

¿Hasta cuándo se llegará a las treinta defunciones por mil?

René Jiménez Ornelas*

En 1989 el gobierno mexicano, a través de la Secretaría de Salud, firmó un convenio con representantes de organismos internacionales (OPS, OMS y UNICEF) con el objeto central de hacer frente a la mortalidad de los niños menores de cinco años, por medio de estrategias regionales que lleven a reducir la tasa de mortalidad de menores de un año a un nivel no mayor de 30 defunciones por mil nacidos, en el año 2000.

La meta propuesta lleva implícita la advertencia de que tal reducción no se podrá lograr en los once años siguientes sin un avance sustantivo e integral que mejore las condiciones de vida de la población, en especial de aquellos grupos sociales en donde se registran aún niveles de 80 o más defunciones de menores de un año por mil nacimientos. Además, se debe aclarar que una tasa de 30 por mil es significativamente alta, si se le compara con los niveles que en 1980 países del área latinoamericana ya habían alcanzado, Costa Rica, Chile y Cuba (menos de 20 por mil).

Para analizar la factibilidad de esa meta será necesario profundizar en el conocimiento de los condicionantes que afectan a la mortalidad infantil, ya que al interior de la población se presentan importantes diferencias por sexo, entidad federativa, y grupos sociales.

La mortalidad infantil de la población en México ha seguido una tendencia de disminución no uniforme desde 1950. Entre 1950 y 1960 disminuyó en más de 30%, al pasar de 132.0 a 90.3 defunciones de menores de un año por mil nacimientos. De 1960 a 1970 decreció en 15%, de 1970 a 1980 en 31% y de 1980 a 1987 sólo un 14%, al pasar de 53.1 a 46.6 por mil, respectivamente (estimaciones del CONAPO).

La mortalidad infantil es uno de los indicadores de mayor sensibilidad a los cambios del desarrollo socioeconómico y per-

mite diferenciar las condiciones de vida de una población. Así lo muestra la disminución de 1970 y 1980, periodo en el que se llevó a la práctica una política de protección social y de apoyos complementarios para fortalecer el consumo de productos básicos, y una serie de acciones para promover la participación comunitaria en proyectos sanitarios, así como la creación del proyecto IMSS-COPLAMAR, principalmente en las zonas rurales. De 1980 a 1989 estas acciones han tenido un raquítico respaldo presupuestal ya que se ha reducido considerablemente el gasto en aspectos sociales, en particular la proporción aplicada al gasto en salud respecto al Producto Interno Bruto fue de 2.6% y en 1986 descendió al 1.7%.

La mortalidad en los niños fue mayor que en las niñas durante todo el periodo de 1950 a 1988. En 1950 los niños registraron 144.5 defunciones por mil nacidos,

en tanto las niñas 118.7. Se estima que en 1988 los niños tuvieron una tasa de 56.1% contra 39.3 de las niñas; es decir, por cada niña que murió ocurrieron 1.4 defunciones masculinas. Con los datos de la Escuela Nacional sobre Fecundidad y Salud (ENFES, 1987) se observó que el descenso de las tasas de cada sexo son similares, 57% hombres y 56% mujeres, y a lo largo del periodo que registra la encuesta 1969-1984 se mantiene una sobremortalidad masculina del 12%.

El análisis de la mortalidad infantil por entidades federativas posibilita observar las grandes diferencias que aún se registran en el país. En 1988 se estima que Oaxaca presentó una mortalidad de menores de un año de 73.6 defunciones por mil, Puebla de 60.1 y 59.1 Hidalgo, como las entidades de mayor mortalidad. En tanto que las de menor mortalidad infantil fueron en ese mismo año el Distrito Federal con 35.7 por mil y Nuevo León con 32.3 por mil (estimaciones de CONAPO). Lo anterior significa que por cada niño menor de un año que muere en Nuevo León mueren 2.3 niños oaxaqueños.

Un acercamiento al estudio de la mortalidad infantil según los grupos sociales se ha intentado por medio del análisis y la observación de las diferencias respecto a factores geográficos, sociales y demográficos.

Al analizar el lugar de residencia se encontró que las localidades de menos de 2 500 habitantes la mortalidad infantil fue cuatro veces mayor que la registrada en las áreas metropolitanas del Distrito Federal,



* Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.

Monterrey y Guadalajara, 68 por mil y 17 por mil, respectivamente. Al analizar las condiciones de la vivienda se obtuvo que en las viviendas sin agua entubada, sin luz eléctrica, ni drenaje, la mortalidad infantil es 2.4 veces mayor que en las viviendas que cuentan con los tres servicios: 66.5 y 33.3%, respectivamente (ENFES, 1987).

De los factores sociales que mayor fuerza diferenciadora muestran sobresale la escolaridad de la madre. Mientras 3.2 niños de madres con primaria incompleta o sin escolaridad fallecen en el primer año de vida, ocurre una defunción infantil de madres con secundaria o más; 19 por mil y 60 por mil, respectivamente (ENFES, 1987).

Según la edad de la madre en el momento de tener a los hijos, en los extremos, es decir, entre las mujeres de 15 a 19 y en las mujeres de más de 35 años la mortalidad infantil es prácticamente del doble respecto a las mujeres que tuvieron a sus hijos entre los 20 y 29 años de edad (50.9 por mil menos de 20 años 72.3 por mil mayores de 35 años y 39.2 por mil las de 20 a 29 años). En cuanto al número de hijos, la mortalidad de los nacimientos de orden séptimo o mayor es de más del doble que si el nacimiento es de orden tercero o menor. Y también se observa mayor mortalidad infantil cuando el nacimiento del hijo ocurre antes de veinticuatro meses de que nació el anterior (ENFES, 1987).

Las diferencias analizadas, lejos de establecer relaciones lineales entre la mortalidad infantil y factores aislados, deben ubicarse como resultado de otros procesos que ocurren en la estructura social. Con esa preocupación se estudiaron grupos sociales de los considerados de "alto riesgo" y se compararon con un grupo obrero del Complejo Industrial Sahagún. Se encontró que la mortalidad de menores de cinco años de un grupo de jornaleros, pequeños propietarios y ejidatarios del municipio de El Carmen, Tlaxcala, era hasta 3.4 veces mayor que la del grupo obrero. Y que la de un grupo "marginal" de la ciudad de México ubicado en Santa Ursula Xitla era tres veces mayor que la del grupo obrero (53 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos, grupo obrero; 76 por mil grupo "marginal" y 111 por mil grupo campesino, en 1975).

Finalmente, es posible establecer que las políticas regionales deberán contener además de acciones sobre salud, estrategias que mejoren las condiciones de vida de todos los grupos sociales, especialmente de los grupos de "alto riesgo" en mortalidad, y que éstas deben ser sistemáticas y continuas, de lo contrario aun para lograr la meta de las 30 defunciones por mil al año 2000 se tendrán serias dificultades. Demos