

LA MORTALIDAD INFANTIL Y JUVENIL EN LA GALICIA URBANA DEL ANTIGUO RÉGIMEN: SANTIAGO DE COMPOSTELA, 1731-1810.

✍ Enrique Martínez Rodríguez

El objetivo de este artículo consiste en estudiar los niveles de mortalidad durante los 15 primeros años de vida de los individuos nacidos en la ciudad de Santiago entre los años 1731 y 1810. Un estudio microdemográfico, por tanto, con el que pretendemos contribuir al conocimiento del antiguo régimen demográfico de Galicia en su ámbito urbano y en una faceta tan destacada del mismo como es la mortalidad infantil y juvenil⁽¹⁾. Las mediciones efectuadas hasta la fecha dentro de la región en el plano microdemográfico se circunscriben exclusivamente al mundo rural, correspondiendo en su gran mayoría a la mitad occidental de la misma y con el problema de que los registros parroquiales no han permitido la realización de análisis bien precisos. La imagen que de ellas emana nos habla de una mortalidad moderada o incluso benigna en comparación con otros modelos coetáneos, cifrándose la mortalidad de párvulos -menores de 7/8 años- en torno al 35% de los nacidos⁽²⁾. Recientemente, el profesor A. Eiras Roel, profundizando en el análisis de los datos del censo de Floridablanca en el ámbito regional, ha matizado sustancialmente esta imagen un tanto feliz de Galicia. De los seis modelos demográficos que él establece, sólo tres apuntan a una mortalidad benigna o al menos moderada en los años de la infancia, mientras que en los otros tres esa mortalidad era alta o muy alta⁽³⁾. En todo caso, la ciudad de Santiago queda enclavada geográficamente dentro del “modelo 1”, el de mortalidad más suave, al que pertenecen asimismo la mayoría de las monografías rurales actualmente disponibles. Ese es, pues, el contexto geográfico inme-

(1) Lo que sigue constituye un anticipo de la tesis doctoral que el autor viene realizando bajo la dirección del profesor Antonio Eiras Roel.

(2) Entre otras monografías, podemos citar las de J. M. Pérez García, *Un modelo de sociedad rural de Antiguo Régimen en la Galicia costera: la península del Salnés (jurisdicción de La Lanzada)*, Universidad de Santiago, 1979, págs. 134-138; O. Rey Castelao, *Aproximación a la historia rural en la comarca de la Ulla (siglos XVII-XVIII)*, Universidad de Santiago, 1981, pág. 54, y H. Rodríguez Ferreiro, *Economía y población rural en la Galicia atlántica: la jurisdicción del Morrazo en los siglos XVII y XVIII*, 4 vols., tesis doctoral inédita, Universidad de Santiago, 1981, vol. I, págs. 244-246.

(3) A. Eiras Roel, “Mecanismos autorreguladores, evolución demográfica y diversificación interregional. El ejemplo de la población de Galicia a finales del siglo XVIII”, *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, año VIII, nº. 2 (1990), págs. 55-63 y 70.

diato en el que debemos insertar los resultados del presente estudio, cuya cuestión central será comprobar si el medio urbano, representado por la ciudad de Santiago, verifica esa imagen de una mortalidad relativamente benigna.

Abordaremos el tema mediante la reconstrucción de familias, la cual permite, bajo la modalidad del análisis longitudinal⁽⁴⁾, el estudio de la mortalidad en los primeros años de vida de los individuos "con más precisión que cuando sólo se dispone de tablas de nacimientos y de decesos clasificados por edades" ⁽⁵⁾. Hay que esperar, eso sí, a que el registro de defunciones infantiles sea completo y a que los datos de las partidas hagan posible una identificación segura de los individuos⁽⁶⁾. Esto último es precisamente lo que nos ha impedido remontarnos con este método más atrás de 1731.

Aun entonces, es preciso resolver satisfactoriamente otro problema: el del registro de los niños fallecidos sin haber sido bautizados. Problema esencial, porque las omisiones pueden comprometer gravemente la fiabilidad de los resultados obtenidos⁽⁷⁾, sobre todo, claro está, si es muy alta la proporción de niños fallecidos en tales circunstancias. Despejaremos antes de nada esta duda, lo que nos lleva a abordar el análisis del intervalo nacimiento-bautismo, ya que, cuanto más dilatado fuera éste, más alta sería aquella proporción. En el cuadro de la página siguiente, se recogen, en síntesis, los resultados de dicho análisis⁽⁸⁾:

Para el estudio de la mortalidad infantil que nos disponemos a emprender, los resultados de este análisis del intervalo nacimiento-bautismo son muy tranquilizadores. Ciñéndonos por el momento a los períodos posteriores a 1730, vemos cómo en 1731-1740, los bautizos diferidos en más de un día no eran sino una exigua minoría -un 11%-, que en los decenios siguientes no hizo sino reducirse todavía más hasta

(4) En el terreno de la mortalidad, son preferibles los análisis transversales, pero en demografía histórica casi siempre hay que conformarse con análisis longitudinales, a partir de genealogías. Remitimos a L. Henry, *Manuel de démographie historique*, Librairie Droz, París-Ginebra, 1967, págs. 106-107.

(5) L. Henry, *Manual de demografía histórica. Técnicas de análisis*, Ed. Crítica, Barcelona, 1983, pág. 201.

(6) En las épocas más antiguas, las partidas de sepultura de los párvulos son a menudo extremadamente escuetas, faltando datos tan esenciales como el nombre del difunto o el de su madre -expresiones del tipo "se dio sepultura a un párvulo hijo de José Fernández"-. Si la partida no indica el nombre del difunto, puede haber dudas entre varios hijos de una misma familia. Si sólo consigna el nombre del padre, pero no el de la madre, y no concreta la vecindad -calle o lugar-, pueden plantearse dudas entre varias familias por problemas de homonimia.

(7) M. W. Flinn, *El sistema demográfico europeo, 1500-1820*, Ed. Crítica, Barcelona, 1989, pág. 31.

(8) Las cifras de las tres columnas correspondientes a los intervalos nacimiento-bautismo expresan porcentajes. Los datos brutos pueden verse al final del texto, en el cuadro 1. Acerca de los plazos establecidos, hemos de advertir que, al desconocer las horas a que tuvieron lugar los nacimientos y los bautizos, el paso de un día al siguiente no quiere decir que hayan transcurrido necesariamente un mínimo de 24 horas, sino que pueden haber transcurrido menos. Naturalmente, el cálculo del intervalo medio se ve afectado también por estas anomalías.

Período s	Intervalos nac.-baut.			Intervalo medio (en días)	Moda (en días)
	0 días	1 día	2 o más		
1681-1694	16,8	25,8	57,4	2,21	1
...	...	...	...	...	...
1719-1730	35,0	45,0	20,0	1,02	1
1731-1740	39,5	49,6	11,0	0,77	1
1741-1750	48,0	44,3	7,6	0,62	0
1751-1760	51,5	41,5	7,1	0,59	0
1761-1770	63,9	32,6	3,5	0,42	0
1771-1780	62,6	33,9	3,5	0,42	0
1781-1790	59,3	37,8	2,8	0,46	0
1791-1800	61,1	35,3	3,6	0,45	0
1801-1810	56,3	41,2	2,5	0,47	0

estabilizarse en torno al 3%. Salvo en el primer decenio, son mayoría los bautismos administrados el mismo día del nacimiento. En tales condiciones, el riesgo de desconocimiento de defunciones -y, por supuesto, de nacimientos- en los primeros días de vida es mínimo, y el grado de fiabilidad de los resultados obtenidos, elevado.

A mayor abundamiento, no siempre los fallecidos sin bautismo solemne⁽⁹⁾ quedan sin registrar. En efecto, los libros de sepulturas de las distintas parroquias contienen partidas de párvulos que consignan expresamente tal circunstancia, y que, agrupadas por décadas, se reparten de la siguiente manera⁽¹⁰⁾:

Decenios	MIG	JUA	BEN	CAM	FEL	SAL	AND	FRU	SUS	SAR	COR	Total
1701-1710							1					1
1711-1720												
1721-1730		1	2	2		6	3			1		15
1731-1740		12	4	5	1	2	7					31
1741-1750		20	2	5	6	5	2				1	41
1751-1760	2	25	1		2	2	1		1	6		40

⁽⁹⁾ Es decir, aquellos niños que, por entenderse que corren peligro de muerte, reciben un bautismo de socorro en el propio trance del nacimiento o en los momentos inmediatamente posteriores por parte de la comadrona o de alguna otra persona presente en el momento del parto, y que fallecen antes de que puedan ser llevados a la iglesia para recibir las restantes ceremonias del bautismo. Se trata, en fin, de los *ondoyés décedés*, que dicen los franceses.

⁽¹⁰⁾ Las diferentes parroquias aparecen identificadas en el cuadro de forma abreviada. Esta es la traducción de las claves: MIG, S. Miguel dos Agros; JUA, S. Juan Apóstol; BEN, S. Benito del Campo; CAM, Sta. María del Camino; FEL, S. Félix de Solovio; SAL, Sta. María Salomé; AND, S. Andrés Apóstol; FRU, S. Fructuoso; SUS, Sta. Susana; SAR, Sta. María de Sar, y COR, Sta. María de la Corticela.

[Continuación tabla...]

Decenios	MIG	JUA	BEN	CAM	FEL	SAL	AND	FRU	SUS	SAR	COR	Total
1761-1770	13	17	7	3	3	4			4	3		54
1771-1780	13	12	2	1	2	4	1		2			37
1781-1790	15	12	2		3	9		2	3	5		51
1791-1800	9	13	2		10	7	4	1	1	24	1	72
1801-1810	6	9	1		7	3	1	6	2	15		50
1811-1820	6	6			8	8		3	2	4		37
1821-1830	25	3	1	9	13	5				3	2	61
1831-1840	8	2	1	10	6	7		2	1			37

Puestas en relación con los nacimientos, estas partidas suponen los porcentajes siguientes⁽¹¹⁾:

Decenios	Nacimientos	Bautizados de socorro fallecidos	
		Número	Porcentaje
1731-1740	5.425	31	0,57
1741-1750	5.547	41	0,74
1751-1760	5.848	40	0,68
1761-1770	5.468	54	0,99
1771-1780	5.361	37	0,69
1781-1790	5.683	51	0,90
1791-1800	5.710	72	1,26
1801-1810	5.964	50	0,84
1811-1820	6.539	37	0,57
1821-1830	7.971	61	0,77
1831-1840	7.429	37	0,50

Los porcentajes obtenidos son muy débiles, siempre por debajo del 1%, excepción hecha del decenio 1791-1800. Pero creemos que el porcentaje real de bautizados de socorro fallecidos debía de ser un poco superior. Si examinamos con atención el primero de los dos cuadros precedentes, podemos concluir que en la mayoría de las parroquias las menciones no son sistemáticas. Limitándonos a aquellas parroquias y períodos que, en este sentido, parecen ofrecer más garantías, obtenemos los resultados siguientes:

⁽¹¹⁾ En la columna de nacimientos, hemos acumulado los bautismos registrados y los bautizados de socorro fallecidos que constan en el cuadro precedente.

Parroquias	Períodos	Porcentajes
SAL	1725-1750	2,09
	1761-1840	2,53
BEN	1726-1740	2,45
	1726-1750	2,59
AND	1795-1810	1,83
	1736-1771	3,16
JUA	1778-1820	1,70
	1741-1750	1,79
FEL	1785-1840	2,36
	1787-1800	1,66
SAR	1761-1800	1,45
	1816-1840	1,31
MIG	1800-1814	1,32
	1826-1840	1,74
FRU		
CAM		

Aunque en algunos momentos incluso se rebasa el 3% ⁽¹²⁾, los porcentajes fluctúan por regla general entre el 1,5 y el 2,5, por lo que quedan por debajo del 3% que para L. Henry revela un registro aceptable ⁽¹³⁾. ¿Quiere esto decir que nuestro registro es incompleto aun seleccionando las parroquias y los períodos en que las menciones son más abundantes? Es posible, pero nos inclinamos a pensar que no. Tal vez lo que sucede es que las actas de sepultura de los bautizados de socorro fallecidos, aun existiendo realmente, no aparecen identificadas externamente como tales al no mencionar el cura la circunstancia especial que las tipifica. De hecho, y esto es muy sintomático, la reconstrucción de familias nos ha permitido descubrir un cierto número de partidas de sepultura de párvulos que no se correspondían con ningún bautizo conocido, y que cronológicamente encajaban muy bien, en cambio, en la sucesión de nacimientos de la familia como un nacimiento más seguido de una rápida muerte. No obstante, ante la inseguridad de que el registro de este tipo de sepulturas sea efectivamente completo, haremos nuestros cálculos sin tenerlas en cuenta y añadiremos automáticamente el porcentaje sugerido por L. Henry.

En cualquier caso, y aunque renunciemos a hacer uso de este tipo especial de partidas, las reflexiones previas nos permiten seguir avanzando con más seguridad, ya que, dada la celeridad con que se administraba a los niños el bautismo, y en virtud de las mediciones más elevadas que empíricamente hemos podido hacer de la

⁽¹²⁾ Así sucede en la parroquia de S. Juan entre 1736 y 1771, según se recoge en el cuadro, pero también en S. Félix entre 1821 y 1830, con un 3,39%, en Sta. María Salomé entre 1781 y 1800, con un 3,72%, y en S. Andrés entre 1726 y 1740, con un 3,48%.

⁽¹³⁾ “Parece que un 3 por ciento de bautizados de urgencia fallecidos sobre el total de nacimientos equivale a un registro aceptable de los mismos”, dice el insigne demógrafo francés (*Manual...*, pág. 131).

proporción de los bautizados de socorro fallecidos, no hay razón para pensar que la proporción real de éstos estuviera sensiblemente por encima -y tampoco sensiblemente por debajo- de ese 3% que nos disponemos a aplicar en nuestros cálculos.

La metodología que hemos seguido para el estudio de la mortalidad infantil y juvenil a partir de la reconstrucción de familias es la que L. Henry expone en su manual de 1983 ⁽¹⁴⁾. No obstante, debemos hacer algunas precisiones, y es que cada parroquia, en virtud de la calidad del registro, ha impuesto sus propias condiciones en lo referente al período de observación. S. Juan, S. Benito y Sta. María del Camino son utilizables desde 1731; S. Andrés lo es desde 1734; S. Félix y Sta. María Salomé, desde 1736; S. Miguel, desde 1750; Sta. Susana, desde 1763; Sta. María de la Corticela, desde 1771; S. Fructuoso, desde 1772, y Sta. María de Sar, desde 1781 ⁽¹⁵⁾. Así, para la inclusión o no de cada caso en la estadística ha sido necesario tener en cuenta la residencia familiar. La salida de observación ha precisado asimismo ciertas prevenciones, debido al hecho de que algunas parroquias presentan alguna laguna o adolecen de subregistro en algún momento del período estudiado. Es lo que ocurre con la parroquia de Sta. Susana entre los años 1786 y 1797, con la de Sta. María de Sar en 1795 y 1796, con la de S. Benito entre 1795 y 1800, y con la de S. Miguel de 1803 a 1807. Por ello, además de las salidas de observación propias del método -la fecha de defunción de uno de los cónyuges o, en su defecto, la fecha de nacimiento del último hijo conocido-, hemos introducido las que se derivan de los problemas reseñados, es decir, 31-12-1785 para las familias residentes en Sta. Susana, 31-12-1794 para las residentes en S. Benito y en Sta. María de Sar, y 31-12-1802 para las residentes en S. Miguel. Y, como era de rigor, no hemos tenido en cuenta los nacimientos de estas feligresías durante el tiempo que han durado las lagunas respectivas.

Con estas prevenciones, la aplicación del método de L. Henry a los niños nacidos en Santiago entre 1731 y 1810 nos conduce a los siguientes resultados ⁽¹⁶⁾:

⁽¹⁴⁾ *Manual...*, pág. 219 y ss.

⁽¹⁵⁾ Esta última también fue utilizada entre 1757 y 1761. Quedó fuera la parroquia del Hospital Real, que no es utilizable en ningún momento, pero se trata de una parroquia que, por su escasa entidad, carece de significación demográfica.

⁽¹⁶⁾ Las defunciones del primer año de vida han sido incrementadas en 137 unidades, que representan los bautizados de socorro fallecidos según la proporción, que queda ya justificada, del 3% del total de nacidos.

Edad	Defunciones	Idem acumuladas	Salidas de observación	Idem acumuladas	Defunciones y salidas acumuladas	Cocientes de mortalidad (por mil)
0	994	1.952	587	2.619	4.571	217
1	375	958	181	2.438	3.396	110
2	223	583	168	2.270	2.853	78
3	120	360	125	2.145	2.505	48
4	84	240	135	2.010	2.250	37
1-4						248
5-9	128	156	485	1.525	1.681	76
10-14	28	28	331	1.194	1.222	23
15 y +			1.194			
0-14						468

Con arreglo a estos cocientes, las tasas de supervivencia, partiendo de 1.000 nacidos, serían las siguientes⁽¹⁷⁾:

a 1 año	a 5 años	a 10 años	a 15 años
783	589	544	531

Estos datos nos hablan de una mortalidad infantil y juvenil muy alta, como es característico de un régimen demográfico antiguo, hasta el punto de que sólo el 531 por mil de los nacidos alcanzan los 15 años de edad. En ese resultado tiene mucho que ver la fuerte mortalidad infantil, que elimina a algo más de la quinta parte de los efectivos iniciales. Después, la mortalidad se mantiene muy alta entre el primero y el quinto aniversario -el cociente conjunto de este tramo es incluso superior al de 0-1 años-, aunque descendiendo ya neta y progresivamente⁽¹⁸⁾. Finalmente, en los tramos 5-9 y 10-14, se acentúa el debilitamiento de la mortalidad, aunque hay que reconocer que, vista desde perspectivas contemporáneas, nunca deja de ser una mortalidad fuerte.

Hemos querido también comparar los respectivos niveles de mortalidad de niños y de niñas. Estos son, en síntesis, los resultados⁽¹⁹⁾:

⁽¹⁷⁾ Al final del texto, en el gráfico 1, puede verse su representación gráfica.

⁽¹⁸⁾ El cociente entre el primero y el segundo cumpleaños ya no es más que la mitad del precedente, y la mortalidad sigue debilitándose en los años inmediatos.

⁽¹⁹⁾ Más detalles en el cuadro 2. Representación gráfica de las tasas de supervivencia en el gráfico 2.

Cocientes de mortalidad (por mil)			Tasas de supervivencia (por mil nacidos)		
Edad	Niños	Niñas	Edad	Niños	Niñas
0	229	205	1	771	795
1-4	253	244	5	576	601
5-9	87	66	10	526	561
10-14	17	29	15	517	545

En conjunto, la sobremortalidad masculina es neta, y ello tiene su lógico reflejo en las respectivas tasas de supervivencia. Así, si 545 niñas de cada 1.000 nacidas alcanzan la edad de 15 años, sólo 517 niños logran el mismo objetivo. Atendiendo a los diferentes tramos de edades aquí comprendidos, hay que decir que la sobremortalidad masculina entre los 0 y los 4 años es un fenómeno universalmente conocido⁽²⁰⁾. La que se revela entre los 5 y los 9 años puede asimismo considerarse normal y previsible, ya que la sobremortalidad femenina que en el siglo XIX muestran los países de la Europa occidental en uno o varios grupos de edades de la serie 5-19 años no parece haber existido en el pasado⁽²¹⁾. Por la misma razón, no puede dejar de sorprender la inversión de magnitudes que se percibe en el tramo 10-14. Esta anomalía podría ser efecto de la base estadística, más débil a medida que la edad crece, o podría deberse -lo que nos parece más verosímil- a que un cierto número de muchachos de ese grupo de edades abandonen ya el hogar paterno por razones laborales y escapen a la observación. De ser cierta esta hipótesis, la mortalidad masculina de ese tramo -y, por consiguiente, la mortalidad de ambos sexos sumados- estaría infravalorada⁽²²⁾.

En realidad, todos los cocientes que hemos comentado hasta aquí, y que nos han servido para realizar una primera aproximación al problema y para calibrar la mortalidad diferencial según el sexo, deben de pecar por defecto. Los casos manejados cubren el período 1731-1810, pero, al no ser utilizables desde un primer momento todos los registros parroquiales, las fases más antiguas están subrepresentadas en la muestra⁽²³⁾. El hecho no tendría trascendencia si en el curso de esos 80 años la

⁽²⁰⁾ Véase L. Henry, "Mortalité des hommes et des femmes dans le passé", *Annales de Démographie Historique*, 1987, págs. 89-92.

⁽²¹⁾ *Ibidem*, págs. 93-95 y 106.

⁽²²⁾ Ya L. Henry ha puesto de manifiesto la dudosa calidad de los cocientes relativos a los 10-14 años, "si los chicos y chicas de estas edades viven en número suficientemente elevado aparte de sus familias" (*Manual...*, pág. 238).

⁽²³⁾ Así, por ejemplo, para 1731-1740, manejamos 211 casos, y para 1741-1750, 281, mientras que para 1781-1790 son 873 y para 1791-1800 son 789. Es obvio que los cambios en el volumen de población -Santiago contaba con unos 16.800 habitantes en 1752 y unos 17.400 en 1800- no justifican de ningún modo estas diferencias.

mortalidad hubiera permanecido más o menos invariable, pero no ocurrió tal, como puede comprobarse en el análisis por generaciones decenales⁽²⁴⁾:

Cocientes de mortalidad (por mil)					
Decenios	0 años	1-4 años	5-9 años	10-14 años	0-14 años
1731-1740	248	265	179	0	546
1741-1750	283	349	71	45	586
1751-1760	224	279	100	24	509
1761-1770	200	245	84	17	456
1771-1780	209	212	73	29	439
1781-1790	193	254	55	13	438
1791-1800	220	243	64	23	460
1801-1810	230	211	58	33	447

Estas son las tasas de supervivencia correspondientes⁽²⁵⁾:

Tasas de supervivencia (por mil nacidos)				
Decenios	a 1 año	a 5 años	a 10 años	a 15 años
1731-1740	752	553	454	454
1741-1750	717	467	434	414
1751-1760	776	559	503	491
1761-1770	800	604	553	544
1771-1780	791	623	578	561
1781-1790	807	602	569	562
1791-1800	780	590	552	539
1801-1810	770	608	573	554

Los niveles más elevados de mortalidad infantil se registran en las dos primeras décadas, con su máximo bien destacado -283 %- en el decenio 1741-1750. Desde ahí el cociente se suaviza, y entre 1760 y 1790 asistimos a una fase de relativa bonanza, que tiene su máxima expresión en los años 80, único período en que el cociente se encuentra por debajo del 200 por mil. Los dos últimos decenios traen consigo un repunte del cociente, que, no obstante, no llega a recuperar los niveles de los años 30 y 40. Los otros tramos de edades apuntan también, aunque con irregularidades, a una progresiva suavización de los cocientes.

Todo ello tiene un claro reflejo en la curva conjunta -0-14 años-, que ofrece un panorama trágico para las generaciones nacidas entre 1731 y 1760, con tasas de

⁽²⁴⁾ El detalle de los datos por generaciones decenales puede verse en el cuadro 3, y la correspondiente representación gráfica en el gráfico 3.

⁽²⁵⁾ Véase gráfico 4.

supervivencia a los 15 años inferiores a 500, y un panorama bastante más halagüeño para las generaciones posteriores, en especial para los nacidos en los años 70 y 80.

Está claro, pues, que los niveles de mortalidad infantil y juvenil a lo largo del período estudiado fueron más altos antes de 1760 y más débiles después de esa fecha. Es por ello que para el conjunto del período, y dado que, como se ha dicho, las fases iniciales del mismo están infrarrepresentadas en nuestra muestra, creemos preferible calcular la media de los sucesivos períodos decenales. Llegamos así a los siguientes cocientes, que juzgamos más fidedignos que los obtenidos a través de la agregación indiscriminada de los casos observados a lo largo de esos 80 años:

Cocientes de mortalidad (por mil)				
0 años	1-4 años	5-9 años	10-14 años	0-14 años
226	257	85,5	23	485

Y las tasas de supervivencia por 1.000 nacidos serían éstas⁽²⁶⁾:

a 1 año	a 5 años	a 10 años	a 15 años
774	575	526	514

Aunque dentro de unos órdenes de magnitud semejantes a los de nuestra primera aproximación, los cocientes son, como es natural, un poco superiores y ello hace que la frontera del 500 por mil hasta los 15 años aparezca ahora algo más próxima, y más aún si tenemos en cuenta, como queda dicho, que la mortalidad a los 10-14 años probablemente esté algo infravalorada. La mitad, en suma, de los nacidos en Santiago entre 1731 y 1810 no lograron alcanzar los 15 años de edad.

Tales niveles de mortalidad no constituyen sorpresa dentro de un régimen demográfico antiguo. En Meulan, dentro del período 1740-1789, el panorama parece ser muy semejante⁽²⁷⁾, y en Ruán los cocientes eran todavía más elevados, tal vez por la gran extensión de la práctica de la lactancia asalariada⁽²⁸⁾. Por contra, en Ginebra la situación era más favorable, marcándose la diferencia en el grupo de años 1-4 ⁽²⁹⁾,

⁽²⁶⁾ Véase gráfico 5.

⁽²⁷⁾ Los supervivientes a 1 año, a 5 y a 10 eran, respectivamente, 774, 566 y 535. La mortalidad infantil era idéntica a la nuestra: 226 por mil (M. Lachiver, *La population de Meulan du XVIIe au XIXe siècle (vers 1600-1870). Etude de démographie historique*, S.E.V.P.E.N., París, 1969, págs. 199-201).

⁽²⁸⁾ Las diferencias son particularmente amplias en el primer año de vida. En cambio, a los 1-4 años, la mortalidad de Santiago supera a la de Ruán (J.-P. Bardet, *Rouen aux XVIIe et XVIIIe siècles. Les mutations d'un espace social*, 2 vols., S.E.D.E.S., París, 1983, vol. I, págs. 370-371).

⁽²⁹⁾ En los períodos 1725-44, 1745-69 y 1770-90, la mortalidad infantil era, respectivamente, de 196, 215 y 222 por mil. A los 5-9 años y a los 10-14, la mortalidad era incluso superior a la nuestra: 96, 88 y 101 en el primer tramo, y 49, 39 y 39 en el segundo. El mayor contraste se registra en el grupo de 1-4 años: 168, 160 y 159 ‰ (A. Perrenoud, "La mortalité à Genève de 1625 à 1825", *Annales de Démographie Historique*, 1978, págs. 219-221).

y también Vilanova i la Geltrú y Guimarães -en este último caso, en un período ya muy tardío: 1793-1812- ofrecen cocientes más bajos⁽³⁰⁾.

Llama especialmente la atención en el contexto de la época la elevada tasa de los 1-4 años, que supera incluso, bien que agregando cuatro años, a la mortalidad infantil propiamente dicha. No es un hecho insólito, puesto que se conocen algunos otros casos⁽³¹⁾, pero sí muy infrecuente. A modo de hipótesis, se nos ocurre que ello pudiera obedecer a una incidencia particularmente grave de la enfermedad de la viruela, que, como se sabe, ataca sobre todo en esas edades.

Si, en relación con otras ciudades -y con bastantes medios rurales- de la época, los niveles de mortalidad infantil y juvenil de Santiago no constituyen sorpresa, resultan, eso sí, elevados en comparación con las mediciones efectuadas hasta ahora para la Galicia rural más próxima, de las que nos hacíamos eco en el primer párrafo del presente artículo. Recogíamos allí el dato de que en esas áreas rurales la mortalidad de párvulos -menores de 7/8 años- se cifraba en torno al 35% de los nacidos, lo que representa una supervivencia a los 7/8 años del 650 ‰, cuando nosotros obtenemos una supervivencia de sólo el 575 ‰ a los 5 años. Puede salvarse la contradicción recordando que aquí estamos hablando de medio urbano, donde es normal que la mortalidad sea más elevada, pero ¿puede el contraste ambiental ciudad-campo justificar una diferencia tan acusada?

Abordemos ahora el aspecto evolutivo. Para ello, y a fin de atribuir los cocientes al período real al que pertenecen y no a generaciones de nacidos⁽³²⁾, y poder así precisar mejor cronológicamente su evolución, hemos seguido las directrices expuestas por L. Henry⁽³³⁾, resultando⁽³⁴⁾:

Decenios	Cocientes de mortalidad (por mil)			
	0 años	1-4 años	5-9 años	10-14 años
1731-1740	248			
1741-1750	283	314	192	
1751-1760	224	318	62,5	32
1761-1770	200	256,5	101	37
1771-1780	209	214,5	77	16
1781-1790	193	245	72	24,5
1791-1800	220	244,5	54,5	18
1801-1810	230	214,5	65,5	21,5

(30) M. A. Martínez i Rodríguez, *La població de Vilanova i la Geltrú en el segle XVIII (Estudi demogràfic)*, Institut d'Estudis Penedesencs, Vilanova i la Geltrú, 1987, págs. 144-146, y M^a. N. Amorim, *Guimarães, 1580-1819. Estudo demográfico*, Instituto Nacional de Investigação Científica, Lisboa, 1987, pág. 277.

(31) Por ejemplo, las dos ciudades citadas en la nota anterior (véase pasajes citados).

(32) Hasta aquí, hemos hablado de mortalidad por generaciones -plano longitudinal-.

(33) *Manual...*, pág. 240.

(34) La atribución cronológica de los cocientes de la mortalidad infantil propiamente dicha no ha sufrido ninguna alteración. El cociente a los 1-4 años en 1741-1750 es el promedio de los cocientes de

La mortalidad infantil, tras su máximo de 1741-1750, dibuja un largo descenso que tiene en los años 80 su momento más dulce, para luego remontar ligeramente. Los cocientes a 1-4 años son muy elevados en los años 40 y 50, descienden netamente hasta 1771-1780, vuelven a ascender en los años 80, y en la primera década del siglo XIX recuperan su nivel más favorable. La curva de los cocientes a los 5-9 años se encuentra a un nivel anómalamente alto en los años 40, cae en picado en el decenio siguiente y vuelve a ascender a continuación, para luego disminuir hasta final de siglo y repuntar ligeramente en 1801-1810. Por último, la curva de los cocientes a los 10-14 años presenta un trazado zigzagueante, con una tendencia que a largo plazo se orienta hacia la baja.

En suma, aunque con vacilaciones en la evolución, y sin que las diferentes curvas presenten siempre movimientos concordantes, puede afirmarse que la mortalidad infantil y juvenil camina, a lo largo del período estudiado, hacia una progresiva suavización, aunque ciertos repuntes en los tramos finales de las curvas suscitan la duda sobre el auténtico carácter de esa suavización. ¿Estamos ante un episodio meramente pasajero, una oscilación coyuntural sin trascendencia a largo plazo, o se trata de las primeras manifestaciones del descenso de la mortalidad infantil y juvenil propio del mundo contemporáneo? Para responder con seguridad a esta pregunta, habría que disponer de información hacia atrás y hacia delante. Su carencia limita nuestra perspectiva temporal y no nos permite resolver la disyuntiva. En todo caso, sí podemos afirmar que la segunda mitad del siglo XVIII fue una época relativamente benigna en cuanto a la mortalidad en los 15 primeros años de vida.

Tratando de despejar la incógnita, hemos recurrido al empleo de los recuentos globales, animados a ello por los satisfactorios resultados obtenidos por A. Perrenoud para Ginebra, a pesar de la incidencia perturbadora que en medio urbano pueden ejercer las migraciones⁽³⁵⁾. Se trata de poner en relación el número de defunciones de párvulos con el número de nacimientos, obteniendo así un cociente grosero de mortalidad referido a la etapa que va desde el nacimiento hasta aproximadamente los 7/8 años de edad, en que se sitúa el límite superior del concepto *párvu-*

las generaciones de 1736-1745 y 1741-1750; el de 1751-1760, el promedio de los de 1746-1755 y 1751-1760, y así sucesivamente. De la misma manera, el cociente a los 5-9 años de 1741-1750 es el promedio de los cocientes de las generaciones de 1731-1740 y 1736-1745; el de 1751-1760, el promedio de los de 1741-1750 y 1746-1755, etc. Por último, el cociente a los 10-14 años de 1751-1760 es el promedio de los cocientes de las generaciones de 1736-1745 y 1741-1750; el de 1761-1770, el promedio de los de 1746-1755 y 1751-1760, etc. En el gráfico 6, puede verse la representación gráfica correspondiente.

(35) "La mortalité...", pág. 226 y ss.

lo⁽³⁶⁾. Debemos advertir que las cifras de párvulos empleadas incluyen las sepulturas de los bautizados de urgencia fallecidos registrados⁽³⁷⁾, mientras que las cifras de nacimientos son el resultado de incrementar en un 3% el total de bautizados registrados con el fin precisamente de incorporar los fallecidos antes de ser llevados a la iglesia. Queda la duda de que el registro de sepulturas de los bautizados de socorro fallecidos sea realmente completo, y sobre todo que lo sea en las etapas más antiguas, habida cuenta, además, de que el intervalo transcurrido entre el nacimiento y el bautismo era entonces, según hemos constatado más arriba, un poco más amplio⁽³⁸⁾. Habrá que tener presente esta duda a la hora de interpretar los cocientes resultantes.

El análisis lo hemos llevado a cabo por decenios entre 1681 y 1860. Siguiendo las directrices de L. Henry⁽³⁹⁾, hemos calculado dos cocientes: uno, al que llamaremos *cociente A*, dividiendo el número de párvulos fallecidos en el decenio correspondiente por el número de nacimientos del mismo período -*nacimientos A*-; el otro, al que llamaremos *cociente B*, utilizando como divisor el número de nacimientos del decenio iniciado siete años antes -*nacimientos B*-⁽⁴⁰⁾. “Si los dos resultados son parecidos, su promedio -afirma L. Henry- será un valor aproximado al cociente de mortalidad”. Ver en la siguiente página la tabla de resultados⁽⁴¹⁾, comparados con los cocientes a 0-4 y 0-9 años obtenidos a través de las familias reconstruidas⁽⁴²⁾.

Los resultados son, a nuestro entender, plenamente satisfactorios. El contraste entre los cocientes A y B es, por lo general, poco marcado, lo que da validez a los promedios. Por otra parte, el cotejo de éstos con los cocientes resultantes de las familias reconstruidas se resuelve en sentido positivo. En efecto, aunque la correlación no llega a ser óptima, ya que, para ello, sería preciso que la curva elaborada a partir de los recuentos globales siguiera invariablemente un trazado intermedio entre las otras dos, es evidente que, en cuanto a órdenes de magnitud, no cabe hablar de diferencias y que la evolución de las curvas es similar. Con esta base, es lícito suponer que los cocientes obtenidos para antes de 1740 y para después de 1810 deben de reflejar con bastante fidelidad la evolución seguida por la mortalidad a los 0-7/8 años durante ese largo período. Con la duda, eso sí, de que los cocientes más antiguos puedan estar algo infravalorados, por lo que queda comentado más arriba.

(36) Al no proporcionar las partidas de sepultura indicaciones precisas sobre la edad de los individuos -tan sólo la distinción entre *adultos* y *párvulos*-, no es posible operar con los segmentos de edad clásicos -0 años, 1-4 años...-.

(37) Recuérdese que, según hemos podido comprobar a través de la reconstrucción de familias, no siempre aparecen identificados como tales en las actas de sepultura.

(38) Al menos 2 días en el 57,4% de los casos en el período 1681-1694.

(39) *Manual...*, pág. 99.

(40) Así, para la década 1681-1690, hemos utilizado primero el número de nacimientos del mismo período, y, en segundo lugar, el del período 1674-1683. En los restantes decenios, hemos operado de manera similar.

(41) En el cuadro 4, pueden verse los dividendos y divisores de donde han salido estos cocientes.

(42) Véase representación gráfica en el gráfico 7.

Cocientes (%)

Decenios	Recuentos globales			Familias reconstruidas	
	A	B	Promedio	0-4 años	0-9 años
1681-1690	436	431	434		
1691-1700	415	423	419		
1701-1710	458	510	484		
1711-1720	443	452	447		
1721-1730	463	460	461		
1731-1740	497	506	502		
1741-1750	512	519	516	508	603
1751-1760	512	535	523	471	504
1761-1770	482	454	468	405	465
1771-1780	397	399	398	379	426
1781-1790	421	447	434	391	435
1791-1800	397	386	391	411	443
1801-1810	427	447	437	395	428
1811-1820	387	426	406		
1821-1830	339	384	361		
1831-1840	340	308	324		
1841-1850	376	356	366		
1851-1860	395	394	395		

¿Qué nos dicen esos cocientes? ¿Qué significado debemos atribuir, a partir de ellos, al descenso que la mortalidad experimenta en la segunda mitad del siglo XVIII? La mortalidad crece, de modo casi continuo, entre los años 80 del siglo XVII -434 ‰- y los años 50 del Setecientos -523 ‰-; se debilita netamente en los años 60 y 70 -398 ‰-, y, tras seguir una marcha dubitativa hasta 1810, prosigue el descenso hasta los años 30 del siglo XIX, en que se registra el cociente más bajo de toda la serie -324 ‰-; en los dos últimos decenios analizados, la mortalidad remonta pero sin sobrepasar los cocientes más favorables del siglo anterior.

Aun admitiendo que los cocientes más antiguos puedan estar algo infravalorados, juzgamos lícito mantener la imagen de un incremento de la mortalidad en el transcurso de los primeros 70 años. Simplemente, la magnitud de ese incremento sería algo menor, pero existiría, constituyendo un buen exponente de la existencia de sensibles fluctuaciones coyunturales en la evolución de esa variable dentro del Antiguo Régimen. Desde esa perspectiva, el descenso de la segunda mitad de la centuria dieciochesca podría no ser otra cosa que una fluctuación coyuntural más, sin que ello significara cambios a largo plazo. Sin embargo, la larga duración de esa tra-

yectoria descendente, que arranca de los años 50 y se prolonga, tras una fase de estancamiento, hasta los años 30 del Ochocientos, y el hecho de que, en el transcurso de la misma, el cociente llegue a descender y a mantenerse, a pesar de algunas oscilaciones, por debajo del 400 ‰, invitan a interpretar esos hechos como el inicio del descenso de la mortalidad propio de la época contemporánea. Un descenso con las lógicas vacilaciones, como las que se observan entre 1780 y 1810, o las que vuelven a observarse en los años 40 y 50 del siglo XIX. Precisamente, estos dos últimos decenios suscitan nuevas dudas sobre el verdadero significado de fondo de la evolución, pero, con la lógica inseguridad que genera el desconocimiento de lo que haya podido ocurrir en las décadas inmediatas, merece subrayarse el hecho de que la involución constatada no malogra los niveles más favorables del siglo XVIII y no llega a alcanzar los de finales del siglo XVII, pese a la posible infravaloración de estos últimos.

Pegerto Saavedra ha realizado el mismo análisis para algunas localidades de la antigua provincia de Mondoñedo entre 1750 y 1859. La evolución por él constatada y la que nosotros acabamos de comentar presentan un marcado paralelismo. También en esas localidades mindonienses se percibe un descenso de la mortalidad de párvulos en la segunda mitad del siglo XVIII y una elevación de la misma en los años 40 y 50 del siglo XIX⁽⁴³⁾.

Toda esa etapa vital que va desde el nacimiento a los 15 años de edad conocía, como se ha visto, una mortalidad muy elevada, propia de un régimen demográfico antiguo. El momento más dramático era, y esto tampoco es una novedad, puesto que lo han constatado todas las investigaciones, el primer año de vida. En efecto, si 485 de cada 1.000 nacidos no llegaban a cumplir los 15, casi la mitad de aquéllos -226, es decir, el 46,6%- no alcanzaban el primer cumpleaños. De ahí, el especial interés por estudiar detalladamente la mortalidad de ese primer año, que es lo que nos disponemos a abordar ahora. He aquí cómo se distribuyen los fallecimientos dentro de ese año en el conjunto del período 1731-1810, con arreglo a una de las divisiones del mismo más al uso⁽⁴⁴⁾:

⁽⁴³⁾ Según el mismo autor, la villa lucense de Monforte de Lemos conoció igualmente un descenso de la mortalidad de párvulos entre 1735-1759 y 1790-1805 (P. Saavedra Fernández, "Industria textil rural e cambios demográficos na Galicia cantábrica, 1750-1860", *Grial*, XXVII, nº. 102 (1989), págs. 248-250).

⁽⁴⁴⁾ Cfr. R. Pressat, *El análisis demográfico. Métodos, resultados, aplicaciones*, F.C.E., México, 1973, págs. 95-99, y L. Henry, *Demografía*, Ed. Labor, Barcelona, 1976, págs. 182-184.

Edad (en días)	Defunciones	Tanto por mil	Tanto por mil acumulado	Cociente de mortalidad (‰)
0-27	448	451	451	98
28-60	103	104	555	25
61-90	63	63	618	16
91-120	52	52	671	13
121-150	46	46	717	12
151-180	45	45	762	12
181-210	36	36	799	9
211-240	38	38	837	10
241-270	36	36	873	10
271-301	41	41	914	11
302-332	43	43	958	12
333-364	42	42	1.000	12
Total	993	997	1.000	217

No obstante, y dado que, como se recordará, las primeras fases del período analizado están subrepresentadas, preferimos, ante la eventualidad de que se hayan producido cambios en el curso del tiempo, hacer uso de los promedios de las proporciones decenales. Estos son los resultados ⁽⁴⁵⁾:

Edad (en días)	Tanto por mil	Tanto por mil acumulado	Datos brutos proporcionales	Cociente de mortalidad (‰)
0-27	460	460	475	104
28-60	108	568	112	27
61-90	60	628	62	16
91-120	52	680	54	14
121-150	44	724	46	12
151-180	44	768	46	12
181-210	38	806	39	10
211-240	36	842	37	10
241-270	36	878	37	10
271-301	39	917	40	11
302-332	39	956	40	11
333-364	45	1.001	46	13
Total	1.001	1.001	1.034	226

⁽⁴⁵⁾ En el cuadro 5, pueden verse los datos por decenios. Para obtener los *datos brutos proporcionales*, necesarios para el cálculo de los cocientes de mortalidad, hemos partido del total real de nacimientos observados, 4.571, y le hemos aplicado la tasa de mortalidad infantil, 226 por mil, lo que nos ha dado el total de 1.034 fallecidos durante el primer año de vida. En relación con este total, hemos pasado finalmente del *tanto por mil* al *dato bruto proporcional*.

Con respecto al procedimiento anterior, se registra una cierta elevación en lo concerniente a la mortalidad neonatal -primer mes de vida-. Por lo demás, no se aprecian cambios significativos entre ambos procedimientos.

Tampoco se registran novedades en relación con lo que ya es bien conocido por investigaciones anteriores. Como sucede siempre, una buena parte de las defunciones del primer año se producen ya en las primeras cuatro semanas de vida, que concentran casi la mitad del total -exactamente, el 46%-. Las proporciones caen con gran fuerza en los dos meses siguientes, y luego esa caída se va amortiguando hasta alcanzar los guarismos más bajos durante los meses 8º y 9º. Al final, en los tres últimos meses, las proporciones remontan ligeramente. La curva que dibujan los cocientes de mortalidad⁽⁴⁶⁾ es bien expresiva: 104 de cada 1.000 nacidos fallecen durante las cuatro semanas inmediatas al nacimiento; el cociente cae a 27 y a 16 en los dos meses siguientes; sigue cayendo, pero suavemente, hasta el 7º mes, en que se cifra en un 10 por mil; se mantiene ahí en los meses 8º y 9º, y luego se eleva tenuemente hasta el 13 por mil del último mes. Así pues, la mortalidad neonatal -fallecidos del primer mes en relación con el total de nacimientos- es del 104 por mil, y la mortalidad posneonatal -proporción de fallecidos entre 1 y 11 meses- es del 122 por mil.

Hemos querido también distinguir los componentes endógeno y exógeno de esta mortalidad infantil mediante la aplicación del análisis biométrico descubierto por J. Bourgeois-Pichat⁽⁴⁷⁾. El gráfico resultante⁽⁴⁸⁾ presenta dos anomalías que han complicado un tanto la interpretación: el punto de los 28 días queda un poco bajo, por lo que la alineación no se verifica más que a partir del 2º mes, y los últimos cuatro puntos se escapan un poco hacia arriba. No son rasgos insólitos, puesto que ambos se han constatado en otras investigaciones⁽⁴⁹⁾. La segunda de esas anomalías podría obedecer a una sobremortalidad exógena en los primeros meses de vida, que impidiese la alineación con los de la derecha del gráfico⁽⁵⁰⁾, o bien a una elevación de la mortalidad en los últimos meses ligada tal vez a los problemas derivados del destete -trastornos digestivos, infecciones-⁽⁵¹⁾.

(46) Véase gráfico 8.

(47) Una exposición sucinta del método puede verse en R. Pressat, *El análisis...*, págs. 95-105.

(48) Véase gráfico 9.

(49) Así, por ejemplo, en Crulai, el punto del primer mes queda por debajo de la línea, no empezando la alineación de los puntos sino a partir del 2º mes (*apud* P. Guillaume y J.-P. Poussou, *Démographie historique*, Armand Colin, París, 1970, pág. 141), y en Meulan, en el período 1740-1789, los puntos delinean una trayectoria más vertical a partir del 8º mes (M. Lachiver, *La population...*, pág. 198). Este último fenómeno se ha constatado asimismo en poblaciones contemporáneas (cfr. R. Pressat, *El análisis...*, pág. 101).

(50) R. Pressat, hablando de poblaciones contemporáneas, afirma que esa anomalía "se ha podido relacionar... con una *supermortalidad exógena* en los dos o tres primeros trimestres del primer año de vida. Ella se advierte principalmente en los países cálidos (países mediterráneos) y va unida a una supermortalidad por accidentes digestivos provocados por una alimentación artificial" (*El análisis...*, págs. 101-102).

(51) La verdad es que no sabemos cuándo se producía el destete, pero lo apuntamos como una hipótesis.

Al final, hemos optado por prescindir del primer punto y quebrar la línea de ajuste a la altura del 8º mes. Tenemos así dos alineaciones, una que une los puntos que van del 2º al 8º mes, y otra que enlaza éste con el 12º. Según ello, la mortalidad endógena, es decir, los fallecimientos debidos a malformaciones congénitas y a traumatismos y secuelas derivados del parto, equivale al 82 por mil⁽⁵²⁾, en tanto que la mortalidad exógena, debida, como se sabe, a agentes externos, equivale al 144 por mil⁽⁵³⁾. El paralelismo con Meulan es extraordinario⁽⁵⁴⁾.

El descenso que se opera en la mortalidad infantil después de los años 50 suscita el interés de comparar los períodos anterior y posterior, con el fin de conocer en la medida de lo posible los mecanismos y las causas de ese descenso. Oponemos para ello los períodos 1731-1755, con una mortalidad infantil del 261 por mil, y 1756-1810, en que la tasa es del 209 por mil. Obsérvense estos datos⁽⁵⁵⁾:

	1731-1755	1756-1810
Defunciones 0-27 días	97	351
Defunciones 28-364 días	96	449
Total defunciones 1er. año	193	800
Nacimientos observados	740	3.831
Mortalidad neonatal (‰)	131	92
Mortalidad posneonatal (‰)	130	117

Como puede verse, la reducción se opera sobre todo en la mortalidad neonatal, que pasa del 131 al 92 por mil. También disminuye la mortalidad posneonatal, pero en magnitud mucho menor, de 130 a 117 por mil.

El análisis biométrico⁽⁵⁶⁾ pone de manifiesto un fuerte descenso de la mortalidad endógena y un descenso suave de la exógena. Estas son las mediciones a que nos han conducido las respectivas líneas de ajuste:

	1731-1755	1756-1810
Mortalidad endógena (‰)	108	69
Mortalidad exógena (‰)	153	139

(52) La línea de ajuste que hemos trazado corta la ordenada en el punto 375, que en relación con los 4.571 nacimientos observados supone un 82 o/oo.

(53) Los pasos dados fueron: 1.034-375=659, que en relación con los 4.571 nacimientos observados representa un 144 o/oo. Obviamente, la suma de las mortalidades endógena y exógena nos da la mortalidad infantil, 226 o/oo.

(54) En el período 1740-1789, la mortalidad endógena era en Meulan del 85 o/oo y la exógena del 141 o/oo, para una mortalidad infantil del 226 o/oo, absolutamente idéntica a la nuestra (M. Lachiver, *La population...*, pág. 199). En Argenteuil, en cambio, la mortalidad endógena era más baja que en Santiago -64 o/oo-, en tanto que la exógena era mucho más alta -192 o/oo- (J.-C. Giacchetti y M. Tyvaert, "Argenteuil (1740-1790)", *Annales de Démographie Historique*, 1969, pág. 49).

(55) El detalle de los mismos puede verse en el cuadro 6.

(56) Véase gráfico 9.

El descenso de la mortalidad derivada de agentes externos es de poca cuantía. En cambio, se aprecia una caída pronunciada del número de fallecimientos debidos a causas endógenas. Sobre esta base, pueden hacerse conjeturas en torno a una hipotética introducción o difusión de mejoras en la atención al parto. Así pues, en la medida en que pueda hablarse de un descenso no meramente coyuntural de la mortalidad infantil desde mediados del siglo XVIII⁽⁵⁷⁾, el factor primordial del mismo habría que buscarlo en esa dirección.

En conclusión, el medio urbano se ha revelado una vez más como un medio especialmente mortífero dentro del contexto del antiguo régimen demográfico. En efecto, la mortalidad infantil y juvenil, en consonancia con otras ciudades coetáneas y en abierto contraste con lo que sabemos sobre los campos de la Galicia occidental, presenta unas magnitudes francamente elevadas, hasta el punto de que sólo la mitad -o poco más- de los nacidos llegaba a la edad de 15 años. Como siempre, la mortalidad era especialmente acusada durante el primer año de vida -mortalidad infantil propiamente dicha-, y dentro de él el primer mes era con diferencia el período más crítico, pero en nuestro caso -rasgo peculiar, aunque no insólito- la mortalidad del tramo 1-4 años en su conjunto llega a superar a la mortalidad infantil. Tampoco constituye sorpresa la sobremortalidad masculina que hemos podido constatar.

Y, desde el punto de vista evolutivo, hemos podido saber que la mortalidad infantil y juvenil conoció una fase de agravamiento entre los años 80 del siglo XVII y los años 50 del siglo XVIII, y una fase de notoria suavización desde los años 60 del Setecientos hasta los años 30 del siglo XIX, en el curso de la cual no sólo consigue volver a los niveles iniciales, sino que éstos se ven sensiblemente mejorados. El auténtico sentido de fondo de esta evolución positiva -¿una simple fluctuación más, sin mayor trascendencia?, ¿los inicios del descenso propio del mundo contemporáneo?- queda un poco entre tinieblas, debido a que en los dos decenios siguientes -los últimos analizados- los cocientes remontan ligeramente. En lo que respecta concretamente a la mortalidad infantil, podemos decir que el descenso constatado se operó fundamentalmente en el componente endógeno de la misma.

⁽⁵⁷⁾ Para afirmarlo tajantemente, sería preciso disponer de una mayor perspectiva temporal.

Cuadro 1.- Intervalos nacimiento-bautismo.

Años	Nº. de casos observados según los días de intervalo										Total
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1681-1694	26	40	34	23	16	6	2	5	3	-	155
...											
1719-1730	35	45	13	3	1	2	-	-	1	-	100
1731-1740	187	235	40	7	2	-	2	-	-	1	474
1741-1750	220	203	29	4	1	-	1	-	-	-	458
1751-1760	226	182	21	7	2	-	1	-	-	-	439
1761-1770	451	230	14	7	2	-	1	1	-	-	706
1771-1780	508	275	22	5	-	1	-	-	-	-	811
1781-1790	584	372	17	3	4	3	1	-	-	-	984
1791-1800	662	382	25	8	2	2	1	-	-	1	1.083
1801-1810	563	412	20	3	-	2	-	-	-	-	1.000

Cuadro 2.- Mortalidad infantil y juvenil por sexos (generaciones nacidas en el período 1731-1810).

A- Niños						
Edad	Defunciones	Idem acumuladas	Salidas de observación	Idem acumuladas	Defunciones y salidas acumuladas	Cocientes de mortalidad (por mil)
0	534	1.021	294	1.310	2.331	229
1	192	487	95	1.215	1.702	113
2	108	295	91	1.124	1.419	76
3	62	187	72	1.052	1.239	50
4	45	125	67	985	1.110	41
1-4						253
5-9	70	80	259	726	806	87
10-14	10	10	137	589	599	17
15 y +			589			
0-14						483
B- Niñas						
Edad	Defunciones	Idem acumuladas	Salidas de observación	Idem acumuladas	Defunciones y salidas acumuladas	Cocientes de mortalidad (por mil)
0	460	931	293	1.309	2.240	205
1	183	471	86	1.223	1.694	108
2	115	288	77	1.146	1.434	80
3	58	173	53	1.093	1.266	46
4	39	115	68	1.025	1.140	34
1-4						244
5-9	58	76	226	799	875	66
10-14	18	18	194	605	623	29
15 y +			605			
0-14						455

Cuadro 3.- Mortalidad infantil y juvenil entre 1731 y 1810 por generaciones decenales.

A: 1731-1740						
Edad	Defunciones	Idem acumuladas	Salidas de observación	Idem acumuladas	Defunciones y salidas acumuladas	Cocientes de mortalidad (por mil)
0	54	111	44	107	218	248
1	21	57	1	106	163	129
2	11	36	5	101	137	80
3	8	25	4	97	122	66
4	2	17	5	92	109	18
1-4						265
5-9	15	15	23	69	84	179
10-14	0	0	18	51	51	0
15 y + 0-14			51			546
B: 1741-1750						
Edad	Defunciones	Idem acumuladas	Salidas de observación	Idem acumuladas	Defunciones y salidas acumuladas	Cocientes de mortalidad (por mil)
0	82	155	45	135	290	283
1	26	73	10	125	198	131
2	17	47	13	112	159	107
3	11	30	10	102	132	83
4	10	19	4	98	117	85
1-4						349
5-9	6	9	22	76	85	71
10-14	3	3	12	64	67	45
15 y + 0-14			64			586
C: 1751-1760						
Edad	Defunciones	Idem acumuladas	Salidas de observación	Idem acumuladas	Defunciones y salidas acumuladas	Cocientes de mortalidad (por mil)
0	129	259	77	317	576	224
1	49	130	36	281	411	119
2	35	81	23	258	339	103
3	18	46	21	237	283	64
4	6	28	26	211	239	25
1-4						279
5-9	19	22	43	168	190	100
10-14	3	3	48	120	123	24
15 y + 0-14			120			509

D: 1761-1770

Edad	Defunciones	Idem acumuladas	Salidas de observación	Idem acumuladas	Defunciones y salidas acumuladas	Cocientes de mortalidad (por mil)
0	114	233	115	336	569	200
1	38	119	22	314	433	88
2	32	81	33	281	362	88
3	14	49	18	263	312	45
4	14	35	17	246	281	50
1-4						245
5-9	18	21	53	193	214	84
10-14	3	3	20	173	176	17
15 y + 0-14			173			456

E: 1771-1780

Edad	Defunciones	Idem acumuladas	Salidas de observación	Idem acumuladas	Defunciones y salidas acumuladas	Cocientes de mortalidad (por mil)
0	153	298	66	434	732	209
1	64	145	19	415	560	114
2	30	81	16	399	480	63
3	10	51	11	388	439	23
4	12	41	12	376	417	29
1-4						212
5-9	23	29	92	284	313	73
10-14	6	6	81	203	209	29
15 y + 0-14			203			439

F: 1781-1790

Edad	Defunciones	Idem acumuladas	Salidas de observación	Idem acumuladas	Defunciones y salidas acumuladas	Cocientes de mortalidad (por mil)
0	174	363	87	537	900	193
1	77	189	38	499	688	112
2	43	112	23	476	588	73
3	29	69	16	460	529	55
4	19	40	41	419	459	41
1-4						254
5-9	18	21	115	304	325	55
10-14	3	3	81	223	226	13
15 y + 0-14			223			438

G: 1791-1800

Edad	Defunciones	Idem acumuladas	Salidas de observación	Idem acumuladas	Defunciones y salidas acumuladas	Cocientes de mortalidad (por mil)
0	179	339	96	474	813	220
1	65	160	31	443	603	108
2	35	95	39	404	499	70
3	22	60	36	368	428	51
4	15	38	22	346	384	39
1-4						243
5-9	18	23	89	257	280	64
10-14	5	5	42	215	220	23
15 y + 0-14			215			460

H: 1801-1810

Edad	Defunciones	Idem acumuladas	Salidas de observación	Idem acumuladas	Defunciones y salidas acumuladas	Cocientes de mortalidad (por mil)
0	109	194	57	279	473	230
1	35	85	24	255	340	103
2	20	50	16	239	289	69
3	8	30	9	230	260	31
4	6	22	8	222	244	25
1-4						211
5-9	11	16	48	174	190	58
10-14	5	5	29	145	150	33
15 y + 0-14			145			447

Cuadro 4.-

Dividendos y divisores utilizados para el cálculo de los cocientes de mortalidad de párvulos (0-7/8 años), 1681-1860, a través del empleo de recuentos globales.

Decenios	Defunciones	Nacimientos	
	Párvulos	A	B
1681-1690	1.955	4.480	4.532
1691-1700	1.873	4.517	4.433
1701-1710	2.409	5.259	4.726
1711-1720	2.376	5.360	5.261
1721-1730	2.527	5.458	5.494
1731-1740	2.762	5.557	5.456
1741-1750	2.905	5.672	5.599
1751-1760	3.062	5.982	5.728
1761-1770	2.689	5.577	5.924
1771-1780	2.175	5.484	5.456
1781-1790	2.444	5.800	5.473
1791-1800	2.304	5.806	5.975
1801-1810	2.600	6.093	5.823
1811-1820	2.589	6.696	6.078
1821-1830	2.759	8.147	7.184
1831-1840	2.586	7.614	8.409
1841-1850	2.537	6.753	7.124
1851-1860	2.657	6.723	6.741

Cuadro 5.- Distribución de los fallecidos durante el primer año de vida, 1731-1810, por decenios.

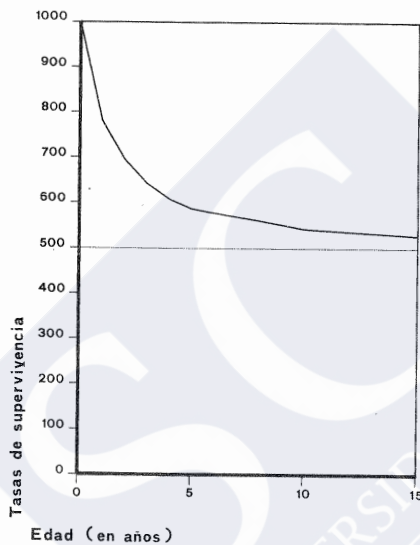
A) Datos brutos								
Edad (en días)	1731 1740	1741 1750	1751 1760	1761 1770	1771 1780	1781 1790	1791 1800	1801 1810
0-27	28	45	57	47	76	78	73	44
28-60	6	10	14	18	13	17	14	11
61-90	4	2	5	7	11	12	17	5
91-120	3	2	9	7	6	8	11	6
121-150	2	3	2	8	5	10	12	4
151-180	1	4	7	3	4	10	8	8
181-210	3	4	2	4	5	6	7	5
211-240	0	2	6	5	8	6	5	6
241-270	1	3	8	5	8	3	5	3
271-301	1	1	3	4	5	7	10	10
302-332	1	2	11	2	7	10	8	2
333-364	4	4	5	4	5	7	9	4
Total	54	82	129	114	153	174	179	108
B) Tantos por mil								
Edad (en días)	1731 1740	1741 1750	1751 1760	1761 1770	1771 1780	1781 1790	1791 1800	1801 1810
0-27	519	549	442	412	497	448	408	407
28-60	111	122	109	158	85	98	78	102
61-90	74	24	39	61	72	69	95	46
91-120	56	24	70	61	39	46	61	56
121-150	37	37	16	70	33	57	67	37
151-180	19	49	54	26	26	57	45	74
181-210	56	49	16	35	33	34	39	46
211-240	0	24	47	44	52	34	28	56
241-270	19	37	62	44	52	17	28	28
271-301	19	12	23	35	33	40	56	93
302-332	19	24	85	18	46	57	45	19
333-364	74	49	39	35	33	40	50	37
Total	1003	1000	1002	999	1001	997	1000	1001

Cuadro 6.- Distribución de los fallecidos durante el primer año de vida, 1731-1755 y 1756-1810.

Edad (en días)	1731-1755		1756-1810	
	Defunciones	Defunciones acumuladas	Defunciones	Defunciones acumuladas
0-27	97	97	351	351
28-60	20	117	83	434
61-90	7	124	56	490
91-120	10	134	42	532
121-150	6	140	40	572
151-180	9	149	36	608
181-210	8	157	28	636
211-240	6	163	32	668
241-270	6	169	30	698
271-301	4	173	37	735
302-332	9	182	34	769
333-364	11	193	31	800
Total	193	193	800	800

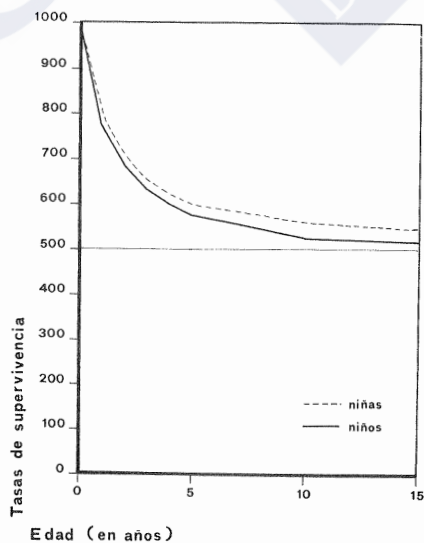
GRAFICO 1 : Tasas de supervivencia (por 1.000 nacidos)

hasta los 15 años de edad. Generaciones de 1731 - 1810.

**GRAFICO 2 : Tasas de supervivencia (por 1.000 nacidos)**

hasta los 15 años de edad y según el sexo. Generaciones de

1731 - 1810.



**GRAFICO 3 : Cocientes de mortalidad infantil y juvenil por generaciones
decenales, 1731 - 1810.**

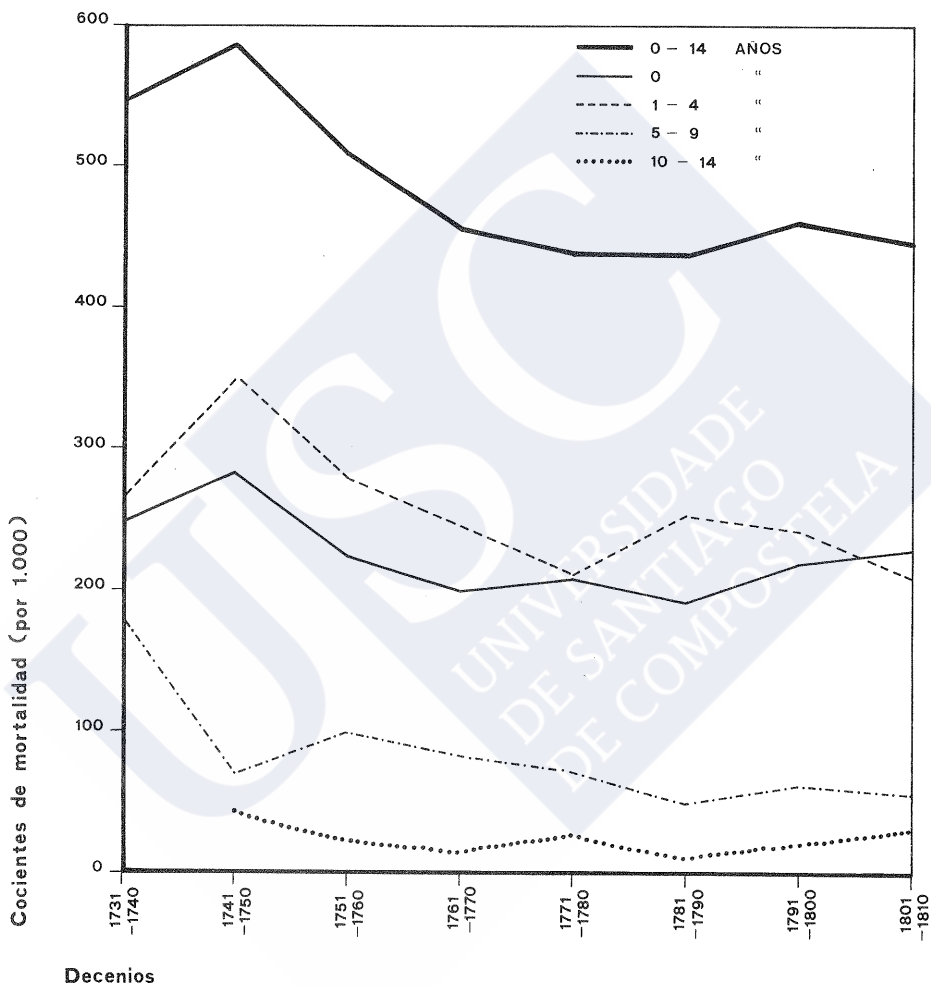


GRAFICO 4: Tasas de supervivencia (por 1.000 nacidos) hasta los 15 años de edad, por generaciones decenales, 1731 - 1810.

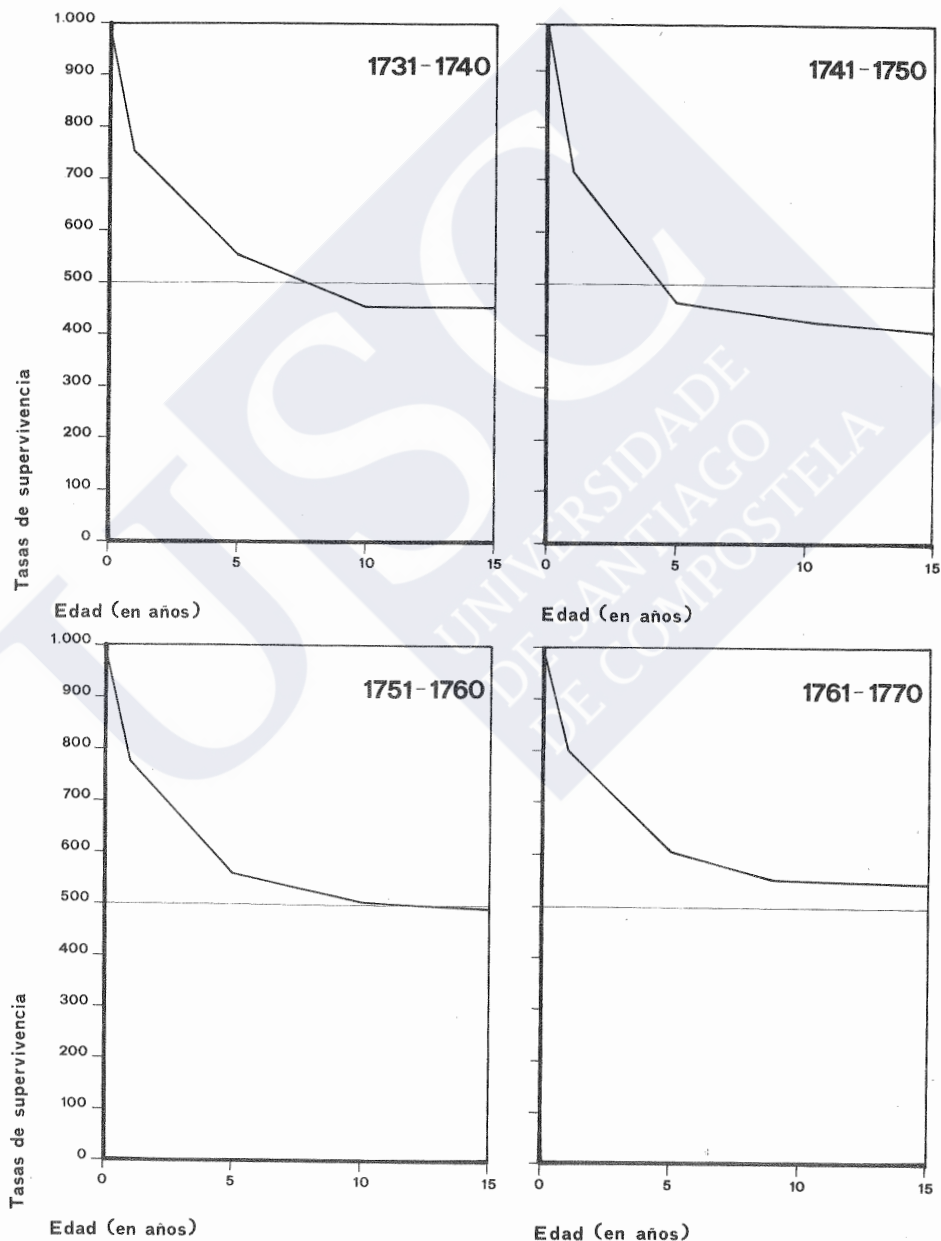


GRAFICO 4 (continuación).

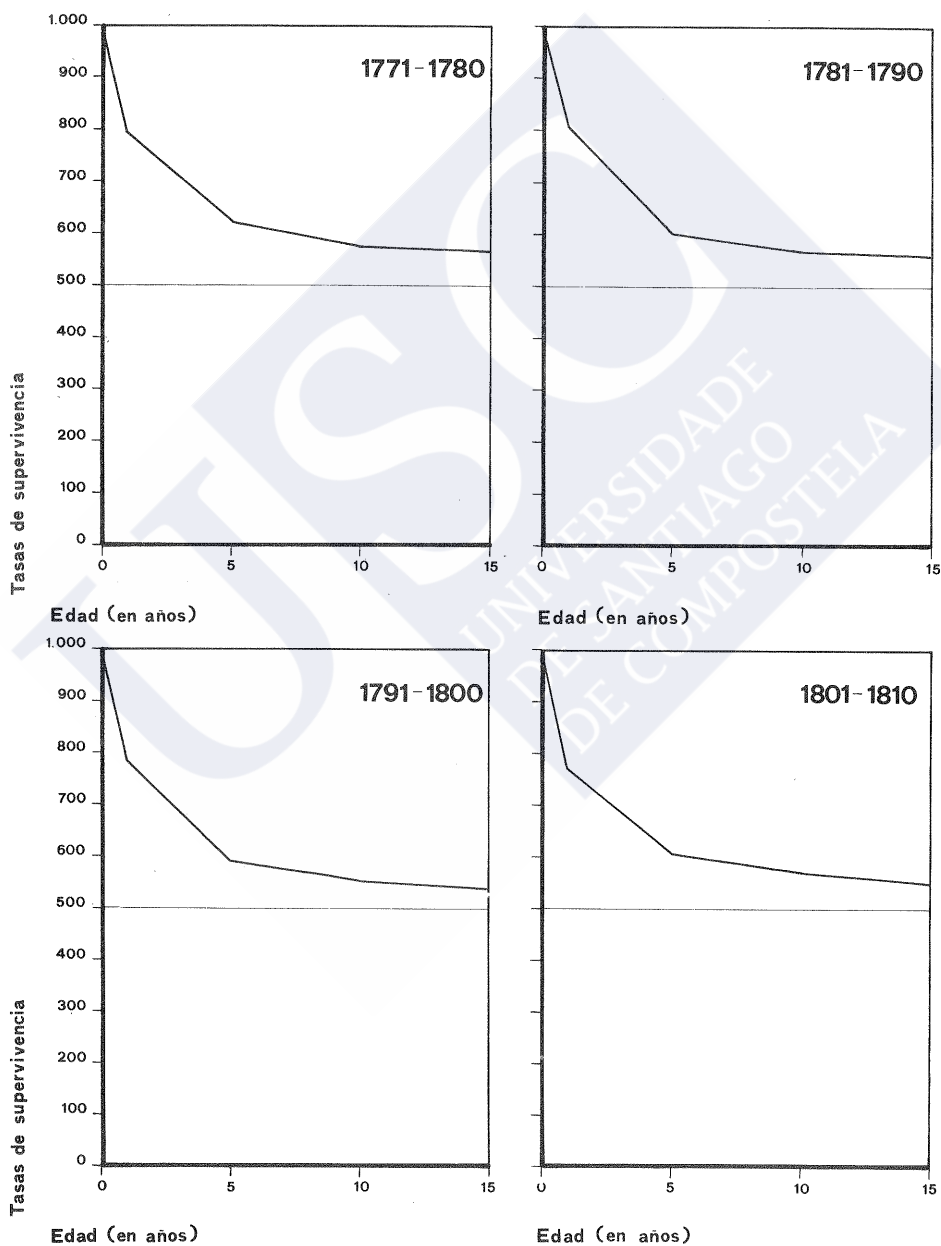


GRAFICO 5 : Tasas de supervivencia (por 1.000 nacidos) hasta los 15 años de edad, 1731- 1810. Promedios de las generaciones decenales.

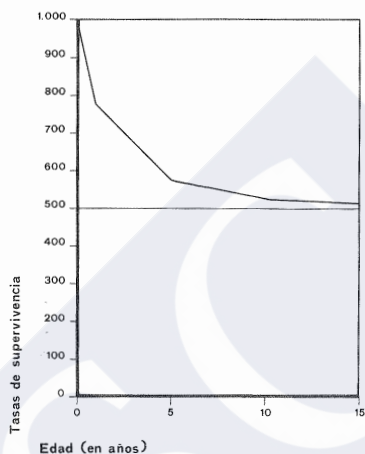


GRAFICO 6 : Cocientes de mortalidad infantil y juvenil por periodos, 1731-1810.

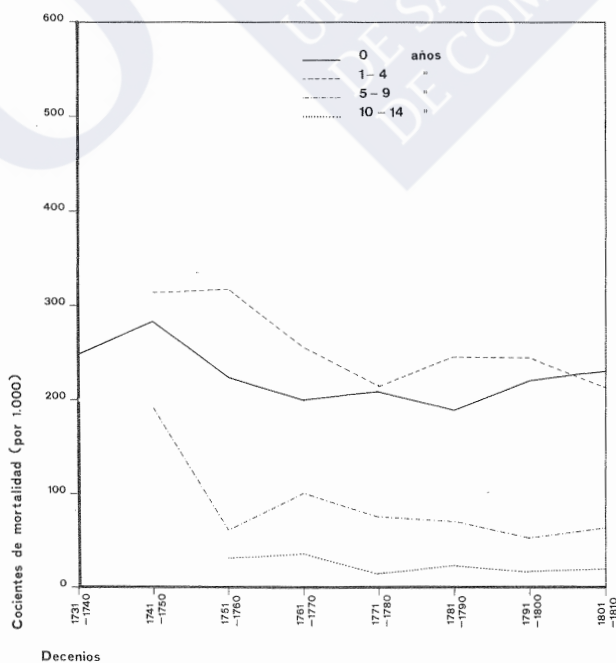


GRAFICO 7 : Cocientes de mortalidad de párvulos (0-7/8 años), 1681-1860, a través del empleo de los recuentos globales, comparados con los cocientes de mortalidad a 0-4 y 0-9 años, 1741-1810, calculados a través de las familias reconstruidas.

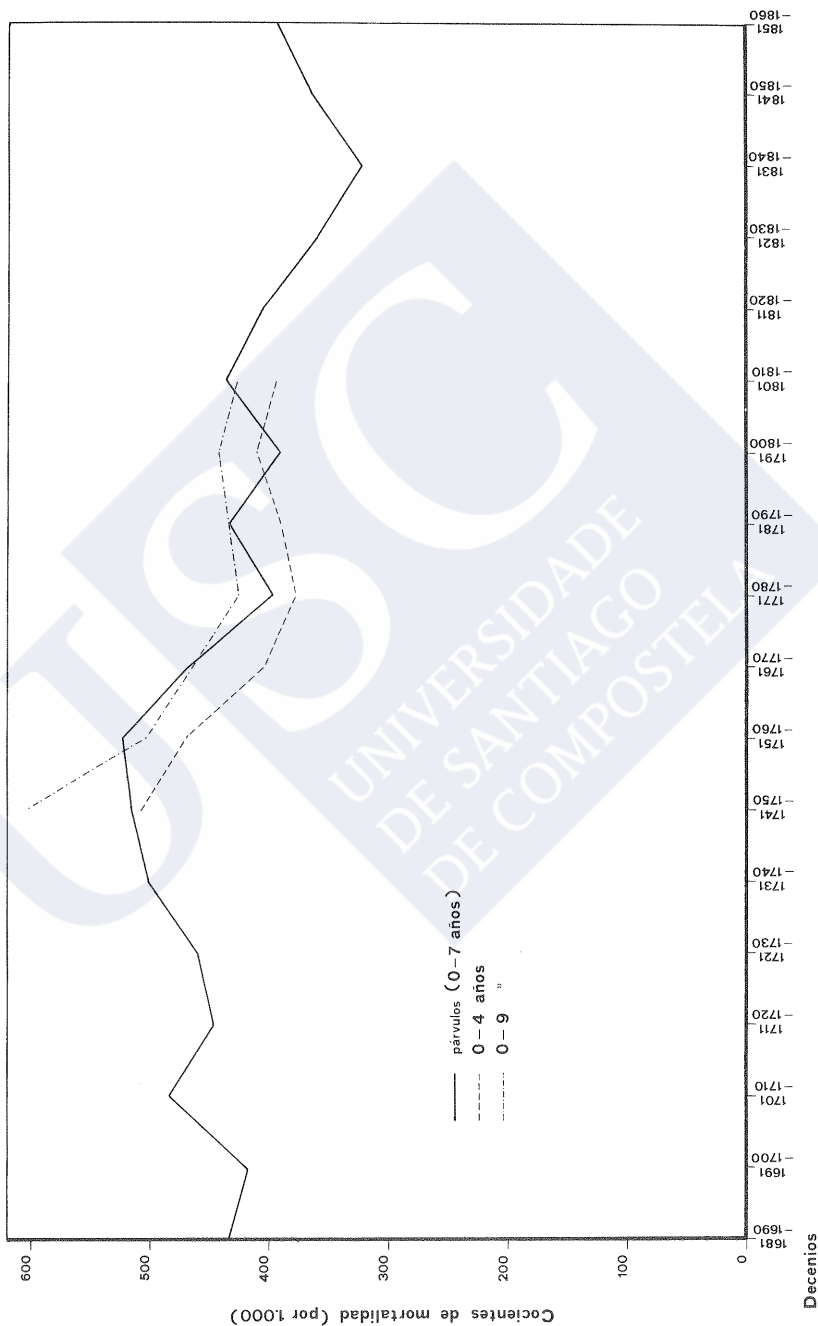


GRAFICO 8 : Cocientes de mortalidad durante el primer año de vida, 1731 – 1810.

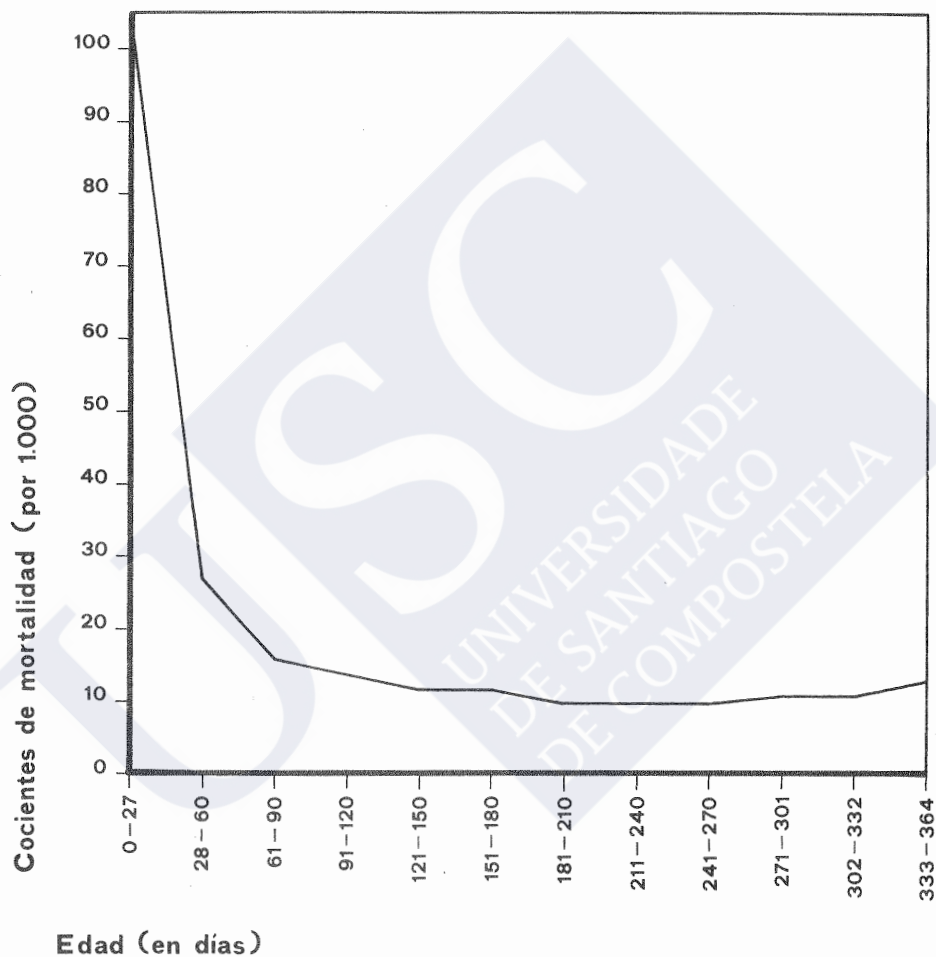


GRAFICO 9 : Análisis biométrico de la mortalidad infantil, 1731-1810, y distinguiendo los periodos 1731-1755 y 1756-1810.

