sus fluctuaciones, no obstante, son más amplias. A pesar de que en estas décadas la mortalidad general rondó la media anual de mil defunciones, las cifras aquí muestran como realidad que los óbitos nacidos-fallecidos antes de alcanzar las primeras veinticuatro horas de vida extrauterina suponían una proporción pequeña de las mismas. Por otro lado y excepto en 1918, 1926 y 1932-36, no se superan las mil defunciones anuales en el siglo XX, es decir, se produce un descenso de las cifras absolutas que puede interpretarse como síntoma de transición hacia la modernidad demográfica; en esa línea se mueven con mayor lentitud y heterogeneidad los decesos mortinatales, tal y como ya se expuso. El efecto de estas tendencias da un porcentaje medio del seis por ciento. Dicho en otros términos y sintetizando, el peso de la mortinatalidad dentro del total de las defunciones va aumentando a medida que pasa el tiempo.

Cuadro 3: Proporción de fallecidos mortinatales respecto de los totales anuales (%).

AÑOS	%	AÑOS	%	AÑOS	%	AÑOS	%	AÑOS	%	AÑOS	%		
1880	3,72	1888	5,27	1896	3,85	1904	7,08	1912	7,83	1920	5,71	1928	7,4
1881	6,5	1889	4,63	1897	4,8	1905	6,41	1913	7,95	1921	5,23	1929	6,14
1882	4,58	1890	6,05	1898	5,27	1906	6,66	1914	5,71	1922	4,68	1930	5,91
1883	4,57	1891	5,18	1899	4,1	1907	6,4	1915	7,8	1923	5,32	1931	7,25
1884	6,45	1892	4,97	1900	6,84	1908	4,95	1916	7,09	1924	6,13	1932	8,63
1885	5,61	1893	4,13	1901	5,78	1909	8,46	1917	5,16	1925	6,6	1933	7,74
1886	2,32	1894	5,18	1902	7,18	1910	5,05	1918	4,07	1926	5,21	1934	7,77
1887	3,8	1895	6,28	1903	8,06	1911	5,71	1919	5,39	1927	7,5	1935	7,75
												1936	10,7

FUENTE: Elaboración propia a partir de los libros e índices de defunciones del AMP.

Hemos insistido en varias ocasiones en las deficiencias intrínsecas de las fuentes empleadas -aunque sean las más fiables-, sin embargo no es posible hacer recaer sobre este punto una conclusión como la anterior. Se encuentran otra serie de factores en juego. El inicio de las obras de los ensanches en intramuros y en la Rochapea y zona de la Estación de ferrocarril en la última década del siglo pasado y del segundo ensanche en la tercera década del siglo XX, los avances médicos y urbanísticos -limpieza de calles, mejoras en el alcantarillado y abastecimiento de agua potable, control sobre las dimensiones de los inmuebles y del número de vecinos por vivienda, etc.-, la sensibilización de sectores cada vez más numerosos sobre el problema de la enfermedad y la muerte o el mayor conocimiento y control de algunas enfermedades infecto-contagiosas como la viruela, el sarampión, la tuberculosis o los distintos tipos de fiebres, son sólo algunos de los factores que intervinieron a la hora de apoyar el descenso de la mortalidad general con el cambio de siglo. El carácter eminentemente exógeno de estos progresos puede ser motivo más que suficiente para que su acción benéfica no incidiera de manera sustancial sobre los recién nacidos o sobre los fetos/abortos. A pesar de todo, el subregistro desvirtúa unos datos que en conjunto hablan de un porcentaje elevado de fallecidos mortinatales en Pamplona y justifica la preocupación creciente de sectores políticos, económicos y médicos por la relación salud-enfermedad de la población infantil y perinatal.

Los nacidos muertos y los fetos: su distribución por sexo y sus variaciones estacionales

Las carencias oficiales a la hora de normalizar la terminología más apropiada para separar con nitidez los nacidos vivos de los muertos ha ocasionado una serie de problemas básicos en torno al conocimiento más exacto de la mortalidad infantil. Para subsanar de alguna manera esos inconvenientes, en el presente trabajo se ha recurrido a mantener desagregados en dos grupos a los muertos al nacer, tal y como aparece en el cuadro 4, y a completar la información con datos procedentes de los Boletines de Estadística Municipal. Sin embargo y antes de adentrarnos en el comentario de los contenidos empíricos resulta obvio matizar algunos puntos fundamentales.

En primer lugar, se generalizó el empleo del concepto “niño/a muerto/a” en los libros de defunciones del AMP de 1880-1900, para posteriormente aparecer de forma excepcional o cuando

hacían referencia clara a un bautizado con menos de veinticuatro horas -postnatal-. Por contra, se va a preferir el término “feto” en los libros de defunciones del Registro Civil y del AMP con sus índices desde 1900, en algunos casos aludiendo a decesos postnatales no registrados con su nombre y en otros recogiendo a los “muertos al nacer” que especifican los MNP desde 1900. Tanto en un caso como en el otro lo que se cuestiona es la naturaleza y madurez del producto de la gestación; habrá que esperar a 1930 para remediar en cierta medida esta ambigüedad con la introducción de la noción de “aborto” en los MNP y a 1934 para aceptar que los anteriores niños/as muertos/as no habían nacido vivos desde el punto de vista legal y que no por eso dejaban de ser reconocidos, en su gran mayoría, por sus madres, como se constata en cada uno de los apartados del registro de los índices de defunciones municipales -AMP-.

En segundo lugar, la diversidad de situaciones que se dan en los registros a la hora de especificar el momento de la defunción y el lugar en el que se produjo, hace pensar en ciertos errores de clasificación de los niños nacidos vivos y muertos en los primeros días o semanas y que fueran enterrados sin especificar datos por desconocerse sus progenitores, es decir, defunciones neonatales perfectamente se pudieron confundir, con mayor o menor intencionalidad, con defunciones antes de las primeras veinticuatro horas. Junto a esta sobremortalidad no hay que olvidar que se mantuvo un subregistro latente de variable intensidad tal y como se demostró en el apartado anterior.

Atendiendo a lo expuesto hasta aquí, no podemos más que estimar como conjeturas probables lo dicho. Al disponer de una desagregación incompleta de las óbitos perinatales para el período 1920-28 de los BEM podemos extrapolar algunas generalidades para los años colindantes y de esta forma completar nuestro análisis sobre la mortinatalidad, confirmando o desestimando tales aseveraciones.

En los BEM¹¹ se confirma una premisa inicial atendiendo a lo presentado anteriormente y que implica el predominio de los nacidos muertos sobre las otras dos categorías perinatales -muertos al nacer y postnatales-. Entre estas dos, la jerarquía que se perfila su-

11. En el AMP sólo se halla la serie que va de diciembre de 1913 a diciembre de 1928, aunque les faltan algunos meses u hojas sueltas de varios años, de ahí que sólo podamos dar datos contrastados y completos con los índices anuales de defunciones para 1921-23; el subregistro causado por las deficiencias en la conservación

pone que de 1920 a 1925 primó el registro de las muertes antes de cumplir el primer día de vida, mientras desde 1925 recayó sobre los muertos al nacer. La mejora en el diagnóstico de la causa de la defunción -asfixia, debilidad congénita, falta de desarrollo, etc.- y la preferencia por redondear edades pudieron actuar de modo que niños próximos a cumplir las veinticuatro horas de vida se clasificaran como decesos neonatales y aquellos otros que habiendo vivido pocas horas lo fueran como postnatales cuando en realidad eran decesos causados por complicaciones durante el parto.

Cuadro 4: Cifras absolutas de nacidos muertos y fetos (1880-1936).

AÑOS	NM	FETO	TOT	AÑOS	NM	FETO	TOT	AÑOS	NM	FETO	TOT
1880	24	10	34	1899	2	47	49	1918	0	53	53
1881	58	8	66	1900	3	68	72	1919	0	47	47
1882	48	7	55	1901	4	57	61	1920	0	53	53
1883	45	7	52	1902	5	56	61	1921	0	51	51
1884	56	10	66	1903	0	70	70	1922	1	39	40
1885	41	12	53	1904	4	58	62	1923	0	50	50
1886	7	20	27	1905	2	54	56	1924	1	52	53
1887	32	7	39	1906	1	54	55	1925	0	63	63
1888	40	11	51	1907	1	54	55	1926	1	52	53
1889	31	12	43	1908	0	41	41	1927	0	66	66
1890	32	21	53	1909	0	62	62	1928	0	69	69
1891	62	4	66	1910	0	39	39	1929	0	58	58
1892	51	0	51	1911	0	52	52	1930	0	56	56
1893	45	1	46	1912	0	53	53	1931	1	70	71
1894	36	15	51	1913	0	59	59	1932	2	92	94
1895	37	31	68	1914	0	44	44	1933	3	79	82
1896	15	29	44	1915	1	63	64	1934	6	74	80
1897	23	25	48	1916	3	51	54	1935	0	82	82
1898	27	27	54	1917	0	44	44	1936	0	130	130

FUENTE: Elaboración propia a partir de los libros y los libros índices de defunciones del AMP.

de las fuentes hace dudar de la fiabilidad de los valores del resto del período, aunque pueden ser válidos para captar la tendencia general.

	NM	MN	MH		NM	MN	MH		NM	MN	MH
1920	20	4	13	1923	34	8	8	1926	23	14	11
1921	31	9	12	1924	21	3	10	1927	36	12	8
1922	22	4	14	1925	30	6	11	1928	36	17	4

*NM: nacido muerto; MN: muerto al nacer; MH: muerto con menos de 24 horas.

Centrándonos, por último, en los contenidos empíricos aportados en el cuadro 4 resulta sencillo comprobar la dinámica divergente de los “nacidos muertos” y de los “fetos”. En aquellos años en los que el número de los nacidos muertos aumenta y se posicionan dentro de un margen de oscilación que supera los cuarenta decesos, la cifra de fetos llega a ser casi ridícula -véase por ejemplo 1882, 1892 ó 1893-; cuando la preferencia conceptual es registrar los óbitos como fetos se invierte totalmente el funcionamiento descrito. Sólo en 1880 y 1897 las diferencias entre ambas columnas se reducen de manera sustancial, en tanto que desde 1932 el esquema general dibujado parece dar visos de trastocarse, ya que aumentan de manera progresiva los nacidos muertos a la par que se mantienen niveles elevados de muertes fetales. Para justificar esta última dinámica que rompe con la establecida durante medio siglo únicamente se puede pensar en el mayor esmero puesto en ejecutar la norma; a medida que crecía la escrupulosidad a la hora de incluir todos los fallecimientos de todas las edades se matizó hasta alcanzar sutilezas como las que exigen la desagregación de las muertes en torno al nacimiento, aunque quizá estuviera más motivado por factores externos como el interés de los médicos o la progresiva preferencia por la maternidad del Hospital para dar a luz.

La complejidad que rodea la vida familiar, las situaciones particulares y las políticoeconómicas ayudaron a aumentar la nebulosa que se cierne sobre este grupo humano de escasa entidad, desde el punto de vista numérico, para el conjunto de la sociedad, pero de gran interés para un componente tan importante de la mortalidad general como es el de la mortalidad infantil y para estimar el nivel de vida y de salud de un pueblo. En suma, las cifras absolutas de las muertes en torno al nacimiento del cuadro 4, con su tendencia a la normalización y simplificación de los registros y su aparente arbitrariedad, como casi todo lo que rodea a estos pequeños, son un buen ejemplo de lo que acabamos de decir.

*Desigualdad ante la muerte por razón del sexo.

No creemos que sea necesario insistir en las limitaciones con las que nos hemos tropezado para conocer el sexo de los fallecidos, de modo que sólo recogeremos la única serie completa de la que disponemos (cuadro 5). Sólo durante esos veinticinco años se diferencia entre “feto”, “niño muerto” o “niña muerta”, con las salvedades lógicas que se pudieran hacer sobre estos registros y a las que ya se hizo mención con anterioridad.

Cuadro 5: Distribución por sexo de los decesos registrados como “niños/as muertos/as” (1880-1904).

AÑOS	V	M	AÑOS	V	M	AÑOS	V	M
1880	17	7	1889	16	15	1897	16	7
1881	24	34	1890	23	9	1898	24	3
1882	31	17	1891	39	23	1899	1	1
1883	31	14	1892	35	16	1900	2	1
1884	29	27	1893	33	12	1901	1	3
1885	28	13	1894	24	12	1902	4	1
1886	4	3	1895	18	22	1903	0	0
1887	16	16	1896	12	3	1904	2	2
1888	27	13						

FUENTE: Libros de defunciones y libros índices de defunciones del AMP.

La desigualdad ante la muerte por razón del sexo en el grupo de los nacidos-fallecidos durante las primeras veinticuatro horas de vida ha sido poco estudiada por las deficiencias de las fuentes, por ello este apartado, aunque no muestre grandes novedades, es especialmente singular. En los veinticinco años que se incluyen en el cuadro anterior se constata el predominio de las defunciones entre los varones, al igual que ocurre en otras etapas de la vida; predominio sólo justificable si se recurre a dos motivos. El más común es la conocida “ley biológica” según la cual se conciben y nacen más niños, pero su predisposición a sufrir procesos morbosos y letales es muy superior a la de las niñas. Junto a esta explicación se situaría la injustificable dejadez de los funcionarios por registrar a las niñas -casos como los de los años 1896-98 pueden corroborarlo-. Por este motivo cabe suponer que las causas de sus decesos sean fundamentalmente endógenas, aunque subordinadas siempre a su grado de madurez.

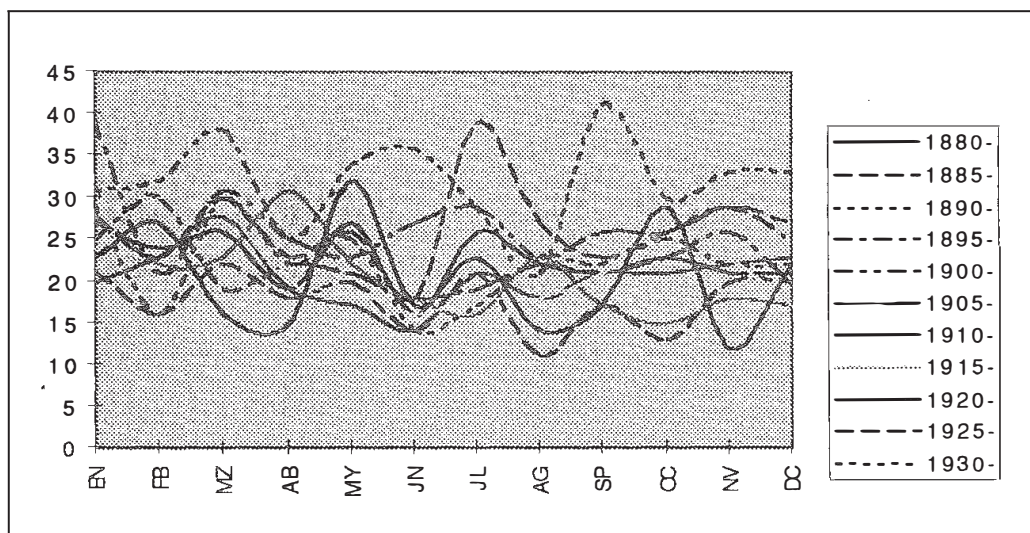
Esta “ley biológica” no se cumple en tres años -1881, 1895 y 1901- en los que priman las muertes femeninas y en 1884, 1887, 1889, 1899 y 1900 las diferencias son mínimas entre ambos sexos o uno de ellos destaca levemente. En estos ocho años un tanto anómalos por no ceñirse a la “ley”, las niñas tienden a morir en mayor número en septiembre y en los meses invernales, sin embargo no es posible extraer de esta observación una norma válida para todos los años, por lo que seguimos moviéndonos dentro de la imprecisión y de las hipótesis. Presuponer como explicación a tales hechos la pues-

ta en marcha, en determinados años, de comportamientos sociales que se escapan a cualquier lógica, como el dispensar mayores cuidados a los varones o provocar partos prematuros por la creencia de que el feto era femenino, puede conducir a un terreno peligroso, sobre todo, por no tener constancia de ello. Así pues, por el momento podemos concluir que en aquellos años en los que predomina la mortalidad entre los niños, las diferencias con respecto al número de muertes de las niñas es bastante amplio, mientras que en el resto de las situaciones el margen diferencial se debilita hasta desaparecer.

*Distribución estacional de las muertes.

En este apartado no adjuntamos la extensa tabla que recoge la distribución mensual de los “niños muertos” y de los “fetos” y en su lugar incluiremos una gráfica que agrupa los ciclos anuales en intervalos quinquenales para simplificar la exposición¹².

Gráfico 1: Variaciones mensuales por quinquenios de la mortinatalidad (1880-1936)



La irregularidad de las fluctuaciones define la distribución de los fallecimientos a lo largo de los quinquenios; el predominio de las causas endógenas sobre las exógenas en este grupo de edad pudiera ser el motivo de tal diversidad. No obstante, se describen al-

12. Para que resulte más ilustrativo si cabe el gráfico adjuntamos los cifras absolutas a las que corresponden las curvas.

gunas pautas comunes al reiterarse en la mayoría de los casos. Se podría situar en los meses de marzo, mayo y julio los momentos álgidos de la mortinatalidad y en junio el mes con los mínimos anuales, seguido de abril y febrero. Con un comportamiento casi sincrónico, a estos extremos les suceden variaciones de signo contrario. Se podrían introducir algunas leves modificaciones en este esquema al tomar los totales mensuales de todo el período estimado (ver nota 12), de tal manera que en enero y marzo se situarían los máximos y en junio, abril y agosto los mínimos.

De lo expuesto se pueden extraer como conclusiones, en primer lugar la falta de correlación con la estacionalidad infantil, con sus mínimos en invierno y máximos en el período estival (S. Anaut, 1994: 259-260). Se produce, en segundo lugar, una coincidencia puntual en el mes de julio; el exceso de trabajo de las gestantes o el agotamiento de unos cuerpos deficientemente alimentados e hidratados, acentuado por las elevadas temperaturas ayudaron a incrementar el número de nacidos muertos igual que la deshidratación y las diarreas lo hicieron con los menores de veinticuatro horas en este mes. Por último, el conocimiento exhaustivo de los decesos perinatales modifica la estacionalidad de la mortalidad infantil como ya apuntáramos para 1906 en el primer número de esta revista (1994: 260). Por lo tanto el proceso encaminado a la consecución de la modernidad demográfica pasa inexorablemente por las variaciones, aunque sean leves, de la mortalidad de las edades más tempranas y de sus ciclos estacionales.

El lugar de la defunción: variaciones a lo largo del tiempo

La evolución de la asistencia social marcará el predominio de unos lugares u otros para ser asistidas las mujeres en el momento de

	EN	FB	MZ	AB	MY	JN	JL	AG	SP	OC	NV	DC
1880-	27	24	26	19	27	16	26	22	21	23	21	21
1885-	21	16	22	18	20	14	21	11	17	13	20	20
1890-	29	16	30	22	25	14	17	23	22	25	22	22
1895-	25	30	19	22	21	18	19	22	21	23	26	20
1900-	39	21	31	25	23	27	29	23	26	26	29	25
1905-	28	22	23	31	22	18	16	23	17	15	18	17
1910-	20	23	28	19	17	14	21	18	21	21	22	23
1915-	24	30	29	20	19	16	18	18	21	27	23	17
1920-	23	27	16	15	32	17	23	14	17	29	12	22
1925-	28	23	30	23	26	18	39	27	23	26	29	27
1930-	31	32	38	25	34	36	29	21	41	30	33	33
TOTAL	295	264	292	239	266	208	258	222	247	258	255	247

dar a luz. La preferencia tradicional, por influencia cristiana, por que acontecimiento tan importante se produjera en el seno familiar deja claras huellas en el lugar en el que se suceden la mayoría de los decesos perinatales. Como puede comprobarse en el cuadro adjunto (cuadro 6), el porcentaje medio en el que se mueven los decesos en las “residencias familiares” suele superar el setenta por ciento, siguiéndola a larga distancia la inclusa y el hospital provincial. Las deficiencias en la asistencia domiciliaria, el carácter benéfico y, en ocasiones, estigmatizante del hospital, la inclusa y la casa de maternidad y las limitaciones higiénico-sanitarias de la inmensa mayoría de las viviendas serán otros factores adicionales determinantes a la hora de comprender dicho resultado. No obstante, bajo el epígrafe “residencia familiar” agrupamos un sinnúmero de situaciones. Para corroborar esta afirmación contamos con un ejemplo muy ilustrativo como es el vaciado completo de los libros de defunciones del Registro Civil de 1881¹³; en ellos se especifica si la residencia declarada como el lugar donde aconteció la defunción de los niños menores de diez años era de los padres, un familiar próximo como los tíos o abuelos, de un vecino o pertenecía a una familia que había acogido por la vía del nodrizaje al pequeño. Podríamos extrapolar lo dicho para los casos de mortinatalidad con la excepción de la última por no haber tiempo material para que se llamara a una nodriza.

Nos surgen algunas dudas sobre la veracidad de las residencias declaradas porque si admitimos como punto de partida que suelen ser “niños” de madres solteras o de familias en situación de penuria (L. Valverde, 1994), la ilegitimidad en el primer supuesto y la preferencia por el anonimato en el segundo, nos induce a creer que los declarantes no siempre eran los padres/madre, sino las personas que los habían recogido tras un abandono obligado por las circunstancias; estos informantes podían ser desde la persona que actuó de partera a un amigo o un desconocido que recogió a la criatura en la puerta de su casa. Por falta de información contrastada al respecto no podemos asegurar que esta fuera la norma, sin embargo debió tener relevancia destacada.

Un dato más a aportar sobre las viviendas particulares es su localización dentro del callejero de Pamplona. Los dos ensanches que se construyeron en la ciudad hasta 1930, además de insuficientes para las demandas internas crecientes, no modificaron de manera alguna las calles más letales. Entre ellas las más mortíferas fueron

13. A medida que avanza el siglo XIX y sobre todo el s. XX la normalización de las hojas del registro de las defunciones se impone con la consiguiente desaparición de ciertas anotaciones como el oficio, origen o edad de los progenitores.

las calles Mayor, Pellejería, Descalzos, Estafeta, Mártires, del Carmen y San Lorenzo; en menor medida destacaron San Nicolás, Santo Andía, Merced, Tejería, Zapatería, San Gregorio y Jarauta. En general, son calles largas -siempre teniendo en cuenta que hablamos de una ciudad amurallada-, estrechas y con hasta ocho alturas y, por ello, oscuras, húmedas y frías. Sus propias características intrínsecas se ven apoyadas por la escasez de inmuebles para una población en constante crecimiento por la vía de los movimientos migratorios y con limitados recursos económicos, de tal manera que el hacinaamiento se va a convertir en el mejor caldo de cultivo para incrementar la mortinatalidad y la mortalidad general.

Descendiendo al detalle añadiremos que año por año sólo una calle, la Mayor, contó con el privilegio de tener siempre decesos perinatales, el resto alternó ciclos cortos de dos o tres años más leves con otros de variable duración mucho más letales. Igualmente, se perfilan diferencias a medio plazo, por ejemplo la calle Pellejería concentró sus decesos en el período que media hasta 1908, mientras que la calle Mártires despunta con continuidad a partir de 1906. Un caso a parte se encuentra en el barrio de la Rochapea, barrio periférico y lugar de residencia de los más pobres y de los trabajadores del campo. Durante las décadas de los ochenta y noventa apenas si contó con una o dos defunciones por año, en tanto que a partir de 1901 comenzará a destacar con registros de los más altos de Pamplona -sirvan de ejemplo 1903 con nueve criaturas y 1912 con ocho, cifras sólo superadas por la inclusa-. Si bien es cierto que en dimensiones la Rochapea no es comparable con ninguna calle de la zona amurallada o casco antiguo, puede serlo en cuanto al número de inmuebles que la conformaban. Los problemas de este barrio procedían de su localización dentro de una de las zonas polémicas impuestas por los militares; según la normativa establecida por el Ejército, los terrenos más próximos a la ciudad amurallada debían someterse a fuertes restricciones en el momento de levantar cualquier tipo de construcción si realmente se quería asegurar la defensa eficaz de la fortaleza. La ley vigente prohibía todo tipo de construcción en la zona correspondiente a la Rochapea, sin embargo existían edificios municipales y algunas industrias que hacía creer en la posibilidad de ensanchar la ciudad hacia esa zona¹⁴. La es-

14. Con el cambio de siglo se aceptó la construcción de viviendas con un máximo de diez metros de altura, incluyendo el zócalo, pero siempre que fueran poco resistentes y sin sótanos con el fin de que no sirvieran a las posibles fuerzas enemigas de trincheras.

casez crónica de viviendas en la ciudad amurallada derivó en el incumplimiento sistemático de dicha ley. A medida que el valor estratégico de Pamplona decaía, la categoría de zona residencial e industrial civil del barrio se consolidaba sin que paralelamente se le dotara de las infraestructuras pertinentes -alcantarillado, agua corriente, iluminación de las calles, empedrado, etc.-. Con tales carencias, no resulta pues extraño que, mientras en el interior de la ciudad y en las nuevas zonas del segundo ensanche -a partir de los años veinte- se iban controlando los factores externos determinantes de las tasas de mortalidad, en el barrio fueran cada vez más elevadas las tasas de mortalidad general y mortinatalidad; los niños muertos encontrados en la estación de ferrocarril y en algunas granjas, además de los indicios de abandono premeditado, hablan de los rasgos que definen tanto al barrio como a sus habitantes incluso después de 1928 cuando quedan abolidas las zonas polémicas militares .

Para terminar este apartado dedicado a las “residencias familiares” haremos una somera incursión sobre las posibles desigualdades ante la muerte por razón de la altura de la vivienda. Como es bien conocido, ha sido un tema poco tratado por la historiografía española, de ahí que nos parezca un asunto bastante novedoso.

En nuestro trabajo partimos de la limitación que imponen las fuentes al no registrarse hasta 1902 la dirección completa del difunto. Para un universo de unas mil fichas -período 1902-1936- el 27% de los decesos perinatales se producen en las viviendas de los primeros pisos, el 23% en los segundos, algo más del 22% en los terceros y un 17% en los cuartos; a mucha distancia y con un 8,64% les siguen los residentes en las quintas alturas, un 1,5% en el entre-suelo y con un 0,65% en el sexto piso. Con los datos a la vista podemos afirmar que a mayor altura menor mortinatalidad, es decir, el resultado no coincide con la norma general que se suele aplicar para los espacios urbanos, según la cual las viviendas resultaban más precarias a medida que aumentaba la altura por lo que el hacinamiento y las deficientes condiciones de vida de sus habitantes incrementaban la mortalidad .

Al desconocer el número real de viviendas por altura no es factible más que moverse de nuevo en el plano de las conjeturas y pensar, por ello, que la mayoría de los inmuebles de Pamplona hasta 1920 no superaban una quinta¹⁵ altura y que las restricciones mu-

15. Cuadro en el que se indican el número de inmuebles existentes en Pamplona desglosados por altura:

nicipales a residir en entresuelos tuvieron efectos positivos . Algunas objeciones podrían ponerse a estas aproximaciones causales por la insistente prohibición de habitar las entreplantas y bajos -suelen calificarse de espacios húmedos, con deficiente iluminación y ventilación, con olores pestilentes, etc.- en los reglamentos municipales, y por las quejas de médicos, periodistas, arquitectos... acerca de la construcción excesiva en altura; y también es probable que algunos de los óbitos de la primera planta fueran abandonados allí por comodidad para los progenitores.

Sea como fuere, el comportamiento descrito no conduce a aceptar de forma taxativa la consideración de que la mortalidad aumenta con la altura de la vivienda y el empeoramiento de sus condiciones de habitabilidad, antes bien la tónica general es que decae con la altura. Una comparación con los comportamientos de la mortalidad infantil, juvenil y, sobre todo, adulta nos podría guiar hacia conclusiones totalmente distintas a las que acabamos de presentar, sin embargo no es nuestro objetivo adentrarnos en tales matizaciones por el momento.

Cuadro 6: El lugar en el que acontece el fallecimiento (1880-1836).

AÑOS	INC	Hosp.	R.F	ABD	SL	Total	%INC	%Hosp.	%R.F	%ABD	%SL
1880	5	0	27	1	1	34	14,7	0	79,4	2,94	2,94
1881	0	0	65	1	0	66	0	0	98,5	1,52	0
1882	16	1	38	0	0	55	29,1	1,82	69,1	0	0
1883	9	3	40	0	0	52	17,3	5,77	76,9	0	0
1884	14	0	52	0	0	66	21,2	0	78,8	0	0
1885	7	1	45	0	0	53	13,2	1,89	84,9	0	0
1886	13	2	12	0	0	27	48,1	7,41	44,4	0	0
1887	4	1	34	0	0	39	10,3	2,56	87,2	0	0
1888	7	2	42	0	0	51	13,7	3,92	82,4	0	0
1889	7	0	36	0	0	43	16,3	0	83,7	0	0

AÑOS	PLANTAS						
	1	2	3	3 y más	4	4 y más	más de 4
1860	81	129	308				1041
1887	35	114		1289			
1900	106	156		1314			
1910	193	199		1335			
1920	564	223		1335			
1930	1290	337	298		185		1077
1940	1472	765	368		209		1286

Fuente: Urabayen, L, 1952: *Biografía de Pamplona*, p.140. Como el propio autor afirma, estos datos oficiales se definen por su ambigüedad, sobre todo, las tres últimas columnas.

1890	14	2	37	0	0	53	26,4	3,77	69,8	0	0
1891	7		59	0	0	66	10,6	0	89,4	0	0
1892	12	2	37	0	0	51	23,5	3,92	72,5	0	0
1893	12	3	31	0	0	46	26,1	6,52	67,4	0	0
1894	10	1	40	0	0	51	19,6	1,96	78,4	0	0
1895	11	1	56	0	0	68	16,2	1,47	82,4	0	0
1896	5	4	35	0	0	44	11,4	9,09	79,5	0	0
1897	12	1	29	0	6	48	25	2,08	60,4	0	12,5
1898	5	2	41	0	6	54	9,26	3,7	75,9	0	11,1
1899	6	3	36	0	4	49	12,2	6,12	73,5	0	8,16
1900	9	4	51	0	8	72	12,5	5,56	70,8	0	11,1
1901	11	1	43	0	6	61	18	1,64	70,5	0	9,84
1902	11	1	48	0	1	61	18	1,64	78,7	0	1,64
1903	9	1	57	2	1	70	12,9	1,43	81,4	2,86	1,43
1904	9	0	47	3	3	62	14,5	0	75,8	4,84	4,84
1905	11	3	35	1	3	53	20,4	5,55	64,81	1,85	5,55
1906	5	0	46	2	2	55	9,09	0	83,6	3,64	3,64
1907	9	3	42	0	1	55	16,4	5,45	76,4	0	1,82
1908	9	2	26	0	4	41	22	4,88	63,4	0	9,76
1909	10	1	45	0	6	62	16,1	1,61	72,6	0	9,68
1910	8	0	29	1	1	39	20,5	0	74,4	2,56	2,56
1911	16	1	34	0	1	52	30,8	1,92	65,4	0	1,92
1912	12	0	40	0	1	53	22,6	0	75,5	0	1,89
1913	15	1	42	1	0	59	25,4	1,69	71,2	1,69	0
1914	8	0	32	0	4	44	18,2	0	72,7	0	9,09
1915	11	4	45	0	4	64	17,2	6,25	70,3	0	6,25
1916	11	4	33	1	5	54	20,4	7,41	61,1	1,85	9,26
1917	8	5	29	0	2	44	18,2	11,4	65,9	0	4,55
1918	5	1	29	0	18	53	9,43	1,89	54,7	0	34
1919	3	2	37	2	3	47	6,38	4,26	78,7	4,26	6,38
1920	4	1	44	0	4	53	7,55	1,89	83	0	7,55
1921	3	0	43	2	3	51	5,88	0	84,3	3,92	5,88
1922	6	3	29	0	2	40	15	7,5	72,5	0	5
1923	3	2	38	3	4	50	6	4	76	6	8
1924	8	2	29	2	12	53	15,1	3,77	54,7	3,77	22,6
1925	3	3	49	2	6	63	4,76	4,76	77,8	3,17	9,52
1926	3	2	39	4	5	53	5,66	3,77	73,6	7,55	9,43
1927	2	8	48	4	4	66	3,03	12,1	72,7	6,06	6,06
1928	4	9	49	0	7	69	5,8	13	71	0	10,1
1929	2	10	41	1	4	58	3,45	17,2	70,7	1,72	6,9
1930	12	6	30	2	6	56	21,4	10,7	53,6	3,57	10,7
1931	14	2	38	1	16	71	19,7	2,82	53,5	1,41	22,5
1932	28	7	49	1	9	94	29,8	7,45	52,1	1,06	9,57
1933	4	32	20	1	25	82	4,88	39	24,4	1,22	30,5
1934	2	50	23	1	4	80	2,7	62,5	28,8	1,25	5
1935	0	51	16	1	14	82	0	62,2	19,51	1,21	17,1
1936	0	83	39	2	5	129	0	63,8	30,0	1,53	3,84

INC: Inclusa; Hosp.: Hospital Civil incluyendo la maternidad; R.F: Residencia familiar; ABD: Abandonado; SL: Sin especificar el lugar de la defunción. Los decesos de la Maternidad se han incluido dentro de la columna H.C ya que no aparece desagregada hasta 1931 con 2 defunciones; para los restantes años: seis en 1932, 31 en 1933, 50 en 1934, 51 en 1935 y 81 en 1936.

Tras las residencias particulares, en orden de preferencia, se sitúa la Casa-Inclusa de Pamplona, constituida en 1806 para socorrer a “las Mujeres mas miserables que fuera del camino real se anticipan à ser Madres, y que no teniendo medios de subsistir tal vez malogran el precioso fruto que en si lleban ...precaviendo por este medio muchos infanticidios y habiendo al mismo tiempo de procurar la cura radical de esas infelices” (L.Valverde, 1994: 53). Estas condiciones básicas para el ingreso de madres e hijos o de niños solos marcarán la evolución de la institución hacia lo que a partir de mediados del s.XIX parece ser su misión central: la recepción de niños ilegítimos (L.Valverde: 78). Con estas premisas iniciales y a la luz de los datos recogidos en el cuadro 6 podemos confirmar que gran parte de las defunciones mortinatas eran de niños ilegítimos o huérfanos. Al no describirse ninguna tendencia en el comportamiento de los decesos de la Casa-Inclusa, resulta muy complejo aceptar que desde mediados del s.XIX aumentaran los abandonos como estima L.Valverde (1994); años como 1882, 1886, 1890, 1893 ó 1897 experimentan, sin una razón aparente que lo justifique, crecimientos espectaculares. No ocurre lo mismo en el siglo XX que, manteniendo niveles muy similares a los del siglo precedente, inicia el paso lento hacia un descenso significativo de las defunciones a partir de 1918, a costa de aumentar los casos de abandono declarados ante el registro municipal y los que se produjeron en dependencias como la Maternidad del Hospital civil. En los períodos de 1922-24 y 1930-32 se rompe temporalmente ese proceder al invertirse el papel que jugaban de nuevo los abandonos y los óbitos en el hospital.

Con las reservas pertinentes sobre la fiabilidad de las fuentes, se comprobará en el cuadro 7 la elevada variabilidad de los porcentajes de los casos de muertes perinatales en esta institución respecto de los ingresos absolutos -la alternancia es absoluta y los valores relativos por haber adoptado cifras quinquenales-. No obstante, la interpretación que debemos hacer de estos datos es sencillamente la de admitir que la mortinatalidad en la inclusa fluctuó dentro de unas bandas muy flexibles, pero constantes en un intervalo de más de medio siglo, es decir, la Inclusa como institución benéfica y asistencial conservó su misión de sustituir como nodriza a unas madres pobres, sin leche, enfermas, etc. y, en numerosas ocasiones, residentes temporalmente en la maternidad; también conservó su función de acogida de niños recién nacidos que por esta vía disponían

de alguna opción para sobrevivir por la asistencia sanitaria y alimenticia o ser bautizados y enterrados como exigían las normas cristianas.

Cuadro 7: Evolución quinquenal de la mortinatalidad respecto de los ingresos en la Inclusa de Pamplona.

Años	Ingr.	Def.p.	%	Años	Ingr.	Def.p.	%
1880-84	1273	44	3,45	1910-14	922	59	6,39
1890-94	869	55	6,32	1920-24	989	24	2,42
1900-04	882	49	5,55	1930-34	901	60	6,66

Fuente: Los ingresos (Ingr.) se han tomado de L.Valverde (1994: 67) y las defunciones perinatales (Def.p.) de los libros de defunciones y sus índices del AMP.

Además de la Casa-Inclusa, el hospital disponía de otro establecimiento especial para la atención de aquellas futuras madres que por su pobreza o estar solas decidieran dar a luz y, poco después, decidieran o no abandonar a su hijo. La Casa de Maternidad Provincial y Expósitos adquirirá durante el s.XIX y, sobre todo, el s.XX gran relevancia asistencial y sanitaria gracias a que terminará por convertirse en la vía de ingreso para los niños abandonados más extendida, en detrimento de la exposición y del torno; se tratará desde ella de evitar posibles infanticidios y aumentar la supervivencia de aquellos que habían nacido abocados a una muerte prematura durante su infancia. Como cualquier otra institución encaminada a socorrer a los sectores sociales marginados, no contaba con suficientes garantías de éxito y así lo confirma uno de sus directores, el doctor D. Carlos Gil. A grandes rasgos las deficiencias de la Maternidad iban desde su incapacidad para atender adecuadamente a las parturientas a la falta de espacio para separar a los niños enfermos de los sanos; en 1930 sólo contaba con un personal auxiliar mínimo, un doctor, dos comadronas, un capellán y diez hermanas de la Caridad para unas 220 estancias diarias. También las carencias eran higiénicas pues la falta de sol, de luz y de aire puro caracterizaban las habitaciones (C.Gil, 1930 a: 2-8). Estos dos grupos de factores contribuían de manera notable a aumentar el índice de mortalidad hasta niveles dramáticos en algunos años. Con todo, la dotación era ligeramente suficiente para atender los partos complicados, mantener total discreción sobre las mujeres allí ingresadas - hay casos de casadas que tienen hijos cuando su marido permanece ausente del hogar desde hace tiempo-, recoger a los niños recién nacidos que pasarán a la inclusa y apoyar un cambio de actitud en fa-

vor de controlar las propias familias los embarazos y partos con el respaldo de personal competente -se crearon salas para casadas y salas para solteras-, en lugar de acudir a casas clandestinas o a parteras de dudosa cualificación en la mayoría de las ocasiones. Sólo recogeremos un comentario del mismo médico (1930 b: 35) sobre la necesidad urgente de acudir a los centros especializados en lugar de permanecer en las viviendas en el momento del parto:

“Son muchas las casas de los pobres, que no disponen ni aun de sábanas limpias para el momento del parto, y una hediondez pestífera delata bien a las claras la podredumbre y el peligro que allí existe antes de comenzar el trabajo. En ocasiones, como no pueden permitirse el lujo de llamar a una matrona, avisan a la comadre que les ayuda a salir del apuro por los procedimientos más primitivos. Naturalmente no existe allí material esterilizado; palanganas, antisépticos, sustancias inyectables, ni cuantos elementos son indispensables para una buena asistencia. Si las líneas precedentes se refieren a aquellos casos en que el parto se presenta y se desarrolla normalmente, ¿qué ocurrirá cuando a estas detestables condiciones de habitación, se agrega el aparato operatorio que requiere toda operación quirúrgica?”

Gracias al denodado esfuerzo de hombres como los doctores y concejales D. Carlos Gil, D. Cipriano Monzón, D. A. Lazcano, etc., de los numerosos y anónimos médicos y comadronas encargados de la asistencia domiciliaria e incluso de las propias instituciones municipales se pudo lograr el aumento considerable de ingresos de mujeres gestantes en la Maternidad del Hospital en los años treinta. Atendiendo a las cifras recogidas por el doctor C. Gil (1930 a: 3) se pasó de 75 nacimientos en la sala de solteras en 1926 a 106 en 1930 con un “rendimiento del departamento durante el último año de un 24,24% mayor que en los cinco años anteriores”. Si comparamos sus datos con los que hemos recogidos y dejamos a un lado las posibles irregularidades de los registros, se puede confirmar el éxito médico-asistencial del que habla, ya que las defunciones perinatales de dicho establecimiento entre 1925 y 1930 fueron inferiores al 10% -el mínimo corresponde a 1926 con un 2,66% y el máximo a 1928 con el 9,89%-. Los avances se sucedieron igualmente con el descenso del número de mujeres que fallecían en el momento del parto, puesto que en lugar de ser intervenidas quirúrgicamente en el hospital se realizaba la operación en la misma Maternidad -sólo disponemos de este tipo de información para los últimos años no superando la cifra total de siete decesos de las madres con su hijo-.

En definitiva, en la década de los treinta se percibe una creciente preferencia entre las mujeres con limitados recursos econó-

micos por la asistencia controlada, al menos en el momento del parto, y por el abandono institucionalizado desde las instancias de la maternidad hacia la Inclusa, en lugar de las tradicionales vías de la exposición o del torno. Nos hallamos entonces en un momento de transición en el que se encuentran mejor asistidas estas mujeres que aquellas pertenecientes a sectores socioeconómicos menos degradados o marginados. A la vez se intuye una suavización en el tema del deshonor femenino; la descalificación y la pérdida de honor por alumbrar a una criatura no légitima parece perder relevancia al aceptar numerosas mujeres que se incluya en el registro de defunción de su hijo su nombre completo. Mas que un avance hacia la liberación de corsés culturales burgueses, esta nueva imagen de la madre que asume plenamente su maternidad habla de la consumación del modelo burgués de la “buena madre” (L.Valverde, 1994: 153), es decir, para evitar el complejo de culpabilidad que nace con el embarazo y el posterior deseo de abandonar a su descendencia está obligada a cumplir con el deber de estar junto a él en el más amplio sentido de la palabra.

Quedan por comentar los decesos que acontecen y quedan registrados fuera de las tres categorías anteriores; éstos son los que muestran indicios feacientes de abandono, los que por motivos distintos no aparecen con un lugar establecido de su defunción y los del Manicomio. Era una práctica habitual que nacieran niños en la cárcel o en el manicomio por haber sido ingresadas las madres en tales instituciones. Para el período que analizamos, en Pamplona no se produce ninguna defunción dentro del centro penitenciario, quizá por haber sido trasladada la parturienta o sólo su hijo a la maternidad o a la inclusa, según los casos; en cambio, contamos con tres óbitos en el manicomio -en 1904, 1907 y 1928-, los cuales tuvieron que ser el resultado de nacimientos prematuros, abortos provocados por la propia ingresada o muertes por complicaciones durante el parto. La escasa importancia numérica de la mortinatalidad en este centro ha sido el principal motivo de que no se les haya incluido dentro del cuadro 6.

El abandono no resulta una práctica demasiado difundida si se toman en consideración los datos aportados por la cuarta columna. Sin embargo, en ella únicamente se han contabilizado aquellos que fueron declarados como fallecimientos en la calle, alcantarillado, cementerio o en las carreteras/caminos de los alrededores de la ciudad como los de Estella, Abejeras, Mochuelo o Barañain; se produjeron otros, en menor cuantía, en la estación del tren, en los pabellones militares, en el matadero o en el edificio de la guardia civil. De cualquier manera, lo más probable es que se abando-

nara al pequeño cuando ya había fallecido, aunque desconocemos las circunstancias reales en que fueron recogidos y declarado su deceso; adentrarse en las motivaciones que impulsaron a sus padres o madre reconduciría la cuestión y llevaría de nuevo a tratar el tema de la miseria generalizada y del deshonor femenino, aspectos ambos sobre los que hemos ido apuntando algunos rasgos pero sobre los que no nos podemos detener por no ser el tema central de este artículo.

Hay muchas probabilidades de que casos de abandono inquestionables fueran registrados como sin lugar de la defunción, porque el registrador no estimara importante ese dato. Lo abultado de las cifras y sus porcentajes contabilizados en la última de las columnas, nos encamina hacia varias hipótesis de trabajo. En primer lugar, el deseo de permanecer en el anonimato los progenitores obligó a aceptar a los registradores municipales el silencio sobre ese particular, apoyada dicha práctica por la no obligatoriedad de incluir a los no “nacidos vivos”. En segundo lugar, no se puede desdeñar la arbitrariedad de los funcionarios del registro, puesto que las variaciones son tan bruscas que de otra manera no se pueden comprender -sirvan de ejemplo los años 1897-1901 respecto de 1902-3 ó 1909 respecto de 1910-. Cuatro años entre 1918 y 1933 presentan unos porcentajes totalmente anómalos al fluctuar entre el 22,5% y el 34%. La explicación más plausible es la tendencia a circunscribirse a la norma de infravalorar a los nacidos muertos, si bien resulta insuficiente; una justificación algo más válida podría darse para el caso particular de 1918, ya que la epidemia de gripe pudo inducir a pasar por alto muchas informaciones no vitales para la comprensión de la dinámica seguida por la pandemia, que como ya dijimos a penas si repercutió sobre la mortinatalidad. También cabría la posibilidad de que a partir de 1930 y a medida que descenden los decesos en las residencias familiares y los casos de abandono hasta el mínimo aumentara el número de defunciones legítimas e ilegítimas en la maternidad y creciera también la cantidad de ambos subgrupos que prefieren no declarar donde fallecen por posible negligencia de los familiares, alguna enfermedad con estigma social o por miedo a las represalias sociomorales por haber incurrido en “delito”. Por último, el abundante número de recién llegados a Pamplona, de mendigos y transeúntes sin residencia alguna o muy temporal -todo ello ligado a la reactivación económica consecuente del segundo ensanche- explicaría una proporción de estos casos, en particular porque el aumento de su flujo coincide con el crecimiento de los mismos en el registro.

En consecuencia y a modo de síntesis, el lugar registrado co-

mo aquel en el que se produce el fallecimiento informa sobre las costumbres y sus variaciones a lo largo del tiempo en el tema de la muerte de los recién nacidos -vivos o muertos- y los alumbramientos tanto legítimos como ilegítimos. La tendencia a aumentar la intervención del Estado y de las autoridades municipales en todo lo concerniente a los estados de salud, vida y muerte de las mujeres en edad de procrear y de los más pequeños se percibe igualmente a través del estudio de esta variable, aunque contenga cierto margen de imperfección.

Las causas de los fallecimientos mortinales

El registro sistemático de las causas de los decesos no se produce en los libros de defunciones del AMP hasta mediados de 1896, sin embargo no se cumple esta norma general para el caso de las defunciones perinatales de las que a penas si disponemos de medio centenar, es decir, una cantidad demasiado exigua para poder extrapolar sus conclusiones al resto de las muertes antes de cumplir su primer día de vida. A pesar de esta limitación una pequeña orientación sobre las causas nosológicas últimas de la mortinatalidad podemos exponer, sobre todo, para comprobar el origen endógeno o exógeno de la misma y así ratificar en parte una de nuestras hipótesis de trabajo.

Con un total de 17 decesos la falta de desarrollo y la atresia -décima categoría de la Clasificación de Bertillón¹⁶- representan las principales causas de muerte; a distancia le siguen la debilidad congénita y la falta de viabilidad -categoría 11- con siete, la asfixia -categoría 7- y las complicaciones del aparato digestivo -enterocolitis, cirrosis hepática y hernia- con cuatro cada una; las enfermedades mal definidas y las del aparato respiratorio -neumonía, bronquitis y congestión cerebral- contabilizan tres defunciones cada una; el resto registra uno o dos óbitos. La falta de rigor en los diagnósticos

16. La clasificación etiológica de las causas de muerte de Bertillón se divide en catorce categorías de las cuales diez afectan a la mortinatalidad: 1ª enfermedades generales; 2ª enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos; 4ª enfermedades del aparato respiratorio; 5ª enfermedades del aparato digestivo; 6ª enfermedades del aparato genitourinario y anexos; 7ª estado puerperal; 10ª vicios de conformación; 11ª primera infancia; 13ª afecciones producidas por causas externas; 14ª enfermedades mal definidas.

o al menos en quienes copiaban los mismos provoca situaciones tan ridículas como en 1907 cuando una muerte perinatal fue causada por un “marasmo senil”.

Al margen de la enumeración de los datos empíricos, más del setenta por ciento de las defunciones aquí comentadas están íntimamente ligadas a procesos morbosos de etiología endógena. Bastará con recordar que la atresia es la ausencia congénita o estrechez anormal de un orificio corporal o que la falta de viabilidad alude a los nacimientos prematuros con escasas posibilidades de supervivencia tanto por las limitaciones médico-sanitarias de la época como por los recursos económicos limitados de las familias, o que la congestión pulmonar depende de la capacidad vital del recién nacido. Junto a estos tres ejemplos, habría que sumar aquellos otros decesos que, siendo de la misma naturaleza endógena, dependen en mayor medida del estado de salud de la madre; este es el caso de la eclampsia o envenenamiento de la sangre de madre e hijo que acontece durante la gestación y se prolonga hasta el alumbramiento, de la sífilis heredada y el de la asfixia, que presuponemos está ocasionada más por el nacimiento de nalgas y, sobre todo, por el cordón umbilical que por la falta de madurez de los pulmones, aunque no se descarte esta posibilidad. Para dar soluciones a estos últimos procesos letales existían entonces recursos médico-quirúrgicos, sin embargo el predominio de los partos en las residencias familiares, como ya se expuso, impidió el control necesario durante el embarazo y parto.

Las causas de naturaleza exógena están también presentes en estos óbitos. Las defunciones por enterocolitis, neumonía, fiebre tifoidea o bronquitis quedan registradas como el desencadenante final de la muerte. Es conocido que los recién nacidos no han alcanzado madurez suficiente para adaptarse plenamente a la vida extrauterina, en concreto el aparato digestivo y el respiratorio muestran síntomas evidentes de su debilidad durante el primer año. Los cólicos del lactante y las limitaciones funcionales de los pulmones pudieron, por sí mismos y en ciertos casos, acelerar la marcha hacia la muerte. Si desde este ángulo estas enfermedades tienen un carácter endógeno, la falta de cuidados o el contagio pudieron actuar como impulsores de unos procesos que en otro momento de la vida no hubieran sido letales. Nos encontramos, por tanto, ante una realidad conocida desde hace tiempo y que no es otra que el origen multicausal de las defunciones perinatales, aunque su naturaleza sea, sobre todo, endógena. La única enfermedad de naturaleza estrictamente externa es la fiebre tifoidea, afección que suele cursar como infecto-contagiosa y que mantiene ritmos recurrentes casi to-

dos los inviernos en Pamplona. No suele resultar letal esta dolencia entre la población infantil y perinatal, ya que tiende a complicarse con otros procesos morbosos que a la postre son los causantes de la muerte. El hecho de detenernos en este caso viene dado por el interés que puede tener que se produzca en el hospital, es decir, la madre dio a luz al pequeño en dicha institución en la que fue contagiado; con este ejemplo tan sencillo es fácil corroborar la afirmación del doctor D.C.Gil (1930 a: 11) según la cual a partir de los años veinte se intentó evitar que las parturientas pasaran por las salas del hospital por las carencias en sus condiciones de higiene y el elevado nivel de contagio, y también queda justificado el temor de la mayoría de la población a la hora de ser ingresado en dicho centro benéfico.

Para terminar habría que recordar una serie de circunstancias que van a jugar un papel destacado en el aumento o disminución tanto de las cifras absolutas como del predominio de unas afecciones letales sobre otras. Nos referimos a los condicionantes socio-culturales en torno al ciudadano de la madre y del niño, al estado legal del recién nacido, a los recursos económicos disponibles, al trabajo desempeñado por la gestante, al nivel moral del entorno, a las condiciones de habitabilidad de la residencia, etc. Cruzando estos factores ajenos al feto con las causas que hemos descrito, la conclusión será que si desde la óptima puramente médica las causas nosológicas de la mortinatalidad son de naturaleza endógena, desde un punto de vista que incluya la perspectiva histórica y un análisis social éstas serán mixtas, dicho en otros términos, no es posible establecer una separación radical entre las naturalezas exógenas o endógenas de las razones que han conducido a la muerte a estos no nacidos legalmente. Un hombre que conocía perfectamente esta imbricación lo resume en las siguientes frases:

“Por lo general, los hijos nacidos de padres alcohólicos ofrecen taras considerables(...). Los niños son débiles y presentan un desarrollo difícil(...) En otras ocasiones la diferencia de peso (...) entre el hijo de una mujer que se encuentra en reposo en la maternidad o en su casa durante los dos últimos meses de gestación, y el niño de la obrera que trabaja hasta el día mismo del parto (...) puede llegar a ser entre 1000 y 1600 gramos. También existen y no es infrecuente un buen número de partos prematuros en las mujeres de los obreros. ¿Cómo podría evitarse esta debilidad infantil, congénita y también los partos prematuros y abortos de las mujeres obreras a consecuencia del exceso de trabajo? (...) Bastaría con que todas ellas guardasen reposo e hicieran una vida higiénica adecuada durante las últimas semanas de la gestación y (...) sería preciso con que bien el Estado, Provincia o Municipio instituyesen abundantes casas de Maternidad y (...) el seguro obligatorio de maternidad” (C.Gil, 1930 b: 29-31).

Conclusiones

Hemos intentado exponer en estas páginas la evolución de las tasas de mortinatalidad y sus causas sociales y nosológicas durante un período de tiempo en el que los avatares políticos y militares no tuvieron incidencia notable en Pamplona, para evitar así que desvirtuaran la realidad cotidiana de una ciudad abocada a aumentar su grado de urbanización, a modificar su morfología y a experimentar su transición demográfica.

A pesar de las limitaciones impuestas por las fuentes primarias empleadas, no cabe duda que la mortinatalidad en la capital navarra se mantuvo con una tendencia leve e irregular descendente, pero siempre elevadas, durante todo el lapso temporal objeto de estudio. Su dinámica fue ajena a la de las tasas brutas de mortalidad y a las grandes epidemias de cólera y gripe, en parte porque primaron en los procesos morbosos y letales las causas de naturaleza endógena, si bien se mantuvo más acorde con la trayectoria sufrida por las mismas tasas para la provincia. Esta síntesis justificaría el retraso con el que se iniciaron la puesta en marcha de medidas encaminadas a su control y reducción. Situaciones más dramáticas como los abultados decesos por tuberculosis, sífilis, fiebres tifoideas, etc., guiaron los proyectos médicos y asistenciales hacia otros grupos de edad; además las reformas urbanísticas y la reactivación económicas vividas a partir de la década de los veinte influyeron, en primer lugar, sobre las causas de muerte de naturaleza exógena. Así las cosas se comprende fácilmente que la proporción de fallecidos mortinatales respecto de los totales fuera creciendo en el transcurso del tiempo.

Descendiendo a aspectos puntuales se ha tratado de ver cómo se confirma la “ley biológica”, según la cual se gestan y mueren más varones en las edades más tempranas, cómo predominan los nacidos muertos sobre los muertos al nacer y en las primeras veinticuatro horas -en ocasiones estos últimos quedan registrados como neonatales-, y cómo la distribución estacional de estos óbitos no coincide, excepto para el mes de julio y no en todos los años, con la correspondiente a la mortalidad infantil. Un apartado especial hemos dedicado al lugar en el que acontecen las defunciones por la información que aporta sobre ciertas costumbres sociales, sobre la importancia de la ilegitimidad y el deshonor femenino, sobre el nivel de desarrollo del sistema asistencial y sanitario y, en suma, sobre la intervención creciente de las autoridades municipales, provinciales y nacionales en todo lo referente a los estados de salud, vida y muerte de las mujeres en edad de procrear y de sus hijos.

En resumen, este estudio de la mortinatalidad de Pamplona pretende mostrar la evolución que va a seguir la mortalidad infantil y, sobre todo, las razones del retraso con que sus tasas de mortalidad descienden hasta alcanzar el tránsito demográfico hacia la modernidad. Se abre de esta forma una puerta para el mejor conocimiento de un grupo de población, infravalorado desde cualquier instancia, que legalmente no existía como miembro de esa sociedad.

Abreviaturas

A.M.P. Archivo Municipal de Pamplona

B.E.M. Boletín de Estadística Municipal de Pamplona

M.N.P. Movimiento Natural de la Población (INE)

Bibliografía

- ANAUT BRAVO, S., 1994, "La mortalidad infantil ordinaria en Pamplona", *Revista Huarte de San Juan*, nº1, pp.240-269, Universidad Pública de Navarra, Pamplona.
- ANAUT BRAVO, S., 1995, "La mortalidad infantil y juvenil en Pamplona desde el último tercio del siglo XIX hasta la II República," *IV Congreso ADEH*, Bilbao, en prensa.
- DE ORBE SIVATTE, A., 1985, *Arquitectura y urbanismo en Pamplona a finales del s.XIX y comienzos del XX*, Instituto Príncipe de Viana, Gobierno de Navarra, Pamplona.
- GÓMEZ REDONDO, R., 1984, "Mortalidad infantil real frente a mortalidad infantil legal", *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, II-1, Madrid.
- GIL, C., 1930 a, *Memoria estadística de la Casa de Maternidad y Expósitos de Navarra*, Pamplona.
- GIL, C., 1930 b, *Maternidad*, Pamplona.
- HUDER, S., 1935, *Desarrollo de Pamplona en los últimos cien años*, Pamplona.
- PÉREZ MOREDA, V., 1980, *Las crisis de mortalidad en la España interior (ss.XVI-XIX)*, Edit.Siglo XXI, Madrid.
- SÁNCHEZ VERDUGO, J., 1948, *La mortinatalidad en España*, Madrid.
- VALVERDE, L., 1994, *Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipuzcoa y Navarra, siglos XVIII y XX*, Universidad del País Vasco, Bilbao.

Resumen

El conocimiento exhaustivo de la mortinatalidad de la capital navarra a partir de fuentes primarias puede estimarse como la mejor vía y el mejor punto de partida para conocer la evolución de la

mortalidad infantil. Por ello se han abordado en el estudio aspectos fragmentarios como la desigual distribución por razón de sexo, la estacionalidad de las defunciones o el marco espacial en el que se suceden los fallecimientos, porque nuestro objetivo no ha sido sólo la presentación de los resultados empíricos del vaciado de las fuentes, ha intentado dar a conocer ciertas facetas de la vida cotidiana y del sistema asistencial de una sociedad urbana y proliberal como la de Pamplona. El resultado final ha sido el descubrimiento de una dinámica evolutiva particular para los muertos antes de haber nacido según nuestro Código Civil.