

Hace 30 años | A. Arbelo Curbelo, J. J. González Martín. Boletín de la Sociedad Canaria de Pediatría 1980; 14:101-130.  
Comentado por A. Montesdeoca Melián  
Servicio de Pediatría del Hospital Universitario de Canarias.

## La mortalidad del lactante y la mortalidad perinatal (mortinatalidad) en la provincia de Las Palmas, 1928-1978.

Noviembre de 1999, Aldea de Progreso, Río Paranapura, Alto Amazonas, Perú.

Atardecía en la selva y el paso alegre y rápido de la mañana se había tornado en un avance torpe, lento y reptante, confirmando huellas sobre las dejadas por las botas polvorientas del compañero predecesor en la fila. Éramos cinco estudiantes de quinto curso de la facultad de medicina que habíamos contactado con una ONGD local peruana para impartir cursos de capacitación a Promotores de Salud de un área rural amazónica. El día había sido duro. Llegábamos después de estar todo el día dando clase y ofreciendo asistencia médica obligada a más de 100 personas (no era nuestra misión, pero no podíamos negarnos). La caminata de vuelta se hacía eterna. Los troncos gigantes del *ojé*, las enredaderas serpenteantes de la *ayahwasca* y los *pandishos* o árboles del pan, flanqueaban la *trocha* (sendero) de camino a Progreso.

Esta aldea, habitada por los amigables *chayahuitas* (etnia mayoritaria en el Paranapura) era lo más parecido al paraíso; con agua potable, bosquecillos de palmeras junto al río, campo de fútbol central, escuela, botiquín con microscopio y sin rastro de basuras u objetos que pudieran servir de criadero al temible *Anopheles*. Las casas, elevadas 1,5 metros, tenían suelos y paredes de *ripa* (madera local), techos minuciosamente contruidos con 3 ó 4 capas de hojas de diferentes palmas (tambos) y altas varas donde amarrar los mosquiteros salvadores del ataque de los vectores transmisores de la malaria, la *uta* (leishmaniosis mucocutánea) o la fiebre amarilla (figura 1).



Figura 1. Comunidad de Progreso. Alto Amazonas, Perú.

Miré hacia nuestro tambo y, al pie de la improvisada escalinata, observé a una pareja de indígenas de unos 14 años con un bebé en brazos que hablaba con una de las monjas de la organización. Ojos rasgados dibujados sobre la piel oscura, brillante y pintada de bronce tras años de exposición a un sol implacable. Vestimenta naranja fluorescente y amarilla, el traje tradicional de una madre-niña primigesta dibujaba una estampa que vacilaba a la hora de confiar a los médicos *gringuitos* la salud de su *lullo* (niño menor de 1 año). En cuanto vimos al lactante, de unos 8 meses, les invitamos a entrar a la choza, cuidando respetar las costumbres y adoptando gestos propios del sincretismo intercultural más sincero. Las finas tiras de madera crujían bajo nuestros pies mientras atravesábamos la estancia mayor de la casa con el niño en brazos. Por entre las varas de ripa se atisbaban las siluetas de animales domésticos varios. Bajo la casa jugueteaban los *chanchos* y las gallinas que corrían libres por la comunidad, los mismos que esperaban ansiosos debajo de la letrina sobreelevada a que cayera el preciado maná fecal de las alturas. Toda una experiencia de reciclaje y perpetuidad del círculo vicioso de transmisión de múltiples infestaciones. Así, subido a un retrete de madera humedecida por la lluvia y el orín, uno termina de comprender los diagramas de ciclos vitales parasitarios de la web de los CDC de Atlanta en cuanto ve a los cerditos coprófagos por el hueco de la entrepierna esperando su recompensa.

Era la hora de los mosquitos y la humedad reinante, sumada a los 39°C a la sombra, otorgaban al ambiente un tono, digamos, tropical. El niño estaba hipotónico, pálido, con ojos y fontanela hundidos, disminución del nivel de conciencia, febril, taquicárdico y con un aspecto que Gorelik se habría quedado corto si le otorgase la máxima puntuación de su escala de valoración clínica de la deshidratación. De tiempo en tiempo, hacía apneas que se nos antojaban interminables a la vez que premonitorias de un desenlace inevitablemente fatal. Nos mirábamos unos a otros y todos pensábamos lo mismo, aunque ninguno lo verbalizara en ese

momento. Preparamos a todo correr 1 litro de solución de rehidratación la OMS y comenzamos a hacerla gotear encima de la boca del niño, pues era incapaz incluso de succionar.

El centro de salud más cercano se encontraba a más de 12 horas de camino y la pequeña posta de salud local estaba cerrada a cal y canto, pues el personal auxiliar se encontraba vacunando en la zona del Alto Parapapura. A todos se nos pasó por la cabeza el tirar abajo la puerta de aquella posta, pero ya nos advirtió el personal de la ONGD: *- si rompemos la puerta para coger el suero intravenoso, tenemos que estar seguros de que el niño se salvará. De lo contrario, los chayahuitas pensarán que habrá muerto por la acción de los médicos extranjeros y eso dificultará mucho las relaciones con este pueblo -*. Aquello nos sonó a sentencia. Ninguno de nosotros había cogido en su vida una vía venosa y las posibilidades de hacerlo en un lactante deshidratado eran francamente bajas. Fue una decisión muy difícil. Finalmente acordamos mantener la rehidratación oral durante toda la noche, doblegando nuestra impotencia de individuos del primer mundo insultantemente rico, para el que muertes como ésta serían simplemente intolerables. *- No se atormenten-*, nos decía la monja que llevaba más de 20 años en la selva, *- en las parejas chayahuitas es frecuente que el primer hijo muera, pues los padres suelen ser muy jóvenes y a veces no aprenden lo suficiente como para cuidarlo de forma adecuada. Hemos visto a varios morir por problemas con la lactancia o por alimentarlos con masato<sup>1</sup> o plátano maduro machacado -*.

Al alba, el niño había mejorado, por lo que los padres quisieron llevárselo a su aldea. Intentamos impedirlo, pero fue imposible. Seguimos nuestra ruta por el hermoso río Parapapura acompañados por un silencio general que permitía escuchar la algarabía que tiene la selva como sonido de fondo. Días después nos enteramos de que el niño había fallecido tras consultar los padres con un curandero (pues seguía con diarrea), quien le ofreció un cocktail de cloroquina, primaquina y metronidazol, acompañado de succiones en la piel dejando huella equimótica, en toda una suerte de rituales para curar el mal de ojo o *virote*. Ahí nos dimos cuenta de cómo los mejores fármacos introducidos por la medicina occidental, sin un control en la dispensación, sin la formación adecuada del individuo que los administra y en una realidad cultural tan distinta a la de la Europa Occidental, se convertían también en las mejores y más crueles armas. Esa era nuestra explicación cuando las autoridades de la comunidad nos preguntaban: *-¿esteeeee, cómo es que no traen medicamentos?-*.

La monja que presencié nuestra experiencia con aquel *llullo*, trató de tranquilizarnos: *- Hace 28 años, cuando vivía en España, vi morir a algunos niños así en aquel brote de cólera que hubo en la cuenca del Jalón. Lo peor es que no podíamos acceder a una vía venosa y teníamos que infundir sueros por vía subcutánea, lo cual a veces era insuficiente. También morían muchos de tosferina, pulmonía, meningitis y por problemas en el parto -*.

## INTRODUCCIÓN

En el artículo que nos ocupa, los autores analizan de forma pormenorizada la mortalidad perinatal (MPeN) y del lactante acaecida en la provincia de Las Palmas entre los años 1928 y 1978. Cincuenta años en los que el nivel de vida en las islas atravesó múltiples etapas, teniendo como nadir la difícil situación de la Posguerra, tan comentada por nuestros queridos mayores en diversas reuniones familiares. Según exponen los investigadores, se tomó la fecha de 1928 por ser el año en que la provincia de Las Palmas comenzó a regirse de forma independiente en lo que a estadísticas sanitarias se refiere.

En el medio siglo de estudio, se analizaron datos de mortalidad infantil (MI) pertenecientes a las poblaciones de 20.000 o más habitantes de la provincia (incluyendo la capital), justificando dicho análisis por tratarse de un estadístico que clásicamente se ha considerado como un indicador de salud y, por ende, del grado de desarrollo de un país o región.

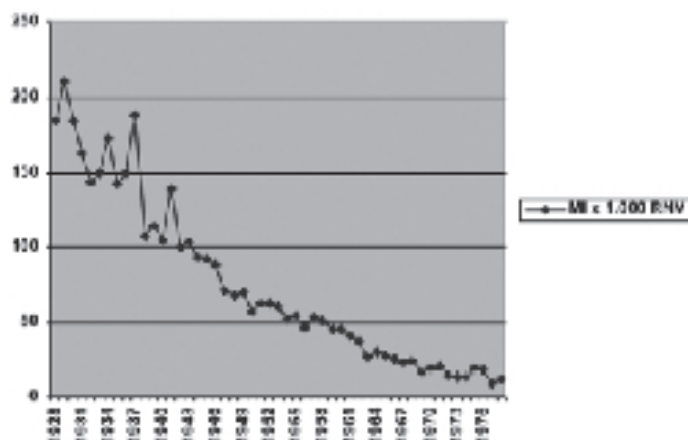
La MI, medida por cada 1.000 recién nacidos vivos (RNV), consta de dos componentes: la mortalidad neonatal (MN), la cual incluye a los fallecidos en los primeros 28 días de vida (a su vez dividida en neonatal precoz y tardía) y la mortalidad post neonatal (MPN), la cual aglutina a las muertes acaecidas entre los 29 días de vida y los 12 meses.

## MORTALIDAD DEL LACTANTE

Partiendo en 1928-29 de escalofrantes cifras del orden de 200 niños menores de un año fallecidos por cada 1.000 RNV, no es de extrañar que los autores hagan mención al grandísimo descenso experimentado en la MI en los 50 años que son objeto de revisión. En 1977 la cifra provisional era de 9 por 1.000 RNV y del orden del 13 por 1.000 RNV en 1978; lo cual representó una caída libre de 172 enteros o, mejor, del 92,97 % del coeficiente inicial (figura 2). Cabe reseñar que en esos dos últimos años se incluyó también en el guarismo resultante a los fallecidos en las primeras 24 horas de vida.

<sup>1</sup> **Masato:** Bebida alcohólica casera fruto de la fermentación de la yuca. Se realiza tras la adición de una pequeña porción de tubérculo mascado por la mujer más anciana de la casa a un gran caldero de yuca hervida.

Como aspecto curioso, comentaremos que los autores utilizan una nomenclatura distinta a la actual a la hora de definir los valores de los coeficientes de MI reflejados en la gráfica. Así definen como valores: *muy fuerte*, *fuerte*, *moderado* o *débil* a lo que hoy serían: *muy alto*, *alto*, *medio* y *bajo*.



**Figura 2.** Evolución de la mortalidad infantil en la provincia de Las Palmas (1928-1978).

La vertiginosa caída en la incidencia de muertes infantiles por cada 1.000 RNIV refleja por sí misma la mejora en las condiciones de vida de la población, así como el avance en la prevención y terapia de las enfermedades del lactante aunque, hecho curioso, los autores no indagaron en las causas de este magnífico descenso, describiendo simplemente los datos numéricos recogidos en su revisión.

Posteriormente, se pasa a analizar las diferencias entre la MI registrada en medio urbano con respecto a aquella hallada en medio rural. Las últimas cifras oficiales de las que disponían los investigadores eran las pertenecientes al año 1976, en donde observaban una diferencia en la MI registrada en ambas áreas a favor de los nacidos fuera del ambiente urbano capitalino, siendo del orden de 19 por 1.000 RNIV en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria y de 18 por 1.000 RNIV en el medio rural. No quisiéramos seguir sin mencionar que el autor del comentario que se encuentran leyendo en estos instantes, nunca se sintió tan feliz de verse excluido del valor de una estadística como ahora, ya que 1976 fue precisamente el año de su nacimiento.

Volviendo al artículo, diremos que en una publicación actual se haría referencia a que la diferencia encontrada entre la mortandad de las poblaciones urbana y rural carece de significación estadística, pues el alto valor de la *p*, otorgaría mucho protagonismo al azar como causante de ese hallazgo. Distinto sería (aunque con conclusiones antagónicas) el considerar cifras de años precedentes, pues por ejemplo en 1960 fallecieron

34 lactantes menores de un año por cada 1.000 RNIV en medio urbano, en contraposición a los 64 declarados en medio rural. Otro aspecto pasado por alto por los autores es que las cifras absolutas de fallecimientos no son equiparables entre ambas cohortes, pues hasta el año 1964, las defunciones totales en medio rural superaban en más de 100 niños a las halladas en medio urbano. Esto puede representar un sesgo en los resultados encontrados, pues dicho valor representa hasta el 38% de las cifras totales de nacidos en medio urbano, como ocurre por ejemplo en 1959. Este hecho es aún más preocupante cuando no se especifica: el número de partos realizados fuera del medio hospitalario, si hubo o no un porcentaje importante de niños procedentes del medio rural que nacieron en la ciudad, si los partos complicados fueron asistidos todos en medio urbano o no, cuál era el porcentaje de prematuridad, qué cantidad de mujeres seguían control prenatal, cuántos partos fueron asistidos por un médico y tantos otros detalles que pueden influir en la calidad de los datos generados como resultados. Sin embargo, parece claro que, aunque no podamos dar gran valor a las diferencias observadas entre las poblaciones rural y urbana tal y como nos presentan los autores los datos, sí es evidente la vertiginosa caída de las cifras globales de MI con el devenir de los años.

En el texto original, se da importancia al concepto gráfico de *cruce* de las submortalidades (rural y urbana) del lactante, hecho que no significa otra cosa que el cambio en la tendencia de la curva, haciéndose superior la cifra de fallecidos en medio rural a la registrada en medio urbano. Los autores dan gran valor a este *cruce* o *cruzamiento* de los valores y lo equiparan (sin base justificada en el texto, por cierto) a la entrada de un país en fase de *desarrollo* o *civilización*. El *cruce* se da en la provincia de Las Palmas a partir del año 1946, aunque existe un primer *cruce* registrado en el año 1929 que fue fugaz, pues se invirtió de nuevo la tendencia en los años posteriores. Las cifras de una y otra submortalidad se encuentran siempre muy cercanas en la segunda mitad del período analizado y se comenta que esta diferencia habría sido ostensiblemente mayor si se hubiera incluido como pertenecientes al medio urbano a aquellas poblaciones con más de 10.000 habitantes censados. Cabe señalar que los coeficientes oficiales de MI en la citada provincia estaban por debajo del promedio nacional durante el segundo período del estudio, algo que no ocurre en la actualidad. Si consultamos datos pertenecientes al año 2008 en la base del Instituto Nacional de Estadística, observamos que la MI en Canarias es de 4,18 por cada 1.000 RNIV, una de las más altas de España ese año, sólo superada por la de Melilla y La Rioja (aunque esta clasificación es extraordinariamente variable año tras año). El coeficiente nacional se sitúa en 3,54 por cada 1.000 RNIV para el año 2008, cuando la

provincia de Las Palmas registró una MI de 3,36 por 1.000 RNV, frente a los por 5,07 por 1.000 RNV de Santa Cruz de Tenerife.

Por falta de posibilidad de acceso a los datos, los autores no pudieron analizar las causas de muerte durante el período comprendido entre 1928 y 1975, exponiendo los datos exclusivamente de 1976. En ese año se registró una MI de 18,5 por 1.000 RNV, de los cuales el 57% eran de sexo masculino. Haciendo uso de la nomenclatura utilizada originalmente en el artículo objeto de este comentario, diremos que la causa más frecuente de muerte (71,5% del total de MI) fue el *peligro congénito*, seguido del *peligro infeccioso* (24,9%) y del *peligro accidentes* (1,8%). Destacan que el *peligro alimentario* no registró ningún fallecimiento, dirigiendo la lucha contra la morbimortalidad del lactante hacia medidas que prevengan las malformaciones congénitas y las infecciones.

El descenso de la MI en los últimos 30 años ha sido motivado, mayoritariamente, por la disminución de la MN, ya que el coeficiente MPN era ya bajo hace 30 años. Las mejoras en el control prenatal en la detección de malformaciones congénitas o su riesgo, la asistencia obstétrica en el momento del parto y los avances en materia de neonatología son los principales responsables de este descenso.

## MORTALIDAD NEONATAL

La MN fue *fuerte* (como expresan los investigadores) durante los primeros 20 años del estudio en la provincia de Las Palmas y, por una cuestión conceptual, también en los años 1975 y 1976. A partir de 1975, los fallecidos se agrupan

de distinta forma, lo cual hace que los datos no sean totalmente comparables con los de años previos. Así, se define la mortalidad fetal tardía (MFT) como aquella que se sucede desde la semana 28 de gestación hasta el parto, mientras que la MN se subdivide en precoz (< 7 días) y tardía (de 8 a 28 días). Los autores ya evidencian en el texto que la MN representa el 67% de la MI total. Como dato a destacar, comentaremos que a partir de 1964, cuando los partos se centralizaron mayoritariamente en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, la MN capitalina fue siempre superior a la provincial. En cuanto a la MPN (29 días-12 meses de vida), los investigadores declaran que aglutina hasta un tercio de la MI. En su evolución, la MPN se acerca tanto más a la MN cuanto más nivel de desarrollo se consigue en la población a estudio, culminando en valores inferiores a la MN.

Posteriormente se estudió la MN precoz, observándose que ésta representa un 78% de la MN y algo más de la mitad (52%) de la MI total para el año 1976. Siendo más precisos, los fallecidos en las primeras 24 horas tras el parto suponían más del 40% de las muertes acaecidas en la primera semana de vida, dato que evidencia las mejoras que habían de obtenerse en materia de atención al parto y reanimación neonatal. Las cifras generales de 1975-1976 se expresan en la tabla 1.

Si consultamos los últimos datos publicados por el grupo de mortalidad de la Sociedad Española de Neonatología en 2004, los cuales por cierto no incluyen datos de la provincia de Las Palmas, encontramos las siguientes cifras nacionales (tabla 2).

Años	Fallecidos de < 7 días x 1.000 RNV	Fallecidos de < 1 día x 1.000 RNV	Fallecidos de 1 a 6 días x 1.000 RNV
1975	10,1	7,2	2,9
1976	9,7	5,2	4,4

**Tabla 1.** Mortalidad neonatal precoz en la provincia de Las Palmas (1975-76).

Mortalidad fetal	4,84
Mortalidad Neonatal	3,15
Mortalidad neonatal inmediata (<24h)	1,00
Mortalidad neonatal precoz (1-6d)	1,02
Mortalidad neonatal tardía (7-28d)	0,81
Mortalidad perinatal	7,97

**Tabla 2.** Mortalidad perinatal en el año 2004 en España según el grupo de trabajo sobre mortalidad de la SEN (cifras x 1.000 RNV).

## MORTALIDAD PERINATAL

Definida actualmente como el conjunto de fallecimientos ocurridos desde la semana 28 de gestación hasta el fin de las primeras 24 horas de vida, esto es: MFT + MN precoz, sólo encontramos en el texto datos de 1975-76, ya que anteriormente, se distribuían las mortandades según los criterios de Bertillón: 1) nacidos muertos, 2) muertos al nacer y 3) muertos antes del primer día de vida. Esta cifra superó los 30 x 1.000 RNV hasta 1970, siendo de 24 x 1.000 RNV en el bienio 1973-74. MPeN no pudo ser estudiada por carecer de los datos de MPN hasta 1976, pero sí se pudo valorar la MFT, encontrándose valores llamativamente bajos en municipios como Arrecife o Puerto del Rosario en relación a los municipios de la isla de Gran Canaria (especialmente aquellos con menos de 10.000 hab), dato resaltado por los autores por las implicaciones que tiene en la valoración de la sanidad maternal.

A diferencia de lo que ocurre al inicio del texto, en esta parte final, los investigadores hacen un estudio más en profundidad de las condiciones en las que se llevan a cabo los nacimientos durante el año 1976. Así, encuentran que hasta un 25% de los partos normales se atienden en domicilio, existiendo municipios como Agüimes, Ingenio o Santa Lucía (todos del sur de la isla) donde los nacimientos domiciliarios representan más del 50% del total. Treinta años después, los partos en domicilio son una rareza en nuestro medio, lo cual ha generado un innegable avance la disminución de la morbimortalidad materna y neonatal. El descenso de la MN en los últimos 30 años cobra mayor importancia, si tenemos en cuenta factores influyentes que no se han comentado, como el aumento vertiginoso de la prematuridad y las gestaciones múltiples, el uso de las técnicas artificiales de fertilización en mujeres con enfermedades asociadas y lo difícilmente prevenibles y diagnosticables que son algunas malformaciones congénitas graves (por ejemplo, las cardíacas). Si nos fijamos en la cifra de partos distócicos o en el índice de prematuridad del año 1976, también observaremos diferencias abismales con los actuales. Sólo un 1% de los partos fueron distócicos ese año y en un 1,71% de los casos el embarazo finalizó antes de la semana 37. Echamos de menos cifras más precisas en torno al porcentaje del total de fallecidos que eran recién nacidos pretérmino, la mortalidad materna achacable al parto y las indicaciones de finalizar el parto de manera instrumental. En muchos hospitales se supera con creces el 15% de partos por cesárea que recomienda la OMS como valor máximo deseable (la media en España está en torno al 25%). Este hecho, junto con la tasa de prematuridad observada en Canarias (8,4% de todos los nacimientos), nos debe hacer reflexionar sobre la excesiva "instrumentalización del parto" y sobre la necesidad de pro-

tolizar mejor la fertilización de mujeres con enfermedades asociadas, dada su alta probabilidad de sufrir un parto pretérmino. En nuestra opinión, los obstetras y los neonatólogos deben estrechar aún más los lazos y tomar decisiones en conjunto desde el mismo momento de la visita preconcepcional, en aras de optimizar los resultados globales.

## COMENTARIO FINAL

En la última parte del texto los autores sostienen que el progreso obtenido por la medicina primera (actual atención primaria de salud) es el responsable de las mejoras obtenidas en lo que a salud materno-infantil se refiere. A falta de un coeficiente directo que permita juzgar el estado de salud de una población, ellos opinan que la MI y la MPeN son estadísticos simples que pueden servir de indicador a tal efecto. No se equivocaban. Ambas tasas (entre otras) han sido usadas por agencias internacionales como la OMS para el análisis de la situación de salud de una población.

En 2000 se celebró en Nueva York la cumbre del milenio de la ONU, donde los líderes del mundo realizaron un esfuerzo para definir los objetivos de desarrollo del milenio, los cuales establecen metas claras para reducir la pobreza, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer para el año 2015. El objetivo número 4 es reducir en dos terceras partes la mortalidad mundial entre los menores de 5 años. El programa de las naciones unidas para el desarrollo (PNUD) está presente en 166 naciones y utiliza su red mundial para conectar a los países con los conocimientos y los recursos necesarios para lograr estos objetivos. El PNUD apuesta firmemente por la creencia de que el desarrollo, en última instancia, es un proceso de ampliación de la capacidad de elección de las personas, no simplemente una cuestión de ingresos nacionales. Así, se define el índice de desarrollo humano (IDH) de un país como un coeficiente que aglutina tres indicadores numéricos de valoración: uno sobre el estado de salud (esperanza de vida al nacer), otro sobre el nivel de educación de la población (tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en educación primaria, secundaria y superior) y un tercero que valora la riqueza de un país (PIB per cápita según paridad de poder adquisitivo).

La búsqueda de medidas objetivas del estado de salud de la población es una antigua tradición en epidemiología y salud pública en general. Clásicamente, la descripción y análisis del estado de salud fueron fundados en medidas de mortalidad y supervivencia. Otros

conceptos más modernos consideran aspectos distintos, como la morbilidad, el acceso a servicios o a medicamentos esenciales, los años de vida perdidos ajustados a discapacidad, la valoración subjetiva del estado de salud o los factores ambientales. Estos indicadores intentan documentar la capacidad de las personas de funcionar física, emocional y socialmente y se integran plenamente en el concepto actual de desarrollo (enfocado en los individuos).

En países de bajo IDH, por ejemplo de América Latina, se dan cifras de MI equiparables a las observadas en EEUU o Europa Occidental hace 50 ó 60 años. Cada año, fallecen cerca de 400.000 menores de cinco años en la región de las Américas y la mayor parte de ellos mueren en primeros 28 días (70% por causas prevenibles). La MN es de 14,3 por cada 1.000 nacidos vivos, lo cual representa el 60% de la MI y el 40% de las defunciones de los menores de 5 años. La mayoría de estas muertes podría evitarse con medidas sencillas y de bajo costo. Al igual que lo comentado para el caso de Canarias hace 30 años, en América Latina se ha reducido notablemente la MPN, pero sin una disminución equivalente de la MN (15 x 1.000 RNV). Las cifras se elevan más de un 50% si hablamos de poblaciones rurales, especialmente las indígenas.

No quisiéramos finalizar este comentario sin antes destacar la última parte del artículo publicado hace 30 años, donde los autores defienden la importancia de la educación sanitaria de la población en todas las edades de la vida. Nuestros colegas hacen especial hincapié en la etapa de la adolescencia, donde *la ignorancia de la juventud puede ser fruto de los males del peligro congénito*.

En cuanto a la atención y cuidados del lactante, hacen una llamada de atención en torno a la necesidad de que todas las futuras madres de la provincia sean capacitadas en la Escuela de Puericultura de Las Palmas, recibiendo un diploma de aptas para la crianza de niños al final del curso. A este respecto, comentaremos que este es un tema de conversación muy frecuente entre los pediatras, quienes impasibles observamos como se utilizan los servicios de salud al antojo del usuario y por cuestiones que más atañen a la puericultura que a la pediatría en sí misma. Más del 80% de las consultas a un servicio de urgencias hospitalario pueden ser atendidas en un centro de salud y gran parte de consultas al pediatra de atención primaria deberían poder ser resueltas o prevenidas en el ámbito familiar (con una educación sanitaria adecuada). Así, las lecciones sobre el cuidado de los niños tendrían que estar incluídas en los programas educativos de los centros de enseñanza general (a nivel de ESO, por ejemplo) e impartirse obviamente a los dos sexos, no sólo a las mujeres como era hace 30 años (por tratarse de tareas *propias de su sexo*, según la sociedad machista de la época).

Finalizan los investigadores sentenciando que todas las poblaciones de la provincia con más de 20.000 habitantes deberían contar con un hospital materno-infantil dotado de departamentos específicos para lactantes y neonatos, algo que se nos antoja impensable en la actualidad, donde la escasez de personal y un modelo diferente de jerarquización impiden tal concepción.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Arbelo Curbelo A, González Martín JJ. La mortalidad del lactante y la mortalidad perinatal (mortinatalidad) en la provincia de Las Palmas, 1928-1978. BSCP 14 (3): 101-30.
2. Instituto Nacional de Estadística. Demografía y población. URL: <http://www.ine.es>
3. Organización panamericana de la salud. Indicadores de salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. Boletín Epidemiológico / OPS, 22 (4), 2001.
4. Organización panamericana de la salud. Mortalidad materna y neonatal en América Latina y Caribe y estrategias de reducción, 2009.