



La salud de los niños en el proceso de transición epidemiológica

Atar la salud pública a conceptos que dieron respuesta a nuestras necesidades hace 50 años, o un decenio atrás, puede invalidar nuestra contribución al futuro de nuestra sociedad.

J. W. Moutrin (*Pub Health Rep* 1952; 67: 223)

Leopoldo Vega Franco, Alejandra Moreno A

Aunque por costumbre el contenido de los editoriales de esta Revista pretenden hacer pronunciamientos respecto a la información científica que concierne a la salud de los niños, emitiendo juicios acerca de su aplicación en la práctica pediátrica, de sus limitaciones, de los riesgos que entraña, de su supuesta validez y de su eventual transcendencia, también persigue rescatar la información que ha sido injustamente destinada al olvido y facilitar la comprensión de conceptos de uso común en la medicina moderna, resultando el interés que puedan tener en la cultura médica. Es con esta última finalidad que en este Número se aborda el significado y la contribución que la salud de los niños tiene en la transición epidemiológica.

Es pertinente aclarar que cuando se dice que un país se encuentra en un estadio de transición epidemiológica se pretende señalar que en él están ocurriendo cambios sustanciales en la salud de su población, o bien que la mayoría en la salud ya se ha estabilizado. Por otro lado, las modificaciones positivas en la salud colectiva generalmente se traducen en un descenso de la mortalidad en los menores de cinco años, particularmente en el primer año de la vida, y esta circunstancia aumenta la estimación teórica de la esperanza de vida que tienen los niños al nacer.

Cuando esto acontece, se modifica el patrón que siguen las causas de muerte en los niños; poco a poco las enfermedades infecciosas pierden importancia como determinantes de muerte, y en su lugar surgen otras causas que antes ocupaban lugares secundarios. Los cambios no sólo son cualitativos sino también cuantitativos, por lo que ocurre un descenso secular en la tasa de mortalidad general y disminuye la velocidad con que crece la población. Tarde o temprano, considerando esta expresión lapsos de años, la disminución en la mortalidad va seguida

por un descenso en la natalidad. Para comprender mejor el significado que tienen estos eventos en la transición epidemiológica, es conveniente hacer algunas precisiones.

La idea de hacer inferencias acerca de la salud de una población, a partir de los cambios seculares que ocurren en sus hechos vitales (nacimientos y muertes), corresponde a Omram.¹ Su propuesta, que planteó como: teoría de la transición epidemiológica, fue difundida ampliamente por Frend y su grupo²⁻⁴ hace cerca de dos lustros. Consiste, escuetamente, en analizar de manera diacrónica los hechos vitales de una población y ver la repercusión que tienen en la distribución de la población por edades, y en los cambios epidemiológicos cualitativos que puedan haber ocurrido en ella, vistos a través de las causas de muerte.

Es pertinente mencionar que los demógrafos acostumbran caracterizar a las poblaciones humanas por la magnitud y las tendencias en la mortalidad y en la natalidad, y conforme a la distribución de la población por edades y su esperanza de vida. En este tipo de estudios, el interés principal de los demógrafos se centra en la observación y análisis de la magnitud y velocidad con que suceden los cambios en la mortalidad y en la natalidad,⁵ poniendo particular atención en esta última tasa. Como contraste, en la transición epidemiológica, los epidemiólogos hacen énfasis en los cambios cualitativos de la mortalidad y en los índices de fertilidad; además ven con interés las modificaciones que ocurren en la reproducción y en la esperanza de vida. Fue de esta manera que Omram¹ propuso calificar la situación epidemiológica de una población, de acuerdo a cuatro modelos epidemiológicos: el *clásico*, el *clásico acelerado*, el *retardado*, y el *transicional*. Para el propósito de este Editorial se describirán dos de éstos.

El modelo *clásico u occidental* toma como referencia la evolución histórico-social de los países desarrollados en los últimos 200 años. En cierta forma permite inferir las condiciones de salud de la población hasta situarla en el momento actual; en estos países el índice global de fertilidad (promedio estimado de hijos que tiene una mujer durante la vida productiva) suele estar abajo de 2 y la tasa de natalidad, en muchos de ellos, apenas supera la de mortalidad, por lo que puede decirse que el crecimiento de la población se ha estabilizado. Ante tales circunstancias, la distribución de la población por edades registra un predominio de personas adultas, la esperanza de vida al nacer es de cerca de 80 años, y en las causas de muerte predominan las enfermedades crónicas y degenerativas. En cambio, el modelo *retardado o lento*, corresponde al de países calificados **en desarrollo**; en estas naciones la declinación de la mortalidad ha sido lenta y prolongada, y el descenso en las tasas de reproducción aparece varios años después; en ellos la tasa global de fertilidad cae de un promedio teórico de tres a cuatro niños por mujer, hasta cerca de dos niños y la esperanza de vida es de alrededor de 70 años. Por otro lado, las enfermedades infecciosas son lentamente desplazadas de los primeros lugares por enfermedades degenerativas y proliferativas, sin embargo las muertes por infecciones aún están presentes entre las causas de muerte. Cabe pues ahora analizar, en el marco de la transición epidemiológica, los cambios que ocurren en los indicadores de daño a la salud de los niños.

Es lógico pensar que la certidumbre con la que se expresa un juicio de valor acerca de la salud de una población, bajo el enfoque de la transición epidemiológica, depende las presunciones que subyacen en los elementos que conforman los indicadores que se usan en el análisis. Así, a pesar de considerar que pueda haber cierto subregistro de información, tanto en lo que respecta a los nacimientos que ocurren cada año como en las muertes de niños lactantes en regiones incomunicadas de países como México, lo que se supone era una circunstancia común en la primera mitad de este siglo, es oportuno pasar por alto esta observación; cabe pues resaltar lo ocurrido en este país.

Entre el decenio de los años treinta y el de los noventa, la mortalidad general mostró un descenso constante, desde 26.7 a 5.2 x 1,000 habitantes, lo que representa una disminución de 80.5%. En el mismo lapso la natalidad se redujo 32.1%; de 49.5 a 33.6 x 1,000 nacidos vivos; sin embargo, la disminución registrada hasta el decenio de los años setenta era sólo de 10.7%, lo que quiere decir que la tendencia al descenso se ha acentuado en los últimos 20 años. Así pues, tal parece que el estadio de transición epidemiológica por el que ha tran-

sitado el país, corresponde en este momento a una fase tardía del modelo *retardado*. Como cabe esperar en este modelo, después del continuo descenso de la mortalidad, hasta llegar a ser menor de 5.2 x 1,000 habitantes, —a partir de lo cual se espera que luego vaya en aumento— ocurrió un discreto descenso en la natalidad, la cual ha mostrado en años recientes una disminución acelerada.

Desde el punto de vista demográfico, los cambios ocurridos en estos indicadores se han traducido en un incremento de la población. A este respecto, mientras el país crecía a razón de 1.8% en el decenio de los treinta, llegó a 3.3% en el decenio de los sesenta y actualmente es de 1.9%. Por otro lado, la esperanza de vida al nacer ha ido en aumento: desde 41.4 años en 1940 aumentó a 59 años en 1960, y de 66.2 años en 1980 ascendió a 69.7 años en 1990; se estima que entre 1995 y el año 2000 este índice habrá aumentado a 71.9 años. Es lógico pensar que al disminuir la mortalidad general y la natalidad, y aumentar la esperanza de vida al nacer, poco a poco la población de menores va disminuyendo proporcionalmente y va creciendo la población de mayores de 60 años.

Hasta aquí los cambios habidos en el componente demográfico de la población. Si ahora se analizan los aspectos epidemiológicos relacionados con los niños, es conveniente señalar que el riesgo de morir en el primer año de vida ha disminuido constantemente desde 1930 en que se registró una tasa de mortalidad infantil de 129.9 x 1,000 nacidos vivos a 17.5 x 1,000 en 1995; el descenso ha sido de 86.5%. Por otro lado, la tasa de mortalidad en los menores de cinco años —sugerida por el fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)— ha disminuido desde 189.5 niños menores de cinco años fallecidos (por 1,000 nacidos vivos) en el decenio de 1930 a 31.6 niños en 1996, lo que significa, que esta peculiar tasa, donde sólo una parte de la población a riesgo aparece en el denominador, descendió 86.1%. A estas circunstancias es pertinente agregar que en los menores de un año, desde 1975, las infecciones relacionadas con procesos diarreicos y enfermedades de las vías respiratorias, lentamente han sido, como causa de muerte, desplazadas de los primeros lugares por aquéllas clasificadas como: «Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal» y por las «Anomalías congénitas». Lo mismo ha acontecido entre los niños de uno a cuatro años, en quienes los «Accidentes», como causa de muerte, han pasado del sexto sitio en 1965 al primer lugar en 1995; en este último año las neumonías y las diarreas descendieron al tercero y cuarto lugar.

Aunque es innegable que indirectamente esta información habla en favor de cambios substanciales en la salud

de la población y particularmente en los niños, la experiencia obtenida en la práctica pediátrica en instituciones asistenciales, y en especial en el medio rural y en las áreas suburbanas, hace pensar que la salud de los niños se encuentra francamente polarizada: mientras unos tienen el privilegio de gozar de salud, bienestar y larga vida, en muchos otros la presencia recurrente de enfermedades infecciosas, interfiere con la plena expresión de sus potencialidades genéticas, generalmente ellos subsisten en condiciones que permanentemente agreden su salud, en lugares donde las fronteras de la vida que limitan su entorno parecen siempre a punto de ser alcanzadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Omran AR. The epidemiological transition theory. A preliminary update. *J Trop Pediatr* 1983; 29: 305-16.
2. Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Frejka T, Lozano R. Elementos para una teoría de la transición en salud. *Salud Publ Méx* 1991; 33: 448-62.
3. Frenk J, Frejka T, Bobadilla JI, Stern C, Lozano R, Sepúlveda JM. La transición epidemiológica en América Latina. *Bol Of Sanit Panam* 1991; 111: 485-96.
4. Frenk J, Bobadilla JL, Sepúlveda J, López M. Health transition in middle income countries. New challenges for the organization of services. *Health Policy Plan* 1989; 4: 29-39.
5. Wrong DH. *Población*. Buenos Aires: Editorial Paidos, 1961.