

CAMBIOS EN LA MORTALIDAD INFANTIL

*Alejandro Aguirre**

Desde el fin de la contienda revolucionaria, la mortalidad infantil ha mostrado un continuo descenso. Esto puede apreciarse tanto con los cálculos derivados de las estadísticas vitales —que sabemos subestiman la mortalidad infantil— como con otras estimaciones que nos aproximan a su nivel real. De acuerdo con las estadísticas vitales, la tasa de mortalidad infantil (TMI) era de 130 por mil en 1930; se encontraba en torno a 100 por mil hacia la mitad del siglo; y para 1995 su valor fue de 17 defunciones de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos. Fuentes de información y/o metodologías alternativas ubican a la mortalidad infantil en niveles más altos. Así, la TMI presentaba valores de 189 en 1930; 129 en 1950 y 30 en 1995.

La tasa de mortalidad infantil no ha detenido su descenso a pesar de las crisis económicas. En años recientes (concretamente en la llamada década perdida) aun con el estancamiento económico, la TMI descendió debido a una conjugación de factores, como el uso de la terapia de hidratación oral que abatió la mortalidad por infecciones intestinales. Por otra parte, a causa de la práctica generalizada de la planificación familiar, cada vez nacen menos niños con alto riesgo de morir, como los hijos de mujeres en los extremos del período reproductivo, los niños de orden alto (del cuarto en adelante), así como aquellos entre los que media un intervalo intergenésico corto (menos de dos años).

La mortalidad infantil ha sido y es diferencial de acuerdo con varias características sociodemográficas, y uno de los factores más relevantes es la educación de la madre. Los cambios cuantitativos han ido acompañados de cambios cualitativos dentro de la



* *Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, El Colegio de México.*

llamada transición epidemiológica, la cual básicamente consiste en la modificación de la estructura de causas de muerte.

Para analizar la transición epidemiológica de la mortalidad infantil, las causas de muerte se pueden agrupar según lo fácil o difícil que es evitarlas, de la siguiente manera: 1) enfermedades inmunoprevenibles (EIP); 2) enfermedad diarreica aguda (EDA); 3) infección respiratoria aguda (IRA); 4) afecciones perinatales (AP); y 5) anomalías congénitas (AC). Están ordenadas de las más sencillas a las más difíciles de controlar. Estos grupos de causas de mortalidad provocan, al menos desde 1950, más de dos tercios de las defunciones infantiles registradas.

El grupo de causas en el que es más fácil abatir la mortalidad infantil es el de las enfermedades inmunoprevenibles. Con la aplicación de una o varias dosis de vacunas, en la mayoría de los casos es posible evitar estas enfermedades. La mortalidad por enfermedades diarreicas puede prevenirse de una manera relativamente fácil con la terapia de hidratación oral (THO). Para las infecciones respiratorias no existe una fórmula mágica como las vacunas o la THO, sin embargo, muchas defunciones por esta causa pueden evitarse con una serie de medidas de atención primaria a la salud. Para evitar defunciones por afecciones originadas en el periodo perinatal se precisa de medidas de más costo como una adecuada atención prenatal y atención (de preferencia médica) durante el parto. Para esto se necesita de una infraestructura hospitalaria, así como contar con recursos humanos capacitados, ele-

mentos asociados al desarrollo económico. Finalmente, las anomalías congénitas son condiciones no solamente difíciles de evitar sino en ocasiones de detectar, por lo que con los conocimientos científicos y la tecnología actuales es poco lo que puede hacerse en este campo para disminuir la mortalidad infantil.

Para analizar causas de muerte es inevitable el uso de estadísticas vitales, ya que las otras fuentes de información que permiten corregir su nivel no captan las causas de defunción. Es posible que el patrón epidemiológico que revelan las estadísticas vitales distorsione la distribución real de las causas de defunción. Se podría pensar que dado que el subregistro es mayor en zonas rurales, y que las EDA y/o IRA son más frecuentes en este medio, en el patrón epidemiológico derivado de las estadísticas vitales estas causas estarían subrepresentadas. No obstante, el subregistro de defunciones infantiles también tiende a concentrarse en la mortalidad neonatal y en general en las edades más jóvenes. En este tramo de edades es frecuente la mortalidad por afecciones perinatales. Así, el subregistro ocurre en cuando menos tres de los grupos de causas de muerte, y con esto la distorsión deja de ser tan seria.

Dado que hay subregistro de defunciones infantiles (25% según la ENADID de 1992), sólo se cuenta con la información de causas de la muertes que han sido reportadas. A través del tiempo, tanto el registro como la certificación de las defunciones ha mejorado. Sin embargo, dada la heterogeneidad de la calidad de la información (que causa una mayor subestima-

ción en el pasado), es preferible hacer un análisis ordinal de las causas de defunción infantil.

En el perfil epidemiológico pretransicional de la mortalidad infantil (hasta 1930) dominan los padecimientos infecciosos; es decir, las diarreas, las infecciones respiratorias y los padecimientos inmunoprevenibles. Así, en 1922 y en 1930 las EDA y las IRA ocupan los dos primeros lugares, y una EIP, la tosferina (TF), se ubica en el cuarto.

Al avanzar en la transición epidemiológica, inicialmente los padecimientos inmunoprevenibles pierden importancia, y es común que las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias ocupen los dos primeros lugares entre las causas de mortalidad infantil. Las afecciones perinatales se ubican en tercer lugar (1970).

Posteriormente (entre 1980 y 1990) las EDA y las IRA dejan de ser las dos causas más importantes de mortalidad infantil (descendiendo al segundo y tercer sitios), y las afecciones perinatales pasaron a ocupar el primer lugar, mientras que las anomalías congénitas alcanzaron el cuarto.

En la mayoría de los países desarrollados, las afecciones perinatales y las anomalías congénitas constituyen las dos primeras causas de muerte, mientras que las infecciones tanto del sistema digestivo como del sistema respiratorio dejan de aparecer entre las cinco causas más frecuentes de mortalidad infantil. Nuestro país se encamina hacia ese perfil epidemiológico, aunque todavía hay padecimientos infecciosos entre las primeras causas de mortalidad infantil. En 1995, el patrón epidemiológico de la mortalidad infantil en México era afecciones perinatales, anomalías congénitas, infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas (AP/AC/IRA/EDA) *DemoS*

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL DERIVADAS DE ESTADÍSTICAS VITALES Y ESTIMADAS Y PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTES 1922-1995							
	Porcentaje de certificación	TMI		CAUSAS			
		EV	Estimada	1	2	3	4
1922		222		EDA	IRA	AC	TF
1930		130	189	EDA	IRA	AC	TF
1940	52	126	163	EDA	IRA	AC	Viol
1950	53	96	129	IRA	AP	EDA	TF
1960	63	74	90	AP	EDA	IRA	AC
1970	74	68	76	IRA	EDA	AP	AC
1980	86	40	57	AP	EDA	IRA	AC
1990	94	24	41	AP	EDA	IRA	AC
1995	95	17	30	AP	AC	IRA	EDA

EDA = enfermedad diarreica aguda; IRA = infección respiratoria aguda; AC = anomalías congénitas; AP = afecciones perinatales; TF = tosferina.

Nota: La clasificación de las causas de muerte ha cambiado de la 3a. revisión de la cie en 1922 a la 9a. revisión en 1995.

Fuentes: SSA. Dirección General de Estadística, Informática y Evaluación, *Compendio Histórico Estadísticas Vitales 1893-1993. Estados Unidos Mexicanos*, SSA. Dirección General de Estadística e Informática, *Mortalidad 1995*. Camposortega, S. "Cambios en la mortalidad. Cien años de mortalidad en México", en este número de *DemoS*.

