

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA

**CUATRO ETAPAS EN LA MORTALIDAD INFANTIL
DEL URUGUAY; FALTA LA QUINTA**

Guillermo A. Macció - Ana María Damonte

**LC/DEM/G.139
Serie A, N° 290
Marzo de 1994**

Documento elaborado en la Unidad Conjunta CEPAL/CELADE de Población, Buenos Aires-Argentina, marzo de 1994.

Las opiniones y datos que figuran en este trabajo son responsabilidad de los autores sin que el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) sea necesariamente partícipe de ellos.

Indice

Introducción	1
I La infancia en el mundo y en el Uruguay	2
II Datos básicos	5
III Evolución de la mortalidad infantil en el siglo XX	6
III.1 Los componentes de la mortalidad infantil	9
IV La mortalidad infantil en el espacio	15
V Posibilidades de reducción futura	20
VI Causas de muerte	23
VI.1 Evolución	23
VI.2 Hipótesis de Lantoiné y Pressat	26
Conclusiones	28

Introducción

El estudio de la mortalidad infantil merece un lugar destacado entre los indicadores relativos al nivel sanitario y al grado de desarrollo socioeconómico de una determinada sociedad. Esto explica por qué en los discursos de la dirigencia política se alude con frecuencia a esta variable y los responsables del sector salud se muestran muy sensibles a los cambios registrados en su nivel.

Por otro lado, ha sido menor el papel asignado a la evolución de la mortalidad infantil a lo largo del tiempo y durante décadas sucesivas ya que, en general, la atención se centra en hitos o puntos, sin que se preste el mismo interés a las tendencias, sus etapas y al entorno institucional que está detrás de ellas.

Otro aspecto poco tratado es el que tiene que ver con la diferencia que se da en los niveles de la mortalidad infantil y sus factores determinantes ya sea en razón de áreas geográficas o estratos socioeconómicos. En este sentido la tasa de mortalidad infantil, como tantos otros indicadores demográficos, puede ser entendida como la media ponderada de medias parciales representativas de áreas o sectores, tantos como se quieran identificar o los datos permitan hacerlo. La variabilidad entre estas unidades prácticamente ha recibido escasa atención hasta el momento. Tampoco se ha puesto cuidado en la asociación necesaria que se da entre el nivel, la evolución y tendencias de la mortalidad infantil y el funcionamiento de las instituciones tanto públicas como privadas, que tienen cometidos específicos sobre el control de esta variable. Instituciones se entiende aquí en un sentido amplio incluyendo compromisos políticos explícitos, entidades asistenciales preventivas, recursos humanos, equipamiento técnico y presupuestos.

Con la finalidad de aportar nuevos elementos relativos a la evolución de la mortalidad infantil se ha elaborado este trabajo sobre dos ejes principales. El primero relacionado con las distintas etapas por la que ha transitado esta variable a lo largo del siglo, caracterizándola a través de algunos de sus componentes inmediatos. El segundo, insertándola en el espacio geográfico uruguayo para mostrar las disparidades que se observan en los niveles actuales. Una consecuencia natural de este ejercicio permite cuantificar aproximadamente el número de muertes que podrían evitarse y por consiguiente el espacio que queda por ganar a la mortalidad dentro del primer año de vida. Para ello se recurre también a la comparación con otros países lo cual da una idea de las posibilidades de reducción futura del nivel general como de sus componentes, mortalidad neonatal y postneonatal. Finalmente el análisis de las causas de muerte y su evolución tratará de determinar cuánto se puede ganar con los servicios y presupuestos ordinarios actuando sobre las muertes evitables.

Summary

Fifty years ago, Uruguay was at the top of the list of Latin American countries with the lowest infant mortality rate. At present, it is ranked in a modest fourth place, with about 18 infant deaths (below 1 year) for each thousand born alive.

The purpose of this paper is to examine its trends and levels since the beginnings of the century until 1992.

Infant mortality rates have been calculated according to main geographical areas. The exercise concludes that the national average has been reduced as a consequence of a progressive narrowing of the gap between extreme values located in the most deprived areas and the wealthiest ones. It is also noticeable the sharp difference that can be found among the districts which constitute Montevideo, the national capital.

The analysis of the two main components of the infant mortality, i.e.: neonatal and postneonatal mortality, shows that there is room for the avoidance of a considerable number of deaths, particularly within the second component.

The shape of the infant mortality rates allows the identification of four main historical stages. All of them closely related to political commitment, budgetary allocation and institutional efficiency in the area of health. This association is a strong argument to insist on the need of applying medium and long term policies in order to ensure a process aimed to save lives and to attain more ambitious targets.

I La infancia en el mundo y en el Uruguay

En la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia convocada por UNICEF en 1990 un gran número de países adquirieron el compromiso de poner en práctica una serie de estrategias para alcanzar metas específicas, hacia el inicio del siglo XXI, que suponen acabar con las enfermedades prevenibles, reducir a la mitad la tasa de desnutrición infantil, proporcionar agua potable y sistemas de saneamiento eficaces a todas las comunidades, garantizar el acceso universal a los servicios de planificación familiar y ofrecer una educación básica, como mínimo, a prácticamente todos los niños y niñas.¹

Según el informe de UNICEF, 250.000 niños mueren cada semana víctimas de la desnutrición y las enfermedades. Y por cada uno que muere, muchísimos más sobreviven con una salud y un desarrollo tan deficientes que jamás llegarán a desarrollar el pleno potencial físico y psíquico con que nacieron.

El costo financiero que supondría alcanzar las metas antes señaladas, que suponen estrategias de bajo costo, UNICEF lo estima en unos 25.000 millones de dólares anuales.² Con ello se salvarían 4 millones de vidas infantiles anuales y se daría satisfacción a las necesidades básicas de casi todos los hombres y mujeres, niños y niñas.

- " Si todo esto puede conseguirse para tantas personas con un costo tan bajo, es legítimo preguntarse ¿ por qué no se hace?. En parte, la respuesta es previsible: la satisfacción de las necesidades de la población más pobre y políticamente menos influyente raras veces ha figurado entre las prioridades de los gobiernos. Sin embargo, el contraste de la presente indiferencia con las oportunidades existentes empieza a adquirir unas dimensiones escandalosas, ignoradas en gran parte por la opinión pública. En la actualidad, los gobiernos del mundo en desarrollo dedican en promedio poco más del 10% de sus presupuestos a la satisfacción directa de las necesidades básicas de sus poblaciones. Siguen gastando más en su capacidad militar y en el servicio de la deuda externa que en salud y educación.....La década de 1990 se ha iniciado con una renovada esperanza de que la época de la indiferencia empiece a dar paso a la época del interés responsable....Esta nueva esperanza se sustenta en una serie de cambios más silenciosos que, si bien no han llegado a ocupar un lugar destacado en los grandes noticiarios, sin embargo han transformado la vida cotidiana de millones de personas..... El primero ha sido haber logrado el objetivo de elevar

¹ UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 1993.

² La UNICEF para acentuar el desequilibrio que se da entre distintos gastos en los que incurren los países desarrollados incluye ejemplos muy elocuentes como ser: esta suma es la mitad de lo que los europeos gastarían en cigarrillos y es significativamente inferior a la suma que en 1993 gastaron los europeos en vino o los norteamericanos en cerveza.

al 80% la cobertura de inmunizaciones en el mundo en desarrollo, lo que ha permitido salvar la vida de tres millones de niños cada año.

Otras estrategias similares de eficacia probada y bajo costo están igualmente disponibles.... Lo que se requiere es una movilización mundial de la opinión pública y un fuerte apoyo político en favor de la causa de la satisfacción de las necesidades humanas básicas. Sólo si se cuenta con un interés popular masivo y con la energía y el apoyo político práctico de millones de personas y miles de organizaciones los compromisos asumidos podrán alcanzar la máxima prioridad a escala nacional. Y sólo de esta forma podrá nacer una nueva época de interés responsable para erradicar la pobreza.-"

Según lo acordado en la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, Uruguay ha formulado su programa nacional de acción para esta década a fin de alcanzar las metas sociales básicas.³

Para dar una idea de lo que este plan nacional implica se presentan a continuación algunas de las metas propuestas, donde la mortalidad infantil tiene mayor incidencia, con el fin de alcanzarlas en el año 2000 tomando como referencia algunos indicadores específicos. Estos datos han sido extraídos del documento que contiene el Plan Nacional propuesto.

Indicador	Línea de base País	Meta decenal País
Reducir la tasa de mortalidad infantil	21.2%	16%
Reducir la tasa de mortalidad perinatal	19.2%	17%
Reducir la tasa de mortalidad neonatal	12.6%	10.4%
Reducir la tasa de mortalidad postneonatal	8.6%	5.6%.
Porcentaje de embarazadas captadas por los servicios de salud	88%	95%
Número de embarazadas con control prenatal adecuado (4 o más controles)	79%	90%
Porcentaje de embarazadas adolescentes asistidas (MSP)	51%	75%

³ PLAN DE ACCION en favor de la INFANCIA, Presidencia de la República, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Uruguay, 1992.

Porcentaje de embarazadas con bajo peso en el momento del parto cubiertas por los servicios del MSP	36%	25%
Reducir el porcentaje de niños que nacen con bajo peso (menos de 2.500 gr.)	7.6%	6.5%
Porcentaje de niños captados en la primer semana de vida por el MSP	70%	90%

Desde que estas metas se formularon hasta el presente, algunos indicadores dan señales auspiciosas en cuanto a alcanzarlas y aún superarlas. Uno de ellos es la mortalidad infantil que para el año 1992 acusa un descenso ubicándose, según las cifras oficiales en 18.6⁴ por mil nacimientos vivos. Más allá del valor puntual alcanzado debe tenerse en cuenta que las progresivas reducciones que se esperan exigirán esfuerzos cada vez mayores y una atención focalizada y continua, en lo geográfico y hacia los sectores menos favorecidos.

Es de interés igualmente ubicar el nivel de la mortalidad infantil del país en el contexto mundial y en relación al nivel de mortalidad general expresado por la esperanza de vida al nacimiento. Para ello se recurre a la comparación presentada en el cuadro que sigue, referida a una misma fecha.

Regiones y países	Tasa de mortalidad infantil (por mil nacimientos vivos)	Esperanza de vida al nacimiento (ambos sexos)
	año 1991	1991
Mundo	65	63
Regiones desarrolladas	13	74
Regiones en desarrollo	72	61
Uruguay	21*	72
Chile	18	73
Costa Rica	15	77
Cuba	12	76
EEUU	10	76
Canadá	7	77
Francia	7	78
Suecia	6	78
Suiza	5	79

Fuente: World Population Profile: 1991, Bureau of the Census

* datos provisorios

⁴ cifras provisorias

Esta comparación evidencia que el país todavía no ha logrado reducir su mortalidad infantil al nivel ya alcanzado por otros del área con condiciones sociales, culturales y económicas no muy diferentes. Esto indica que en la situación imperante todavía el Uruguay está lejos de retomar la delantera que tuvo en décadas pasadas en el ámbito latinoamericano y muy rezagado respecto de los países desarrollados que se ubican en la primera línea.

II Datos básicos

Las estadísticas vitales siguen siendo hasta hoy la principal fuente de información para el análisis de la mortalidad infantil por su carácter continuo. Aunque en gran parte de los países en desarrollo el registro de estos hechos tiene serias deficiencias, que hacen tanto a la calidad como a la cobertura de los mismos, proporcionan datos insustituíbles. Las técnicas indirectas de análisis demográfico que han alcanzado mucho auge se muestran insuficientes para análisis muy desagregados o refinados. Esto refuerza la necesidad de enfatizar sobre la importancia que reviste el registro de los hechos vitales.

En este aspecto Uruguay, junto a otros pocos países de América Latina, es casi una excepción ya que desde hace más de un siglo⁵ cuenta con estadísticas bastante confiables al respecto, aunque esta situación tiende a deteriorarse. En las primeras décadas de este siglo la deficiencia era más atribuible a la omisión en el registro de los hechos; en la actualidad, existiendo una buena cobertura aparece un área gris referida a la calidad de las anotaciones en el momento del registro de los hechos, al procesamiento y a la oportunidad en la disponibilidad de los datos.

Otra área gris está dada por la proximidad entre la vida y la muerte, que produce un subregistro de los nacimientos utilizados como denominador para el cálculo de las tasas. Actitudes sociales y vicios en los procedimientos de registro impiden la correcta aplicación de la definición de nacimiento vivo, en aquéllos casos que fallecen al poco tiempo de nacer y que son registrados como defunción fetal. Aunque la frecuencia con que ocurre este hecho puede ser baja, no deja de tener significación en el cálculo de indicadores muy sensibles, como es el caso de la tasa de mortalidad infantil y especialmente su componente neonatal precoz.

Pautas culturales provocan también otra limitación que se traduce en un subregistro de los nacimientos dentro del año de ocurrencia, dando lugar a las inscripciones tardías. Por lo general, esta deficiencia no es fuente de omisión, ya que con pocas excepciones, esos nacimientos se inscriben tardíamente y, en circunstancias normales, se puede establecer algo así como un "patrón de inscripciones tardías" bastante estable en el tiempo. La solución de este defecto está asociada al grado de desarrollo estadístico del país y reside exclusivamente en la organización interna del ente responsable de la generación de datos básicos. Aunque existe algún grado de complejidad, debido

⁵ En el año 1879 se crea el Registro del Estado Civil.

a que bajo la apariencia de una inscripción tardía se esconde otro tipo de registro de nacimientos (las legitimaciones), sería posible llegar a estimarlas si se adoptaran algunas disposiciones administrativas, en las instituciones oficiales encargadas de recopilarlas. Ello permitiría desagregar la información que actualmente se presenta en forma global como inscripciones tardías y legitimaciones⁶. Sin embargo esta medida no es fácil de aplicar dada la complejidad en el funcionamiento interno de los hospitales y el recargo que cae sobre las tareas de los funcionarios encargados de los registros, problema que no es exclusivo de Uruguay.⁷

Otro hecho a señalar refiere a la oportunidad con que las autoridades competentes entregan los datos de nacimientos ocurridos y registrados cada año. Las rutinas de elaboración y procesamiento de estos eventos presentan un retraso considerable que resulta inaceptable en atención a la tecnología disponible e injustificable frente al volumen de los acontecimientos ocurridos cada año.⁸ Recuérdese que en 1992 los nacimientos ocurridos en el Uruguay ascienden a unos 54.000, las defunciones totales a cerca de 30.000 y las defunciones de menores de un año a poco más de 1.000.

A pesar de las limitaciones señaladas, en el presente documento se ha optado por tomar los datos tal cual se relevan. Para poder introducir elementos de corrección se tropieza con dos dificultades: la primera es que se analiza la evolución a lo largo de varias décadas y no sería sostenible aplicar criterios uniformes de corrección. En segundo lugar en el país nunca se ha llevado a cabo una evaluación directa de los registros vitales, el camino más idóneo para proveer criterios confiables de ajuste en análisis refinados.

III Evolución de la mortalidad infantil en el siglo XX

La lectura de las tasas de mortalidad infantil y su representación gráfica permiten afirmar que a lo largo del siglo -con oscilaciones- han seguido una evolución descendente pasando de 106 en 1900 a 18.6 por mil nacimientos vivos en 1992.

Esta evolución dista mucho de ser uniforme. Interesa por lo tanto identificar algunas etapas y de ser posible asociarlas con acciones políticas que puedan justificar los distintos ritmos de descenso observados. Igualmente para fines comparativos con otros países, esta identificación de

⁶ Damonte A., M., y Macció G., A., MONTEVIDEO Y RESTO URBANO DEL PAIS: estimaciones y proyecciones de población por sexo y edad 1975-2025, D.G.E. y Censos y CELADE, LC/DEM/G 110; Serie OI N° 59, junio 1991.

⁷ Hay una experiencia reciente sobre estudios en CELADE en la aplicación del método del hijo previo en distintas maternidades de América Latina, CELADE, Serie E n° 36, Santiago de Chile, enero de 1993.

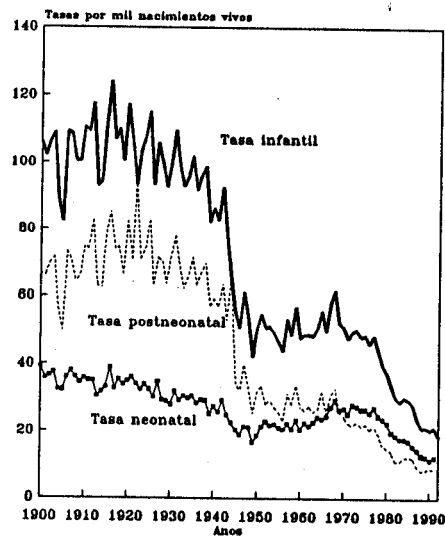
⁸ INFORME NACIONAL SOBRE POBLACION Uruguay - 1993 , Setiembre de 1993, Documento para la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo 1994.

etapas puede ayudar a entender por qué Uruguay, habiendo estado a la cabeza a principios de siglo en materia de avances en la evolución de la mortalidad infantil, se encuentra ahora en un nivel intermedio.

Las cuatro etapas se pueden caracterizar así:

- **La primera transcurre entre 1900 e inicios de la década de los años cuarenta.** El nivel se mantiene relativamente estacionario oscilando entre 106 y 93 por mil. El comportamiento tipo diente de sierra que acusa la serie (gráfico 1) es una buena señal con referencia a la calidad de los datos por cuanto refleja oscilaciones anuales normales en este tipo de variable. En esta etapa la reducción se debe en mayor medida a las acciones sanitarias preventivas destinadas a mejorar el nivel de vida a la vez que preservar la salud de la población, más que a la incorporación tecnológica. Se destacan la ampliación de la red de agua potable, el plan general de saneamiento de Montevideo, la mayor cobertura de los servicios de salud pública, las campañas contra la tuberculosis, el cáncer, la sífilis, el alcoholismo, entre otras. Es evidente que en este período las acciones en el campo de la salud constituían un asunto de Estado de la mayor prioridad.

Grafico 1 - Uruguay - Evolucion de la tasa de mortalidad infantil total, neonatal y postneonatal. 1900-1992



- **La segunda se sitúa entre la finalización de la segunda guerra mundial y el inicio de los años cincuenta.** Aquí la tasa de mortalidad infantil registra un marcado descenso siendo el porcentaje de reducción, en este período del orden del 30 por ciento. Es por demás obvio destacar el papel que tuvo aquí la aplicación de los antibióticos, especialmente la penicilina, en el control de las enfermedades infecciosas. Factores coadyuvantes fueron: el auge de la cooperación internacional en materia de salud y la acción preventiva entre la población infantil. Tomando en cuenta la holgura presupuestaria de los gobiernos de la época, el saldo favorable del comercio exterior, la flexibilidad de la ayuda internacional y la tecnología reciente, en esta etapa pudieron alcanzarse mayores avances, particularmente en salud, de haberse dado el país una estructura institucional más eficiente y una distribución geográfica más equitativa de los recursos presupuestarios. Indicadores sociodemográficos, pero también económicos, sociales y culturales permiten situar en este período el punto de inflexión que abre un prolongado proceso de decadencia institucional reflejado en la dinámica demográfica del país.

- **La tercera etapa se ubica al promediar los años cincuenta hasta 1977**, donde otra vez se registra un nivel estacionario en alrededor de 48 muertes por mil nacimientos vivos, que coincide con alteraciones muy profundas en el funcionamiento de la sociedad uruguaya. Se detecta en esos años una asociación estrecha entre el comportamiento de la variable estudiada, el deterioro económico nacional que acentúa las brechas en el reparto del bienestar y el quebranto de las instituciones relacionadas con la salud y la educación. En coincidencia, el país queda a la zaga o se autoexcluye de proyectos de cooperación regional o internacional. La emigración de personal altamente calificado e intermedio acentúa la precariedad del entorno institucional.

- **La cuarta etapa comprende el período entre los años 1978 y 1992** y presenta un patrón general de descenso con intervalos breves tanto de aumento (1982-1984) como de estancamiento (1988-1991). En 1992 la horizontalización del quinquenio anterior se quiebra y la tasa desciende para situarse en el valor más bajo históricamente registrado, 18.6 por mil.⁹ Paulatinamente, el capítulo de la salud recobra parte de su espacio prioritario sin llegar todavía a convertirse en un asunto de estado de primera línea, al menos traducido en cifras presupuestarias, capacitación y jerarquización de recursos humanos idóneos.

No puede decirse con certeza que esta etapa está cerrada, lo que sí desde el punto de vista demográfico aparece claro es que una quinta etapa de descenso sostenido - que permitiría reubicar a Uruguay en una posición de vanguardia entre los países latinoamericanos, esto es, con una tasa de mortalidad infantil inferior al 10 por mil¹⁰ - requiere de una decisión política que sobreviva varios períodos de gobierno, haciendo de este tema una cuestión de Estado. Para ello hará falta una generalización de la conciencia de los administradores de la salud pública y privada con respecto a la meta a alcanzar, a la igualdad en el acceso a los servicios asistenciales con independencia de la localidad o región geográfica de que se trate, a la atención prioritaria para todos los estratos socioeconómicos de la población menos favorecidos y a la dotación, acorde con las necesidades y metas que se establezcan, de recursos financieros en el presupuesto ordinario de la nación.

Esta identificación de etapas, que intenta únicamente establecer límites aproximados, sirve no sólo para caracterizar la evolución de la variable en el tiempo y en el espacio sino también para comparar la experiencia uruguaya con la de otros países latinoamericanos y ver en qué medida el mayor o menor compromiso político y presupuestario, asumido para la preservación de la vida en las primeras edades, contribuyó a enlentecer o acelerar el descenso.

⁹ Valor provisorio tomado del informe al MSP.

¹⁰ Nótese que para países altamente industrializados esta meta ha sido superada con holgura. Cuba en 1992 registra una tasa de 10.2 por mil.

Ayudan también, de paso, a desvanecer una creencia generalizada sobre las evoluciones espontáneas, históricas o naturales de la mortalidad infantil con prescindencia del marco institucional y el funcionamiento más o menos eficaz de los organismos que tienen competencia directa en la materia.

El gráfico 2 que compara la evolución de la tasa de mortalidad infantil de Uruguay con la de tres países de América Latina (Chile, Costa Rica y Cuba) es muy ilustrativo al respecto. (Ver Anexo)

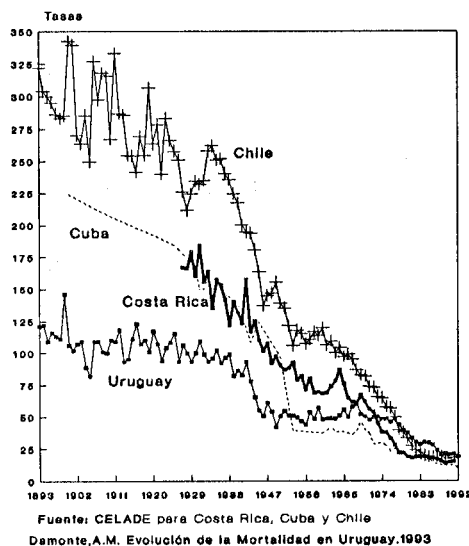
Resalta la posición de vanguardia que tenía Uruguay a principios de siglo con tasas dos o tres veces inferiores, y cuyo nivel es alcanzado por estos países cincuenta años más tarde y sobrepasado en apenas treinta años. Otro dato que muestra como fue perdiendo esta posición de liderazgo es que a lo largo del siglo XX el país todavía no ha podido alcanzar el porcentaje de reducción del orden del 90% experimentado entre 1945 y 1991 por los tres países que se comparan¹¹. De haberlo hecho la tasa de mortalidad infantil en 1991 sería del orden de 11 por mil. No se trata entonces de un atraso imputable a cuestiones tecnológicas o epidemiológicas sino a políticas institucionales y presupuestarias.

Las etapas identificadas para el Uruguay, y su comparación con la de otros países, resaltan la fuerte asociación entre el comportamiento de la variable estudiada y el grado de compromiso institucional y político respecto de su reducción. Quedan descartadas, o en todo caso controladas, las variaciones imputables a la tecnología ya que siendo casi de difusión universal no explica la diferencia entre países. En cambio, cuando hay una decisión política sostenida en el tiempo por varios años, con su correspondiente respaldo de recursos en un marco institucional eficiente, las mejoras en el ahorro de vidas quedan en evidencia.

III.1 Los componentes de la mortalidad infantil

Las etapas que se determinaron para la mortalidad infantil general no necesariamente se convalidan para los componentes de la mortalidad infantil, neonatal y postneonatal, por cuanto los factores que determinan estos fallecimientos son de diferente naturaleza. Desde este punto de vista la mortalidad infantil puede interpretarse como la resultante de riesgos de muerte de distinto origen.

Gráfico 2 -TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL PARA ALGUNOS PAISES SELECCIONADOS.



¹¹ Entre 1945 y 1991 Uruguay reduce la tasa de mortalidad infantil un 62 por ciento. En Costa Rica entre 1970 y 1980 la tasa pasa de 68 a 20 por mil y Uruguay tardó 45 años para un descenso similar (entre 1944 y 1990).

Siguiendo una desagregación convencional dentro de la mortalidad infantil se distinguen aquí las muertes neonatales, con sus dos divisiones, neonatal precoz y tardía, y la postneonatal¹². El gráfico 1 muestra la evolución en el tiempo y las cifras calculadas permiten registrar las tasas que se incluyen en el cuadro 1 por quinquenios.

Cuadro 1 - Uruguay - Tasas promedio de mortalidad infantil total, neonatal y postneonatal por quinquenios. 1900-1992

Quinquenios	Tasas por mil		
	Total	Neonatal	Postneonatal
1900-04	102.52	36.35	66.17
1905-09	100.27	35.36	64.91
1910-14	105.10	33.65	71.45
1915-19	110.57	34.83	75.74
1920-24	108.89	34.27	74.62
1925-29	101.39	31.07	70.32
1930-34	99.27	29.79	69.48
1935-39	94.19	28.42	65.77
1940-44	84.95	26.73	58.22
1945-49	52.64	19.74	32.90
1950-54	51.34	21.39	29.95
1955-59	49.88	21.60	28.28
1960-64	48.93	22.34	26.59
1965-69	55.55	26.20	29.35
1970-74	49.32	26.72	22.60
1975-79	45.27	25.43	19.84
1980-84	31.91	19.26	12.65
1985-89	24.66	14.52	10.14
1990*	20.57	11.59	8.98
1991*	21.11	12.33	8.78
1992*	18.62	10.56	8.06

Fuente: anuarios estadísticos y datos del MSP.

* datos provisorios

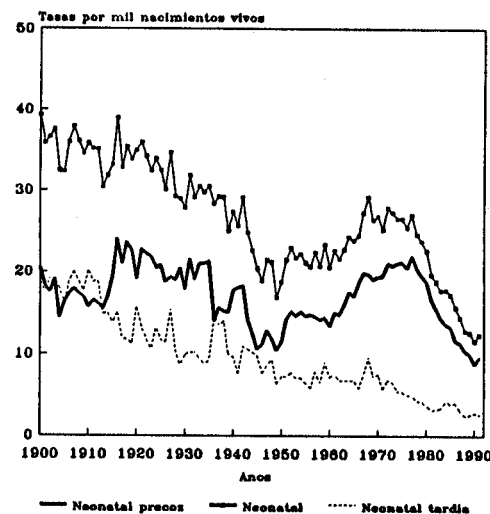
¹² La mortalidad neonatal refiere a los fallecimientos ocurridos entre el nacimiento y los 28 días de vida y se subdivide en precoz (menos de 7 días) y tardía (período restante). La postneonatal considera las muertes entre los 28 y 365 días de vida.

La mortalidad postneonatal sigue casi un comportamiento paralelo a la mortalidad infantil general hasta las cercanías de 1970, en que tiene un descenso acompasado, obvio porque allí es donde está el reducto mayor de las muertes evitables. A partir de este año los valores se sitúan por debajo de la neonatal, que aunque también declina lo hace a un ritmo menor. Cabe señalar que entre 1975 y 1983, período durante el cual la tasa de mortalidad infantil logra una importante reducción, (llega a 28.6 por mil) la tasa postneonatal declina a un porcentaje medio anual de 5.7 por ciento en tanto la neonatal lo hace sólo al 3.7 por ciento. En los años siguientes y hasta 1988 el ritmo de descenso se acelera (el porcentaje anual de declinación es 6.8% para la tasa postneonatal y 5.6% para la neonatal) hasta alcanzar los valores de 12.81 por mil para la neonatal y 8.23 por mil para la postneonatal. Finalmente, en el período más reciente, 1988-1992 se observan dos hechos singulares. Entre 1988 y 1991, período durante el cual la tasa general se estaciona alrededor de un valor, 21 por mil, todavía alto que contrasta con el fuerte descenso operado anteriormente, la tasa postneonatal se incrementa a un 1.8% anual en tanto que la tasa neonatal continúa reduciéndose a un ritmo cada vez menor (0.98% anual). El segundo hecho se produce cuando la tendencia estable se interrumpe y el descenso es fuerte hasta situarse en el valor de 18.62 por mil.¹³ Este descenso se debe al componente neonatal cuya tasa baja a 10.56 por mil ya que el postneonatal permanece casi estable (8.06 por mil).

Los componentes inmediatos de la mortalidad neonatal, esto es la precoz y la tardía, acusan una evolución muy clara y coincidente con el patrón general de la mortalidad infantil. El descenso de la mortalidad neonatal tardía es prácticamente uniforme a lo largo del siglo (gráfico 3) en cambio la neonatal precoz muestra profundas oscilaciones que abren algunas interrogantes relativas a cuánto es imputable a la variable propiamente dicha y cuánto a la minuciosidad con que se registra el dato. Como es sabido las muertes correspondientes a la primer semana de vida están afectadas por problemas tanto en la información de nacimientos ocurridos como en la correcta aplicación de la definición de nacimiento vivo. A medida que se alcanzan niveles bajos el error relativo de la información

tiene más peso que en el pasado. Nótese el pronunciado ascenso entre 1949 y 1977 - pasa de 11 a 22 por mil - y el rápido descenso de los últimos quince años - de 20 por mil en 1978 pasa a 7.6 por mil en 1992 -.

Gráfico 3 - Uruguay - Evolución de la tasa de mortalidad neonatal total precoz y tardía, 1900-1992



¹³ Es preciso recordar que este es un valor de carácter provisorio, calculado con datos de nacimientos provisionales.

Trabajos recientes han innovado el enfoque del estudio de la mortalidad infantil y sus componentes centrando la atención sobre el comportamiento de los porcentajes de las muertes, desagregadas por edad, sobre todo en el período postneonatal.

La considerable reducción de la mortalidad infantil de las últimas décadas, se opera como consecuencia de la disminución de la mortalidad por causas exógenas que actúan principalmente entre los 28 y 365 días de vida. En términos relativos el descenso hasta 1983 de la tasa de mortalidad postneonatal se acompañó de una reducción del peso de estas muertes en el total de las defunciones de menores de un año. Pero a partir de esa fecha comienza a insinuarse un comportamiento ya observado en algunos países referido a la tendencia creciente del porcentaje de muertes correspondientes al período postneonatal y un consecuente decrecimiento del neonatal. Este cambio en la estructura de las muertes entre el nacimiento y el primer año de vida se interpreta como un desfasaje de las muertes de los menores de 28 días hacia el período siguiente, como consecuencia del avance de la ciencia y la tecnología, que logran prolongar la vida de los recién nacidos con problemas tanto de tipo endógeno como por traumatismos del nacimiento. Esta ha sido una hipótesis desarrollada por Lantoine y Pressat¹⁴ en base al análisis de la tendencia observada en los Países Bajos y en Francia.¹⁵

En Uruguay la información disponible hasta 1992 indica una cierta similitud con lo observado por estos autores. De acuerdo a los datos contenidos en el cuadro 2 el porcentaje de muertes postneonatales entre 1988 y 1992 presenta una tendencia creciente.

¹⁴ Lantoine, C., y Pressat, R., Nouveaux Aspects de la mortalité Infantile, en Population No 39, marzo-abril, Paris, 1984.

¹⁵ Un estudio posterior trata de contrastar esta hipótesis para Chile, Costa Rica y Cuba (Guzmán, J., M., y Orellana, H., Mortalidad infantil, neonatal y postneonatal en algunos países de América Latina. CELADE, Notas de Población No 44, Santiago de Chile, agosto, 1987) .

Cuadro 2 - Uruguay - Distribución de las defunciones de menores de un año según períodos. 1975-1992

Año	Neonatal	Post-neonatal	Año	Neonatal	Post-neonatal
1975	54.60	45.40	1984	59.00	41.00
1976	55.37	44.63	1985	58.43	41.57
1977	55.55	44.45	1986	56.22	43.78
1978	56.16	43.84	1987	60.24	39.76
1979	59.90	40.10	1988	60.90	39.10
1980	60.03	39.97	1989	59.47	40.53
1981	58.68	41.32	1990	56.34	43.66
1982	62.57	37.43	1991	58.39	41.61
1983	61.90	38.10	1992	56.69	43.31

Las modificaciones que sufre la estructura de las muertes postneonatales en las últimas décadas puede seguirse a través del gráfico 4. Esta distribución está lejos de ser uniforme. Claramente se visualiza que es entre el primer y sexto mes de vida donde se concentra el aumento relativo de las defunciones postneonatales. Los seis meses son una edad pivote a partir de la cual la mortalidad disminuye regularmente, oscilando el peso relativo de estas muertes alrededor de un 10 por ciento. La evolución que siguen estos porcentajes es similar a la observada para los Países Bajos por los autores antes mencionados, pero con diferencias respecto al nivel y a la ubicación en el tiempo (gráfico 5).

Esta observación merece un análisis detallado de las causas de muerte de los menores de un año, especialmente aquéllas que pueden considerarse como de origen endógeno y que pudieran haberse desplazado del período neonatal al siguiente por el avance del conocimiento y la ciencia médica.

Al margen del progreso médico pueden enumerarse algunos factores cuya evolución ha significado una reducción de los riesgos de mortalidad endógena: la concentración cada vez más fuerte de los nacimientos en el intervalo de edades de las madres 20-29 años (de 39% en 1983 pasa a 55% en 1988), la disminución del peso relativo de los nacimientos de bajo peso (entre 1983 y 1988 el porcentaje de nacimientos con peso inferior a un kilo se reduce un 24%), la reducción del porcentaje de nacimientos correspondiente a períodos de gestación menores a las 36 semanas (de 10.06% en 1983 pasa a 7.16% en 1988), entre otros.

Gráfico 4 - Uruguay - Evolución del porcentaje de muertes postneonatales según edades. 1960-1992

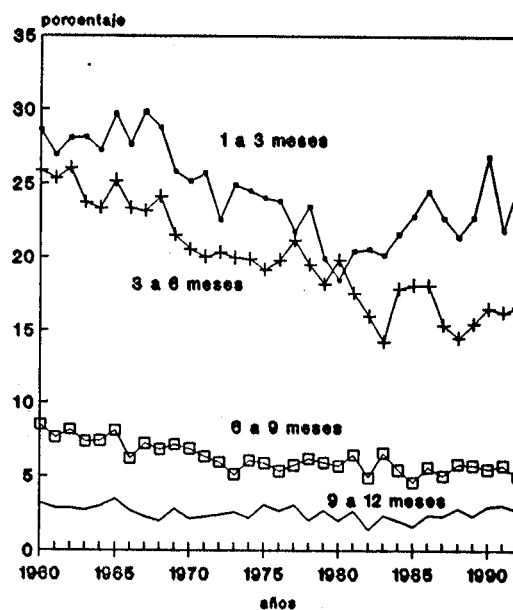
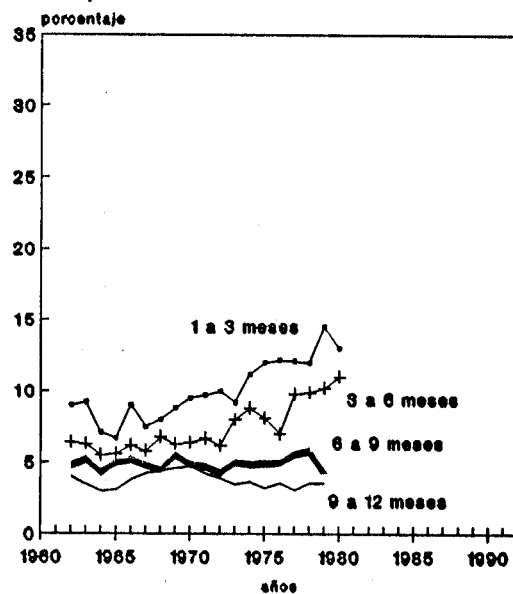


Gráfico 5 - Países Bajos - Evolución del porcentaje de muertes postneonatales según edades. 1962-1980



Fuente: Lantoiné C. y Pressat R. op.cit

IV La mortalidad infantil en el espacio

Aquí el propósito es mostrar cómo el promedio nacional ha evolucionado en sus componentes departamentales a lo largo de los tres últimos decenios que comprenden la tercera y cuarta etapa antes señaladas. Con ello se busca poner de relieve las desigualdades que en materia de mortalidad infantil se dan en el territorio nacional y la necesidad de prestar una atención focalizada hacia regiones y sectores de población postergados en el acceso a servicios básicos de salud.

En el cuadro 3 se han calculado las tasas promedio de mortalidad infantil por departamentos para tres períodos, 1961-1971, 1972-1982 y 1983-1992, así como el porcentaje de reducción correspondiente.

Cuadro 3 - Uruguay - Tasas promedio de mortalidad infantil y porcentajes de reducción por períodos según departamento de residencia

Departamento de residencia	Períodos			Porcentaje de reducción	
	1961-71* (a)	1972-82 (b)	1983-92 (c)	(a) y (b)	(b) y (c)
Total	49.8	43.1	24.2	13.4	43.8
Montevideo	46.4	41.3	24.5	11.1	40.7
Artigas	62.6	47.6	25.6	24.0	46.2
Canelones	40.3	39.4	24.3	2.2	38.5
Cerro Largo	55.9	44.1	26.5	21.0	40.0
Colonia	40.6	28.4	19.2	30.1	32.3
Durazno	63.6	43.9	24.6	31.0	43.9
Flores	45.3	35.4	15.3	21.8	56.9
Florida	47.6	33.2	21.5	30.4	35.2
Lavalleja	44.1	33.9	23.0	23.1	32.2
Maldonado	43.7	33.8	23.1	22.6	31.8
Paysandú	47.0	44.4	28.7	5.5	35.4
Río Negro	57.7	40.9	24.5	29.1	40.1
Rivera	61.2	44.9	29.6	26.6	34.1
Rocha	40.8	36.3	25.2	11.0	30.7
Salto	64.7	56.1	24.2	13.3	56.9
San José	45.7	35.4	23.2	22.5	34.6
Soriano	57.5	38.0	21.5	34.0	43.5
Tacuarembó	50.4	39.5	22.1	21.6	44.2
Treinta y tres	55.4	45.7	22.9	17.5	50.0

Fuente: Cálculos realizados en base a los datos proporcionados por la División Estadística del Ministerio de Salud Pública

* Damonte A., M., op. cit

Como puede verse, el mayor porcentaje de reducción se opera entre los dos últimos períodos considerados, ya que entre 1961-71 y 1972-82 dicho porcentaje es del orden del 13% en cambio entre 1972-82 y 1983-92 alcanza al 44 por ciento. Las tasas de mortalidad infantil dan muestras de una clara tendencia a la homogeneización en torno a valores que oscilan entre 20 y 30 por mil.

Con el fin de visualizar mejor este proceso, en los tres mapas que siguen se han representado las tasas promedio departamentales según intervalos de valores. En primer lugar puede verse que entre los dos primeros períodos considerados (mapa 1) el valor de las tasas más altas prácticamente salta dos intervalos, mientras que las más bajas lo hacen solo uno. En el más reciente (mapa 2) prácticamente todo el país cae en el intervalo de valores más bajos, registrados en el período anterior únicamente para el departamento de Colonia. Si bien este proceso muestra una evolución favorable de la mortalidad infantil, la misma se produce por el descenso más fuerte de los departamentos que tenían las tasas más elevadas y se estaría insinuando un cierto estancamiento en los sectores de mortalidad infantil media.

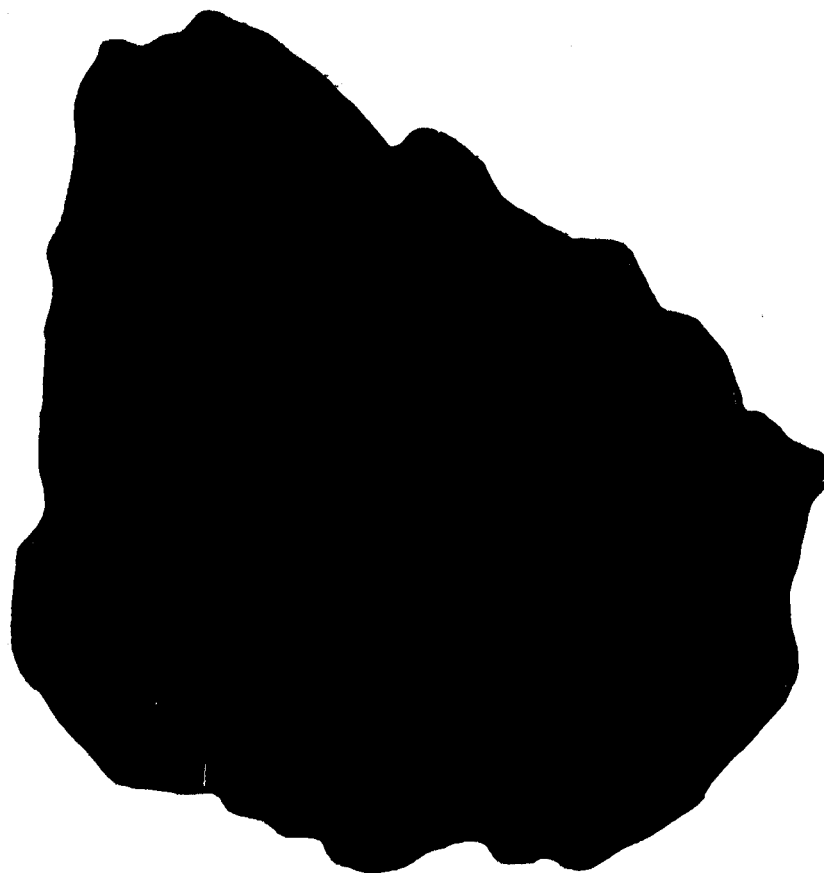
Otros datos que complementan esta observación son los proporcionados por las tasas según el centro asistencial donde ocurrió el fallecimiento, que pueden interpretarse como un reflejo del nivel socioeconómico al cual el menor pertenece. Así la tasa de los centros de asistencia pública que era a comienzos de la década de los años ochenta casi cuatro veces superior a la del sector privado (51 y 13 por mil), entre 1981 y 1992 se reduce un 57% en tanto la de este último sector lo hace sólo un 9%, con lo cual la brecha que separaba los valores se reduce en forma significativa. En el gráfico 6 puede verse también el estancamiento operado en la evolución de los componentes neonatal y postneonatal del sector de asistencia privada en los últimos años. Aún más, a partir de 1990 se produce un aumento, especialmente en la tasa de mortalidad neonatal equivalente a 2 puntos de tasa.

Por lo expuesto puede verse que todas las variables apuntan a una reducción importante respecto a los valores más elevados y prácticamente un estancamiento en los medios.

Como se ha demostrado en estudios anteriores las condiciones materiales de vida actúan como variables determinantes directas de la mortalidad infantil. Una de ellas es el origen del agua potable y especialmente las condiciones para acceder a su uso. Así en el período 1961-71 se pudo establecer que aún cuando el origen era la red pública los valores de las tasas casi se duplicaban cuando el servicio de agua se encontraba instalado fuera de la vivienda, llegando en algunas capitales departamentales a valores de 74 por mil y a una media nacional de 69 por mil¹⁶. Los datos para el período 1972-82 muestran un notable descenso de las tasas a un valor promedio nacional de 46 por mil. Cuando el agua está dentro de la vivienda, la tasa correspondiente que es la más baja registrada, no presenta en cambio variaciones importantes ya que pasa de 37 por mil en el primer período a 34 por mil en el más reciente.

¹⁶ Damonte, A., M., La mortalidad infantil. op.cit.

**Mapa 2 - Uruguay - Tasas promedio de Mortalidad
Infantil (0/00) por Departamento, Período 1983-1992**

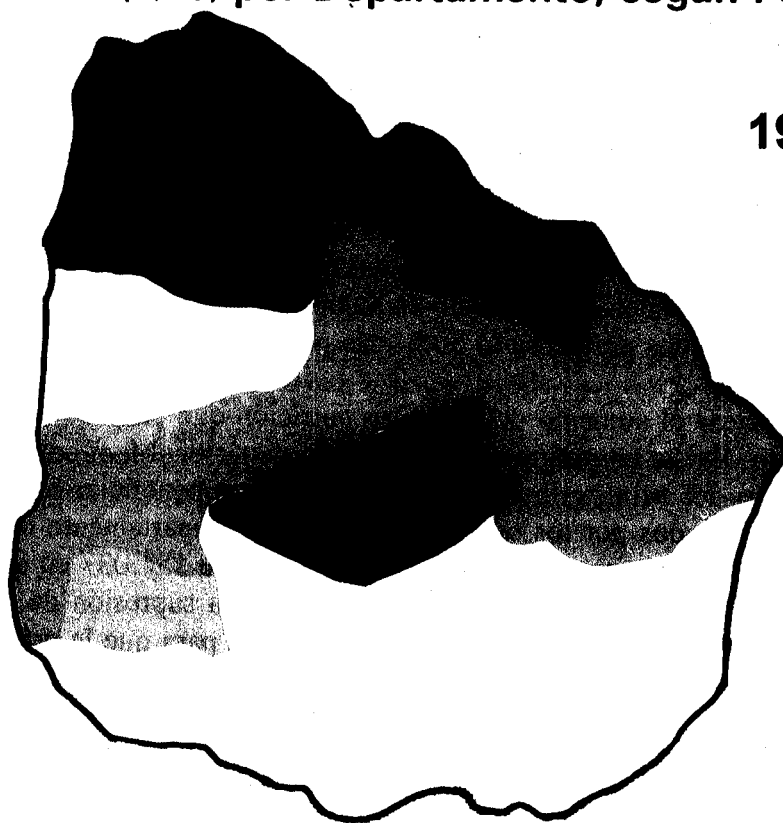


Referencias

	menos de 20
	20 - 29

Fuente: cuadro 3

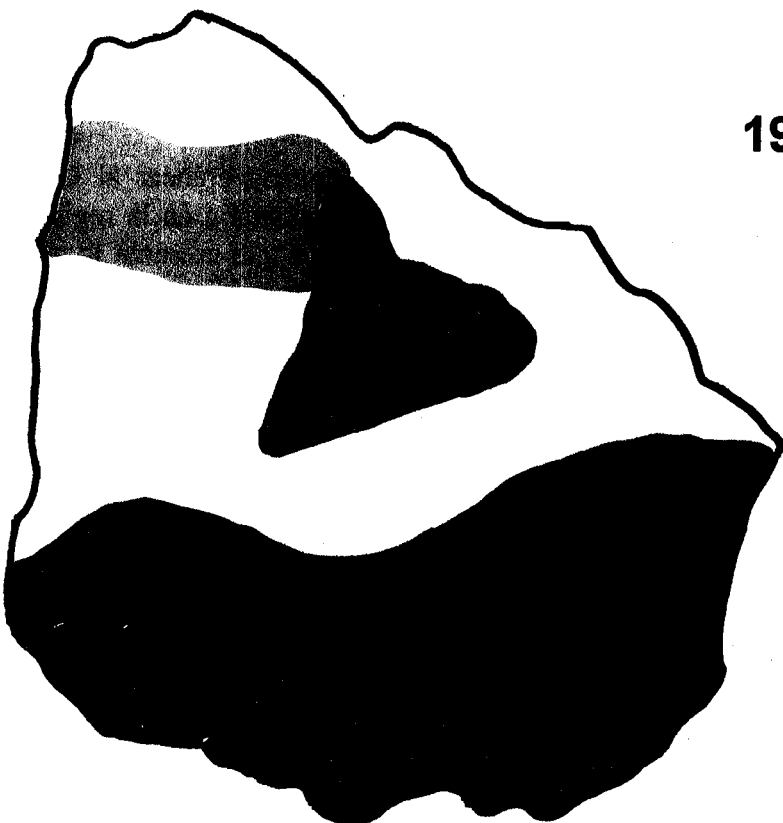
**Mapa 1 - Uruguay - Tasas Promedio de Mortalidad
Infantil (0/00) por Departamento, según Períodos**



1961 - 1971

Referencias

	40 - 49
	50 - 59
	60 y más



1972 - 1982

Referencias

	20 - 29
	30 - 39
	40 - 49
	50 - 59

Fuente: cuadro 3

También según los datos censales el porcentaje de población con acceso al agua proveniente de la red pública, por lo tanto potable, sufre una evolución favorable de 68.31% en 1963 pasa a 72% en 1975 y a 80% en 1985.

Otro dato a tener presente tiene que ver con el aumento del gasto del sector público en salud entre 1983 y 1989 que casi se duplicó pasando de 142.7 a 280.6 millones de dólares. De los diferentes centros en que se ha dividido el gasto del MSP, las erogaciones realizadas por los hospitales de niños crecieron en mayor medida, en una proporción del 160% . En la salud, los gastos más progresivos corresponden al Ministerio de Salud Pública y a la atención materno infantil donde el 93% de los beneficiados pertenece al 50% más pobre de la población.¹⁷

Cabe también destacar el aumento del gasto en nutrición que pasó de 3.7 a 10.7 millones de dólares en este período. Existe un programa de vigilancia nutricional familiar (PROVINFA) que se desarrolla en el ámbito del Ministerio de Salud Pública. Los beneficiarios asistidos por este programa, según datos reportados por los servicios del MSP al Departamento de Alimentación y Nutrición, han disminuido sensiblemente a partir del año 1988. De 154.037 en dicho año pasaron a 66.990 en 1992.¹⁸ Esta reducción se opera paralelamente con la supresión de la entrega de dos alimentos (arroz y harina de maíz) que actuaban como incentivos para que la población acudiera a estos servicios.

Los gastos públicos orientados a la maternidad e infancia ascendieron sustancialmente pasando de 226.9 millones de dólares en 1983 a 311.7 en 1989. En el año 1990 se inicia el "Programa de Control del Embarazo y Parto", programa diseñado por el MSP y que se vincula con otros subprogramas como ser: Programa ADUANA de seguimiento de los recién nacidos durante su primer año de vida, programa IRA (Infecciones Respiratorias Agudas), Programa EDA (Enfermedad Diarreica Aguda), programa de Inmunizaciones y Programa de Complementación Alimentaria.¹⁹

La quinta etapa que se ha enunciado y que permitiría colocar al Uruguay con tasas de mortalidad infantil análogas a las de los países en mejor situación en la región, exige una acción a escala nacional firme y sostenida en el tiempo. La rigidez que presenta la mortalidad infantil en el nivel actual difícilmente pueda vencerse con acciones esporádicas, se requiere en cambio una política explícita de salud que sobreviva varios mandatos de gobierno y dotada de un presupuesto adecuado no sólo para bajar el nivel sino para mantener e institucionalizar las metas que se alcancen. Esto lleva de la mano una mejora concomitante en el registro de las defunciones en las

¹⁷ PLAN DE ACCION en favor de LA INFANCIA, Presidencia de la República, Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Uruguay. 1993

¹⁸ Datos proporcionados por la Dirección de Epidemiología, Departamento de Alimentación y Nutrición.

¹⁹ Informe Nacional Sobre Población, Uruguay 1993, op.cit.

primeras edades de la vida, ya que su cobertura y confiabilidad actuales exhiben debilidades que limitan el estudio refinado de la variable en cuestión.

El examen según causas de muerte mostrará hacia donde la acción preventiva y curativa debe orientar sus esfuerzos, si existe la decisión de abrir esa nueva etapa.

V Posibilidades de reducción futura

En el cuadro 4 se compara la mortalidad infantil y sus componentes -neonatal y postneonatal- con algunos países del área (Chile y Cuba) que son los de más baja mortalidad y se eligieron dos países europeos (Suecia y Suiza) con también baja mortalidad y con buenos sistemas de registro, para tener una referencia del porcentaje de reducción posible de las tasas observadas para Uruguay. Si bien la tasa registrada para Suecia ha sido superada para esa misma fecha por Japón (4.8 por mil), la calidad de los registros de este país merece cierta precaución, por lo cual se tomaron como valores límites los de Suecia. Cabe destacar que tanto estos países como Uruguay observan en 1992 tasas de mortalidad infantil inferiores, pero la información de referencia en el caso de los primeros solo esta disponible para el año 1988. Se incluye la tasa nacional del año 1991, dado que su nivel se mantuvo constante desde 1988, hecho que valida la comparación.

Cuadro 4 - Comparación de las tasas de mortalidad infantil neonatal y postneonatal con algunos países seleccionados

País y Año	Tasa de mortalidad infantil	Tasa Neonatal			Tasa de Mortalidad Postneonatal
		Total	Temprana	Tardía	
Uruguay 1991*	21.11	12.33	9.68	2.65	8.78
Chile 1988	18.90	9.50	7.43	2.06	9.40
Cuba 1988	11.90	8.08	6.10	1.99	3.82
Suiza 1988	6.80	4.20	3.30	0.90	2.60
Suecia 1987 (límite)	6.10	3.80	3.10	0.70	2.30

Porcentaje de reducción para alcanzar el valor límite

País y Año	Tasa de mortalidad infantil	Tasa Neonatal			Tasa de Mortalidad Postneonatal
		Total	Temprano	Tardía	
Uruguay 1991	71.10	69.18	67.98	73.58	73.80
Chile 1988	67.72	60.00	58.28	66.02	75.53
Cuba 1988	48.74	52.97	49.18	64.82	39.79
Suiza 1988	10.29	9.52	6.06	22.22	11.54

Fuente: Naciones Unidas, Demographic Yearbook 1989

* datos provisorios

Un hecho interesante resalta al observar estos datos y hace referencia al comportamiento entre los porcentajes de reducción esperados para Uruguay y Chile. Como puede verse la tasa de mortalidad infantil puede reducirse alrededor del 70%; en ambos países el componente postneonatal es el que permite un mayor margen de reducción.

En relación a Cuba, que parece una realidad más próxima a alcanzar frente a la de Suecia, la tasa del país es un 77% más elevada, radicando la mayor diferencia en la mortalidad postneonatal que es un 130% más alta; la neonatal en cambio es sólo un 53% mayor. Esto guarda relación en gran parte con la mortalidad endógena, que se tratará al analizar las causas de muerte.

Otra forma de cotejo es a través del peso relativo de cada componente. En el cuadro 5 se compara la distribución de las muertes infantiles y sus componentes. En primer lugar se aprecia la similitud de comportamiento del porcentaje de muertes neonatales tardías del país con los restantes exceptuando Cuba. Para el porcentaje neonatal temprano la variabilidad es mayor.

Cuadro 5 - Comparación de la distribución de las muertes infantiles neonatal y postneonatal con algunos países seleccionados

País y Año	Porcentaje Infantil	Porcentaje Neonatal			Porcentaje Postneonatal
		Total	Temprana	Tardía	
Uruguay 1991	100	58.34	45.81	12.53	41.66
Chile 1988	100	50.27	39.35	10.91	49.73
Cuba 1988	100	67.92	51.23	16.69	32.08
Suiza 1988	100	61.64	48.55	13.09	38.36
Suecia 1987 (límite)	100	62.56	51.17	11.39	37.44

Sin embargo la comparación de la distribución de las muertes neonatales, presentada en el cuadro 6, muestra un comportamiento muy homogéneo para los países analizados. Por lo tanto puede decirse que las diferencias se focalizan en el nivel.

Cuadro 6 - Comparación de la distribución de las muertes neonatales con algunos países seleccionados

País y Año	Neonatal		
	Total	Temprana	Tardía
Uruguay 1991	100.00	78.52	21.48
Chile 1988	100.00	78.29	21.71
Cuba 1988	100.00	75.43	24.57
Suiza 1988	100.00	78.76	21.24
Suecia 1987 (límite)	100.00	81.80	18.20

VI Causas de muerte

VI.1 Evolución

Casi 3 niños mueren por día en el Uruguay de hoy antes de haber cumplido el primer año de vida. En los últimos 14 años estas muertes sumaron un total de 20.798 menores. Lo impactante de esta situación resulta de considerar que en más de un 83% estas muertes pudieron haberse evitado²⁰.

La información para el análisis de las causas se extrajo de las publicaciones de la División Estadística del Ministerio de Salud Pública²¹ Para seguir la evolución de las mismas se parte del año en que comenzó a ser aplicada, en el país, la Novena Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades que corresponde al año 1979. Por otra parte esta fecha es aproximadamente coincidente con el inicio del fuerte descenso operado en la tasa de mortalidad infantil (cuarta etapa).

En términos generales cabe en primer lugar, señalar que este descenso ha significado algo más de 9.000 vidas salvadas entre 1979 y 1992, con medidas de bajo costo que no han tenido erogaciones presupuestales extraordinarias. Este resultado es el accionar de distintos programas actuando sobre las enfermedades producidas por factores exógenos y por lo tanto evitables en un cien por ciento, como también sobre la reducción de los riesgos en las causas propias del período perinatal.

En el cuadro 7 se presentan las tasas de mortalidad infantil según las principales causas de muerte para el período 1979-1992. Como puede verse el mayor descenso corresponde al conjunto de causas que se relacionan con la mortalidad que se produce alrededor del nacimiento. En términos de vidas salvadas se traduce en más de 4.000. Este hecho muestra el impacto positivo que han tenido los programas de salud materno infantil a los cuales se prestó especial importancia a partir de 1985 y que se inscriben dentro de las estrategias de Atención Primaria a la Salud del Ministerio de Salud Pública. Dentro de este grupo de causas todavía queda un rezago importante de muertes relacionadas con el bajo peso al nacer (inmadurez) ya que la reducción de la tasa en estos catorce años (lo hizo en un 67%) ha significado llevar su nivel apenas por debajo del registrado por países como Costa Rica y Chile ocho años atrás (cuadro 8).

En la reducción de las muertes por infecciones intestinales ha jugado un papel importante el tratamiento de la diarrea a través del uso de la terapia de rehidratación oral. Esta estrategia fue promovida por la Comisión para el Estudio y Tratamiento de la Diarrea creada en el año 1983 en la órbita del Ministerio de Salud Pública. La producción y distribución de sales de rehidratación oral

²⁰ Considerando solamente las muertes por anomalías congénitas como difícilmente evitables el resto de las muertes por otras causas suman 17.860.

²¹ División Estadística del MSP, Mortalidad General e Infantil por causa sexo y edad.

aumentó de 153.200 en 1985 a 810.000 dosis en 1988. Las muertes por diarrea se asocian con desnutrición en más del 80% de los casos²². Más recientemente cabe destacar la acción del programa EDA de control de las Enfermedades Diarreicas Agudas.

Cuadro 7 - Uruguay - Tasas de mortalidad infantil por las principales causas de muerte

Tasas de mortalidad infantil por las principales causas de muerte															
		Tasas por mil nacimientos vivos													
Causas	Número de la 9º revis.	1992	1991	1990	1989	1988	1987	1986	1985	1984	1983	1982	1981	1980	1979
Traumatismos del nacimiento, afecciones anóxicas e hipóxicas	(767-770)	3.89	4.36	4.11	4.74	5.91	6.33	6.14	6.71	7.42	6.97	7.74	8.75	9.62	9.88
Las demás causas de la mortalidad perinatal	(760, 764, 771-779)	2.36	3.21	2.94	2.71	2.24	2.72	2.61	3.44	3.04	2.68	3.15	3.38	3.29	5.90
Inmaduridad	(765)	1.16	1.86	1.61	2.11	1.79	2.30	2.24	2.68	2.62	3.35	3.40	3.13	4.38	3.53
Anomalías congénitas	(740-759)	3.62	3.80	3.70	3.56	3.55	3.65	3.90	4.09	4.09	4.19	4.22	3.82	3.97	3.87
Infecciones respiratorias agudas(excepto influenza) neumonía y bronquitis	(460-466; 480-485; 490)	1.46	0.99	1.33	1.30	1.36	1.35	1.76	1.17	1.48	1.48	1.75	2.08	2.14	1.95
Desnutrición y otras deficiencias de la nutrición	(260-269)	0.37	0.49	0.64	0.61	0.61	1.46	1.53	1.47	1.42	1.09	1.08	1.30	1.41	1.58
Infecciones intestinales	(008-009)	0.59	0.68	0.60	0.92	0.48	0.43	1.78	2.57	2.72	2.17	1.77	3.23	3.70	4.48
Septicemia	(038)	0.42	0.31	0.23	0.43	0.29	0.43	0.85	0.99	0.88	0.71	0.69	0.72	0.52	0.62
Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central	(320-326)	0.17	0.18	0.35	0.25	0.39	0.36	0.68	0.46	0.51	0.54	0.52	0.89	0.95	0.72
Accidentes y efectos adversos	(E47-E53)	1.00	1.22	1.58	1.48	0.88	1.01	1.09	1.08	1.07	1.16	0.54	0.85	0.58	0.81
Demás causas		2.57	2.43	2.02	1.90	1.76	2.08	2.37	2.51	1.95	1.78	2.59	2.17	3.58	2.87
Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	(780-797; 799)	1.01	1.59	1.36	1.16	1.77	1.89	2.85	2.19	2.89	2.43	2.44	3.12	3.45	3.28

Nota: a partir de 1991 en razón de su creciente importancia se extrajo de estas causas residuales la clasificada como "Síndrome de la muerte súbita del lactante" que significan 30 y 23 muertes para 1991 y 1992 respectivamente.

²² MSP/UNICEF, Atención Primaria de Salud en el Uruguay. Resultados y Perspectivas. Montevideo, 1990.

Cuadro 8 - Tasas de mortalidad infantil por causas: Uruguay, Chile y Costa Rica

Causas	País	Año	Tasa por mil
Inmaduridad	Costa Rica	1984	1.30
	Chile	1985	1.49
	Uruguay	1992	1.16
Desnutrición	Costa Rica	1984	0.18
	Chile	1985	0.30
	Uruguay	1992	0.37
Infecciones	Costa Rica	1984	1.10
intestinales	Chile	1985	0.69
	Uruguay	1992	0.59

Fuente: Para Chile y Costa Rica: CELADE, Mortalidad infantil neonatal y postneonatal en algunos países de A. Latina, Notas de Población N° 44. Para Uruguay cuadro 7

Dentro de las causas totalmente evitables, el rubro "desnutrición y otras deficiencias de la nutrición" en los últimos catorce años cobró 817 vidas. Parece apropiado transcribir unos párrafos del Anuario Estadístico del Uruguay de 1884 que comentan la mortalidad ocurrida en ese año:

- "Las graves reflexiones que fluyen del estudio de los cuadros de defunciones, nos determinan a consignar algunas observaciones tendientes a que las corporaciones científicas oficiales detengan su ilustrada atención en la elocuencia de los guarismos y procuren los medios de suprimir las causas deplorables, evitando a la vez hechos que afectan seriamente a la sociedad. No es de ahora que la estadística revela en nuestro país hechos que deben llamar la atención de los hombres ilustrados...."-²³

²³ Anuario estadístico de 1884, página XXXI.

Aquí se presentan las cantidad de niños que mueren por desnutrición, pero muchos de los que sobreviven no logran borrar las secuelas dejadas por la falta de alimentación a lo largo de su vida. Estudios recientes han arrojado claridad sobre el tema del estado nutricional de los niños, poco conocido hasta el momento en sus dimensiones reales. "No se puede dudar, pues, de la gravedad del problema así como de su estrecha relación con las condiciones de pobreza. Puede afirmarse, además, algo trascendente para el conocimiento de la naturaleza de la desnutrición en el Uruguay: no se trata de un fenómeno que predomine en sus formas agudas y con marcado déficit del peso; más bien se presenta en formas crónicas, mantenidas en el tiempo y que se detectan por una depresión en la curva del crecimiento asociada a episodios infecciosos, mal control de salud etc"²⁴

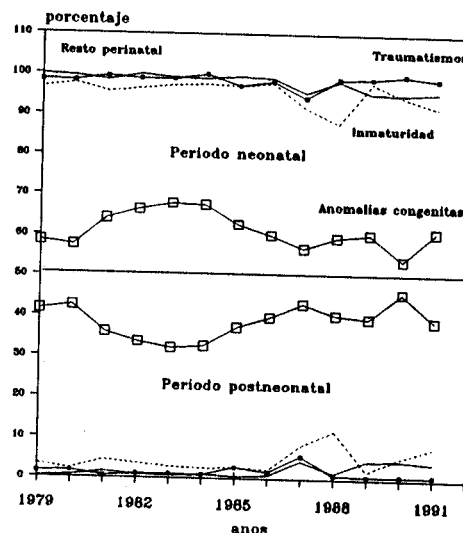
VI.2 Hipótesis de Lantoine y Pressat

La evolución de los componentes de la mortalidad infantil, expuesta en las páginas precedentes parece respaldar la hipótesis de desplazamiento de muertes endógenas neonatales hacia el período postneonatal, desarrollada por Lantoine y Pressat²⁵. Con la finalidad de contrastar dicha hipótesis en el cuadro 9 y gráfico 7 se presenta la evolución de la distribución de las muertes de tipo endógeno por cada causa en el período 1979-1991 (para 1992 no hay datos disponibles).

Según muestran los porcentajes correspondientes a la principal causa de muerte infantil (traumatismos del nacimiento, afecciones anóxicas e hipóxicas) hay un aumento de la incidencia de estas muertes en el período postneonatal en los últimos años. También siguen un comportamiento similar las demás causas de mortalidad perinatal.

Aunque se observan los elementos manejados por Lantoine y Pressat; decrecimiento del peso relativo de las muertes neonatales, aumento del peso de las muertes entre el primer y tercer mes de vida y aumento del peso de las muertes endógenas en el período postneonatal, no es posible todavía llegar a una conclusión valedera sobre todo si se tiene en cuenta la brecha que hay entre los niveles de la mortalidad infantil de los Países Bajos (observados por los autores) y el Uruguay.

Grafico 7 - Uruguay - Distribución de las muertes por ciertas causas según los componentes neonatal y postneonatal



²⁴ UNICEF, Análisis de Situación de los Niños y Mujeres del Uruguay, setiembre, 1991.

²⁵ Lantoine, C. y Pressat, R., op. cit.

Cuadro 9 - Uruguay -Distribución relativa de algunas causas de muertes infantiles

Causas	Porcentaje de las muertes neonatales (Total de cada causa = 100)											
	1991	1990	1989	1988	1987	1986	1985	1984	1983	1982	1981	1979
Traumatismos del nacimiento, afecciones anóxicas e hipóxicas	95.82	95.26	95.42	98.48	95.56	99.10	99.45	98.99	99.19	100.00	98.52	99.42
Las demás causas de la mortalidad perinatal	92.05	94.58	98.00	88.00	91.72	97.87	97.30	97.53	97.20	96.45	95.60	97.74
Inmaduridad	99.02	100.00	99.15	99.00	94.31	98.35	97.22	100.00	98.88	98.90	99.41	98.31
Anomalías congénitas	61.06	54.07	60.41	59.60	56.92	60.19	62.73	67.43	67.86	66.37	64.08	57.48
Porcentaje de las muertes postneonatales (Total de cada causa = 100)												
Traumatismos del nacimiento, afecciones anóxicas e hipóxicas	4.18	4.74	4.58	1.52	4.44	0.90	0.55	1.01	0.81	0.00	1.48	0.58
Las demás causas de la mortalidad perinatal	7.95	5.42	2.00	12.00	8.28	2.13	2.70	2.47	2.80	3.55	4.40	2.26
Inmaduridad	0.98	0.00	0.85	1.00	5.69	1.65	2.78	0.00	1.12	1.10	0.59	1.69
Anomalías congénitas	38.94	45.93	39.59	40.4	43.08	39.81	37.27	32.57	32.14	33.63	35.92	42.52

Conclusiones

La evolución de la mortalidad infantil en el transcurso del siglo XX no ha seguido un comportamiento uniforme. Ello ha permitido identificar cuatro etapas con características diferenciadas en lo que hace tanto al ritmo de descenso de la mortalidad como a los factores que han actuado para reducirla. Así en la primera de ellas, que transcurre entre 1900 e inicio de la década de los años cuarenta, en que la tasa se reduce un 12%, las acciones preventivas dirigidas a mejorar el estado sanitario y de salud de la población han tenido mayor relevancia que los avances de la ciencia médica. La finalización de la segunda guerra mundial marca el inicio de la segunda etapa que se extiende hasta los primeros años del cincuenta. En la misma se produce un fuerte descenso de la tasa que se reduce un 30%, como consecuencia del surgimiento de los antibióticos a los que se suman las acciones de la cooperación internacional en favor de la infancia. La tercera etapa ubicada al promediar los años cincuenta y hasta 1977 se caracteriza por mantener la tasa en un nivel casi estacionario en alrededor del 48 por mil nacimientos vivos dentro del marco de grandes alteraciones que ocurren en la sociedad uruguaya. Finalmente en la cuarta etapa que llega hasta 1992 la tasa de mortalidad infantil se reduce un 59% alcanzando en este año el valor más bajo registrado históricamente (18.6 por mil). Este descenso es el resultado del accionar, fundamentalmente a partir de 1985, de diferentes programas de salud materno infantil que se inscriben dentro de los programas de Atención Primaria a la Salud del Ministerio de Salud Pública.

En el contexto latinoamericano Uruguay ocupa una posición de rezago en relación a otros países como Chile, Costa Rica y Cuba. Si la quinta etapa se abriera podría ser posible que el país lograra recuperar la posición de liderazgo que tenía a comienzos de siglo, cuyo nivel de mortalidad infantil estos países tardaron cincuenta años en alcanzar.

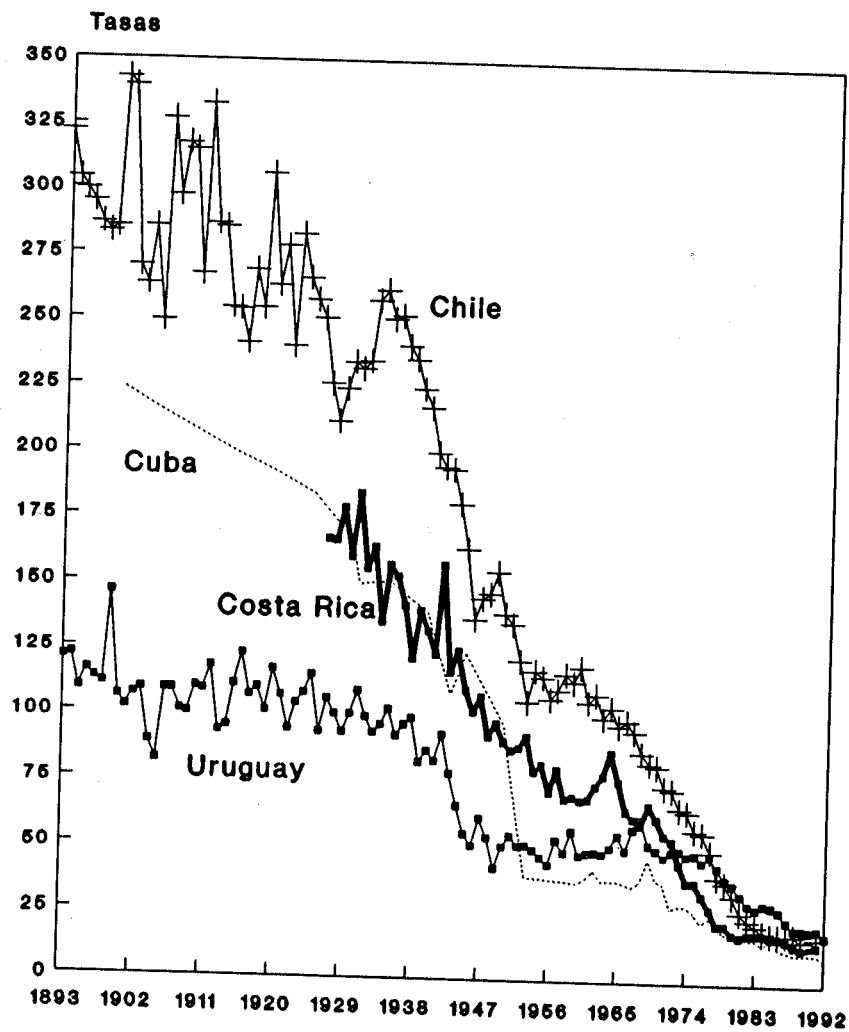
En el espacio territorial interno entre la tercera y cuarta etapa, los componentes departamentales han evolucionado muy favorablemente. De una situación muy heterogénea observada en el período comprendido entre los años 1961 y 1971, donde los valores de las tasas se situaban entre 40 y 64 por mil, pasa en el período siguiente 1972-1982 a valores que varían entre 28 y 56 por mil para finalmente en el decenio mas reciente dar muestras claras de una tendencia hacia la homogeneización entre valores que oscilan entre 20 y 30 por mil. Estos resultados ratifican la singular importancia que han tenido la extensión de algunos servicios públicos como la red de agua potable y los programas de salud de tipo primario, que muestran lo eficaces que pueden ser cuando son adecuados a la población a que sirven. La importante reducción de la mortalidad infantil se opera como resultado del descenso de las tasas de los sectores de población más postergados que se identifican como usuarios del sector público de salud. Es precisamente en los mismos donde la mortalidad por causas exógenas de origen infeccioso tiene mayor influencia.

Aunque el descenso de la tasa registrado para el año 1992 logró quebrar el estancamiento

de los cuatro años anteriores, todavía queda mucho por ganar. De las 1009 muertes registradas anualmente mas de 700 vidas podrían evitarse. Sin embargo la perspectiva de que una quinta etapa se abra en el escenario de la mortalidad infantil uruguaya aparece promisorio. Este reciente descenso unido a los programas y acciones de salud iniciados a partir de 1990, son señales auspiciosas para lograr reducir la tasa de mortalidad infantil por debajo del 10 por mil. Pero ello requerirá de una mayor decisión política que asegure la continuidad de estas acciones a través de los sucesivos mandatos de gobierno.

ANEXO

**Gráfico 2 -TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL
PARA ALGUNOS PAISES SELECCIONADOS.**



Fuente: CELADE para Costa Rica, Cuba y Chile
Damonte, A.M. Evolución de la Mortalidad en Uruguay. 1993

Cuadro AI. 1 Uruguay - Nacimientos ocurridos y registrados. 1960-1992

Año	Nacimientos	Año	Nacimientos	Año	Nacimientos
1960	60111	1971	55990	1982	53594
1961	54950	1972	56470	1983	53405
1962	56120	1973	56640	1984	53348
1963	57141	1974	58280	1985	53766
1964	55100	1975	59140	1986	54080
1965	53830	1976	59190	1987	53368
1966	51120	1977	57976	1988	55798
1967	52010	1978	57276	1989*	55324
1968	53330	1979	55770	1990*	56487
1969	56750	1980	53854	1991*	54754
1970	54870	1981	53923	1992*	53957

Fuente: Estadísticas Vitales, Dirección General de Estadística y Censos

* Cifras provisionarias. División Estadística del MSP.

Cuadro AI. 2 - Uruguay - Defunciones de menores de 1 año ocurridas y registradas. 1960-1992

Año	Defunciones < 1 año	Año	Defunciones < 1 año	Año	Defunciones < 1 año
1960	2868	1971	2663	1982	1603
1961	2679	1972	2800	1983	1525
1962	2742	1973	2843	1984	1605
1963	2771	1974	2802	1985	1578
1964	2800	1975	2872	1986	1503
1965	2999	1976	2718	1987	1275
1966	2547	1977	2812	1988	1174
1967	3027	1978	2507	1989	1172
1968	3300	1979	2207	1990	1152
1969	2958	1980	2024	1991	1156
1970	2807	1981	1803	1992*	1009

Fuente: Estadísticas Vitales, Dirección General de Estadística y Censos

* Cifras provisionarias. División Estadística del MSP.