

La mortalidad de la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires en el periodo 1860-2002

Victoria Mazzeo

Universidad de Buenos Aires

Resumen

Aquí se analiza la tendencia de la mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires, utilizando como información básica los datos suministrados por los registros de nacimientos y defunciones ocurridos y registrados en la ciudad a lo largo del periodo 1860-2002. Se investigan las causas de muerte por grupos de edad, toda vez que el estudio de la mortalidad por causas es un paso necesario hacia la explicación de los niveles de mortalidad en términos de factores económicos, sociales y culturales.

Palabras clave: mortalidad infantil, tasa de mortalidad, causa de muerte, Ciudad de Buenos Aires.

Abstract

Mortality in first infancy in the City of Buenos Aires in the 1860-2002 period

The tendency of the infantile mortality in the City of Buenos Aires is hereby analyzed, using as basic information data provided by the births and deceases occurred along the 1860-2002 period. The causes of death are researched by age groups, since the study of mortality by cause is a necessary step towards the explanation of the levels of mortality in terms of economic, social and cultural factors.

Key words: infantile mortality, mortality rate, cause of death, City of Buenos Aires.

En las defunciones de toda agrupación humana civilizada existe un grupo cuyo estudio es objeto del mayor interés por parte del higienista, del hombre de gobierno y del filántropo, porque la experiencia universal comprueba que, cuando excede de ciertas proporciones, es porque existen causas destructoras que pueden ser atenuadas. Me refiero a las defunciones de la infancia (Martínez, 1913: XXIV).

A partir del reconocimiento de la importancia que ha tenido históricamente la mortalidad infantil como indicador de las condiciones sanitarias y socioculturales de una sociedad y en el convencimiento de que la misma no puede analizarse en abstracto, ya que está inserta en el desarrollo de la historia y la organización sociales, el propósito de este trabajo es poner de relieve los factores que determinaron el nivel de la mortalidad de la primera infancia y explicar la tendencia histórica seguida en

la Ciudad de Buenos Aires durante el periodo 1860-2002 a través del análisis de su magnitud y estructura.

Para la medición del nivel de mortalidad de la primera infancia se utilizó la tasa de mortalidad, definida como la relación entre las defunciones de niños menores de cinco años en un año dado y los nacidos vivos en el año.¹ Este indicador fue seleccionado teniendo en cuenta la disponibilidad de los datos que provienen de las estadísticas vitales del periodo.

A fin de describir la tendencia general seguida por la mortalidad de la primera infancia, desde mediados del siglo XIX se consideró conveniente, desde el punto de vista metodológico, analizar los promedios quinquenales de las tasas con el objeto de evitar la incidencia de las notorias fluctuaciones anuales, especialmente en los inicios del periodo, derivadas esencialmente de las numerosas epidemias que se registraron en la ciudad.

Evolución

El notable descenso de la mortalidad de la infancia fue uno de los cambios sociales más importantes y extensos del último siglo y medio. Los mecanismos de esta transformación constituyen el centro de un debate que cautivó el interés de diversos especialistas desde hace largos años. Demógrafos, economistas, epidemiólogos, historiadores, politólogos y sociólogos continúan discutiendo sobre el rol, la magnitud y la interacción de los distintos factores explicativos que operaron en el descenso de la mortalidad: el crecimiento económico, los progresos de la salud pública, la higiene personal, los cambios ecológicos, las condiciones de vida y de trabajo y las medidas de protección social.

Durante la década de 1960, la explicación de las causas del descenso secular ponía el acento en las mejoras de la salud pública, la higiene y el control de las enfermedades, momento en que el Estado habría asumido el rol organizador de la defensa pública contra las enfermedades y proporcionado servicios básicos de salud (Schofield y Reher, 1991). A mediados de los años setenta, la ya clásica y controversial tesis de McKeown lleva la batalla a otro terreno. Partiendo del conocimiento de que la reducción de la mortalidad en los países desarrollados en el siglo XIX se debió a la reducción de las enfermedades infecciosas, McKeown le resta protagonismo a las medidas sanitarias y a los avances de la

¹ Se discriminan en el análisis los grupos etarios que abarca la primera infancia: mortalidad infantil (neonatal y postneonatal) y de niños de 1 a 4 años.

medicina, atribuyéndoselo a cambios económicos y sociales. Enfatiza principalmente que el crecimiento económico y las mejoras en el nivel de vida contribuyeron a incrementar la nutrición de la población, lo que les permitió una mayor resistencia a la infección (McKeown, 1976).

La tesis de McKeown continúa siendo un punto de referencia en el debate, aunque parte de sus hipótesis fueron puestas en duda por otros investigadores (Wrigley y Schofield, 1981; Preston, 1988; Szreter, 2002, y Colgrove, 2002). Sin embargo, actualmente parece haber consenso entre los investigadores, tanto en aceptar como válida la idea de que la ciencia médica en su aspecto curativo jugó un papel menor en el descenso de la mortalidad a principios del siglo XX (Colgrove, 2002), como en que el nivel de vida y los aspectos económicos resultan cruciales para la salud de la población (Wilkinson, 1992; Evans, 1996; Marmor, 1996, y Szreter, 2002). La discusión posterior logró consenso respecto a considerar como factores explicativos tanto las iniciativas de la reforma sanitaria como las mejoras en el nivel de vida y su impacto en la nutrición como claves en el descenso de la mortalidad.

En la Ciudad de Buenos Aires, el nivel de la mortalidad de la primera infancia, como se observa en la gráfica 1, descendió a partir del quinquenio 1870-1874. La tasa presenta su valor máximo en el quinquenio 1865-1869 (404.7 por mil) y el mínimo (10.6 por mil) en el periodo 2000-2002 (cuadro 1).

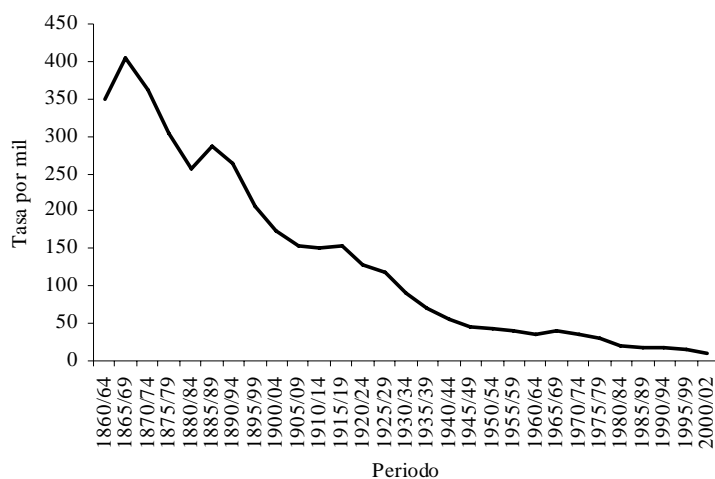
Es conveniente recordar que la Ciudad de Buenos Aires se vio afectada por numerosas epidemias, especialmente entre 1869 y 1900, siendo éste el periodo en el cual tuvieron mayor participación las defunciones por causa de enfermedades infecciosas, lo que explicaría, en parte, el alto nivel de la mortalidad y las fluctuaciones en la tendencia del fenómeno.

Con el objeto de buscar los factores explicativos que incidieron en el ritmo seguido por la mortalidad materno-infantil se elaboró un índice tomando como base el quinquenio 1860-1864 que permitió identificar etapas muy diferentes dentro del proceso. A través del mismo se verificó que en el último cuarto del siglo XIX se registra una marcada aceleración del ritmo de descenso de la mortalidad de la primera infancia, reduciéndose a la mitad durante el quinquenio 1900-1904.²

Este periodo coincide con una mayor preocupación por parte de las autoridades sanitarias en dictar medidas referidas no sólo a la higiene pública sino también a la protección de la primera infancia.

² Esta reducción fue de 1.2 por ciento anual.

GRÁFICA 1
MORTALIDAD DE LA PRIMERA INFANCIA (TASAS POR MIL
NACIMIENTOS). CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1860-2002



Fuente: cuadro 1.

Posteriormente, en la primera mitad del siglo XX se desarrolló una etapa donde la reducción de la mortalidad de la primera infancia era muy pronunciada. Comparando los quinquenios 1895-1899 y 1945-1949 se observa una disminución de 78 por ciento.³ El mejoramiento de la calidad de vida de la población a partir de la ampliación de la cobertura de los servicios de saneamiento del medio ambiente (provisión de agua potable, sistema cloacal, eliminación de desperdicios), la protección de la primera infancia y el incremento del salario real en la ciudad habrían incidido en el descenso de la mortalidad. En este periodo, como se verá más adelante, es notoria la reducción de las muertes causadas por falta de higiene o la mala nutrición (Mazzeo, 1993).

En el periodo 1950-1979 se registra una etapa donde la reducción no fue tan pronunciada, con un descenso de 36 por ciento, hecho que indudablemente tiene relación con los niveles que asume la tasa de mortalidad de la primera infancia, que en esas décadas son bastante inferiores a los de comienzo de siglo, siendo

³ Reducción de 1.6 por ciento anual.

La mortalidad de la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires... /V. Mazzeo

el promedio anual de reducción de 1.2 por ciento. Por otro lado, uno de sus componentes, la mortalidad infantil, se mantuvo prácticamente estable e incluso se incrementó en el quinquenio 1965-1969 (34.6 por mil) debido al aumento de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias, y por diarrea. Finalmente, el nivel de la tasa se redujo a la tercera parte durante el periodo que se inicia en 1980, registrándose una disminución anual promedio de 2.8 por ciento. Esta etapa está influida por la reducción sostenida de la mortalidad infantil, especialmente de la neonatal, que decrece 66 por ciento.

CUADRO 1
MORTALIDAD DE LA PRIMERA INFANCIA (TASAS POR MIL
NACIMIENTOS). CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1860-2002

Periodo	Tasa	Periodo	Tasa
1860/64	350.1	1930/34	91.7
1865/69	404.7	1935/39	71.2
1870/74	362.5	1940/44	55.2
1875/79	305.2	1945/49	45.3
1880/84	256.9	1950/54	41.5
1885/89	286.4	1955/59	39.8
1890/94	263.1	1960/64	35.5
1895/99	206.0	1965/69	39.2
1900/04	172.3	1970/74	34.7
1905/09	154.1	1975/79	29.0
1910/14	151.2	1980/84	20.6
1915/19	152.9	1985/89	18.6
1920/24	129.1	1990/94	16.8
1925/29	118.4	1995/99	14.4
		2000/02	10.6

Fuente: elaboración propia sobre la base de estadísticas vitales.

Estructura por edad en la determinación de la mortalidad

Con el objeto de poder explicar la tendencia seguida por la mortalidad de la primera infancia, fue necesario examinar su composición por edad. La mortalidad de la primera infancia se dividió en dos grupos de edad diferenciados: la mortalidad durante el primer año de vida (también llamada mortalidad infantil) y la que transcurre entre el primer año y los cuatro años cumplidos. A su vez, la mortalidad infantil abarca dos etapas: la neonatal, que ocurre durante las primeras cuatro semanas, y la posneonatal, que se produce durante el resto del primer año de vida.

La mortalidad infantil según la etiología, queda desagregada en mortalidad exógena (enfermedades infecciosas, desnutrición o alimentación inadecuada y accidentes) y endógena (inmadurez del recién nacido, malformación, debilidad congénita y traumatismos del parto). Antes de abordar el análisis de los componentes de la mortalidad infantil conviene recordar que existe relación entre la edad del fallecido y la etiología del fallecimiento, pues la mayoría de las muertes por causa endógena se producen en el periodo neonatal y casi la totalidad de los fallecimientos posneonatales se deben a causas exógenas. Esto se explica en relación con la naturaleza de las causas de muerte, cuya gran mayoría, después del primer mes de vida, están relacionadas con el medio ambiente en el que se desarrolla el niño y cuyo control se logró con los avances de la sanidad y la medicina. En cambio, una parte considerable de las causas de muerte en el primer mes de vida tienen un origen endógeno y son debidas a factores congénitos durante la vida intrauterina y otros asociados al parto. Sobre éstas, los progresos fueron más lentos y su reducción requirió mayores esfuerzos.

Cuando se analiza la evolución de la mortalidad de la primera infancia distinguiendo los grupos etarios que la componen, como puede observarse en los valores consignados en el cuadro 2, se detectan claramente tres periodos.

El primero transcurre entre mediados del siglo XIX y comienzos del XX (1860-1904). En el mismo se registró un descenso importante de la mortalidad neonatal: la tasa que era 153.8 por mil en el periodo 1860-1864 se reduce a una sexta parte en el quinquenio 1900-1904 (24.1 por mil). Probablemente haya incidido en esta reducción el hecho de que a partir de la década de 1880 los hospitales, que eran centros de aislamiento, fueron convirtiéndose en verdaderos centros asistenciales, aumentando sus capacidades y haciendo más sofisticado su equipamiento (Mazzeo, 1993).

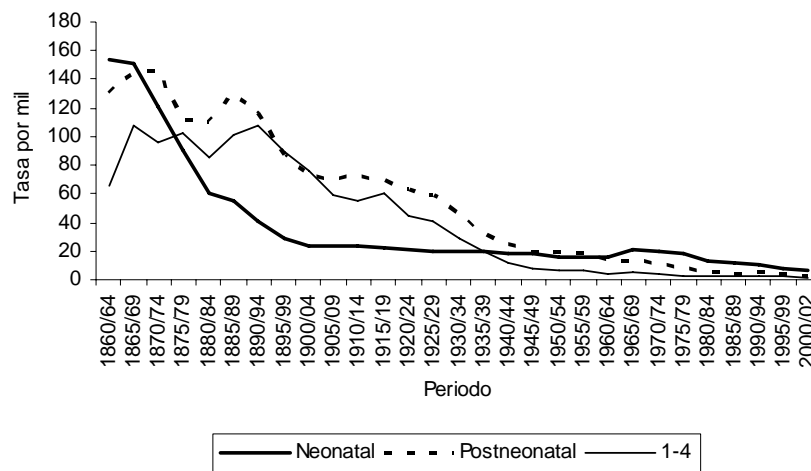
La mortalidad de la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires... /V. Mazzeo

CUADRO 2
MORTALIDAD DE LA PRIMERA INFANCIA Y SUS COMPONENTES. TASAS
POR MIL NACIMIENTOS. CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1860-2002

Periodo	Neonatal	Posneonatal	Menos de un año	1 a 4 años	0 a 4 años
1860/64	153.8	130.1	283.9	66.2	350.1
1865/69	151.6	144.8	296.4	108.3	404.7
1870/74	120.6	146.2	266.8	95.7	362.5
1875/79	90.5	111.9	202.4	102.8	305.2
1880/84	60.1	110.9	171.0	85.9	256.9
1885/89	55.4	129.5	185.0	101.4	286.4
1890/94	40.4	115.4	155.7	107.4	263.1
1895/99	29.4	87.3	116.7	89.3	206.0
1900/04	24.1	72.5	96.7	75.7	172.3
1905/09	23.6	70.8	94.5	59.6	154.1
1910/14	23.3	72.9	96.2	55.0	151.2
1915/19	22.0	69.9	91.9	61.0	152.9
1920/24	21.6	62.6	84.2	44.9	129.1
1925/29	19.1	58.7	77.8	40.5	118.4
1930/34	19.1	44.1	63.1	28.6	91.7
1935/39	19.5	32.0	51.5	19.7	71.2
1940/44	19.0	24.9	43.9	11.3	55.2
1945/49	17.9	20.0	37.9	7.5	45.3
1950/54	15.3	19.5	34.7	6.7	41.5
1955/59	15.2	18.5	33.7	6.1	39.8
1960/64	16.3	14.8	31.1	4.4	35.5
1965/69	21.4	13.2	34.6	4.6	39.2
1970/74	19.6	11.4	31.1	3.6	34.7
1975/79	17.8	8.1	25.8	3.2	29.0
1980/84	13.3	5.0	18.3	2.3	20.6
1985/89	11.5	4.3	15.8	2.8	18.6
1990/94	9.9	4.8	14.7	2.1	16.8
1995/99	8.4	4.0	12.3	2.0	14.4
2000/02	6.1	3.2	9.3	1.3	10.6

Fuente: elaboración propia sobre la base de estadísticas vitales.

GRÁFICA 2
MORTALIDAD DE LA PRIMERA INFANCIA SEGÚN GRUPO DE EDAD
(TASAS POR MIL NACIMIENTOS). CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1860-2002



Fuente: cuadro 2.

La mortalidad posneonatal durante este periodo se caracterizó por presentar oscilaciones en su nivel, con valores extremos del orden de 146.2 por mil y 72.5 por mil, pero con una tendencia claramente decreciente a partir del quinquenio 1885-1889, en el cual la tasa decreció 44 por ciento.

El segundo periodo se desarrolla entre 1905 y 1969 y en él la mortalidad infantil se redujo 64 por ciento, pero presentando un comportamiento diferencial según el grupo de edad. El nivel de la mortalidad neonatal se presenta como una línea casi paralela a la abscisa (gráfica 2). La reducción de la mortalidad neonatal en este periodo fue del 11 por ciento debido a un repunte importante en el quinquenio 1965-1969, ocasionado por el incremento de la mortalidad por causas perinatales o de la primera edad.

La mortalidad posneonatal registra una tendencia decreciente, con un ritmo más lento hasta el quinquenio 1925-1929 (se redujo 19 por ciento) y más acelerado a partir de 1930; durante el periodo 1930-1969, la tasa de mortalidad posneonatal decreció 78 por ciento. A partir de la década de 1930 registraron una reducción sostenida las causas exógenas (infecciosas y parasitarias) que, como ya se señalara, influyen en la mortalidad posneonatal.

A partir de 1970 se registra un descenso continuo del nivel de la mortalidad neonatal, que se redujo 71 por ciento. La tasa de mortalidad posneonatal registra el descenso más importante del periodo en estudio reduciéndose 76 por ciento: de 13.2 por mil en el quinquenio 1965-1969 desciende a 3.2 por mil en el trienio 2000-2002. Estas importantes disminuciones están relacionadas con la puesta en marcha, en 1968, del Servicio de Neonatología y la aplicación, a partir de 1973, de un programa destinado a la protección de la salud de la madre y el niño mediante asistencia alimentaria, control de la salud, inmunizaciones, atención médica permanente y recuperación del niño desnutrido.

La mortalidad de 1 a 4 años, durante los tres periodos mencionados, tiene un comportamiento similar, aunque con menor nivel que la posneonatal. En el primer periodo está influida por las epidemias que se registraron en la ciudad, es fluctuante entre 1860 y 1894 y decreciente a partir de 1895. En el segundo periodo se redujo 94 por ciento; finalmente, su comportamiento es más estable a partir de 1970.

A través del análisis de la estructura por edad de la mortalidad infantil en Buenos Aires puede comprobarse que a un mayor nivel de la tasa⁴ le corresponde una mayor participación de la mortalidad posneonatal y que, inversamente, al disminuir el nivel de la tasa adquiere importancia relativa la mortalidad neonatal.

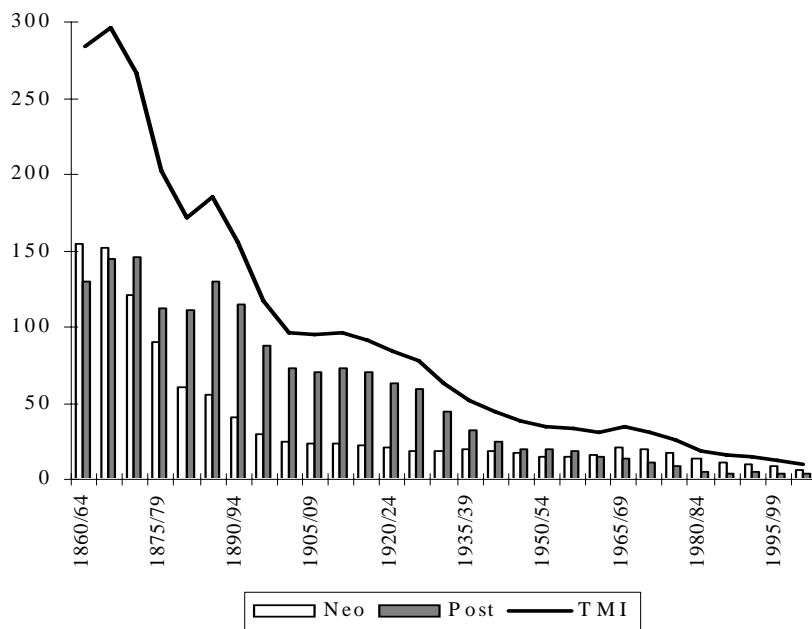
La mortalidad posneonatal tuvo una contribución mayoritaria entre 1870 y 1959, especialmente entre los años 1890 y 1929, donde registró participaciones que superaron 75 por ciento. A partir del quinquenio 1960-1964 comenzó a adquirir importancia la mortalidad neonatal, incrementando su participación entre los años 1960 y 2002, periodo en el que el nivel de la mortalidad infantil se redujo 72 por ciento.

Lo expuesto permite corroborar la hipótesis de que a un menor nivel de mortalidad infantil le corresponde una menor participación de muertes posneonatales.

Con respecto a la mortalidad de uno a cuatro años, como se observa en la gráfica 4, se registra un comportamiento similar a la posneonatal, pero con menor participación.

⁴ Excepto en el periodo 1860-1869, probablemente por deficiencias en el registro o debido a causas relacionadas con la asepsia en los partos.

GRÁFICA 3
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN GRUPOS ETARIOS.
CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1860-2002

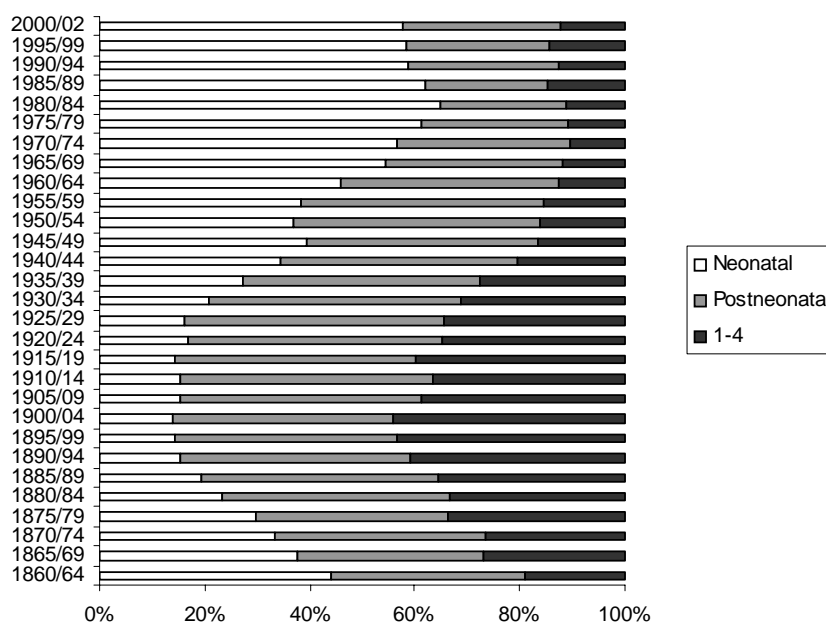


Fuente: cuadro 2.

Otra forma de analizar la evolución de la mortalidad es mediante la tabla de mortalidad, considerada la herramienta más completa para el análisis de la mortalidad de una población, porque anula el efecto de la estructura por edades de la misma.

Para describir el curso de la mortalidad total puede utilizarse como indicador la esperanza de vida al nacer, que resume lo ocurrido a lo largo de todas las edades pero presenta gran influencia del nivel de la mortalidad infantil. Para la mortalidad de la primera infancia se recurre a la esperanza de vida a los cuatro años, que analiza la incidencia de la mortalidad antes de alcanzar cinco.

GRÁFICA 4
ESTRUCTURA POR EDAD DE LA MORTALIDAD DE LA PRIMERA INFANCIA. CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1860-2002



Fuente: cuadro 2.

El incremento de la esperanza de vida no fue constante a lo largo del periodo considerado (cuadro 3), incluso se registraron tres aumentos de la mortalidad, uno entre 1855 y 1869⁵ y dos de menor importancia: entre 1904 y 1909, y entre 1960 y 1970.

En relación con la primera disminución, es importante destacar que en ese periodo hubo varias epidemias, especialmente de cólera y disentería, así como también una cantidad elevada de muertes por fiebre tifoidea. Además, es necesario tener en cuenta que las primeras tablas de mortalidad se construyeron a partir de información básica muy pobre. Se utilizó la distribución por edad de las muertes correspondientes al año 1856 y se aplicó a los cadáveres enterrados en los cementerios de la ciudad durante 1855. Esto hace que se deba tomar con cautela el aumento del nivel de la mortalidad entre las tablas de mortalidad correspondientes a los años 1855 y 1869.

⁵ En el que la esperanza de vida al nacer disminuyó aproximadamente seis años.

CUADRO 3
 ESPERANZA DE VIDA A LAS EDADES 0 Y 4. AMBOS SEXOS.
 CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1855-2002

Periodo	e(0)	e(4)	Amplitud del intervalo	Aumento por año		Ganancia entre periodos	
				e(0)	e(4)	e(0)	e(4)
1855	32.27	39.77					
			14	-0.42	0.07	-5.87	0.92
1868-1870	26.40	40.69					
			18	0.29	-0.02	5.28	-0.29
1887	31.68	40.40					
			8	1.15	1.01	9.20	8.11
1894-1896	40.88	48.51					
			9	0.76	0.48	6.80	4.32
1903-1905	47.68	52.83					
			5	-0.15	-0.10	-0.77	-0.51
1908-1910	46.91	52.32					
			5	0.34	0.24	1.72	1.18
1913-1915	48.63	53.50					
			22	0.49	0.37	10.81	8.04
1935-1937	59.44	61.54					
			11	0.53	0.41	5.80	4.47
1947	65.24	66.01					
			13	0.42	0.39	5.50	5.05
1959-1961	70.74	71.06					
			10	-0.16	-0.29	-1.56	-2.89
1969-1971	69.18	68.17					
			11	0.28	0.14	3.05	1.52
1980-1981	72.23	69.69					
			10	0.05	0.04	0.49	0.40
1990-1992	72.72	70.09					
			10				
2001-2002	75.91	75.80					
				0.32	0.57	3.19	5.71

Fuente: elaboración propia, con base en Müller (1974) e INDEC (1975-1988-1995-2004).

Con respecto a las otras dos disminuciones, su interpretación es más compleja. En el primer caso no se pudo determinar fehacientemente si fue la expresión real de un aumento de la mortalidad, si bien es notorio el incremento entre 1906 y 1908 de las defunciones por enfermedades infectocontagiosas, especialmente por fiebre tifoidea, viruela, sarampión, difteria y crup. Entre 1960 y 1970 parecería ser el reflejo de un aumento real de la mortalidad, o al menos de un estancamiento en el descenso de la misma.

Por otro lado, el ritmo de crecimiento de los valores de la esperanza de vida al nacer y a la edad de cuatro años no fue constante en el tiempo, además de que fue bastante diferente entre ellas. Este hecho demuestra la incidencia que tuvo la mortalidad de la primera infancia de fines del siglo XIX y comienzos del XX en la estimación de la esperanza de vida al nacer y también indica que luego de pasado cierto umbral —alrededor del primer año de vida— era mayor la probabilidad de supervivencia de la población.

Transición demográfica y transición epidemiológica⁶

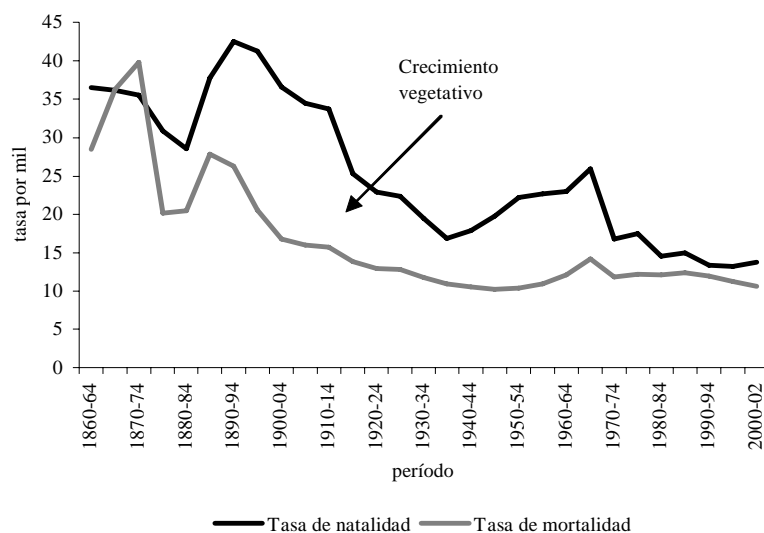
La revolución industrial y las transformaciones social y cultural que la acompañaron modificaron radicalmente las condiciones del crecimiento de la población. Los progresos de la medicina y la higiene, pero también el desarrollo económico y el mejoramiento de la alimentación provocaron una baja profunda y durable de la mortalidad, mientras que la generalización en la esfera de la vida familiar de la acción electiva, a través de la reducción y planificación de los nacimientos, ocasionaron lo mismo en la fecundidad (Vallin, 1991). Según el modelo teórico de la ‘transición demográfica’, la sociedad tradicional se caracterizaba por la llamada ‘alta potencialidad demográfica’, es decir, alta natalidad y mortalidad; hubo luego una fase de transición en la que disminuyó primero la mortalidad y luego, con un retraso variable según el país, comenzó a reducirse la natalidad; por último, ésta tendió a estabilizarse mientras que la mortalidad decreció aunque con un ritmo menor. Esta última fase fue denominada de ‘baja potencialidad demográfica’.

De acuerdo con este modelo, Buenos Aires se ubica en su fase pretransicional en el periodo que va desde mediados hasta fines de la década de 1880. Se caracteriza por una tendencia decreciente y luego creciente de la tasa bruta de

⁶ Es la transición en las causas de muerte de la población, pasando de las enfermedades infecciosas y agudas como causa principal, a enfermedades crónicas y degenerativas.

natalidad entre 1860 y 1880 (gráfica 5), con oscilaciones en la tasa bruta de mortalidad, fuertemente influida por las numerosas epidemias que se registraron en ese periodo.⁷ En ese momento la ciudad tenía un alto potencial de crecimiento futuro.⁸

GRÁFICA 5
PROCESO DE TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA EN LA CIUDAD DE BUENOS
AIRES. PERIODO 1860-2002



Fuente: Mazzeo, 2003.

A partir de 1890, el balance entre nacimientos y defunciones fue holgadamente positivo. La mortalidad descendió antes y más rápidamente que la natalidad, lo que hizo que fuera el periodo de mayor crecimiento vegetativo de la ciudad.⁹ Ese

⁷ Las defunciones registradas en la ciudad por epidemias durante el periodo 1858-1869: 3 975; entre 1871 y 1890: 33 389 (por la fiebre amarilla de 1871, 13 164 muertes) y, finalmente, entre 1891 y 1915: 8 623.

⁸ Según los datos del Censo de 1887, la población de la ciudad era inferior al medio millón de personas y el promedio anual de nacimientos en el quinquenio 1880-1884 fue de diez mil nacimientos.

⁹ Los cambios en este proceso no pueden ser entendidos sin incluir en el análisis la inmigración de ultramar. Su intensidad y volumen fue tal que podría hablarse de una renovación sustancial de la población de la ciudad. Los inmigrantes representaron en 1895 52 por ciento de la población; posteriormente, su participación se reduce hasta llegar a representar 23 por ciento en 1960. Esta inmigración tuvo sus efectos en la nupcialidad y en la natalidad de la ciudad de fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX.

alto crecimiento ‘actual’ es el reflejo del inicio del proceso ‘transicional’ que se desarrolló hasta el comienzo de la década de 1960, momento a partir del cual el crecimiento vegetativo de la población empieza una tendencia decreciente. El potencial de crecimiento futuro de la población es bajo, porque son escasas las posibilidades de una reversión de las tendencias observadas en la natalidad y la mortalidad. Puede afirmarse que la tercera etapa, completada la transición, se inició a partir de la década de 1960 (Mazzeo, 2003).

El descenso sostenido de la mortalidad indudablemente está relacionado con la evolución de la estructura de las causas de muerte. A comienzos de la década de 1970, Omran introduce el concepto de transición epidemiológica para caracterizar la evolución de la estructura por causas de la mortalidad en el mundo. Para Omran, el principal motor de la transición epidemiológica fue el descenso de la mortalidad infecciosa, pasando de la época de ‘las epidemias y del hambre’ a la época de ‘las enfermedades degenerativas y de la sociedad’. Según Meslé (1995), en el mundo fueron importantes las ganancias debidas a la baja de la mortalidad infecciosa y respiratoria, principalmente en las primeras décadas del siglo XX y particularmente durante la década de 1950, gracias a la difusión de tratamientos con antibióticos. De esta manera, desde 1960 la reducción de estas causas contribuyó favorablemente al aumento de la esperanza de vida al nacer. Por otro lado, observa que la disminución de la mortalidad por causas infecciosas fue particularmente importante entre los niños. Los determinantes de ese descenso son múltiples y en el siglo XIX los progresos nutricionales sin duda fueron concluyentes. Su efecto fue reforzado por el mejoramiento de la higiene del medio ambiente y, en general, de las condiciones de vida, especialmente hacia fines del siglo XIX. Después de la II Guerra Mundial, el descubrimiento de los antibióticos y la generalización de las vacunas habrían acelerado el proceso.

Por lo tanto, para una mejor comprensión del proceso de la transición epidemiológica en la mortalidad de la niñez de la ciudad, se consideró imprescindible efectuar el análisis de la evolución de la mortalidad por causas.

Selección de las principales causas de mortalidad

A los efectos de observar el proceso de transición epidemiológica se consideraron cinco grupos de causas, tres de los cuales tienen origen exógeno, y los otros dos, de origen endógeno. Las enfermedades que se incluyeron en cada uno de los grupos se especifican en el cuadro siguiente.

CUADRO 4
CLASIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE MUERTE SEGÚN GRUPO Y ORIGEN

Origen exógeno ^a	Origen endógeno
<p>I Infecciosas y parasitarias: cólera infantil, coqueluche, crup, difteria, escarlatina, fiebre tifoidea, influenza, sarampión, erisipela, tétanos, tuberculosis y viruela.</p> <p>II Diarrea y enteritis</p> <p>III Respiratorias: neumonía, otras enfermedades respiratorias.</p>	<p>IV Malformaciones congénitas: hidrocefalia, espina bífida, vicio orgánico al corazón y otras malformaciones congénitas.</p> <p>V Primera edad (perinatales) complicaciones del embarazo, trabajo de parto, trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y el crecimiento fetal lento, etc.</p>

^a Es necesario tener en cuenta la interacción existente entre las enfermedades de origen exógeno. La debilidad que generaba en el niño tener diarrea lo exponía a contraer enfermedades infectocontagiosas o respiratorias.

Fuente: elaboración propia sobre la base de estadísticas vitales.

Tendencia de mortalidad por causa de muerte

Existen evidencias de una clara relación entre el nivel de la mortalidad infantil y el de las distintas causas de muerte, en particular las denominadas endógenas y exógenas (Behm, 1985). Se observó que cuando la mortalidad es elevada las exógenas registran una mayor participación y que al decrecer ésta disminuye la mortalidad, lo que permite afirmar que el descenso de la mortalidad obedeció principalmente a la reducción de las muertes de origen exógeno.

Esto respondió al control de los factores del ambiente y también de la inmunización masiva de la población y uso de nuevas drogas. De este modo, la estructura de la mortalidad por causa de muerte se modifica y cobran progresiva importancia otros grupos de causas, entre ellas, las de origen endógeno, o sea, las malformaciones congénitas y las originadas en el periodo perinatal (Behm, 1985).

Estas evidencias se comprobaron en Buenos Aires al analizar el comportamiento de la mortalidad según causas de muerte y grupo de edad.

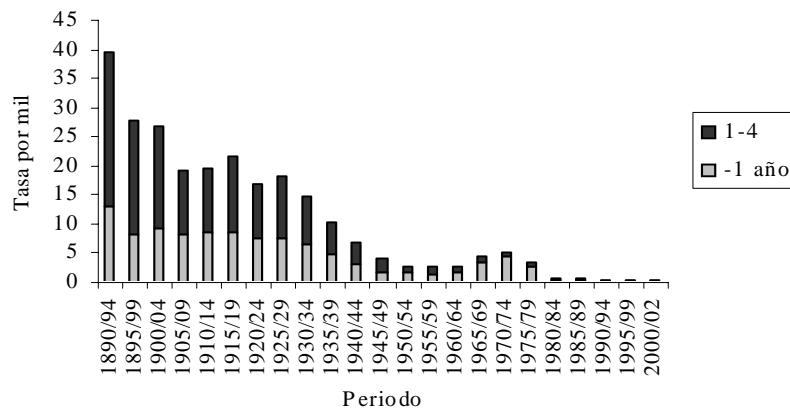
Infeciosas y parasitarias

Entre fines del siglo XIX y principios del XX se operó un acelerado proceso de urbanización en la Ciudad de Buenos Aires, caracterizado por una gran concentración de población y escasa infraestructura sanitaria, lo cual provocó un desequilibrio entre población e infraestructura urbana y deteriorando de esta manera las condiciones epidemiológicas de la población. Esta ‘penalización urbana’ (Reher, 1995) habría provocado un incremento de la mortalidad. Es así que las enfermedades infectocontagiosas formaron parte de la ciudad desde época temprana. Junto con las epidemias existían también enfermedades endémicas como la fiebre tifoidea, la viruela, la difteria y crup, que también resultaban mortales. Los médicos de la época, si bien hacían hincapié en los factores atmosféricos, centraban su discurso en las condiciones higiénicas y en el contagio; a esto se sumaba el escaso conocimiento etiológico de las enfermedades y las resistencias de los enfermos al aislamiento, ya que preferían permanecer en sus domicilios. A fines de la década de 1880 “95 por ciento de los habitantes con enfermedades infectocontagiosas era asistido en sus hogares, aunque no siempre estaba garantizada su atención” (Álvarez, 2004: 20).

Las enfermedades infectocontagiosas fueron vistas como males originados por la urbanización, producto del hacinamiento y la falta de saneamiento ambiental. El plan de salubridad destinado a dar una solución integral (en cuanto a fuente, tratamiento y red de distribución) al problema de la provisión de agua potable fue puesto en marcha en 1871; unos años más tarde, en 1880, comenzaron las obras cloacales. A comienzos del siglo XX, 61.4 por ciento de las casas tenía agua corriente y sólo 36.2 por ciento sistema cloacal, pero “la dispareja distribución de este servicio dentro de la ciudad provocó que algunas enfermedades, como la fiebre tifoidea fueran endémicamente localizadas, de tal manera que en los suburbios de la ciudad la fiebre tifoidea reinaba endémicamente” (Álvarez, 2004: 30). Entre 1914 y 1924, la ciudad fue considerada, según la expresión de Besio Moreno, una “ciudad saneada”; prácticamente hacia 1930 finalizaron las obras de infraestructura y equipamiento de la ciudad (Mazzeo, 1993).

Otra de las medidas sanitarias adoptadas fue la vacunación. La vacunación antivariólica y la antitífica lograron controlar, hacia fines de la primera década del siglo XX, la mortalidad por viruela y fiebre tifoidea. El Congreso de la Nación sancionó en 1903 una ley sobre vacunación y revacunación obligatoria.

GRÁFICA 6
MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS,
SEGÚN GRUPO DE EDAD (TASA POR MIL). CIUDAD DE BUENOS AIRES,
1890-2002



Fuente: cuadro 5.

A partir de allí, en 1907, el Dr. Penna, Director de la Asistencia Pública, reorganiza el servicio dividiendo a la ciudad en ocho radios e instala en cada uno un dispensario de vacunas. El origen de la ley de vacunación fue un estudio presentado al Congreso de la Nación por Torcuato de Alvear en 1881, debido a las resistencias populares a la vacunación. En el caso de la viruela, se había verificado que la enfermedad atacaba a la población nativa, pues los inmigrantes habían sido vacunados en Europa. Alvear manifestó que no sólo era importante hacer obligatoria la ley sino hacerla práctica y que para lograr que las clases bajas se vacunaran era necesario practicarla a domicilio (Álvarez, 2004).

Las doctrinas de saneamiento urbano europeo modificaron viejas costumbres porteñas: en 1889, el municipio prohibió el trabajo de lavado de ropa en la costa y de esa manera desaparecieron las lavanderas en la ribera del Río de la Plata. También se incorporaron otras medidas sanitarias, como la desinfección domiciliar y la construcción de hornos para la incineración de las basuras y la mayor importancia que adquirió la práctica profesionalizada de la salud (campañas de vacunación, atención médica domiciliar y procedimientos preventivos y terapéuticos).

Con respecto a la evolución de la mortalidad de la primera infancia, los valores presentados en la gráfica 6 evidencian una notoria tendencia decreciente

de la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias. El nivel de la tasa no superó, a lo largo del periodo en estudio, 40 por mil, y la participación de estas muertes en el total de las defunciones de menores de cinco años (cuadro 5) fue menor a 20 por ciento, incluso en los periodos en que se registraron epidemias.

Al analizar la evolución de las tasas por grupo de edad, se detecta que no existen diferencias en la tendencia decreciente de las mismas, pero sí en su nivel. Mientras que en la mortalidad infantil el nivel de la tasa no supera 13 por mil, en el caso de los niños de uno a cuatro años llega a 26 por mil. Asimismo se destaca que la participación de este grupo en las defunciones de menores de cinco años es mínima a partir del quinquenio 1980-1984.

Diarrea y enteritis

Es evidente que el inicio del descenso de la mortalidad por diarrea y enteritis antecede a la terapéutica correspondiente. En efecto, la plasmoterapia y las sulfamidas comienzan a expandirse entre fines de la década de 1930 y principios de la década de 1940, mientras que el uso de los antibióticos se generaliza después de la Segunda Guerra Mundial. Recién en 1985 se implanta en el sistema hospitalario municipal el sistema de rehidratación oral para el tratamiento y control de la diarrea estival y se crean los gabinetes de rehidratación oral ambulatoria en algunos hospitales de la comuna.

Al ser las diarreas infantiles enfermedades transmisibles fundamentalmente por el agua y los alimentos, su reducción se asocia a mejoras de la infraestructura urbana (saneamiento ambiental y provisión de agua corriente), así como a otras medidas tales como la higienización de los alimentos, en particular de la leche, y a mejoras en el desarrollo institucional preventivo de la salud pública que influyeron en una mejor educación de las madres sobre los cuidados higiénicos y la alimentación del niño.

Los pediatras de comienzos del siglo XX mencionaron reiteradamente los peligros provocados por la ignorancia de la madre en lo referente a cuidados, higiene y nutrición infantiles. Señalaban que la mayor parte de las diarreas estaban directamente relacionadas con problemas alimenticios, encontrándose frecuentemente entre los niños parcial o completamente destetados, cuando comenzaban a ingerir otros alimentos distintos de la leche materna, lo que sucedía por lo general durante el primer semestre de vida (Birn *et al.*, 2005).

CUADRO 5
 TASAS DE MORTALIDAD (POR MIL), SEGÚN GRUPO DE EDAD POR
 CAUSA DE MUERTE. CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1890-2002.
 MORTALIDAD EN MENORES DE UN AÑO

Periodo	I y P	DyE	RESP	VCC	PE	Resto	Total
1890/94	13.0	10.6	33.1	0.7	15.8	82.6	155.7
1895/99	8.2	16.7	28.7	0.5	12.6	49.9	116.7
1900/04	9.1	31.1	22.6	0.8	10.9	22.2	96.7
1905/09	8.4	31.5	22.2	0.8	10.8	20.9	94.5
1910/14	8.6	39.6	21.4	1.0	12.5	13.0	96.2
1915/19	8.5	33.8	20.6	1.0	13.2	14.9	91.9
1920/24	7.6	27.5	21.8	0.8	11.7	14.8	84.2
1925/29	7.5	23.4	21.6	2.4	9.6	13.3	77.8
1930/34	6.5	14.5	16.9	2.4	11.9	11.0	63.1
1935/39	4.7	11.2	13.4	1.9	13.6	6.6	51.5
1940/44	3.1	8.7	11.0	3.0	14.9	3.2	43.9
1945/49	1.9	5.2	7.5	3.5	15.3	4.4	37.9
1950/54	1.6	1.4	8.0	2.1	13.7	7.9	34.7
1955/59	1.5	1.0	6.3	2.5	15.0	7.4	33.7
1960/64	1.8	2.6	6.3	3.2	15.3	1.9	31.1
1965/69	3.5	2.1	4.4	3.9	18.2	2.6	34.6
1970/74	4.3	1.4	5.2	3.4	13.6	3.1	31.1
1975/79	2.8	0.8	3.3	3.6	12.5	2.8	25.8
1980/84	0.5	0.2	1.7	3.6	10.5	1.8	18.3
1985/89	0.5	0.2	0.9	3.4	9.3	1.5	15.8
1990/94	0.3	0.1	0.7	3.2	8.3	2.1	14.7
1995/99	0.3	0.0	1.1	3.0	5.9	1.9	12.3
2000/02	0.2	0.0	1.2	2.6	4.5	0.9	9.3

Continúa

CUADRO 5
TASAS DE MORTALIDAD (POR MIL), SEGÚN GRUPO DE EDAD POR
CAUSA DE MUERTE. CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1890-2002.
MORTALIDAD EN MENORES DE UNO A CUATRO AÑOS
(CONTINUACIÓN)

Mortalidad en 1 a 4 años							
Periodo	I y P	DyE	RESP	VCC	PE	Resto	Total
1890/94	26.4	6.3	33.4	1.1	0.2	40.2	107.4
1895/99	19.6	4.1	28.2	0.3	0.1	37.1	89.3
1900/04	17.6	10.4	20.3	0.3	0.0	27.0	75.7
1905/09	10.9	9.9	21.5	0.2	0.1	17.1	59.6
1910/14	11.0	10.7	19.2	0.2	0.1	13.8	55.0
1915/19	13.2	10.0	21.6	0.3	0.1	15.8	61.0
1920/24	9.2	6.5	16.8	0.1	0.2	12.0	44.9
1925/29	10.8	3.9	13.1	0.2	0.2	12.2	40.5
1930/34	8.3	2.5	9.8	0.1	0.1	7.8	28.6
1935/39	5.8	1.9	6.1	0.1	0.1	5.7	19.7
1940/44	3.7	0.9	2.8	0.6	0.1	3.2	11.3
1945/49	2.1	0.6	1.5	0.5	0.2	2.7	7.5
1950/54	1.2	0.1	1.7	0.3	0.1	3.3	6.7
1955/59	1.4	0.1	1.3	0.1	0.1	3.1	6.1
1960/64	0.8	0.3	0.9	0.2	0.0	2.0	4.4
1965/69	1.2	0.3	1.0	0.4	0.0	1.9	4.6
1970/74	1.0	0.1	0.6	0.3	0.0	1.6	3.6
1975/79	0.7	0.1	0.4	0.3	0.0	1.6	3.2
1980/84	0.2	0.0	0.3	0.3	0.0	1.5	2.3
1985/89	0.2	0.0	0.3	0.3	0.0	1.9	2.8
1990/94	0.1	0.0	0.3	0.3	0.0	1.4	2.1
1995/99	0.1	0.0	0.3	0.4	0.0	1.2	2.0
2000/02	0.1	0.0	0.2	0.2	0.0	0.8	1.3

Fuente: elaboración propia sobre la base de estadísticas vitales.

Debe destacarse la importancia de la práctica profesionalizada de la salud, especialmente la acción desarrollada por los dispensarios de lactantes, los institutos de puericultura y la inspección de nodrizas. Los dispensarios de lactantes fueron verdaderas escuelas de madres: allí se les inculcaba a las madres los principios de la importancia de la leche materna. Las leyendas grabadas en los consultorios decían: “La leche humana es irremplazable en el niño de pecho”, “La leche de la madre es el mejor alimento para el hijo” y “La leche de la madre debe pertenecer al hijo” (Oliva, 1918: 84).

La evolución de la mortalidad por diarrea y enteritis, como puede observarse en la gráfica 7, presenta una tendencia creciente durante el siglo XIX, que continúa hasta el quinquenio 1910-1914, momento a partir del cual comienza una evidente pendiente negativa.

El notorio incremento en la década de 1910, probablemente fue ocasionado por las precarias condiciones en que se libró la leche al consumo público, como consecuencia de las inundaciones que tuvieron lugar en los años 1914 y 1915, de la sequía en 1916 y de la huelga ferroviaria en 1917 (Oliva, 1918).

Con respecto a esta última, el Dr. Emilio Coni (1917: 586) escribió:

Debe tenerse presente que durante más de un mes —precisamente octubre— ha existido en la Capital una insuficiencia de leche, que siento no poder expresar por cifras por no tenerlas a mi disposición. En efecto, la leche alcanzó precios exorbitantes desconocidos en los anales de Buenos Aires. No es de extrañar que la población menesterosa haya llegado a carecer por algún tiempo de ese primordial alimento de la tierna infancia, cuando se piensa que en las clases acomodadas les costaba trabajo procurársela y, eso, a precios excesivos. Las madres pobres se habrán visto obligadas durante el tiempo de la huelga ferroviaria a sustituir la leche con diversos otros alimentos, que a no dudarlo han ejercido la perniciosa influencia evidenciada por las malas y elocuentes cifras de la estadística (Coni, 1917: 586).

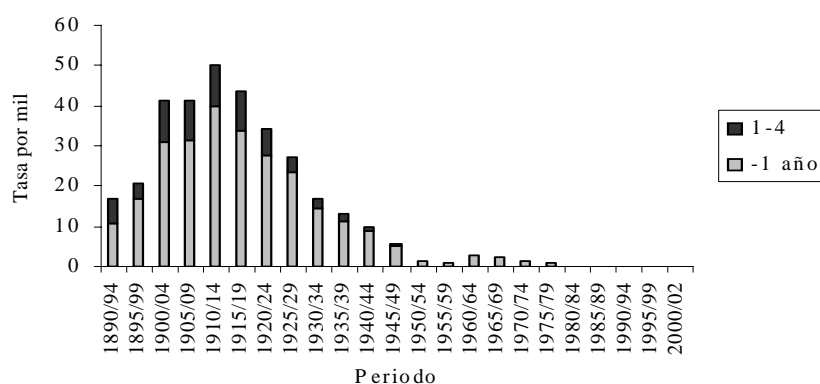
A fines de la década de 1910, en palabras del Dr. Oliva, en la ciudad:

...las cosas han cambiado, las madres poseen el caudal de conocimientos más indispensables para la custodia racional de sus hijos y lo que es más de alabar, la conciencia del rol que en su desarrollo y salubridad, tienen los errores que en sus regímenes dietéticos se comenten y las ventajas que existen por consiguiente, en confiar en los facultativos su prescripción. Las inspecciones domiciliarias que practican las médicas de la oficina de nodrizas y las inspectoras de los dispensarios de lactantes e institutos de puericultura de la Asistencia Pública, comprueban a cada instante lo que afirmo, pues a diario observan los referidos empleados edificantes

ejemplos al respecto, no obstante tratarse de hogares humildes y apartados del centro del municipio (Oliva, 1918: 69).

Una vez más se destaca la importante labor de promoción y control de la salud desarrollada por el gobierno local.

GRÁFICA 7
MORTALIDAD POR DIARREA Y ENTERITIS SEGÚN GRUPO DE EDAD
(TASA POR MIL). CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1890-2002



Fuente: cuadro 5.

En esa época, el 13 de diciembre de 1907, se aprueba la Ordenanza sobre la higienización de la leche, cuyo Art. 1º reglamentaba que desde el primero de octubre sería obligatoria la higienización de la leche para el consumo en la ciudad. Especificaba que se entendía por leche higienizada la que después de filtrada había sido pasteurizada o esterilizada. También establecía que los envases debían llevar, impreso y en lugar visible, el nombre de la fábrica donde se había higienizado la leche (Art. 4º). Pero la realidad era muy distinta: en la década de 1960 aún existían en la ciudad repartidores de leche que distribuían en tarros, evidenciando carencia de higiene.

A partir de 1950, la mortalidad por diarreas registra niveles muy bajos, con un leve repunte en la década de 1960, para finalmente desaparecer en la de 1980.

Respiratorias

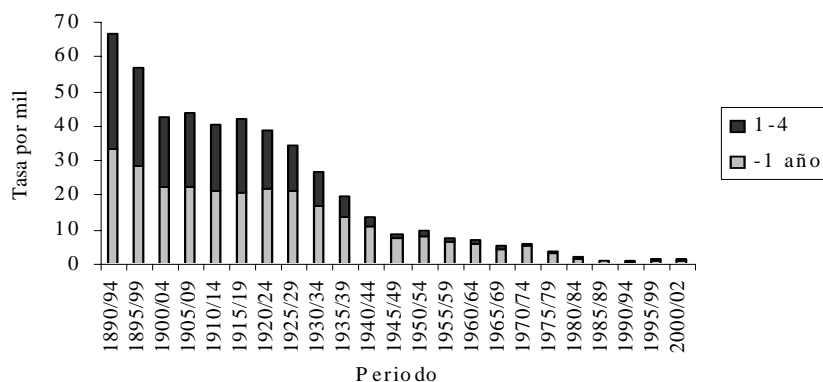
Las enfermedades respiratorias son de transmisión aeróbica y por lo tanto es posible vincular la mayor exposición al contagio con el incremento de la densidad poblacional, el hacinamiento y las malas condiciones en la vivienda. Una posible explicación del estancamiento e incluso el aumento de la mortalidad por enfermedades respiratorias, en las primeras décadas del siglo XX, se encuentra en el crecimiento poblacional. Las tasas de crecimiento media anual entre fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX estuvieron cercanas a 50 por mil, y a partir de mediados de la década de 1930, la ciudad presentó un crecimiento moderado, reduciéndose a 20 por mil en el periodo 1936-1947.

Los médicos de la época enfatizaron la preeminencia de las pésimas condiciones de vida de las clases populares como uno de los factores más relevantes para entender la elevada incidencia de la mortalidad por causas respiratorias. La deficiencia del estado nutricional fue otro de los aspectos señalados como factores agravantes. Según los contemporáneos, las medidas profilácticas eran rudimentarias, las únicas armas con que contaban para impedir que los procesos infecciosos culminaran en estados pulmonares graves eran: el cuidado en la higiene, la protección contra el frío, la buena habitación y la alimentación sana. La evaluación de la literatura médica de la época permite concluir que:

... la mortalidad por bronconeumonía en los niños y lactantes fue el gran catalizador de procesos de origen infeccioso de diversa índole. A este respecto cabe destacar por un lado la interacción entre las bronconeumonías y las diarreas y por otro, su asociación con enfermedades endemoepidémicas, particularmente la tos convulsa y el sarampión (Birn *et al.*, 2005: 149).

Por otro lado, cabe destacar que este es el grupo que registró valores más altos hasta fines de la década de 1930, tanto para la mortalidad de los menores de un año como de los niños de uno a cuatro años (gráfica 8), no existiendo diferencias notorias entre sus niveles. Su tendencia decreció desde mediados del siglo pasado con un leve repunte a fines de la década de 1990. El impulso que tuvo la medicina preventiva en la ciudad a partir de 1930 y la consolidación de la asistencia social como complemento de la asistencia médica, explican en parte la reducción de la mortalidad de los niños debida a enfermedades respiratorias.

GRÁFICA 8
MORTALIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS SEGÚN GRUPO DE EDAD (TASA POR MIL). CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1890-2002

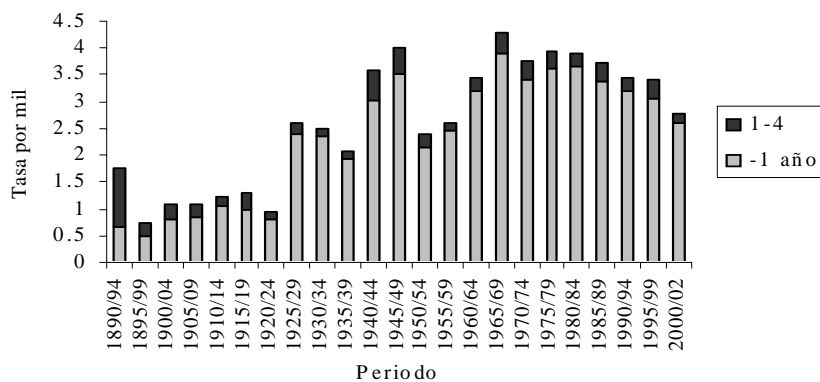


Fuente: cuadro 5.

Malformaciones congénitas

La mortalidad causada por malformaciones congénitas durante el siglo XIX registró valores que no superaron 1.7 por mil. Durante el siglo pasado su tendencia se mantuvo estable hasta llegar al quinquenio 1925-1929, momento en que comienza una tendencia creciente, siendo el quinquenio 1965-1969 el que registra su mayor nivel (4.3 por mil). Este hecho indicaría la existencia de una mejor calidad en la certificación de la causa de muerte, o de una mejor codificación de la misma, que a su vez se relaciona con el mayor detalle de las causas incluidas en las clasificaciones internacionales de enfermedades utilizadas a partir de 1930.

GRÁFICA 9
MORTALIDAD POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS SEGÚN GRUPO DE EDAD (TASA POR MIL). CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1890-2002



Fuente: cuadro 5.

Primera edad (perinatales)

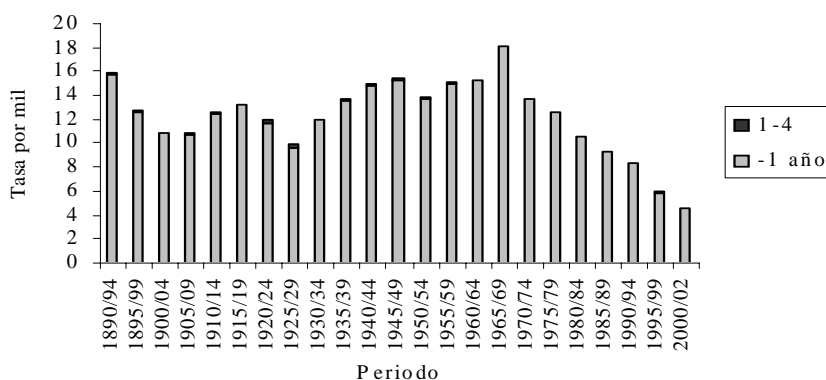
Este grupo abarca las afecciones que tienen su origen en el periodo perinatal aun cuando la muerte ocurra más tarde. Se incluyen las causas relacionadas con las enfermedades de la madre, con las complicaciones originadas en el parto o complicaciones maternas del embarazo que afectan al feto o recién nacido, así como también las relacionadas con la duración de la gestación y el crecimiento fetal, traumatismos del nacimiento, afecciones respiratorias, infecciones propias del periodo perinatal y otros trastornos perinatales (endocrinos y metabólicos, hematológicos y del aparato digestivo).

Si bien se considera, que para el análisis de la importancia de las causas de muerte en la determinación del nivel de la mortalidad no es adecuado utilizar un grupo tan amplio, fue necesario hacerlo para analizar la evolución histórica debido a que durante varios años la información se publicaba agregada a nivel de capítulo.

Durante el siglo XIX y hasta los inicios del siglo pasado la tasa de mortalidad de este grupo registra una tendencia claramente decreciente. En el siglo pasado registra variaciones cíclicas (gráfica 10) con ondas de aproximadamente treinta

años de amplitud, pero que presentan cada vez niveles más altos, hasta llegar a la década de 1970 donde se inicia una clara tendencia decreciente. Este hecho indicaría, al igual que en el caso de la mortalidad por anomalías congénitas, una mejor calidad de la certificación o codificación de la causa de muerte. También se relaciona con el incremento sostenido que experimentó la participación de los nacimientos ocurridos en las maternidades hospitalarias que representaron más de 70 por ciento a comienzos de la década de 1960 y, como ya se señalara, con la aparición, a fines de la misma década, del Servicio de Neonatología y a comienzos de los años setenta del programa de protección de la madre y el niño.

GRÁFICA 10
MORTALIDAD POR CAUSAS PERINATALES SEGÚN GRUPO DE EDAD
(TASA POR MIL). CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1890-2002



Fuente: cuadro 5.

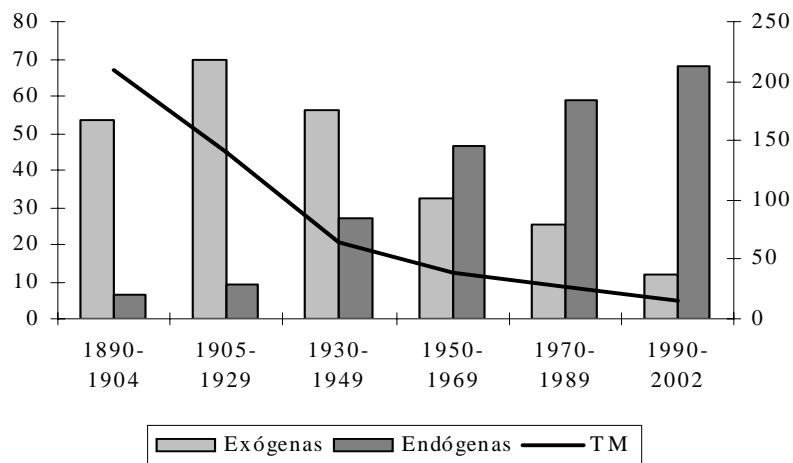
Este tipo de causas, debido a su etiología (relacionada a las complicaciones del embarazo, trabajo de parto y en el parto), tienen una mayor participación en las muertes de menores de un año, llegando a representar desde mediados del siglo pasado, debido a la caída relativa de la mortalidad postneonatal, entre 40 y 60 por ciento del total de la mortalidad infantil. Lógicamente, entre los niños de uno a cuatro años su importancia es ínfima, cercana a uno por ciento de las muertes.

CUADRO 6
 ESTRUCTURA DE LA MORTALIDAD DE LA PRIMERA INFANCIA SEGÚN CAUSAS SELECCIONADAS.
 CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1890-2002

Causa	1890-1904	1905-1929	1930-1949	1950-1969	1970-1989	1990-20002
Tasa de mortalidad (por mil)	209.5	140.8	64.0	39.4	26.2	14.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Total causas seleccionadas	60.3	79.2	83.2	78.8	84.6	79.7
Subtotal exógenas	53.6	69.9	56.2	32.2	25.6	11.8
Infecciosas y parasitarias	14.6	13.6	13.4	7.9	10.2	2.8
Diarrea y enteritis	13.1	28.0	17.0	4.6	2.8	0.4
Respiratorias	25.9	28.3	25.8	19.7	12.6	8.6
Subtotal endógenas	6.7	9.3	27.0	46.6	59.0	67.9
Malformaciones congénitas	0.5	1.0	4.9	7.7	14.6	22.8
Primera edad (perinatales)	6.2	8.3	22.1	38.9	44.4	45.1
Resto de causas	39.7	20.8	16.8	21.2	15.4	20.3

Fuente: elaboración propia sobre la base de estadísticas vitales.

GRÁFICA 11
TASA DE MORTALIDAD DE LA PRIMERA INFANCIA Y ESTRUCTURA
SEGÚN CAUSAS SELECCIONADAS. CIUDAD DE BUENOS AIRES,
1890-2002



Fuente: cuadro 6.

La variación de la participación de este grupo a lo largo del periodo analizado muestra, igual que para las malformaciones congénitas, un importante incremento especialmente a partir de la década de 1930. Este hecho confirma la relación existente entre el descenso del nivel de la mortalidad y la mayor participación de muertes por causas de carácter endógeno.

Asimismo, a través del análisis de los valores consignados en el cuadro 6, se observa que hasta principios del siglo pasado los cinco grupos de causas seleccionados representaron 60 por ciento de las muertes de menores de cinco años, mientras que a partir de 1905 se encontraron cercanos a 80 por ciento de los casos. Es notoria la modificación de la estructura de causas de la mortalidad a partir de 1930 y especialmente después de 1950. Resulta evidente la reducción de la proporción de muertes por causas de origen exógeno (infecciosas y parasitarias, diarrea y enteritis y respiratorias) y la importancia progresiva que cobran las muertes por causas de origen endógeno (anomalías congénitas y perinatales), llegando a representar estas últimas 68 por ciento de las muertes

de menores de un año en el periodo 1990-2002. Estos valores comprueban que el descenso general de la mortalidad de la niñez obedeció principalmente a la reducción de las muertes de origen exógeno. En la categoría 'resto de causas', que se mantuvo desde comienzos del siglo pasado en valores cercanos a 20 por ciento, se encuentran, entre otras, las muertes debidas a accidentes, afecciones cardíacas, renales y tumores.

A modo de conclusión

El nivel de la mortalidad de la primera infancia de la Ciudad de Buenos Aires se redujo 97 por ciento en un periodo de más de cien años. A comienzos del periodo fue mayor de 300 por mil, un siglo después era de 35 por mil y casi cuarenta años más tarde está por debajo de 11 por mil.

El análisis de la estructura por edad demostró que a una mayor tasa de mortalidad le correspondió una mayor participación de muertes postneonatales y de uno a cuatro años, y que a un menor nivel le correspondió una mayor participación de muertes neonatales.

Los cambios experimentados por la estructura de las causas de muerte que acompañaron el descenso de la mortalidad evidenciaron, a partir de la década de 1950, la reducción de la proporción de muertes de origen exógeno y la importancia progresiva que cobraron las muertes por causas de origen endógeno, que llegaron a representar 68 por ciento de las muertes en el periodo 1990-2002. Este hecho permite concluir que el descenso de la mortalidad de la niñez obedeció principalmente a la reducción de las muertes exógenas, en especial las debidas a enfermedades infecciosas y parasitarias, y a diarrea y enteritis.

En el convencimiento de que el comportamiento de la mortalidad es parte integrante de un proceso social más complejo y que es justamente el proceso histórico concreto de la sociedad el que da significación a la mortalidad en ella inserta, el análisis del marco sociopolítico, así como el de las políticas y programas, permitieron identificar algunos factores explicativos que se consideraron relacionados con la tendencia de la mortalidad materno-infantil. En este sentido, es fundamental que los responsables de las políticas de salud comprendan el proceso social que se está desarrollando, ya que de esta manera podrán comprender y analizar críticamente los medios más adecuados para que los programas y acciones sean más efectivos.

Bibliografía

- ÁLVAREZ, Adriana, 2004, "El reinado y el control de las endemias en la Ciudad de Buenos Aires de fines del Siglo XIX y principios del Siglo XX", en A. Álvarez, J. Molinari y D. Reynoso (eds.), *Historias de enfermedades, salud y medicina en la Argentina de los siglos XIX y XX*, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- BEHM, Hugo, 1985, *Sobrevivencia de la infancia: las dimensiones del problema en América Latina*, The Population Council, Documento de trabajo núm. 17.
- BIRN, Anne Emanuelle, Wanda Cabella y Raquel Pollero, 2005, "El estancamiento de la mortalidad infantil uruguaya en la primera mitad del Siglo XX: Análisis por causas de muerte", en AEPa, *VII Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, INDEC, Buenos Aires.
- COLGROVE, J., 2002, "The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence", en *American Journal of Public Health*, 92 (5).
- CONI, Emilio, 1917, *Extraordinaria mortalidad de la primera infancia en octubre pasado*, en *Revista de la Semana Médica*, año XXIV, núm. 47, Buenos Aires.
- EVANS, Robert y G. Stoddart, 1996, "Producir salud, consumir asistencia sanitaria", en Robert Evans, Morris Barer y Theodore Marmor, *¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones*, Díaz de Santos, Madrid.
- INDEC, 1975, *Tablas de mortalidad para la Ciudad de Buenos Aires para 1970*, INDEC, serie Investigaciones Demográficas 4, Buenos Aires.
- INDEC, 1988, *Tablas de mortalidad 1980-1981. Total y jurisdicciones*, Buenos Aires.
- INDEC, 1995, *Tablas abreviadas de mortalidad provinciales por sexo y edad 1990-1992*, INDEC, serie Análisis Demográfico 4, Buenos Aires.
- INDEC, 2004, "Tablas abreviadas de mortalidad provinciales por sexo y edad 2000-2001", INDEC, serie Análisis Demográfico 31, Buenos Aires.
- MARMOR, T., Barer y R. Evans, 1996, "Los determinantes de la salud de una población: ¿Qué puede hacerse para mejorar el estado de salud de una nación democrática?", en Evans Robert G., Morris Barer y Theodore Marmor *¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones*, Díaz de Santos, Madrid.
- MARTÍNEZ, Alberto, 1913, "Historia demográfica de Buenos Aires", en *Censo General de Población, Edificación, Comercio e Industria de la Ciudad de Buenos Aires, 1909*, Sudamericana de Billetes de Banco, Buenos Aires.
- MAZZEO, Victoria, 1993, *Mortalidad infantil en la Ciudad de Buenos Aires, 1856-1986*, Biblioteca Política Argentina núm. 440, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.
- MAZZEO, Victoria, 2003, *La incidencia de la función del Estado, las políticas públicas y la realidad socioeconómica en la evolución de la mortalidad infantil de la Ciudad de Buenos Aires premoderna*, Seminario de Tesis, Doctorado Flacso, inédito.

- MCKEOWN, T., 1979, *The role of medicine: dream, mirage or nemesis?*, Basil Blackwell, Oxford.
- MÉNDEZ, Susana, 2005, "Niñez y adolescencia", en UNICEF, *Democratización de las familias*, Buenos Aires.
- MESLÉ, France, 1995, *L'évolution de la mortalité par cause : les différentes facettes de la transition épidémiologique*, Seminario Evolución futura de la mortalidad, Celade/ Universidad de Chile, mimeo, Santiago de Chile.
- MÜLLER, María, 1974, *La mortalidad en Buenos Aires entre 1855 y 1960*, Ed. del Instituto, Buenos Aires.
- OLIVA, Silvestre, 1918, *La mortalidad infantil en Buenos Aires desde 1898 a 1917*, Imprenta América, Buenos Aires.
- PRESTON, S., 1988, "Causes and consequences of mortality decline in less developed countries during the twentieth century", en R. Easterlin, *Population and economic change in developing countries*, Chicago.
- REHER, David, 1995, "Wasted investments: some economic implications of childhood mortality patterns", en *Population Studies*, núm. 3, vol. 49, Londres.
- SCHOFIELD, R. y D. Reher, 1991, "The decline of mortality in Europe", en R. Schofield, D. Reher y A. Bideau, *The decline of mortality in Europe*, Clarendon Press, Oxford.
- SZRETER, S., 2002, "The McKewon thesis: rethinking McKewon: the relationship between public health and social change", en *American Journal of Public Health*, 92 (5).
- WILKINSON, R., 1997, *Unhealthy societies. The afflictions of inequality*, Reutledge, Londres.
- WRIGLEY, E. y R. Schofield, 1989, *The population history of England 1541-1871*, Cambridge.