

EVOLUCIÓN DE LA MORTALIDAD EN LA INFANCIA EN LAS PALMAS DE GRAN CANARIA 1954-1963

POR

MARÍA JOSEFA BETANCOR GÓMEZ

y

PEDRO MARSET CAMPOS

RESUMEN

En el presente trabajo estudiamos la Mortalidad Infantil y Preescolar en Las Palmas de Gran Canaria, en el período de 1954 a 1963. Los datos fueron obtenidos a partir de fuentes primarias (Registro Civil). La Tasa de Mortalidad Infantil es de 31,5 por 1.000 nacidos vivos y la Mortalidad Preescolar es de 6,6. Estas experimentan un descenso importante a lo largo de los diez años, pero destacan las infecciones como primera causa de muerte en todos los grupos de edad. El domicilio resultó el lugar de defunción más frecuente. Podemos afirmar que se produce una evolución favorable de las Tasas en los diez años, pero sin salir del perfil característico de los países subdesarrollados.

Palabras Clave: Mortalidad Infantil, Mortalidad Preescolar, Causas de defunción, lugar de defunción.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, se hace cada vez más necesario evaluar el nivel de salud de una colectividad, debido a que ello es impres-

cindible para realizar una planificación sanitaria de una forma coherente.

El nivel de salud nos lo proporciona el estudio de factores demográficos y de saneamiento ambiental. Las necesidades de salud se pueden conocer mediante el estudio, entre otros, de morbilidad, mortalidad, etc.

La Mortalidad Infantil, además de ser índice de la mortalidad propiamente dicha, resulta un indicador muy específico para valorar el nivel de desarrollo de una colectividad, debido a que el primer año de vida es extremadamente sensible a múltiples factores, tanto intrínsecos como extrínsecos (ambientales, sociales, asistenciales, etc.). De ahí que, en las comunidades más desarrolladas, la Mortalidad Infantil haya disminuido a unos niveles mínimos.

Por todo esto, se vio necesario hacer un estudio de Mortalidad Infantil en el municipio de Las Palmas de Gran Canaria; se estudiaron también los factores socioculturales, económicos y sanitario-asistenciales, con objeto de valorar de una forma más completa la evolución de dichas tasas a lo largo de diez años (1954-1963) y de la incidencia que estos factores han tenido sobre las mismas.

Consideramos que este estudio era necesario por varios motivos:

1. Para reunir en un único trabajo todos los datos que existen dispersos en diferentes Organismos.
2. Porque los datos y tasas hasta ahora elaborados presentan, a nuestro juicio, importantes inconvenientes:
 - El primero, que los datos existentes están elaborados de forma incompleta y sin considerar la incidencia que los factores socioculturales, económicos y sanitario-asistenciales, pueden tener sobre las tasas de Mortalidad Infantil.
 - El segundo, que la recogida de datos es parcial y en ocasiones insuficiente, pues ésta obedece más a razones legales y administrativas que a criterios sanitarios; de aquí la imposibilidad de elaborar algunas de las tasas según recomienda la O.M.S.

En base a esto, se plantearon los siguientes objetivos:

- Hacer una nueva recogida de datos que nos permita subsanar los errores ya existentes.
- Elaborar las tasas de Mortalidad Infantil y sus diversas submortalidades, según las recomendaciones de la O.M.S., siguiendo su evolución en los años comprendidos entre 1954 y 1963.
- Analizar las distintas causas de muerte, tanto para la Mortalidad Infantil como para las distintas submortalidades y su evolución cronológica.
- Estudiar la Mortalidad Preescolar, es decir, de la población comprendida entre uno y cuatro años, siguiendo la misma metodología que para la Mortalidad Infantil.
- Por último, correlacionar las tasas de Mortalidad Infantil y los factores socioeconómicos, culturales, ambientales y sanitario-asistenciales, para así obtener una visión global que pueda explicar la razón por la que las tasas evolucionan a lo largo del tiempo.

Con el fin de situar este estudio dentro del contexto demográfico de aquellos años, conviene hacer una breve reseña histórica del desarrollo de Las Palmas de Gran Canaria y de los principales factores que influyeron en su evolución.

Hace un siglo, Las Palmas era una pequeña ciudad de menos de 15.000 habitantes, casi un pueblo grande. Hoy es una gran urbe, la octava de España, con más de 350.000 habitantes, y que concentra la mitad de la población y casi todo el poder económico y social de su provincia.

A lo largo de estos más de cien años, el crecimiento ha sido constante y muy importante. La población de Las Palmas se ha multiplicado por veinticinco; es junto con Bilbao, el aumento relativo mayor entre todas las capitales de provincia.

En la segunda mitad del siglo XIX hasta 1885 y en los años veinte de este siglo, el ritmo de crecimiento de Las Palmas fue normal. En el primero de estos períodos encontramos una sociedad básicamente rural en la que aún no existen razones políticas ni económicas que impulsen la concentración urbana; la no concesión de la capitalidad provincial y la falta de

un puerto adecuado fueron trabas importantes para su expansión.

Una etapa de cierta crisis demográfica fue la provocada por las graves consecuencias de la Primera Guerra Mundial. El bloqueo de la navegación y el cese de la exportación agrícola paralizó el Puerto de La Luz e incidió fuertemente sobre la economía de toda la isla.

De 1931 a 1935 la recién adquirida capitalidad provincial dota a Las Palmas de una nueva función que determinará su importante crecimiento, fundamentalmente por inmigración; ésta fue no sólo canaria sino también peninsular, ante el rápido desarrollo de un funcionariado provincial. La Guerra Civil apenas redujo la continuidad del crecimiento. Además en diciembre de 1939 se produjo la anexión por la ciudad del municipio colindante de San Lorenzo.

Entre 1941 y 1955 descendió la inmigración del agro a la ciudad, la cual ante la nada favorable coyuntura económica, hubo de canalizarse en su mayor parte hacia el exterior. Pero los importantes saldos vegetativos, determinados por una natalidad elevada y una mortalidad en considerable descenso, permitieron un aumento notable de la población de la ciudad, superando en 1940 los 100.000 habitantes. En los años siguientes el incremento se hizo más notable, alcanzando en 1950 los 153.262 habitantes, en 1960 los 193.862, llegando en 1970 a los 287.038 habitantes ¹.

Entre 1919 y la década de los cincuenta, se registra una intensa labor en el establecimiento de la infraestructura base para satisfacer las necesidades de los barrios del casco urbano en materia de electrificación, pavimentado, alcantarillado y abastecimiento de agua.

Hay dos grandes saltos en la evolución demográfica de Las Palmas, claves para su expansión urbana. El primero (1891-1910) determinó "*su paso de pueblo a ciudad*"; el segundo (1961-1975) su transformación en una gran urbe.

El meteórico crecimiento de finales del siglo pasado y comienzos del actual, estuvo determinado por la construcción

¹ CIES: *Estructura Social de Canarias*, p. 75.

del nuevo Puerto de La Luz y el tráfico comercial generado, al coincidir con un auge de la navegación marítima mundial y con el desarrollo de un nuevo ciclo en la agricultura de exportación. En este proceso resultó decisiva la intervención del capital inglés, que penetró en la economía de la isla y de esta ciudad potenciándola decisivamente.

El segundo gran impulso, el de los años sesenta, obedeció en buena parte al desarrollo del turismo, localizándose éste en un principio en la propia capital, pero también se debió al gran crecimiento de otras actividades tradicionales, como la pesca y el tráfico portuario, y a la intensa concentración de funciones en la ciudad.

En ambos períodos, el auge económico urbano va a coincidir con una fuerte crisis en el campo grancanario, lo cual provocó una oleada inmigratoria sobre Las Palmas de Gran Canaria.

Creemos importante hacer aquí alguna consideración histórica de la situación sanitaria de Las Palmas.

Desde finales del XIX hasta los años treinta desaparecen de forma definitiva de la ciudad las epidemias generalizadas —salvo la ocasional gripe de 1918 a 1920— y se redujo la frecuencia e intensidad de algunas infecciones infantiles; con todo ello, la Mortalidad Infantil en Las Palmas presentó valores escalofriantes, pues hasta 1938 osciló entre 150 y 200 por 1.000. Hasta 1943 se conservan tasas superiores a 100 por 1.000.

La Tasa de Mortalidad de los años que van de 1929 al 1932 era superior a 30 por 1.000, en el grupo de edad de 1 a 4 años.

El análisis de las causas de Mortalidad General confirma así también que en los años treinta persistía en esta ciudad una mortalidad muy poco evolucionada, fundamentalmente exógena e infantil. Esto viene a reflejar una sociedad urbana poco desarrollada, en la que la mayoría de sus habitantes son pobres y con baja cualificación y participan escasamente de los avances médicos e higiénicos del siglo XX.

En los años cincuenta, la creación del S.O.E. y de los centros maternos y pediátricos de urgencia, junto a la introducción de nuevos fármacos, especialmente los antibacterianos,

fueron factores que influyeron en la disminución de la mortalidad. Las sulfamidas fueron las primeras en 1932, posteriormente la penicilina y la estreptomocina, ya en la década de los cuarenta ².

Hasta 1950, la tasa bruta de mortalidad de Las Palmas es claramente superior a la media nacional, a pesar de poseer una estructura de edad más joven y a pesar también de su condición de capital, que la coloca en franca superioridad en cuanto a infraestructura médica y cultural. En los años cuarenta hay una esperanza de vida al nacer de 40,7 años para el hombre y de 44,2 para la mujer. Estos valores, muy inferiores a los de España en esos años, fueron alcanzados por Inglaterra y Francia sesenta años antes, y son similares a los actuales de los países más atrasados del mundo.

En 1951 aún existe un 44 por 100 de causas infecciosas en la mortalidad general. La tuberculosis era todavía un fantasma pavoroso: casi una de cada cinco muertes en dicho año.

En la década de 1950, la tasa bruta de mortalidad baja de 10 a 7 por 1.000. Pero en esta ocasión no se debió sólo a la mortalidad infantil, sino al retroceso de las defunciones adultas, sobre todo por la generalización de los antibióticos, y en particular por el efecto fulminante que la introducción de la estreptomocina tuvo sobre la morbilidad de la tuberculosis. Casi se puede afirmar que los avatares de la tasa bruta de mortalidad de Las Palmas, vienen regidos por la evolución de esta enfermedad. Pasa de ser la causa de una de cada cinco muertes en 1951 a una de cada 12 en 1953.

La importancia de los años que nosotros hemos estudiado (1954-1963) radica en que constituyen una etapa de transición, donde aún se produce una gran morbilidad debida a causas infecciosas, y a la vez comienzan a proyectarse mejoras en la infraestructura sanitaria que deberán incidir en la mortalidad por estas causas.

² P. LAÍN ENTRALGO: *Historia de la Medicina*, p. 650.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la obtención de los datos sobre las defunciones (de *nacidos vivos* y de *muertes fetales tardías*) hemos acudido a los libros de Registro de Defunciones y legajos de las mismas, es decir, a las *fuentes primarias* en el Registro Civil de Las Palmas de Gran Canaria. En el Registro Civil no existe ningún legajo de *muerte fetal tardía* referente a los años estudiados.

Debido a que no fue posible recoger las muertes fetales tardías, sólo se pudieron analizar las defunciones que entran dentro del concepto legal de nacidos vivos, vigente en España durante ese período, que no coincide con el médico o biológico, es decir, el que recomienda la O.M.S.³

De las defunciones de nacidos vivos se han recogido sistemáticamente los siguientes datos: Fecha de defunción, fecha de nacimiento, sexo, municipio de nacimiento, lugar de defunción, lugar de residencia paterna, causa de defunción y nacidos vivos.

Hemos de hacer algunas consideraciones de los siguientes datos: lugar de defunción, lugar de residencia paterna, causa de defunción y nacidos vivos.

En el apartado de lugar de defunción se recogieron las siguientes variables: Centro Hospitalario de la Seguridad Social, Clínicas privadas, Centros de Beneficencia, su domicilio, Casas de Socorro, no consta.

Nos planteamos estudiar el lugar de residencia paterna porque teníamos referencia que podía haber aumentado el número de niños que, residiendo en otros municipios, morían en la capital, por estar en ésta los principales Centros Hospitalarios⁴.

Para las Causas de Defunción se empleó la Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión de la O.M.S.

³ J. REY CALERO: *Epidemiología y Salud de la Comunidad*, p. 489.

⁴ E. L. BURRIEL DE ORUETA y J. F. MARTÍN RUIZ: *Estudio Demográfico de la Ciudad de Las Palmas (1860-1975)*, p. 451.

«Hemos corregido las cifras de muertos del Registro Civil desde 1951 a nuestros días, para evitar la sobreinscripción que resulta de la progresiva concentración en la capital de una parte de las defunciones provinciales.»

(1975). Una vez hecha una distribución de las causas de muerte, se reagruparon formando los siguientes subgrupos: Enteritis, Neumonías, Meningitis, otras infecciones, Congénitas, Perinatales, Accidentes, Mal Definidas, otras enfermedades.

El número de nacidos vivos fue necesario para calcular las Tasas de Mortalidad Infantil y las distintas submortalidades. Se acudió al I.N.E., pero posteriormente se utilizaron datos obtenidos por Burriel, E. L., y Martín, J. F.⁵, que fueron más completos, ya que eliminaba los nacimientos de no residentes en la capital.

Para poder establecer una correlación entre las tasas de mortalidad y los factores socio-culturales, económicos y de infraestructura sanitaria, acudimos a las siguientes fuentes secundarias:

- *Anuario Estadístico de España*. Año 1950 al 1964 ambos inclusive (I.N.E.).
- *Censos de la Población de España* de los años 1950, 1960 y 1970 (I.N.E.).
- *Reseña Estadística Provincial*, 1956 (I.N.E.). Madrid.
- *Reseña Estadística Provincial*, 1972 (I.N.E.). Las Palmas de Gran Canaria.
- Datos facilitados por el *INSALUD* de Las Palmas de Gran Canaria.
- Datos facilitados por el *AYUNTAMIENTO* de Las Palmas de Gran Canaria.

Con todos estos datos se hizo una primera distribución de frecuencias, y con los resultados obtenidos se hizo una segunda tal y como sigue:

- Todas las defunciones recogidas se separaron en dos grupos: menores de un año y de 1 a 4 años.
- Distribución de frecuencias de los dos grupos anteriores año por año.
- Distribución según sexo, para el grupo de menores de un año y para el grupo de preescolar.
- Distribución de cada submortalidad año por año.

⁵ E. L. BURRIEL DE ORUETA y J. F. MARTÍN RUIZ, *op. cit.*, p. 501.

- Lugar de residencia paterna para los distintos grupos de edad.
- Distribución cruzada, según lugar de defunción y año por año, para cada grupo de edad.
- Distribución cruzada, según causa de defunción y año por año, para cada grupo de edad.
- Calculo de Tasas: Mortalidad Infantil, Mortalidad Neonatal Precoz, Mortalidad Neonatal Tardía, Mortalidad Postneonatal y Mortalidad Preescolar⁶. Además obtuvimos las Tasas según las causas de defunción, en este caso por cien mil nacidos vivos.

RESULTADOS

Se han recogido un total de 2.004 casos en los diez años a que se refiere este trabajo, de los que un 82,5 por 100 (1.654 casos) pertenecen al grupo de menores de un año. La distribución año a año viene recogida en la Tabla I para el mismo grupo de edad, donde se observa que el número de casos sufre un descenso a lo largo de los diez años. Al grupo preescolar pertenecen un 17,5 por 100 (350 casos).

En lo referente al sexo, de los 1.654 casos pertenecientes al grupo de menores de un año, un 53,4 por 100 (800 casos) son niños y un 46,5 por 100 (768 casos) son niñas. Tenemos seis casos de los cuales no conocemos este dato. De los 350 casos pertenecientes al grupo preescolar, un 49,3 por 100 (172 casos) son niños y un 50,7 por 100 (177 casos) son niñas. Tenemos un caso del cual no conocemos este dato.

En lo referente a las distintas submortalidades, un 12,69 por 100 (210 casos), de los 1.654 casos menores de un año, corresponde al *grupo neonatal precoz*; un 12,03 por 100 (199 casos) forma el *grupo neonatal tardío*; un 75,27 por 100 (1.245 casos)

⁶ La población entre 1 y 4 años se puede obtener mediante el cálculo intercensal por interpolación geométrica, pero la distribución por edades (sólo menores de 5 años) de los censos correspondientes no permitía obtener este dato, por lo que se tuvo que utilizar el número de nacidos vivos para obtener la tasa.

constituyen el grupo postneonatal. La distribución de estos grupos, año por año, viene recogida en la Tabla II.

Los distintos grupos de edad presentan las siguientes tasas, tal y como representamos en las Tablas I y II:

- La *Mortalidad Infantil* un 31,5 por 1.000 nacidos vivos. La evolución cronológica de la tasa muestra una tendencia claramente descendente, con una disminución de un 43,4 por 100 si comparamos la obtenida en 1954 y la obtenida en 1963.
- La tasa de *Mortalidad Neonatal precoz* es de 3,9 por 1.000 nacidos vivos. Desde el año 1954 al 1963 la tasa decrece un 52,4 por 100.
- La tasa de *Mortalidad Neonatal tardía* es de 3,7 por 1.000 nacidos vivos. Esta tasa sufre sólo pequeñas oscilaciones a lo largo de los diez años.
- La tasa de *Mortalidad Postneonatal* es de 23,7 por 1.000 nacidos vivos. Comparando el año 1954 y el 1963 la tasa desciende un 47,1 por 100, observándose una tendencia claramente decreciente a lo largo de este período.
- La tasa de *Mortalidad Preescolar* es de 6,6 por 1.000 nacidos vivos. Al considerar por años, los valores de la tasa muestran una tendencia claramente decreciente con una disminución del 60,6 por 100 entre el año 1954 y el 1963.

Los porcentajes y las tasas, considerando el *lugar de residencia* Las Palmas de Gran Canaria, son los siguientes: En el *grupo infantil* obtenemos un porcentaje de un 94,1 por 100 y una tasa de 29,6 por 1.000 nacidos vivos; en el *neonatal precoz* un 91,9 por 100 (3,6); en el *neonatal tardío* un 93,4 por 100 (3,5); en el *postneonatal* un 94,6 por 100 (22,4); y en el *grupo preescolar* un 94,2 por 100 y una tasa de 6,2 por 1.000 nacidos vivos.

En todos los grupos de edad, el mayor porcentaje de defunciones tiene lugar en el domicilio (ver Tabla III). De los 1.654 casos recogidos de los menores de un año, el 80,8 por 100 (1.337 casos) fallecen en su *domicilio*; le siguen por orden de importancia los fallecimientos que tienen lugar en *Centros*

de *Beneficencia*, un 14,4 por 100 (238 casos); en las *Clínicas Privadas*, 3,3 por 100 (55 casos); en las *Casas de Socorro*, un 0,7 por 100 (12 casos); *no consta*, un 0,5 por 100 (8 casos); en el *Centro Hospitalario de la Seguridad Social*, un 0,2 por 100 (3 casos). En la distribución por años se observa que las defunciones en el *domicilio* descienden desde un 89,6 por 100 en 1954, hasta un 74,1 por 100 en 1963. En *Centros de Beneficencia* y *Clínicas Privadas* muestra una tendencia ascendente a lo largo de los diez años. En *Casas de Socorro* y *Centro Hospitalario de la Seguridad Social*, los porcentajes son tan pequeños que no se observan diferencias significativas a lo largo de los diez años.

En el *Grupo Neonatal Precoz*, las defunciones que se producen en el *domicilio* son las más importantes, un 64,8 por 100 (136 casos); le siguen los fallecimientos en *Clínicas Privadas* y *Centros de Beneficencia* con un 16,7 por 100 (35 casos) y un 15,2 por 100 (32 casos), respectivamente. En su evolución por años, las defunciones en su *domicilio* muestran una tendencia decreciente en sus valores porcentuales y absolutos, desde un 80,6 por 100 (25 casos) en 1954, hasta un 42,1 por 100 (8 casos) en 1963. Los fallecimientos en *Clínicas Privadas* y *Centros de Beneficencia* también aumentan a lo largo del decenio.

En el *Grupo Neonatal Tardío* fallecen en el *domicilio* un 81,9 por 100 (163 casos); le siguen las producidas en *Centros de Beneficencia*, con 16,6 por 100 (25 casos) y en las *Clínicas Privadas*, con un 5 por 100 (10 casos). En la distribución por año los fallecimientos en el *domicilio* muestran una tendencia decreciente, que es más importante referida a los valores porcentuales que a los valores absolutos; los valores disminuyen desde un 100 por 100 (17 casos) en 1954, a un 50 por 100 (12 casos) en 1963.

Para el *Grupo Postneonatal*, sólo se hizo una subdivisión de 3 lugares de defunción: *domicilio*, *Centros de Beneficencia* y *Otros*. En el *domicilio* se produce el 84,5 por 100 (1.038 casos); las defunciones en *Centros de Beneficencia* suponen un 14,7 por 100 (181 casos). En la distribución por años, los lugares de fallecimiento muestran diferencias poco notables.

Dentro del *Grupo Preescolar* se han recogido un total de 350 casos, siendo los fallecimientos que se producen en el *Domicilio* los más numerosos, un 83,7 por 100 (293 casos); le siguen en importancia las defunciones que se producen en los *Centros de Beneficencia*, un 12,3 por 100 (43 casos); los porcentajes del resto de los lugares de defunción son muy reducidos. Los fallecimientos en el *domicilio* entre los años 1954 y 1963 experimentan un ligero descenso.

Al analizar las CAUSAS DE DEFUNCIÓN (ver Tabla IV) observamos que, en el *Grupo de menores de un año*, el 63,19 por 100 fallecen por *causas infecciosas*, obteniéndose una tasa de 2.005,6 por 100.000 nacidos vivos, distribuyéndose de la siguiente forma: ENTERITIS, un 34,6 por 100 (1.085,6); NEUMONÍAS, un 16,2 (617,1); MENINGITIS, un 2,9 por 100 (91,4); OTRAS INFECCIONES, un 10,2 por 100 (319,9). Le siguen por orden de importancia las defunciones que se producen por causas CONGÉNITAS que suponen un 19,7 por 100 (617,1). El grupo de OTRAS ENFERMEDADES ocasionan un 8,2 por 100 (257,1). Las causas PERINATALES suponen un 4,3 por 100 (135,2). Las MAL DEFINIDAS son un 2,9 por 100 (91,4) y los ACCIDENTES significan un 1 por 100 (30,4). En la distribución cronológica, las causas INFECCIOSAS descienden de una forma muy discreta, pasando de un 61,2 por 100 en 1954 a un 57,7 por 100 en 1963. Sin embargo, las tasas sí sufren una reducción importante, de 2.402,4 a 1.293,1, respectivamente. Dentro de este grupo de causas, las ENTERITIS descienden de forma importante a lo largo del período estudiado, pasando de un 34,8 por 100 en 1954 a un 19 por 100 en 1963, con unas tasas de 1.366,5 y 425,8, respectivamente, siendo este descenso mucho más marcado en los años 1962 y 1963.

En el *Grupo Neonatal Precoz*, las causas más frecuentes de muerte fueron las CONGÉNITAS, con un 43,4 por 100 y una tasa de 169,5; le siguen en orden de frecuencia las PERINATALES, con un 24,4 por 100 (95,2); las INFECCIOSAS, con un 21,5 por 100 (83,8), siendo las más numerosas las NEUMONÍAS, que representan un 7,8 por 100 (30,47) del total de las causas de defunción, siguiendo en frecuencia las ENTERITIS. Analizando cronológicamente las variaciones en frecuencia, observamos que

los porcentajes de fallecidos por causas INFECCIOSAS se mantienen, pero las tasas disminuyen de forma apreciable: en 1954 un 25,9 por 100, con una tasa de 154,2 y en 1963 un 26,3 por 100, con una tasa del 78,8.

En el *Grupo Neonatal Tardío*, las causas más frecuentes son las INFECCIOSAS con un 42,9 por 100 y una tasa de 159,9. De éstas, son las ENTERITIS, con una tasa de 59,0, las que ocupan el primer lugar, seguidas de las NEUMONÍAS, con una tasa de 41,9; las defunciones por causas CONGÉNITAS suponen un 34,2 por 100 (127,6); las PERINATALES, un 9,7 por 100 (36,1). En su evolución por años, las causas INFECCIOSAS presentan una tendencia decreciente, con un 47,1 por 100 (176,3) en 1954 y un 30,4 por 100 (110,3) en 1963.

En el *Grupo Postneonatal*, la mortalidad por causas INFECCIONAS y la tasa por ellas generada es la más alta: un 74,3 por 100 y 1.761,8; dentro de éstas son las ENTERITIS las más frecuentes con un 42,5 por 100 (1.007,5), seguidas de las NEUMONÍAS con un 18,4 por 100 (436,1). Estas cifras nos constatan que el resto de las causas de defunción son minoritarias. En su evolución cronológica, la mortalidad por causas INFECCIOSAS no presenta variaciones en cuanto a los porcentajes, pero sus tasas sí disminuyen de forma apreciable. Así, en 1954 presentan un 70,1 por 100 (2.071,8) y en 1963 un 70 por 100 (1.103,9); dentro de éstas las ENTERITIS disminuyen de forma importantísima, tanto en sus valores porcentuales, como en sus tasas, obteniéndose en 1954 un 41,8 por 100 (1.234,2) y en 1963 un 26 por 100 (410,0).

Dentro del *Grupo Preescolar* las causas que más defunciones ocasionan son las INFECCIOSAS con un 56,5 por 100 (371,4); dentro de éstas, la ENTERITIS suponen un 18,8 por 100 (123,8), las NEUMONÍAS un 15,1 por 100 (99,0), las MENINGITIS un 3,5 por 100 (22,8), OTRAS INFECCIONES un 19,1 por 100 (125,7). Siguen en importancia el grupo constituido por OTRAS ENFERMEDADES, con un 23,5 por 100 (154,2); las CONGÉNITAS un 8,7 por 100 (57,1); los ACCIDENTES un 7,5 por 100 (49,5); las MAL DEFINIDAS un 3,2 por 100 (20,9); las PERINATALES un 0,6 por 100 (3,8). En su evolución a lo largo de los diez años, las causas de defunción sufren pocas diferencias. Sin embargo, los ACCIDENTES no

presentan ninguna defunción en 1954 y en 1963 significan el 12 por 100 con una tasa de 47,3.

COMENTARIOS

Antes de pasar al comentario de los resultados hagamos alguna observación de las Fuentes. Las inscripciones de las defunciones eran muy incompletas en los libros de registro, lo que obligó en ocasiones a recurrir a los legajos de las defunciones, para completar al máximo los datos que deseábamos obtener (sirva como ejemplo que incluso el sexo no se pudo identificar en 7 casos).

Las *causas de defunción* estaban recogidas, a veces, de forma incompleta, por lo que hubo que acudir en estos casos al *legajo de defunción*, que lleva adosado el certificado médico, pero aún así tampoco aparecía con claridad el proceso que condujo a la muerte. Estos casos los incluimos en el grupo de enfermedades MAL DEFINIDAS (parada cardiorrespiratoria, síncope, colapso, etc.), es decir, que sólo está registrada la causa inmediata de la muerte. Esto refleja la poca importancia que se ha venido dando a los *certificados de defunción*.

En el decenio estudiado no existe ningún aborto legal en el Registro Civil de Las Palmas. Esta circunstancia deja sin sentido el cálculo de la *Mortalidad Perinatal* y hace que la *Mortalidad Neonatal Precoz* esté desinflada.

Al número de nacidos vivos utilizados para calcular las tasas, se le tendría que haber sumado el de muertos al nacer y en las primeras 24 horas, para obtener las tasas de acuerdo con la O.M.S., pero este estudio no pudo hacerse así, dado que solamente se obtuvieron defunciones de más de 24 horas, por lo que los resultados estarán por debajo de la realidad respecto a otros estudios españoles que sí estén corregidos o a los de otros países que estudien la Mortalidad de acuerdo con la O.M.S. Por lo tanto, no hemos podido satisfacer uno de los *objetivos* que era el adecuar las tasas de *Mortalidad Infantil* a los criterios de la O.M.S.

A pesar de que en este decenio comienza a aumentar la

asistencia médica hospitalaria y la asistencia al parto en los hospitales⁷, las inscripciones en la capital de defunciones de niños que tenían como lugar de residencia otros municipios de la provincia eran minoritarias, pues para el GRUPO INFANTIL, un 94,1 por 100 tiene como *lugar de residencia* Las Palmas de Gran Canaria y en el GRUPO PREESCOLAR un 94,2 por 100.

Cuando analizamos las tasas globales de *Mortalidad Infantil*, vemos que tienen una tendencia decreciente muy acentuada a lo largo del decenio, e incluso algo más en la *Mortalidad Postneonatal*. Ya hemos expuesto que la *Mortalidad Infantil* es un indicador muy afectado por las condiciones económicas, sociales y sanitarias de una población, por lo que los cambios en dichas condiciones han determinado con toda certeza las variaciones producidas en estos diez años. En esto profundizaremos al hablar de la *Mortalidad Postneonatal*, la cual se ve todavía más afectada por este tipo de factores.

En el decenio estudiado la tasa es de 31,5, pero considerando los que tienen como *lugar de residencia* Las Palmas de Gran Canaria, la tasa se reduce a un 29,6 por 1.000 nacidos vivos. Según la Clasificación de Debre modificada⁸, esta *Mortalidad Infantil* sería moderada. A lo largo de los diez años, la tasa sufre un descenso muy importante, un 43,4 por 100.

Según Arbelo⁹, en 1954 la tasa nacional es de 49,17 y en 1963 de 31,95, por tanto, bastante superiores a las tasas obtenidas por nosotros. Este autor también estudia las tasas nacionales de lo que él denomina *Mortalidad Infantil Biológica*¹⁰, es decir, las tasas obtenidas según los criterios de la O.M.S., que para los años de este estudio son de 55,2 para 1954 y de 40,6 para 1963, por tanto bastante superiores a las tasas dadas como legales en esos años.

⁷ Hay que puntualizar que todavía no estaba en funcionamiento ningún gran centro hospitalario, pues la apertura de la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social, el Hospital Insular y el Hospital Materno-Infantil son posteriores.

⁸ A. ARBELO CURBELO y A. ARBELO LÓPEZ DE LETONA: *Demografía Sanitaria Infantil* (1980), p. 479.

⁹ A. ARBELO CURBELO (1980), *op. cit.*, p. 491.

¹⁰ A. ARBELO CURBELO (1980), *op. cit.*, p. 500.

Las tasas que ofrece Rey Calero ¹¹, de años próximos, son las siguientes: en 1950 de 65,2, en 1960 de 35,5 y en 1963 de 31,95. Como se observa, siguen siendo bastante superiores a las obtenidas en nuestro estudio.

El CIES ¹² ofrece datos del municipio de Las Palmas de Gran Canaria, que son los siguientes: El período de 1951-1955 es de 53,3, el de 1956-1960 de 43,3 y el de 1961-1965 de 27,9; sin embargo, nosotros realizamos el cálculo de los años 1956-1960, obteniendo una tasa de 33,4, es decir, cifras sensiblemente inferiores.

Según Burriel, E. L. y Martín, J. F. ¹³, Las Palmas de Gran Canaria en 1954 presenta una tasa de 48,5 y en 1963 de 22,2; esta última sí coincide casi con nuestros resultados, pero si observamos la evolución en los diez años, las tasas son francamente superiores.

A la vista de estos datos, cabe preguntarse cuáles son los motivos por los que los estudios publicados sobre *Mortalidad Infantil* en Las Palmas, presentan cifras más altas que las obtenidas por nosotros y, por otra parte, por qué las tasas nacionales son superiores, siendo Canarias una zona donde la Mortalidad Infantil ha sido tradicionalmente alta. Creemos que nuestros datos ofrecen mayor fiabilidad, por haber sido los únicos que hemos utilizado fuentes primarias.

Los resultados de nuestro estudio se parecen algo más a los nacionales, si tenemos en cuenta una tabla aportada por Arbelo ¹⁴, en la que se reflejan datos de *Mortalidad Infantil "Urbana"* y *"Rural"*; si se considera la *Mortalidad Urbana*, los resultados se acercan bastante más a los obtenidos en nuestro estudio.

La tasa de *Mortalidad Neonatal Precoz* es de 3,9, pero si tenemos en cuenta sólo las defunciones en las que el *lugar de residencia* es Las Palmas de Gran Canaria, la tasa es de 3,6.

La tasa de *Mortalidad Neonatal Tardía* es de 3,7, pero si consideramos el corrector del *lugar de residencia* Las Palmas

¹¹ J. REY CALERO, *op. cit.*, p. 493.

¹² CIES, *op. cit.*, p. 172.

¹³ E. L. BURRIEL DE ORUETA y J. F. MARTÍN RUIZ, *op. cit.*, p. 459.

¹⁴ A. ARBELO CURBELO, 1980, *op. cit.*, p. 484.

de Gran Canaria, es de 3,5. A lo largo de los diez años los resultados son bastante estables. Esta Mortalidad, así como la Neonatal Precoz, se relacionan más con factores endógenos y es más difícil que varíe con intensidad ante las diferencias socioeconómicas, sanitarias, etc. Las mejoras de tales condiciones terminan influyendo en estas submortalidades, pero más a largo plazo. Pichat¹⁵ declara que «gran parte de la *Mortalidad Infantil inevitable* tiene lugar entre los 25 y 30 primeros días de vida extrauterina, mientras que el resto de la *Mortalidad Infantil controlable* se desarrolla a partir de esos 25 a 30 días y hasta el onceavo mes de vida».

Según Arbelo¹⁶, la Mortalidad Neonatal para el conjunto nacional de 1954, es de 14,96 y en 1963 de 11,89, es decir, tasas bastante superiores a las de nuestro estudio.

Rey Calero¹⁷ refiere tasas de 17 en 1950, de 11,1 en 1960 y de 11,8 en 1963, es decir, que aunque no se aportan datos de todos los años, seguimos afirmando que las tasas nacionales son superiores a las obtenidas en nuestro estudio, a pesar de que en estos datos nacionales tampoco constan las defunciones de las primeras 24 horas, pues el I.N.E. las incluye a partir de 1975¹⁸.

La tasa de *Mortalidad Postneonatal* es de 23,7, pero si tenemos en cuenta sólo los que tienen como *lugar de residencia* Las Palmas de Gran Canaria, es de 22,4. Este es el grupo de edad que presenta mayor descenso de las tasas entre los años extremos del estudio, un 47,1 por 100, siendo la evolución a lo largo de los diez años marcadamente descendente.

Según Arbelo¹⁹, la *Mortalidad Postneonatal* en 1954 es de 34,21 y en 1963 de 20,25. Para Rey Calero²⁰, en 1950 es de 47,12, en 1960 de 23,62 y en 1963 de 20,25. Como hemos podido observar, estas cifras nacionales son también superiores a las de nuestros resultados.

¹⁵ CIES, *op. cit.*, p. 145.

¹⁶ A. ARBELO CURBELO (1980), *op. cit.*, p. 491.

¹⁷ J. REY CALERO, *op. cit.*, p. 493.

¹⁸ J. REY CALERO, *op. cit.*, p. 490.

¹⁹ A. ARBELO CURBELO (1980), *op. cit.*, p. 491.

²⁰ J. REY CALERO, *op. cit.*, p. 493.

Ya hemos indicado cómo las condiciones sanitarias, sociales, económicas, etc., afectan a la *Mortalidad Infantil* en su conjunto, pero de una forma especial a la *Mortalidad Post-neonatal*, pues con la misma atención médica, disminuye más la tasa del grupo de mayor edad, que es el que más muere por factores exógenos, factores que se corrigen al aumentar el nivel de vida y el saneamiento ambiental. Aprovechamos esta ocasión para dar algunos datos de estas condiciones en los años del estudio.

Como ya hemos hecho referencia en la Introducción, hay que tener en cuenta que hasta el año 1950 la tasa bruta de mortalidad de Las Palmas de Gran Canaria era superior a la nacional²¹, a pesar de una estructura de edad joven y de su condición de capital, que la coloca en franca superioridad de infraestructura médica y cultural. Por lo tanto, nuestro período de estudio está condicionado por unas circunstancias no especialmente favorables, en cuanto a condiciones sanitarias se refiere.

Pero tenemos, por otra parte, la generalización de la utilización de los antibióticos, que a pesar de que se descubrieron en los años cuarenta, su uso no se hizo habitual hasta los años cincuenta, momento en el que empezaron a tener un papel importantísimo en el control de las enfermedades infecciosas, especialmente la estreptomycinina en el tratamiento de la tuberculosis que, como ya hemos analizado, marcó los avatares de la tasa bruta de mortalidad en los años 50 en Las Palmas de Gran Canaria.

El decenio estudiado es una etapa de crecimiento demográfico y los presupuestos municipales experimentan un aumento importantísimo, un 224,2 por 100²², lo cual tendría que repercutir, a su vez, en las condiciones de servicios y saneamiento de la ciudad.

En el año 1950 la población activa²³ de Las Palmas de Gran Canaria era de 34,9 por 100 y en 1960 de 33,2 por 100;

²¹ E. L. BURRIEL DE ORUETA y J. F. MARTÍN RUIZ, *op. cit.*, p. 459.

²² Libro de Actas del Ayuntamiento de Las Palmas.

²³ J. F. MARTÍN RUIZ: *Dinámica y Estructura de la Población de las Canarias Orientales (siglos XIX y XX)*. Tomo II, p. 514.

de ésta, en 1950, un 20,3 por 100 trabaja en el sector primario y un 47,9 por 100 en el terciario, pero en 1960 en el primario trabaja un 10,2 por 100 y en el terciario un 60,8 por 100. El sector secundario varía muy poco en este decenio. Estos datos mantienen una estrecha relación con las afirmaciones que hacíamos en la Introducción, en el sentido de que Las Palmas de Gran Canaria en ese decenio tuvo un aumento demográfico importante, condicionado por el inicio del turismo en la capital, con todo lo que esto conlleva en relación al sector servicios, además de otras actividades como la portuaria, etc.²⁴.

Al estudiar cómo se distribuye la población por edades, observamos que Las Palmas de Gran Canaria tiene una población joven y que, además, esta juventud de su población va en aumento, pues en 1950 es menor de 14 años el 30 por 100, en 1962 el 32 por 100 y en 1970 el 35 por 100²⁵.

Esto último tiene especial relación con una natalidad muy alta; según Burriel²⁶ el rasgo más llamativo de la natalidad de Las Palmas de Gran Canaria es sin duda la presencia constante de unas tasas muy altas; hasta 1950, las medias quinquenales han sido siempre superiores al 30 por 1.000 e incluso hasta 1965, en algún año se ha superado también esa cifra²⁷. En un estudio del CIES²⁸ se afirma que, a partir del quinquenio 1951-1955, las tasas de natalidad en la capital son superiores a las provinciales.

Consideramos importante ofrecer algún dato de la situación sanitaria del municipio de Las Palmas de Gran Canaria en el período estudiado.

Sólo pudimos obtener información sobre el número de beneficiarios del S.O.E. del total provincial, y para poder obtener los porcentajes en relación al total de población, se estu-

²⁴ E. L. BURRIEL DE ORUETA, *op. cit.*, p. 134.

²⁵ CIES, *op. cit.*, p. 175.

²⁶ E. L. BURRIEL DE ORUETA, *op. cit.*, p. 138.

²⁷ A. ARBELO CURBELO (1980), *op. cit.*, p. 211.

«Las Palmas es la Provincia de más elevado coeficiente de natalidad de España, conservando todavía en algunos años —1955, 1963, 1964, 1965— valores superiores al 30 por 1.000.»

²⁸ CIES, *op. cit.*, p. 119.

diaron los años 1950 y 1960. De los años 1954 y 1963 no tenemos datos de población. En 1950 un 36,3 por 100 del total provincial es beneficiario del S.O.E. y en 1960 un 41,7 por 100. Por lo tanto, en los años del estudio se produce un aumento discreto. Sin embargo, estos datos son referidos al total provincial, por lo que es de esperar que en la capital el porcentaje sea algo mayor. Como podemos observar, la población cubierta por el S.O.E. en este decenio es todavía minoritaria.

El CIES²⁹ nos refiere unos datos que aportan referencias sobre la situación hospitalaria del momento: *“En 1944 comenzó a concentrarse la actividad sanitaria de la Seguridad Social en Las Palmas, a través de una pequeña clínica de la que era propietaria, y especialmente de clínicas privadas contratadas por la misma. Las pautas culturales sanitarias de dar a luz en la clínica y no en la casa fueron imponiéndose lentamente, aunque crecientemente, hasta ser contempladas como normal entre 1961-1965, en que comenzó a funcionar la Residencia de la Seguridad Social de Ntra. Sra. del Pino”* (Inaugurada en febrero de 1964)³⁰. Por lo tanto, excepto esta pequeña clínica del S.O.E., el resto de la asistencia hospitalaria es de tipo privado, en la mayoría de los casos concertada con el S.O.E.; además, existía un centro hospitalario de la Beneficencia (Hospital de San Martín).

En el decenio en estudio, se produce un aumento importante de los profesionales sanitarios³¹, aunque los datos que pudimos recoger, en su mayoría, eran referidos al total provincial.

En el Municipio de Las Palmas de Gran Canaria, de los años 1954 al 1963 existían tres ambulatorios del S.O.E., uno de especialidades y dos de medicina general³².

En un estudio realizado por Sánchez Mariscal, Cuevas y Yuste, sobre el *Índice de Swaroop*, en el período comprendido entre 1940 y 1963, la provincia española de menor índice era

²⁹ CIES, *op. cit.*, p. 119.

³⁰ Dato facilitado por el INSALUD de Las Palmas de Gran Canaria.

³¹ Reseña Estadística Provincial (1956 y 1972).

³² Datos facilitados por el INSALUD de Las Palmas de Gran Canaria.

Las Palmas³³. Por lo tanto, es una manifestación objetiva del bajo nivel de vida de Las Palmas en el período estudiado.

En resumen, se trata de un municipio con una natalidad muy alta, como corresponde a una sociedad culturalmente atrasada, en la que la mayoría de la población activa se dedica al sector servicios, pero en los años del estudio se produce un desarrollo de la ciudad importante, que coincide con un gran aumento de los presupuestos municipales; sin embargo, sus efectos en niveles de salud se producirán a más largo plazo, pues a pesar de que las tasas de Mortalidad Infantil disminuyen a lo largo del estudio (éstas están también influenciadas por los cambios demográficos, alta natalidad, etc.), la distribución de causas de defunción conserva unos porcentajes muy similares a lo largo del decenio.

Para el *grupo preescolar* la tasa es de 6,6, pero si observamos sólo los que tienen como lugar de residencia Las Palmas de Gran Canaria, es de 6,2. El descenso a lo largo de los diez años es de 60,6 por 100.

Arbelo, aunque es el autor que más ha estudiado la demografía sanitaria infantil a nivel nacional, no tiene datos de Mortalidad Preescolar.

Rey Calero³⁴ no ofrece ningún dato en los años referentes a nuestro estudio, pero afirma que la Mortalidad Preescolar es 3 ó 4 veces inferior a la Infantil en los países subdesarrollados. En nuestro estudio es de 4,7 veces más baja que la Infantil. Por lo tanto, según este criterio, tendría unas cifras propias de país subdesarrollado.

En todos los grupos de edad, el *lugar de defunción* más frecuente, con importante diferencia respecto a los restantes, es el domicilio; las defunciones en éste disminuyen a lo largo del decenio, pero el *Grupo Infantil* lo hace de forma más intensa que el *Preescolar*. Se puede afirmar que la asistencia hospitalaria en Las Palmas de Gran Canaria en este período es muy minoritaria.

En el *Grupo Neonoatal Precoz* se observa una variación importante de los porcentajes de defunción en el domicilio, des-

³³ J. REY CALERO, *op. cit.*, p. 485.

³⁴ J. REY CALERO, *op. cit.*, p. 507.

de un 80,6 por 100 en 1954 hasta un 42,1 por 100 en 1963. Esto tiene relación con un incremento de asistencia al parto en hospitales en estos años, propiciada fundamentalmente por el aumento del nivel de vida y cultural de la población, que demanda cada vez mayor atención. Además, también es este grupo de edad el que presenta mayor número de defunciones en clínicas privadas, un 16,7 por 100, pero sufre un incremento desde un 3,2 por 100 en 1954 a un 42,1 por 100 en 1963 (hay que recordar que la mayoría de los centros hospitalarios en este decenio eran de tipo privado). Las defunciones hospitalarias tendrían que haber sido superiores a las obtenidas, pues los abortos legales causan una parte importante de los fallecimientos hospitalarios.

Un factor que, por sí solo, define una parte importante de las características que presenta la Mortalidad Infantil y Preescolar en Las Palmas de Gran Canaria, es el que, en ambos grupos de edad, las causas INFECCIOSAS representan más del 50 por 100 de las defunciones.

Para el *Grupo Infantil*, las INFECCIONES representan el 63,9 por 100 de las defunciones y las causas CONGÉNITAS y PERINATALES un 24 por 100. Dentro de las INFECCIOSAS, las ENTERITIS, que se relacionan con las condiciones de higiene, alimentación, saneamiento ambiental, etc., ocupan el primer lugar con un 34,6 por 100, que es un porcentaje muy alto, y en segundo lugar las NEUMONÍAS con un 16,2 por 100. Sin embargo, las causas CONGÉNITAS y PERINATALES tenían que haber sido algo superiores, pues la no existencia de abortos legales en todo el decenio ha hecho disminuir las defunciones por estas causas.

Dentro del Grupo Infantil, el *Postneonatal* es el que presenta una mayor mortalidad por causas INFECCIOSAS, con un 74,3 por 100. Sus valores porcentuales se mantienen a lo largo de todo el decenio, pero la tasa disminuye de forma importante. Dentro de éstas, las ENTERITIS ocupan el primer lugar, un 42,5 por 100.

Considerando globalmente el *Grupo Infantil*, observamos que las causas INFECCIOSAS, a pesar de que disminuyen a lo largo de los diez años, en 1963 continúan siendo altas, y sus porcentajes se mantienen elevados durante todo el período.

En relación con las diferentes causas de defunción, según se trate de *Mortalidad Neonatal* o *Postneonatal*, Mouriquand³⁵ define tres peligros: congénito, alimentario e infeccioso. El congénito corresponde a la Mortalidad Infantil Endógena, y tiene su mayor traducción en la *Mortalidad Neonatal*. Los peligros alimentarios e infecciosos corresponderían a la *Mortalidad Infantil Exógena*, y su mayor traducción es en la *Mortalidad Postneonatal*. En los países de mayor mortalidad los dos últimos superan al primero. Las Palmas de Gran Canaria, en los diez años de estudio, está dentro de esta situación. Cuando se consiguen niveles sanitarios adecuados, la *Mortalidad Neonatal* es mayor que la *Postneonatal*, es decir, el peligro congénito supera al alimentario e infeccioso.

Rey Calero³⁶ hace suya también esta división en Mortalidad Endógena y Exógena, dando responsabilidad en la primera al peligro congénito y en la segunda al alimentario e infeccioso. Este autor también corrobora lo que hemos afirmado respecto a que es más fácil influir sobre la Mortalidad Exógena, con medidas sociales, sanitarias, etc., que sobre la Mortalidad Endógena, en la cual los cambios se producen en un período de tiempo más largo.

Haciendo referencia a la *Mortalidad Infantil* de una forma global, el Sexto Informe de la O.M.S.³⁷, sobre la situación sanitaria en el mundo, señala que las causas más frecuentes de muerte, en los *menores de un año*, siguen el orden siguiente: perinatales, anomalías congénitas y gripe y neumonía, en los países desarrollados, y perinatales, enteritis y enfermedades diarreicas, y neumonías, en los países en vías de desarrollo.

Como hemos podido observar, nuestros resultados están lejos de parecerse incluso a los de los países en vías de desarrollo, según este informe, pues para nosotros las ENTERITIS SON la primera causa de muerte en los menores de un año.

Nuestra tasa de *Mortalidad Preescolar* se corresponde con la que Rey Calero³⁸ define como propia de un país subdesa-

³⁵ J. REY CALERO, *op. cit.*, p. 494.

³⁶ J. REY CALERO, *op. cit.*, p. 491.

³⁷ J. REY CALERO, *op. cit.*, p. 451.

³⁸ J. REY CALERO, *op. cit.*, p. 507.

rrollado. Esto queda más acentuado si consideramos la distribución por causas de defunción: un 56,5 por 100 del total de fallecidos es debido a INFECCIONES (de las cuales un 18,8 por 100 son ENTERITIS), variando muy poco sus porcentajes en los diez años, aunque disminuyendo sus tasas de forma ostensible. Es de destacar que en este grupo de edad aumentan mucho las defunciones por ACCIDENTES, un 7,5 por 100 del total.

CONCLUSIONES

Las conclusiones más relevantes obtenidas de nuestro estudio son las siguientes:

- De los 2.004 casos recogidos, pertenecientes a los años 1954 al 1963, ambos inclusivos, 1.654 —un 82,5 por 100— fallecen antes de alcanzar el año de edad y 350 —un 17,5 por 100— fallecen entre 1 y 4 años.
- Uno de los objetivos de este trabajo fue el adecuar las tasas de Mortalidad Infantil a las recomendaciones de la O.M.S. Sin embargo, por la carencia de legajos de muertes fetales tardías, los resultados son los legales en España en aquellos años.
- La tasa de *Mortalidad Infantil* experimenta un descenso importante en los diez años. A pesar de que la tasa disminuye considerablemente, los valores absolutos y porcentuales entre los años extremos del estudio no sufren esa disminución tan importante. Además, a lo largo del decenio se mantienen las causas INFECCIOSAS como los motivos más frecuentes de defunción.
- En lo referente a las distintas submortalidades, la tasa de *Mortalidad Neonatal Precoz* presenta unos valores por debajo de lo que deberíamos haber obtenido, debido a la falta de legajos de muertes fetales tardías. La tasa de *Mortalidad Neonatal Tardía* se mantiene bastante homogénea a lo largo de los diez años. La tasa de *Mortalidad Postneonatal* desciende de forma importante durante el período estudiado, sin embargo, las causas INFECCIOSAS

- mantienen sus porcentajes prácticamente constantes, a pesar de que las tasas disminuyen de forma notable.
- En la disminución de la tasa de *Mortalidad Infantil y Preescolar*, además del número de defunciones, ha tenido enorme importancia la alta natalidad y el aumento de población que se produce en Las Palmas de Gran Canaria durante este período.
 - En los menores de un año, el lugar de defunción más frecuente es el *domicilio*, aunque muestra una tendencia descendente durante el decenio. Sin embargo, el descenso más evidente se produce en los grupos de menor edad, a expensas de un aumento de fallecimientos en *Clínicas Privadas y Centros de Beneficencia*. El *Grupo Postneonatal* es el que presenta mayor número de defunciones en el *domicilio*.
 - El *Grupo Preescolar* presenta mayor número de fallecimientos en el *domicilio* que el grupo de menores de un año. Su descenso en el período estudiado es poco importante.

En general, se produce una evolución favorable de las tasas en los diez años del estudio, pero sin llegar a salir del perfil característico de los países subdesarrollados. Se puede afirmar que se presentan factores socio-económicos que influyen positivamente en el contexto de la Mortalidad Infantil, pero sólo su desarrollo ulterior permitirá en los siguientes decenios adoptar patrones demográficos de países desarrollados.

BIBLIOGRAFÍA

- ARBELO CURBELO, A. y ARBELO LÓPEZ LETONA, A. (1980): *Demografía Sanitaria Infantil*. Edit. Paz-Montalvo. Madrid.
- ARBELO CURBELO, A. (1962): *Mortalidad de la Infancia en España 1901-1950*. Madrid.
- (1938): *Mortalidad Infantil en la Provincia de Las Palmas, Capital y provincial sin Capital, en el Decenio 1928-1937*.
- BOSH MILLARES, J. y BOSH HERNÁNDEZ, J. (1981): *La Medicina en la Provincia*

- de Las Palmas*. Edit. Mancomunidad de Cabildos. Las Palmas de Gran Canaria.
- BURRIEL DE ORUETA, E. L. (1982): *Canarias: Población y Agricultura en una Sociedad Dependiente*. Ed. Oikos-Tau. Barcelona.
- y MARTÍN RUIZ, J. F. (1980): *Estudio Demográfico de la Ciudad de Las Palmas (1860-1975)*. III Coloquio de Historia Canario-Americana. Las Palmas.
- (1976): *Evolución Moderna de la Población de Canarias*. Aula de Cultura del Cabildo Insular de Tenerife.
- CIES (CENTRO DE INVESTIGACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL DE LA CAJA INSULAR DE AHORROS) (1980): *Estructura Social de Canarias I: Desarticulación, Dependencia, claves de la Formación Social Canaria*. Edit. Confederación Española de Cajas de Ahorros. Las Palmas (1980).
- DÍAZ LLANOS, R. (1953): *Síntesis de la Economía Canaria*. Las Palmas.
- GARCÍA, J. L. (1985): «Evolución de la Población». En *Geografía de Canarias*, 2. Edit. Interinsular Canaria, Santa Cruz de Tenerife.
- HERRERA PIQUE, A. (1978): *La Ciudad de Las Palmas. Noticia Histórica de su Urbanización*. Edic. del Excmo. Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria.
- LAÍN ENTRALGO, P. (1978): *Historia de la Medicina*, Edit. Salvat. Barcelona.
- MARTÍN GALÁN, F. y col. (1985): «Ciudades y Núcleos Urbanos». En *Geografía de Canarias*, 2. Edit. Interinsular Canaria. Santa Cruz de Tenerife.
- MARTÍN GALÁN, F., SAA RODRÍGUEZ, M., MEDINA GIL, E., JIMÉNEZ MÉNDEZ, A. (1985): «El Área de Las Palmas de Gran Canaria y Santa Brígida». En *Geografía de Canarias*, 5. Edit. Interinsular Canaria. Santa Cruz de Tenerife.
- MARTÍN RUIZ, J. F. (1985): *Dinámica y Estructura de la Población de las Canarias Orientales (Siglos XIX y XX)*. Tomos I y II. Excma. Mancomunidad de Cabildos de Las Palmas. Madrid.
- PRESSAT, R. (1983): *El Análisis Demográfico*. Fondo de Cultura Económica. México-Madrid-Buenos Aires.
- REY CALERO, J. (1982): *Epidemiología y Salud de la Comunidad*. Edit. Karpos, S. A., Madrid.

TABLA I

N.º DE CASOS. GRUPO MENORES DE 1 AÑO Y GRUPO PREESCOLAR. DISTRIBUCIÓN AÑO A AÑO.
VALORES ABSOLUTOS, PORCENTUALES Y TASAS (PERÍODO 1954-1963)

<i>Años</i>	<i>Menores de 1 año</i>			<i>Preescolar</i>		
	<i>V.A.</i>	<i>%</i>	<i>Tasa</i>	<i>V.A.</i>	<i>%</i>	<i>Tasa</i>
1954	182	11,0	39,4	45	12,9	9,9
1955	195	11,8	40,6	39	11,1	8,1
1956	142	8,6	29,3	33	9,4	6,8
1957	186	11,2	38,7	35	10,0	7,2
1958	171	10,3	34,0	35	10,0	6,9
1959	183	11,1	35,6	35	10,0	6,8
1960	158	9,6	29,8	40	11,4	7,5
1961	150	9,1	26,3	38	8,6	5,2
1962	144	8,7	23,7	33	9,4	5,4
1963	143	8,6	22,3	25	7,1	3,9
Total	1.654	100,0	31,5	350	100,0	6,6

TABLA II

GRUPOS DE EDAD. GRUPOS MENORES DE 1 AÑO. DISTRIBUCIÓN AÑO A AÑO.
VALORES ABSOLUTOS, PORCENTUALES Y TASAS (PERÍODO 1954-1963)

<i>Grupos</i>	<i>Neonatal precoz</i>			<i>Neonatal tardío</i>			<i>Postneonatal</i>			<i>Infantil</i>		
	<i>Años</i>	V.A.	%	Tasa	V.A.	%	Tasa	V.A.	%	Tasa	V.A.	%
1954	28	15,64	6,1	17	9,49	3,7	134	74,86	29,5	179	100	39,4
1955	20	10,25	4,1	22	11,28	4,5	153	78,46	31,9	195	100	40,6
1956	19	13,38	3,9	15	10,56	3,1	108	76,05	22,3	142	100	29,3
1957	25	13,44	5,2	15	8,06	3,1	146	78,49	30,4	186	100	38,7
1958	17	9,94	3,3	19	11,11	3,7	135	78,94	26,9	171	100	34,0
1959	24	13,11	4,6	17	9,28	3,3	142	77,59	27,6	183	100	35,6
1960	13	8,22	2,4	25	15,82	4,7	120	75,94	22,6	158	100	29,8
1961	20	13,33	3,5	23	15,33	4,0	107	71,33	18,8	150	100	26,3
1962	22	15,27	3,6	22	15,27	3,6	100	69,44	16,4	144	100	23,7
1963	19	13,38	2,9	24	16,90	3,7	99	69,71	15,6	142	100	22,3
Total	210 ¹	12,69	3,9	199	12,03	3,7	1.245	75,27	23,7	1.654 ¹	100	31,5

¹ En tres casos no consta el año.
Tasa: por mil nacidos vivos.

TABLA III

LUGAR DE DEFUNCIÓN POR GRUPOS DE EDAD. VALORES ABSOLUTOS Y PORCENTUALES
(PERÍODO 1954-1963)

<i>Grupos</i>	<i>Grupos menores de un año</i>									
	<i>Neonatal precoz</i>		<i>Neonatal tardío</i>		<i>Postneonatal¹</i>		<i>Infantil</i>		<i>Preescolar</i>	
	<i>V.A.</i>	<i>%</i>	<i>V.A.</i>	<i>%</i>	<i>V.A.</i>	<i>%</i>	<i>V.A.</i>	<i>%</i>	<i>V.A.</i>	<i>%</i>
<i>Lugar</i>										
No consta	5	2,4	0	0,0	—	—	8	0,5	2	0,6
Centro hospitalario Seg. Social ..	1	0,5	0	0,0	—	—	3	0,2	1	0,3
Clínicas privadas	35	16,7	10	5,0	—	—	55	3,3	7	2,0
Beneficencia	32	15,2	25	12,6	181	14,7	238	14,4	43	12,3
Domicilio	136	64,8	163	81,9	1.038	84,5	1.338	80,8	293	83,7
Casas de Socorro	1	0,5	1	0,5	—	—	12	0,7	4	1,1
Total	210	100	199	100	1.245	100	1.654	100	350	100

¹ En el Grupo *Postneonatal* sólo se estudiaron 3 supuestos: los reseñados y el de «Otros», al que correspondieron 10 casos. Además 16 casos más tenían datos incompletos.

TABLA IV

CAUSAS DE DEFUNCIÓN POR GRUPOS DE EDAD, VALORES ABSOLUTOS, PORCENTUALES Y TASAS ESPECÍFICAS (*) EN LOS 10 AÑOS DE ESTUDIO (PERÍODO DE 1954 A 1963)

<i>Grupos</i>	<i>Neonatal precoz</i>			<i>Neonatal tardío</i>			<i>Postneonatal</i>			<i>Infantil</i>			<i>Preescolar</i>		
	<i>V.A.</i>	<i>%</i>	<i>Tasa</i>	<i>V.A.</i>	<i>%</i>	<i>Tasa</i>	<i>V.A.</i>	<i>%</i>	<i>Tasa</i>	<i>V.A.</i>	<i>%</i>	<i>Tasa</i>	<i>V.A.</i>	<i>%</i>	<i>Tasa</i>
Enteritis	10	4,9	19,0	31	15,8	59,0	529	42,5	1.007,5	570	34,6	1.085,6	65	18,8	123,8
Neumonía	16	7,8	30,4	22	11,2	41,9	229	18,4	436,1	267	16,2	508,5	52	15,1	99,0
Meningitis	0	0,0	—	0	0,0	—	48	3,9	91,4	48	2,9	91,4	12	3,5	22,8
Otras infecciones	18	8,8	34,2	31	15,8	59,0	119	9,6	226,6	168	10,2	319,9	66	19,1	125,7
Congénitas	89	43,4	169,5	67	34,2	127,6	168	13,5	319,9	324	19,7	617,1	30	8,7	57,1
Perinatales	50	24,4	95,2	19	9,7	36,1	2	0,2	3,8	71	4,3	135,2	2	0,6	3,8
Accidentes	1	0,5	1,9	3	1,5	5,7	12	1,0	22,8	16	1,0	30,4	26	7,5	49,5
Mal definidas	5	2,4	9,5	5	2,6	9,5	38	3,1	72,3	48	2,9	91,4	11	3,2	20,9
Otras enfermedades	16	7,8	30,4	18	9,2	34,2	100	8,0	190,4	135	8,2	257,1	81	23,5	154,2
Total	205	100,0	390,4	196	100,0	373,3	1.245	100,0	2.371,3	1.647	100,0	3.137,0	345	100,0	657,1

* Tasa: por cien mil nacidos vivos.