

Desigualdad social, pobreza y mortalidad infantil en México (2010-2020)

Enrique Bravo-García^{a,†}

Resumen

México enfrenta profundas desigualdades: el 10% más rico concentra el 57.4% de los ingresos y el 78.7% de la riqueza del país, mientras que el 50% más pobre apenas accede al 9.2% de los ingresos y carece de riqueza significativa. La desigualdad social y la pobreza están estrechamente relacionadas. Aunque la desigualdad no es la única causa de la pobreza, desempeña un papel significativo en su perpetuación. Abordar la desigualdad social es esencial para combatir eficazmente la pobreza y construir sociedades más equitativas y justas.

La tasa de mortalidad infantil (TMI) es un indicador clave, fuertemente influenciado por factores estructurales como la pobreza, que refleja muertes evitables, innecesarias y prematuras, que pueden prevenirse mediante acciones individuales y colectivas de atención. La relación entre pobreza y salud infantil es bien reconocida, ya que la pobreza está asociada con los peores resultados en la salud infantil, particularmente en la mortalidad infantil.

^a Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.

ORCID ID:

[†] <https://orcid.org/0000-0002-6602-6719>

Correspondencia: ebravo@facmed.unam.mx

Recibido: 16-04-2024. Aceptado 31-07-2024.



En 2020, la distribución de la mortalidad infantil entre las entidades federativas de México fue notablemente heterogénea, con tasas que oscilaron entre 6.1 y 20.5 defunciones por cada 1,000 nacimientos. El coeficiente de correlación de Pearson entre la TMI y el porcentaje de personas en situación de pobreza extrema ($r = 0.550$), el rezago educativo ($r = 0.530$), la carencia de acceso a los servicios de salud ($r = 0.547$); y las personas con 3 o más carencias sociales ($r = 0.520$) fue alto y estadísticamente significativo; pero también la TMI está moderadamente asociada a la pobreza ($r = 0.494$) y la carencia de seguridad social ($r = 0.494$). Las 9 entidades con altas o muy altas tasas de mortalidad infantil y pobreza extrema fueron Chiapas, Guerrero, México, Michoacán, Puebla, Oaxaca, Tabasco, Tlaxcala y Yucatán.

Aunque México ha logrado reducir su tasa de mortalidad infantil, esta sigue siendo muy superior al promedio de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Para continuar disminuyendo esta tasa, es necesario abordar la reducción de la pobreza, expandir el acceso a servicios de salud esenciales, mejorar la atención

prenatal y posnatal, y fortalecer los servicios preventivos, como la vacunación. Se requiere impulsar un programa especial que involucre a todas las instituciones de salud y cuente con recursos adecuados. Es crucial priorizar las acciones en las 9 entidades más afectadas. Resulta inaceptable que, en el año 2020, la mortalidad infantil en Oaxaca haya sido más de 3 veces superior a la de Nayarit.

Palabras clave: *Epidemiología; mortalidad infantil; desigualdad social; pobreza; México.*

Social Inequality, Poverty, and Infant Mortality in Mexico (2010-2020)

Abstract

Mexico faces deep inequalities: the richest 10% concentrate 57.4% of the country's income and 78.7% of its wealth, while the poorest 50% have access to barely 9.2% of the income and lack significant wealth. Social inequality and poverty are closely linked. While inequality is not the only cause of poverty, it plays a significant role in perpetuating it. Addressing social inequality is essential to effectively combat poverty and build more equitable and fair societies.

The infant mortality rate (IMR) is a key indicator, strongly influenced by structural factors such as poverty, which reflects avoidable, unnecessary and premature deaths, which can be prevented through individual and collective actions. The relationship between poverty and child health is well recognized, as poverty is associated with the worst outcomes in child health, particularly in infant mortality.

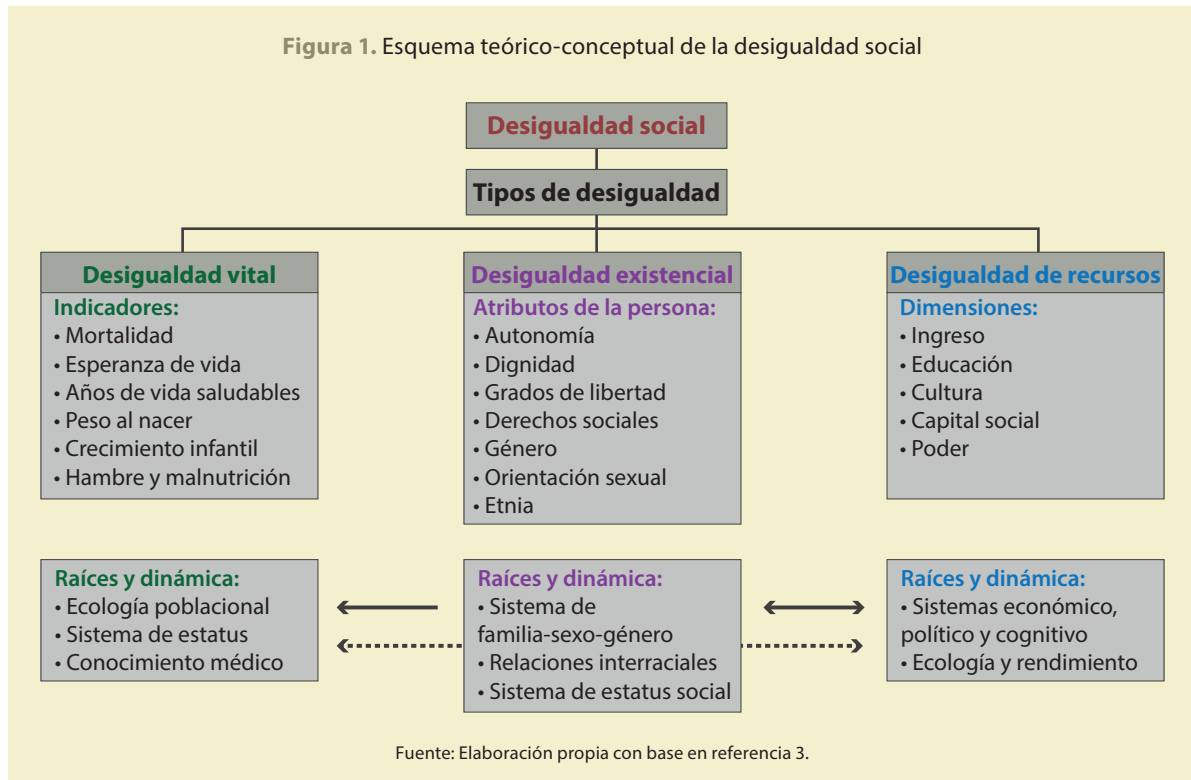
In 2020, the distribution of infant mortality among the Mexican states was remarkably heterogeneous, with rates ranging from 6.1 to 20.5 deaths per 1,000 births. The Pearson correlation coefficient between the IMR and the percentage of people living in extreme poverty ($r = 0.550$), educational gap ($r = 0.530$), lack of access to health services ($r = 0.547$); and people with 3 or more social deficiencies ($r = 0.520$) was high and statistically significant; but the IMR is also moderately associated with poverty ($r = 0.494$) and lack of social security ($r = 0.494$). The nine entities with high or very high rates of infant mortality and extreme poverty were Chiapas, Guerrero, Mexico, Michoacán, Puebla, Oaxaca, Tabasco, Tlaxcala, and Yucatán.

Although Mexico has managed to reduce its infant mortality rate, it is still much higher than the average for Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries. To further reducing this rate, it is necessary to address poverty reduction, expand access to essential health



Foto: iStock/Shayla Peres

Figura 1. Esquema teórico-conceptual de la desigualdad social



services, improve prenatal and postnatal care, and strengthen preventive services, such as vaccination. A special program involving all health institutions and with adequate resources is required. It is crucial to prioritize actions in the nine most affected Mexican states. It is unacceptable that, in 2020, infant mortality in Oaxaca was more than three times higher than Nayarit.

Keywords: *Epidemiology; infant mortality; social inequality; poverty; Mexico.*

INTRODUCCIÓN

México enfrenta profundas desigualdades: el 10% más rico concentra el 57.4% de los ingresos y el 78.7% de la riqueza del país, mientras que el 50% más pobre apenas accede al 9.2% de los ingresos y carece de riqueza significativa¹. Además, 14 personas controlan el 8.18% de la riqueza privada, mientras que 46.8 millones de mexicanos viven en situación de pobreza, y más de 9 millones no saben si podrán comer al día siguiente².

La desigualdad social constituye una violación de

la dignidad humana, que impide a los seres humanos desarrollar sus capacidades. Therborn³ identifica 3 tipos de desigualdades sociales: la desigualdad vital, que se refiere a la desigualdad socialmente construida de las oportunidades de vida, como la mortalidad, la esperanza de vida, el peso al nacer, el crecimiento, la nutrición y otros aspectos fundamentales; la desigualdad existencial, que se refiere a la distribución desigual de atributos esenciales que constituyen a la persona, como la dignidad, la libertad, los derechos y el desarrollo personal; y la desigualdad de recursos, que se manifiesta en la asimetría en la distribución de recursos para actuar, como los ingresos, la riqueza, el conocimiento, las redes sociales y el poder (**figura 1**).

Es importante considerar que estos 3 tipos de desigualdades interactúan y se entrelazan, distintas facetas de la desigualdad humana, cada una con su propia dinámica. La desigualdad vital impacta en la desigualdad de recursos y recibe una influencia significativa de la desigualdad existencial y de recursos. La desigualdad existencial afecta profundamente a

la desigualdad vital y de recursos, mientras que la desigualdad de recursos impacta y es impactada por la desigualdad vital y existencial³.

La desigualdad social y la pobreza están intrínsecamente vinculadas. Aunque la desigualdad no es la única causa de la pobreza, juega un papel significativo en su perpetuación. Abordar la desigualdad social es fundamental para combatir eficazmente la pobreza y construir sociedades más equitativas y justas⁴.

MORTALIDAD INFANTIL Y POBREZA

La mortalidad infantil, es decir, las muertes de niños menores de un año, refleja el impacto de las condiciones económicas, sociales y ambientales en la salud de las madres y sus bebés, así como de la eficacia de los sistemas de salud⁵. La tasa de mortalidad infantil (TMI) es un indicador clave, fuertemente influenciado por factores estructurales como la pobreza⁶. La TMI es un indicador que expresa muertes evitables, innecesarias y prematuras, que pueden prevenirse mediante acciones individuales y colectivas de atención, e intervenciones sociales orientadas a influir en determinantes sociales y económicos, como la marginación, la pobreza, la ruralidad o un deficiente acceso a la educación y los servicios de salud⁷. En resumen, la relación entre pobreza y salud infantil es bien reconocida, ya que la pobreza está asociada con los peores resultados en la salud infantil, particularmente en la mortalidad infantil⁸.

A pesar de la relevancia de esta asociación, la investigación sobre la relación entre la mortalidad infantil en México y la pobreza (u otros indicadores de desigualdad social) ha sido limitada. Un estudio en el estado de Chiapas encontró que más del 50% (10 de los 18 municipios) de la Región de los Altos de Chiapas ocupaban los últimos lugares en los índices de marginación y desarrollo humano, y los primeros lugares según TMI⁹. Un análisis multinivel, con información del año 2010 mostró que, a nivel municipal, la pobreza extrema y el analfabetismo en las mujeres tienen importantes efectos sobre las tasas de mortalidad infantil, mientras que, a nivel estatal, la diferencia en los ingresos familiares es determinante⁶. Otro análisis más reciente ha demostrado una fuerte, pero decreciente correlación a través del

tiempo, entre el índice de marginación y las TMI a nivel estatal durante el período 1990-2015, enfatizando una elevada correlación inversa (de al menos $r = -0.95$) entre la TMI y el gasto público en salud per cápita durante el mismo período¹⁰.

¿CÓMO SE CALCULA LA MORTALIDAD INFANTIL EN MÉXICO?

El subregistro y la falta de oportunidad de la información sobre nacimientos y defunciones es un problema reconocido a nivel internacional. Por esta razón, a partir de año 2011, el Gobierno de México aplica una metodología para ajustar las cifras brutas de nacimientos y defunciones, realiza *estimaciones* que mejoran la precisión de los indicadores¹¹. En consecuencia, las TMI se calculan al dividir el número *estimado* de defunciones en menores de un año entre el número *estimado* de nacimientos, multiplicado por mil nacimientos.

Las cifras estimadas de defunciones y nacimientos, así como las TMI que corresponden se concentran en el portal de Internet del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)¹² y se publican en los informes anuales del Ejecutivo Federal¹³. México también envía estas cifras a organismos internacionales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)⁵ y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)¹⁴, para su difusión en sus portales de Internet e informes multinacionales

¿CÓMO SE REALIZA LA MEDICIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA POBREZA EN MÉXICO?

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) es la institución gubernamental que mide la pobreza en México. El CONEVAL, creado en 2004, realiza cada 2 años, desde 2008, la medición de la pobreza a escala nacional y estatal; y desde 2010, cada 5 años, a nivel municipal¹⁵. A diferencia de las mediciones tradicionales que consideran únicamente el ingreso económico, el CONEVAL desarrolló en 2010 una metodología para medir la pobreza a partir de 3 dimensiones: el bienestar económico, los derechos sociales y el contexto territorial, e integra lo que se

conoce como la *Medición Multidimensional de la Pobreza en México*¹⁶.

Esta aproximación metodológica de CONEVAL puede vincularse con el esquema teórico-conceptual de la desigualdad social de Therborn (**figura 1**). Por esta razón, el porcentaje de población en situación de pobreza, de pobreza extrema y de otros indicadores reflejan distintos aspectos de la desigualdad social en México¹⁷. Por ejemplo, la pobreza multidimensional se define como la condición de quienes tienen al menos una carencia social y un ingreso por debajo de la línea de bienestar, la cual incluye carencias en educación, acceso a servicios de salud, vivienda y servicios básicos, así como acceso a la alimentación. La línea de bienestar equivale al valor total de la canasta alimentaria y de la canasta no alimentaria por persona al mes¹⁸. De los 14 indicadores de pobreza multidimensional elaborados por el CONEVAL, en esta revisión solo se consideraron los 6 indicadores que tienen una mayor asociación con la mortalidad infantil. Su denominación y definición operativa pueden revisarse en la **tabla 1**.

LA MORTALIDAD INFANTIL EN MÉXICO (2010-2020)

Entre 2010 y 2020, en México fallecieron aproximadamente 333,409 niños y niñas antes de cumplir su primer año de vida. A pesar de una disminución del 23.9% en la tasa de mortalidad infantil, que pasó de 16.2 a 12.3 muertes por cada 1,000 nacimientos durante este periodo, el hecho de que más de 33,000 defunciones infantiles ocurrieran anualmente sigue siendo una situación preocupante (**tabla 2**).

En 2020, la distribución de la mortalidad infantil entre las entidades federativas de México fue notablemente heterogénea, con tasas que oscilaron entre 6.1 y 20.5 defunciones por cada 1,000 nacimientos. Los estados con las tasas más elevadas fueron Oaxaca (20.5 defunciones por 1,000 nacimientos), Chiapas (19.0), Zacatecas (16.5), Michoacán (15.8) y Guerrero (15.3), que concentraron el 27.6% del total de defunciones infantiles. Por otro lado, las entidades con menor mortalidad infantil fueron Nayarit (6.1 defunciones por 1,000 nacimientos), Morelos (6.9), Sonora (7.0), Colima (7.4) y Campeche (8.4), que representan solo el 4.2% de las

defunciones infantiles del país. Para ilustrar esta disparidad, el riesgo de morir durante el primer año de vida fue más de 3 veces mayor para un niño nacido en Oaxaca que para uno nacido en Nayarit. Fue casi de dos veces y media mayor que el de un niño nacido en Nayarit (**tabla 2**).

En cuanto a la reducción de la mortalidad infantil durante el periodo 2010-2020, se observa que las entidades que lograron mayores reducciones fueron Campeche (-51.3%), Nayarit (-50.4%), Sonora (-48.9%), Morelos (-46.5%) y Colima (-44.7%). En contraste, la mortalidad infantil aumentó un 15.3% en la Ciudad de México, probablemente debido al impacto negativo de la pandemia de COVID-19. Sin embargo, todas las demás entidades del país experimentaron una disminución en su mortalidad infantil (**tabla 2**).

Para visualizar la distribución territorial de la mortalidad infantil en 2020, se segmentaron las entidades del país en función de su distribución por cuartiles. De este modo, Oaxaca, Chiapas, Zacatecas, Michoacán, Guerrero, Chihuahua, Puebla y la Ciudad de México se clasificaron como entidades de mortalidad infantil muy alta en 2020; Sinaloa, Tabasco, México, Tlaxcala, Jalisco, Yucatán, Baja California y Coahuila se catalogaron como de alta mortalidad infantil; Tamaulipas, Baja California Sur, Hidalgo, Guanajuato, Durango, Quintana Roo, Aguascalientes y Querétaro con mortalidad media; y Nuevo León, Veracruz, San Luis Potosí, Campeche, Colima, Sonora, Morelos y Nayarit como entidades de baja mortalidad infantil (**figura 2**).

LA POBREZA EN MÉXICO 2010 Y 2020

A nivel nacional, el porcentaje de personas en situación de pobreza disminuyó del 46.1% al 43.9% entre 2010 y 2020. En el mismo periodo, la pobreza extrema se redujo del 11.3% al 8.5%. A pesar de estas disminuciones, en 2020, el número absoluto de personas en situación de pobreza alcanzó los 55.7 millones, y el de personas en situación de pobreza extrema fue de 10.8 millones^{19,20}.

En 2020, la situación de pobreza extrema en México mostró variaciones significativas a nivel de entidad federativa. Con el uso de la distribución

Tabla 1. Indicadores seleccionados para la medición multidimensional de la pobreza en México. CONEVAL, 2019

Nombre del Indicador	Definición operativa
Porcentaje de personas en situación de pobreza	<ul style="list-style-type: none"> Personas cuyo ingreso total es insuficiente para adquirir la canasta alimentaria y tienen al menos una carencia social.
Porcentaje de personas en situación de pobreza extrema	<ul style="list-style-type: none"> Personas cuyo ingreso total es insuficiente para adquirir la canasta alimentaria y que, además, tienen 3 o más carencias sociales.
Porcentaje de personas con rezago educativo	<ul style="list-style-type: none"> Personas que tienen de 3 a 21 años, no cuenta con la educación obligatoria y no asiste a un centro de educación formal. Personas que tienen 22 años o más, nació a partir del año 1998 y no ha terminado la educación obligatoria (media superior). Persona que tienen 16 años o más, nació antes de 1982 y no cuenta con el nivel de educación obligatorio vigente en el momento en que debía haberlo cursado (primaria completa). Persona que tienen 16 años o más, nació a entre 1982 y 1997 y no cuenta con el nivel de educación obligatoria vigente en el momento en que debía haberla cursado (secundaria completa).
Porcentaje de personas con carencia de acceso a los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> Personas que no cuentan con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados.
Porcentaje de personas con carencia de acceso a la seguridad social	<ul style="list-style-type: none"> En cuanto a la población económicamente activa, asalariada, se considera que no tiene carencia en esta dimensión si disfruta, por parte de su trabajo, de las prestaciones establecidas en el artículo 2° de la LSS (o sus equivalentes en las legislaciones aplicables al apartado B del artículo 123 constitucional). Dado el carácter voluntario de la inscripción al sistema por parte de ciertas categorías ocupacionales, en el caso de la población trabajadora no asalariada o independiente se considera que tiene acceso a la seguridad social cuando dispone de servicios médicos como prestación laboral o por contratación voluntaria al régimen obligatorio del IMSS y, además, cuenta con SAR o Afore. Para la población en general, se considera que tiene acceso cuando goza de alguna jubilación o pensión o es familiar de una persona dentro o fuera del hogar con acceso a la seguridad social. En el caso de la población en edad de jubilación (65 años o más), se considera que tiene acceso a la seguridad social si es beneficiario de algún programa social de pensiones para adultos mayores cuyo monto mensual otorgado sea mayor o igual al valor promedio de la canasta alimentaria (calculado como el promedio simple de las líneas de pobreza extrema por ingresos en el ámbito rural y urbano, respectivamente). La población que no cumpla con alguno de los criterios mencionados se considera en situación de carencia por acceso a la seguridad social.
Porcentaje de personas con 3 o más carencias sociales	<ul style="list-style-type: none"> Personas con 3 o más de las siguientes carencias sociales: <ul style="list-style-type: none"> - Rezago educativo. - Carencia por acceso a los servicios de salud. - Carencias de acceso a la seguridad social. - Calidad y espacios de la vivienda. - Servicios básicos en la vivienda. - Acceso a la alimentación nutritiva y de calidad.

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia 23.

Tabla 2. Tasa de mortalidad infantil según entidad federativa. México, 2010 y 2015

Entidad Federativa	2010		2020		TMI
	Defunciones	TMI	Defunciones	TMI	Variación 2010-2020
Aguascalientes	322	12.6	213	9.9	-21.4
Baja California	754	12.0	509	11.2	-7.2
Baja California Sur	170	13.7	120	10.9	-20.7
Campeche	291	17.2	148	8.4	-51.3
Coahuila	702	11.9	534	11.1	-6.4
Colima	169	13.3	98	7.4	-44.7
Chiapas	2,948	24.4	2,374	19.0	-22.2
Chihuahua	1,162	16.7	730	14.1	-15.4
Ciudad de México	1,491	11.8	1,105	13.6	15.3
Durango	618	17.5	285	10.1	-42.4
Guanajuato	2,105	17.3	984	10.1	-41.6
Guerrero	1,620	20.5	1,032	15.3	-25.7
Hidalgo	756	13.9	541	10.4	-25.0
Jalisco	1,983	12.3	1,322	11.5	-6.6
México	5,087	17.3	2,780	12.9	-25.5
Michoacán	1,703	18.5	1,234	15.8	-14.8
Morelos	432	13.0	234	6.9	-46.5
Nayarit	293	12.3	137	6.1	-50.4
Nuevo León	1,032	11.6	744	9.1	-21.4
Oaxaca	1,824	23.2	1,296	20.5	-11.6
Puebla	2,487	19.8	1,477	13.6	-31.2
Querétaro	557	15.0	334	9.5	-36.7
Quintana Roo	371	12.9	257	10.0	-22.6
San Luis Potosí	781	14.5	387	8.9	-39.0
Sinaloa	786	14.9	563	13.5	-9.4
Sonora	717	13.8	349	7.0	-48.9
Tabasco	764	16.9	489	13.0	-23.1
Tamaulipas	949	14.6	541	10.9	-25.1
Tlaxcala	432	17.7	253	12.2	-31.1
Veracruz	2,174	14.7	1,254	9.0	-38.7
Yucatán	618	17.2	340	11.4	-33.5
Zacatecas	590	17.7	436	16.5	-6.7
Nacional	36,688	16.2	23,100	12.3	-23.9

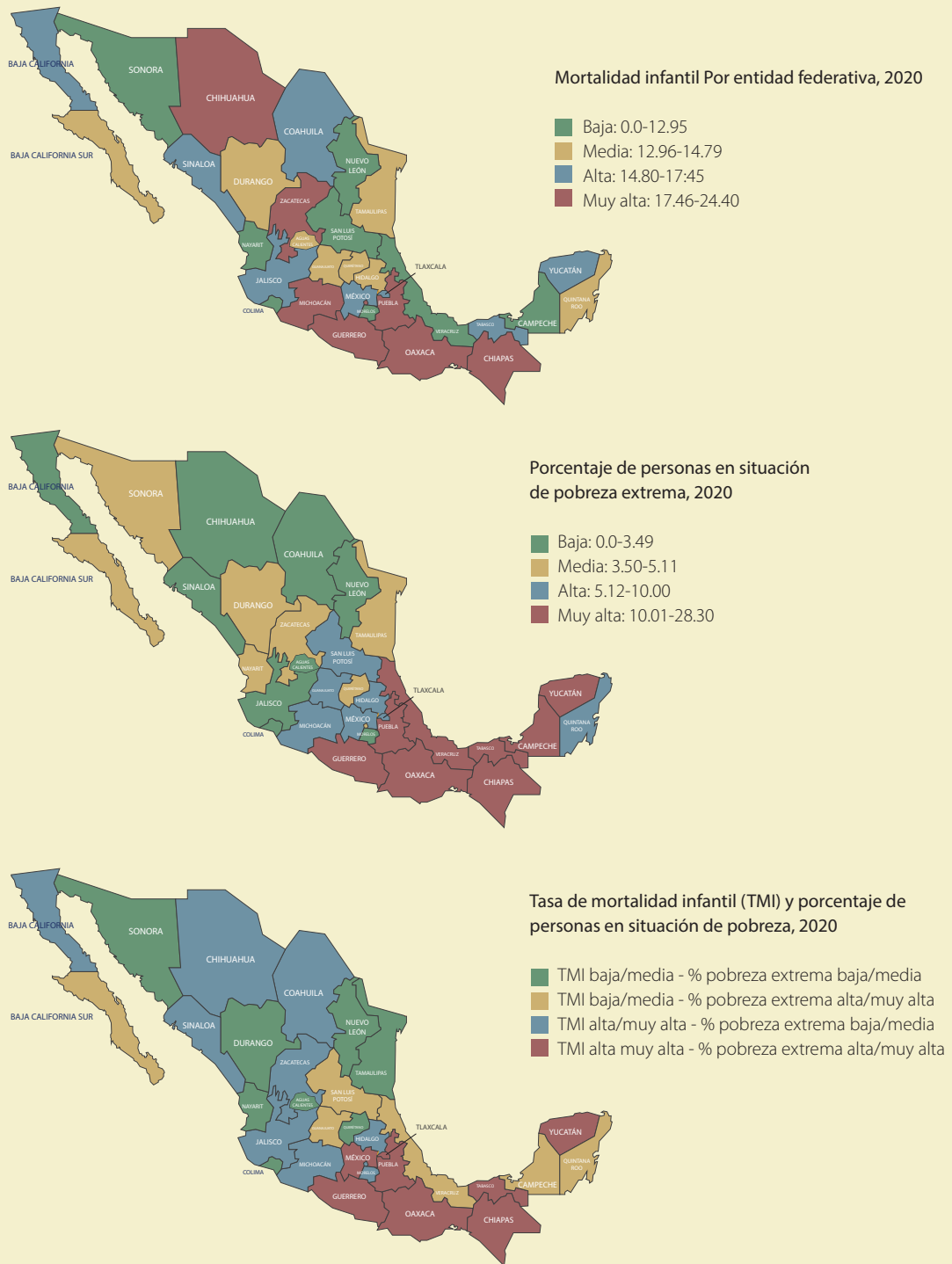
TMI: tasa de mortalidad infantil.

Fuente: Elaboración propia con base en la referencia 12.

por cuartiles como criterio de clasificación, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Veracruz, Tabasco, Puebla, Campeche y Yucatán presentaron un porcentaje muy alto de pobreza extrema, con más del 10% de la población en dicha condición. En contraste, Mo-

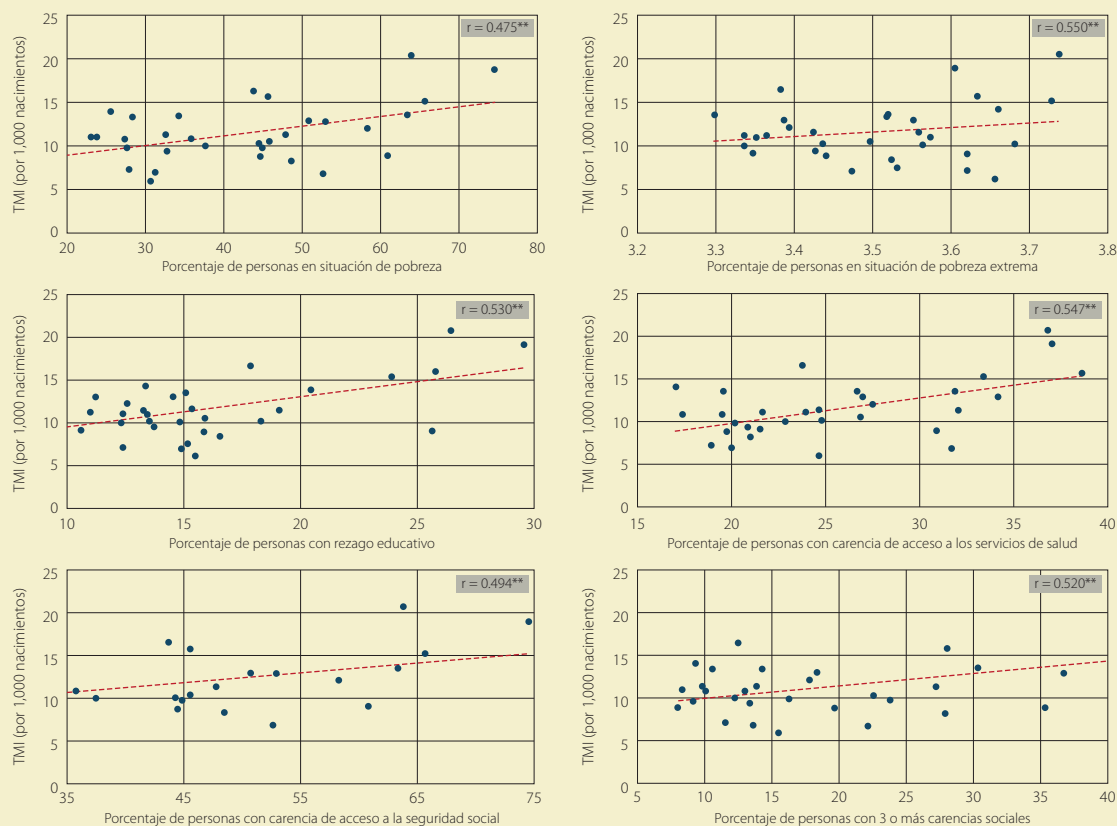
relos, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tlaxcala, Michoacán, Estado de México, Hidalgo y Guanajuato registraron un porcentaje alto de pobreza extrema, fluctuando entre el 5.1% y el 10% de la población. La Ciudad de México, Durango, Sonora, Nayarit,

Figura 2. Mortalidad infantil y porcentaje de personas en situación de pobreza extrema por entidad federativa. México, 2020



Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. Correlación entre la mortalidad infantil y 6 indicadores de la medición multidimensional de la pobreza por entidad federativa. México, 2020



Fuente: Elaboración propia.

Tamaulipas, Zacatecas, Querétaro y Baja California Sur se catalogaron como entidades con un porcentaje medio de pobreza extrema, situado entre el 3.5% y el 5.1%. Finalmente, Jalisco, Chihuahua, Sinaloa, Colima, Aguascalientes, Coahuila, Baja California y Nuevo León mostraron porcentajes bajos de pobreza extrema, con menos del 3.5% de la población en esa condición (figura 2).

ASOCIACIÓN ENTRE MORTALIDAD INFANTIL Y POBREZA MULTIDIMENSIONAL EN MÉXICO (2020)

La correlación es un cálculo estadístico que permite medir la asociación entre 2 variables cuantitativas. Según el criterio de Cohen, que es uno de los más utilizados, una correlación de 0.5 o superior se in-

terpreta como una fuerte asociación entre las 2 variables²¹. Cuatro de los 6 indicadores seleccionados de la Medición Multidimensional de la Pobreza cumplieron con este criterio: porcentaje de personas en situación de pobreza extrema ($r = 0.550$); porcentaje de personas con rezago educativo ($r = 0.530$); porcentaje de personas con carencia de acceso a los servicios de salud ($r = 0.547$); y porcentaje de personas con 3 o más carencias sociales ($r = 0.520$). Los otros 2 indicadores seleccionados estuvieron muy cerca de dicho criterio: porcentaje de personas en situación de pobreza ($r = 0.475$) y porcentaje de personas con carencia de acceso a la seguridad social ($r = 0.494$). Todas las correlaciones resultaron estadísticamente significativas ($p < 0.001$) (figura 3).

En resumen, los resultados muestran que la mor-

talidad infantil está fuertemente asociada con la pobreza extrema, el rezago educativo, la carencia de acceso a los servicios de salud y la presencia de 3 o más carencias sociales. También está moderadamente asociada con la pobreza y la carencia de seguridad social.

Esta asociación se refleja en la distribución geográfica de la mortalidad infantil y la pobreza, revelando la existencia de 2 grupos de entidades claramente diferenciados. El primer grupo incluye a Chiapas, Guerrero, México, Michoacán, Puebla, Oaxaca, Tabasco, Tlaxcala y Yucatán, que presentaron una clasificación combinada de tasas de mortalidad infantil y porcentajes de personas en situación de pobreza extrema altas o muy altas en 2020. El segundo grupo está compuesto por Aguascalientes, Baja California Sur, Colima, Durango, Nayarit, Nuevo León, Querétaro, Sonora y Tamaulipas, que tuvieron una clasificación combinada de tasas de mortalidad infantil y porcentajes de personas en situación de pobreza extrema bajas o medias. Las 14 entidades restantes se sitúan entre ambos grupos (**figura 2**).

LA MORTALIDAD INFANTIL EN MÉXICO EN EL CONTEXTO INTERNACIONAL

Cada muerte infantil es una tragedia, especialmente al considerar que la mayoría de ellas podrían haberse evitado mediante intervenciones eficaces y económicas.

México presenta una de las TMI más altas entre los países de la OCDE, con 12.7 fallecimientos por cada 1,000 nacimientos en 2021. Esta cifra es más de 3 veces superior al promedio de los 38 países miembros de la OCDE, que fue de 4.0 defunciones por cada 1,000 nacimientos. Al comparar la TMI de México con los 3 países con la menor mortalidad infantil (Finlandia, Japón y Noruega), se revela que el riesgo de morir de un niño mexicano antes de cumplir su primer año de edad fue 7 veces mayor que en esos países. En 2021, México ocupó el penúltimo lugar en mortalidad infantil dentro de la OCDE, solo superado por Colombia, que ocupó la última posición (**figura 4**)⁵.

Si México hubiera tenido la TMI promedio de los países de la OCDE (4.0 defunciones por cada

Aunque México ha logrado reducir su TMI, esta sigue siendo muy superior al promedio de los países de la OCDE. Para continuar disminuyendo esta tasa, es necesario abordar la reducción de la pobreza, expandir el acceso a servicios de salud, mejorar la atención prenatal y posnatal, y fortalecer los servicios preventivos. A pesar de que la reducción de la TMI ha sido una prioridad, se requiere un programa especial que involucre a todas las instituciones de salud y que cuente con recursos adecuados.

1,000 nacimientos), 16,400 de las 23,941 defunciones ocurridas ese año (es decir, el 68.5%) se podrían haber evitado. Es importante señalar que incluso países con menor desarrollo económico, como Chile y Costa Rica, tienen TMI significativamente más bajas que México (**figura 4**).

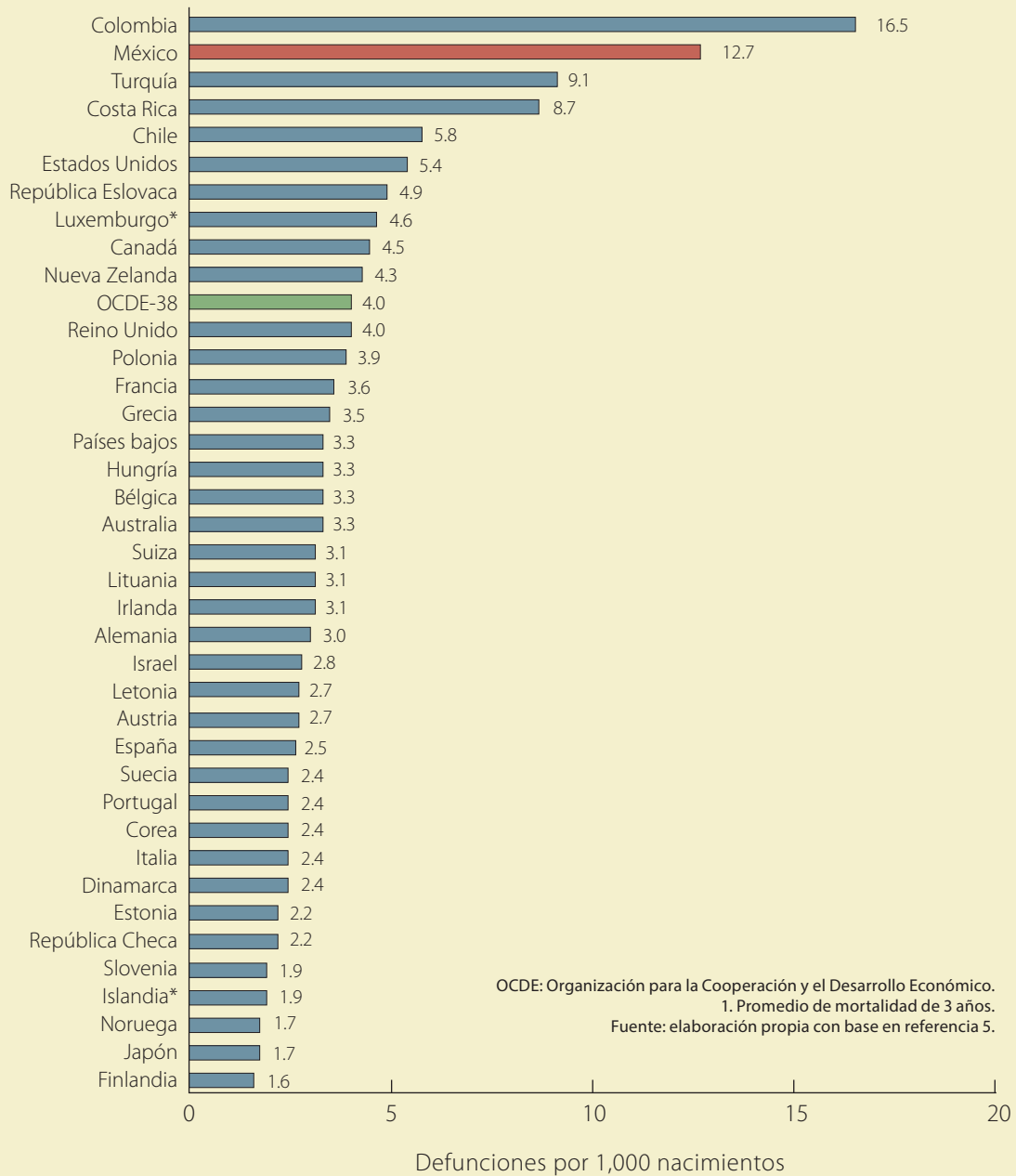
CONCLUSIONES

La mortalidad infantil está fuertemente asociada con la pobreza, como han documentado otros estudios realizados en México^{6,9}; y también se encuentra vinculada con la marginación¹⁰. Este estudio encontró que la mortalidad infantil en México está significativamente relacionada con la pobreza extrema, el rezago educativo, la carencia de acceso a los servicios de salud y la presencia de 3 o más carencias sociales.

Aunque México ha logrado reducir su TMI en décadas recientes, esta sigue siendo muy superior al promedio de los países de la OCDE. Para continuar disminuyendo esta tasa, es necesario abordar la reducción de la pobreza, expandir el acceso a servicios de salud esenciales, mejorar la atención prenatal y posnatal, y fortalecer los servicios preventivos, como la vacunación²².

A pesar de que la reducción de la TMI ha sido una prioridad gubernamental, se requiere un programa especial que involucre a todas las instituciones de salud y que cuente con recursos adecuados. Es crucial priorizar las acciones en las 9 entidades con altas o muy altas tasas de mortalidad infantil y pobreza: Chiapas, Guerrero, México, Michoacán, Puebla,

Figura 4. Mortalidad infantil en países de la OCDE, 2021(o el año más cercano)



Oaxaca, Tabasco, Tlaxcala y Yucatán. Mejorar las condiciones de vida en las comunidades pobres es fundamental para alcanzar las metas establecidas para la mortalidad infantil en 2030. Resulta inacep-

table que, en el año 2020, la mortalidad infantil en Oaxaca (20.5 defunciones por 1,000 nacimientos) haya sido más de 3 veces superior a la de Nayarit (6.1 defunciones por 1,000 nacimientos). ●

REFERENCIAS

1. Chancel L, Piketty T, Saez E, Zucman G. World Inequality Report 2022: World Inequality Lab, 2021. Disponible en: <https://wid.world/document/world-inequality-report-2022/>.
2. Oxfam México. El monopolio de la desigualdad: cómo la concentración del poder corporativo lleva a un México más desigual. México: OXFAM; 2024. Disponible en: <https://oxfam.mx/wp-content/uploads/2024/01/El-monopolio-de-la-desigualdad-Davos-2024-Briefing-Paper.pdf>.
3. Therborn G. Los campos de exterminio de la desigualdad. 2ª ed. México Fondo de Cultura Económica, 2016. Disponible en: <https://elfondoenlinea.com/Detalle.aspx?ctit=002312R>.
4. Wilkinson RG, Pickett K. The spirit level : why greater equality makes societies stronger. New York: Bloomsbury Press, 2010.
5. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2023. Disponible en: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/ae3016b9-en.pdf?expires=1636549685&id=id&accname=guest&checksum=76A92CF-172C9D7861C41EC1FA8A609AC>.
6. Núñez Medina G, Acevedo HMJ. Mortalidad infantil y pobreza en México, un análisis multinivel. Cofactor. 2015;6(15):31-65. Disponible en: <https://biblat.unam.mx/hevila/COFACTOR/2015/vol6/no11/2.pdf>.
7. Medina-Gómez OS, López-Arellano O. Asociación de los tipos de carencia y grado de desarrollo humano con la mortalidad infantil en México, 2008. *Cadernos de Saúde Pública*. 2011;27:1603-1610. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000800015&nrm=iso.
8. Pascoe JM, Wood DL, Duffee JH, Kuo A, Child COPAO, Family Health, et al. Mediators and Adverse Effects of Child Poverty in the United States. *Pediatrics*. 2016;137(4):e20160340. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0340>.
9. García-Chong NR, Salvatierra-Izaba B, Trujillo-Olivera LE, Zúñiga-Cabrera M. Mortalidad infantil, pobreza y marginación en indígenas de los altos de Chiapas, México. *Ra Ximhai*. 2010;6(1):115-130. Disponible en: <https://uaim.edu.mx/webximhai/Ej-16articulosPDF/14Mortalidad%20Infantil.pdf>.
10. Hernández-Bringas HH, Narro-Robles J. Mortalidad infantil en México: logros y desafíos. *Papeles de población*. 2019;25(101):17-49. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252019000300017.
11. Comité Técnico Especializado Sectorial en Salud. Metodología para ajustar los nacidos vivos y las defunciones de niños menores de 5 años para su uso en el cálculo de indicadores, aprobada en la Sexta Reunión Ordinaria (CTESS/60/2013/A25). México: Secretaría Salud. Dirección General de Información en Salud; 2013. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/zip/Metodologia.zip>.
12. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica. Catálogo Nacional de Indicadores. Tasa de mortalidad infantil 2023 [Disponible en: <https://www.snieg.mx/cni/escenario.aspx?idOrden=1.1&cind=6300000011&gen=146&d=n>].
13. Presidencia de la República. Quinto Informe de Gobierno 2022-2023. Ciudad de México 2023. Disponible en: <https://www.gob.mx/presidencia>.
14. Pan American Health Organization. Core Indicators Portal. Region of the Americas 2024 [cited 2024 Dec 28]. Disponible en: <https://opendata.paho.org/en/core-indicators>.
15. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Memorias del CONEVAL 2006-2016. Ciudad de México: CONEVAL, 2016. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Documents/Memorias/Memorias-Coneval-2006-2016.pdf>.
16. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. LINEAMIENTOS y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza. *Diario Oficial de la Federación*. 2010 16 de junio. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5146940&fecha=16/06/2010#gsc.tab=0
17. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. La pobreza en los municipios de México, 2015. México: CONEVAL; 2017. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobreza-municipal.aspx>.
18. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Medición multidimensional de la pobreza en México. *El trimestre econ* [online]. 2014;81(321):5-42. Disponible en: <https://www.eltrimestreeconomico.com.mx/index.php/te/article/viewFile/151/151>.
19. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Indicadores de pobreza municipal 2010-2015 México: CONEVAL; 2019 [Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/indicadores-de-pobreza-municipal-2010--2015>].
20. CONEVAL presenta las estimaciones de pobreza multidimensional 2018 y 2020 [press release]. (comunicado No. 09, 5 de agosto de 2021) 2021. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2021/COMUNICADO_009_MEDICION_POBREZA_2020.pdf.
21. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates, 1988. Disponible en: Publisher description <http://www.loc.gov/catdir/enhancements/fy0731/88012110-d.html>.
22. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. *Levels & Trends in Child Mortality: Report 2023*. New York, NY: United Nations Children's Fund (UNICEF), 2024. Disponible en: <https://childmortality.org/>.
23. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México (tercera edición)* Ciudad de México: CONEVAL, 2019.