

18307.31

*(45609)

e.

**CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA
PROGRAMA GLOBAL DE FORMACION EN POBLACION Y DESARROLLO
TEMPORADA DE 1994**

**MODULO III
ESTUDIO DE CASOS**

Curso 301

**ANALISIS DE LOS CAMBIOS EN LA MORTALIDAD EN PAISES
CON ESTRUCTURAS SOCIOCULTURALES DIFERENTES**

PARTICIPANTES: de Ecuador, Gladys Rosales

PROFESORES GUIA: Nelson Aguirre
Susana Schkolnik

**Santiago de Chile
Noviembre de 1994**

CONTENIDO

INTRODUCCION

	PAG
I. MARCO CONCEPTUAL DE LA RELACION ENTRE MORTALIDAD, POBLACION Y POBREZA EN AMERICA LATINA	
<i>I.1 Desarrollo, pobreza, transición epidemiológica y mortalidad infantil en América Latina</i>	3
<i>I.1.2 Otros diferenciales de la mortalidad infantil en los países</i>	5
<i>I.1.3 Relación entre cultura, pertenencia étnica y mortalidad infantil</i>	11
II POLITICAS QUE HAN RESULTADO EXITOSAS EN LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD INFANTIL	13
<i>II.1 Factores asociados a la organización del sector salud</i>	16
<i>II.2 Factores comunes asociados a las acciones de salud y la baja en la mortalidad infantil</i>	17
<i>II.3 Factores demográficos que influyen en el descenso de la mortalidad infantil</i>	17
<i>II.4 Otros factores que influyen en el descenso de la mortalidad infantil</i>	18
<i>II.5 Análisis de tasas de mortalidad infantil</i>	19
III POLITICAS QUE HAN LOGRADO POCO IMPACTO EN EL CONTROL DE LA MORTALIDAD INFANTIL	20
<i>III.1 Análisis de diferenciales de mortalidad infantil en estos países</i>	23
<i>III.2 Análisis de tasas de mortalidad infantil</i>	26
IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	27
V PROPUESTA	29
BIBLIOGRAFIA	32

ANALISIS DE LOS CAMBIOS EN LA MORTALIDAD INFANTIL EN COSTA RICA, CUBA, CHILE, ECUADOR PERU REPUBLICA DOMINICANA, PAISES CON ESTRUCTURAS SOCIOCULTURALES DIFERENTES

INTRODUCCION

Para cualquier gobierno uno de los logros más significativos en materia de salud, es el gradual control de la mortalidad. Para alcanzar ese objetivo, las autoridades, en mayor o menor grado, han orientado sus esfuerzos y recursos al logro de tan caro objetivo. El descenso de la mortalidad, general, y especialmente de la infantil, son hechos que se hallan enmarcados dentro del proceso de transición demográfica, cuyo grado depende en gran medida de la modernización en materia productiva, social y económica que hayan alcanzado los países. Como lo señala la CEPAL, la transición demográfica es el proceso caracterizado fundamentalmente por el descenso de la mortalidad y la fecundidad. En el caso latinoamericano, es a partir de la segunda mitad del siglo XX cuando se inician los primeros y rápidos cambios en el crecimiento natural de la población (Chackiel y Martínez, 1992).

A partir del año 1950, transcurrieron tres décadas para que la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños, registraran transformaciones de distinta intensidad en materia social, económica y ocupacional, que condujeron al proceso de modernización y urbanización acelerada en algunos de ellos, dadas las exigencias que el nuevo modelo productivo impuso. Esto generó contradicciones y desigualdades manifiestas entre todos los países y dentro de estos. Pese a las diferencias existentes, se encuentran factores positivos: la ganancia de 15 años en la esperanza de vida fue resultado de un proceso desencadenado por la incorporación de tecnologías médicas y de salud pública, ligadas a factores endógenos del desarrollo económico y social, expresado en aumento del ingreso real, el incremento de la escolaridad, disminución de ciertos riesgos a la salud por acciones de saneamiento básico, etc., entre otros.

La modernización de la estructura social y productiva, en las condiciones particulares de América Latina y el Caribe, parece ser el proceso en el que se encuentran las raíces de los cambios demográficos (Naciones Unidas, 1992, pag 2).

En este contexto, se estima que los países de América Latina lograron recién en el período 1975-1980, la tasa de mortalidad infantil que en 1910 presentaban los países más desarrollados (Naciones Unidas, 1982), aunque el descenso de esa tasa fue más lento que en los primeros, por lo cual el exceso relativo de mortalidad en los países de menor desarrollo aumentó entre 1950-1955 y 1980-1985, observándose diferencias significativas aún entre los países de la región. Por su heterogeneidad social, económica y étnica, existen también, diferencias importantes en la sobrevivencia infantil según grupos sociales y áreas de residencia; los grupos más expuestos son numéricamente importantes y las diferencias ocurren en el seno de una alta mortalidad.

En la actualidad, el estudio de la mortalidad infantil, supone centrar el análisis dentro del contexto socioeconómico de la región. Frente a la concepción -tradicionalmente aceptada- que el descenso de la mortalidad puede darse sólo como consecuencia de un mayor desarrollo económico y social y de una mejor distribución de la riqueza se ha observado recientemente que en algunas circunstancias, y aún en períodos de crisis económica, la mortalidad no ha detenido su curso descendente, incluso lo ha acentuado.

En América Latina y el Caribe, en conjunto, la mortalidad infantil se redujo en más de un 50 % entre 1950-55 y 1985-90. Los logros han sido alcanzados en contextos sociales muy distintos, pero con algunos rasgos comunes. Entre estos últimos están las acciones que con carácter prioritario se han enfocado, en la mayoría de los países, hacia la reducción de la mortalidad en la infancia. Los programas de inmunización masiva, rehidratación oral, educación sanitaria, ampliación de la red de servicios de atención de primer nivel forman parte del énfasis dado a lograr un aumento de la sobrevivencia infantil, es decir una disminución de la mortalidad infantil. Esto explica, en parte, que la crisis económica de los años 80 no haya interrumpido la disminución de la mortalidad, aunque en cambio su ritmo sí disminuyó.

I. MARCO CONCEPTUAL DE LA RELACION ENTRE MORTALIDAD POBLACION Y POBREZA EN AMERICA LATINA

1.1. Desarrollo, pobreza, transición epidemiológica y mortalidad infantil en América Latina.

El crecimiento económico es una condición necesaria -pero no suficiente- para alcanzar mejoras sustantivas en el campo de la salud, y debe traducirse en un incremento sustancial y sostenido del desarrollo social.

Las tasas estimadas más bajas de mortalidad infantil de la región se acercaban a 12 por 1000 nacidos vivos en 1990, mientras que las más altas fueron superiores a 90, es decir casi 8 veces mayores. Si bien podemos decir (a rasgos generales) que existe una correspondencia entre el nivel de ingreso de la población los países y las tasas de mortalidad infantil, se observan marcadas diferencias entre países con niveles de ingreso similares, algunos de los cuales, presentan una relación más estrecha con el nivel de desarrollo y el grado de equidad alcanzados, por la particular sensibilidad de los indicadores de salud a los distintos niveles de desarrollo social. Este desarrollo, se refleja, entre otras variables, en el acceso de la población a servicios de salud, educación, nutrición, saneamiento básico y a un ingreso digno.

La mortalidad infantil es considerada como un indicador del desarrollo y su descenso está estrechamente vinculado a la declinación de la mortalidad general observada en la región durante la postguerra, que se tradujo en un aumento significativo de la esperanza de vida en la mayoría de los países, ubicándose en el quinquenio 1985 a 1990 cerca de los 67 años. Esta ganancia de casi 15 años respecto a la esperanza de vida registrada a inicios del decenio de 1950, obedece fundamentalmente a una reducción de la mortalidad en edades tempranas y, en particular, de la mortalidad infantil, ya que en el caso de la mortalidad general el descenso ha sido mucho menor.

Es indudable que los programas de control y erradicación de algunas enfermedades transmisibles contribuyeron decididamente a cambiar los perfiles-de morbimortalidad de la región. En tal sentido, las experiencias de los países de América Latina han sido muy valiosas y han permitido modificar el panorama en materia de salud. Empero a pesar del progreso alcanzado, los logros aún no han permitido obtener niveles de salud que evidencien la disminución de la mortalidad infantil en todos ellos.

Conviene destacar que pese al crecimiento económico registrado en la década de 1970 en

algunos países, no hubo un incremento paralelo en la prestación de servicios básicos educación, vivienda, salud, etc, a la población. La situación se agudizó con la crisis desencadenada en los años ochenta (la "década perdida") que trajo consigo una disminución importante en el gasto social. Las políticas de ajuste apuntaron hacia la disminución del empleo, aumento de precios en artículos de primera necesidad, disminución del gasto en salud, educación, vivienda, saneamiento ambiental y disminución del ingreso familiar, en algunos sectores sociales (Fucaraccio, 1991). Como un pesado lastre de la década, la pobreza en la región aumentó, especialmente en los países más grandes. El porcentaje de población que se encuentra bajo la línea de pobreza creció en el mismo período; así, para los años noventa uno de cada cinco latinoamericanos no dispone de recursos suficientes para acceder a una buena nutrición.¹

Los mayores niveles de mortalidad de diversos estudios para los países latinoamericanos, permiten asociarla directamente con los estratos pobres, estos, expresan también la interacción negativa entre población y desarrollo, en especial porque se trata de indicadores que muestran, más que cualquier otro y en forma dramáticamente visible, como se afectó el comportamiento demográfico de la población, por la forma en que se distribuyeron los beneficios del desarrollo en un contexto de una marcada inequidad social. Las inequidades producidas entre países y al interior de éstos como efecto de la crisis de los años ochenta se reflejaron en el deterioro de las condiciones de vida de los diferentes sectores de la población, estas se tradujeron en brechas reducibles de mortalidad entre los distintos países y entre los distintos grupos sociales de un mismo país. La mortalidad especialmente en los primeros años de vida es considerada como un componente de la calidad de vida, pese a que no necesariamente constituye un indicador de desarrollo por su inconsistencia frente a otros indicadores de bienestar. Los valores que alcancen los niveles de mortalidad infantil al interior de una sociedad son indicadores evidentes de desigualdad del estado de salud, y expresan el acceso a educación y posibilidad de ingresos, con sus consecuencias en las condiciones materiales de vida.²

Los desequilibrios económicos en general -y la crisis económica de los años ochenta en particular- afectaron a los países latinoamericanos en diversos sectores. Uno de ellos fue la salud de la población. Las tasas de mortalidad infantil desaceleraron su reducción durante el período de crisis. Se hizo evidente el aumento de muertes asociadas al deterioro de la calidad de vida de la población. El grupo de menores de 5 años es el que resultó más vulnerable, presentando

¹ CEPAL. *Panorama Social de América Latina, Edición 1993. LG/G 1768, Santiago de Chile, 1993.*

² CEPAL/CELADE. *Dinámica Demográfica de la Pobreza, 1994. J/MP.*

cuadros de morbilidad por patologías asociadas a infecciones de las vías digestiva y respiratoria, enfermedades transmisibles por contacto interpersonal, esta situación (aumento de patologías transmisibles) debe relacionarse con el hacinamiento de la población, que se agrupó para disminuir gastos como mecanismo de ajuste, deteriorando las condiciones sanitarias de sus viviendas.

Las condiciones de salud no son homogéneas en América Latina y el Caribe. Por eso, la probabilidad de enfermar o morir prematuramente es más alta en determinados estratos socioeconómicos, como consecuencia de deficiencias alimentarias, condiciones ambientales insanas, actividades laborales riesgosas o contaminantes y especialmente de falta de educación adecuada para comprender las ventajas del cuidado de la propia salud; a esto se agregan, además de las dificultades que tiene la población para poder acceder a la atención de salud tanto preventiva como curativa.

I.1.2. Otros diferenciales de la mortalidad infantil en los países de la región

Como hemos señalado, el proceso de transición epidemiológica y de disminución de las tasas de mortalidad infantil en América Latina se ha dado en forma heterogénea, con ritmos y modalidades diversas, y en formas disímiles según grupos sociales y unidades territoriales. El grado de modernización y urbanización alcanzado, la capacidad de gasto en materia social y su composición étnica hacen que los países presenten diversos niveles de mortalidad, incluso en su propio interior.

Es preciso enfatizar la mantención de fuertes diferencias ante el riesgo de la muerte por lo señalado, hay algunos países que inician su transición demográfica caracterizados por bajos índices de bienestar, alta ruralidad, precariedad de los servicios de salud y saneamiento, que todavía exhiben tasas elevadas de mortalidad y una esperanza de vida inferior al promedio regional (67 años), como es el caso de Bolivia que tiene una esperanza de vida de 53.1 años, y otros de transición más avanzada y mejores condiciones materiales de vida, donde la esperanza de vida al nacimiento supera a la del promedio regional como por ejemplo Cuba, con un promedio de esperanza de vida para ambos sexos de 75.2 años; donde la " mortalidad evitable" ha sido eficazmente controlada.

El aumento de la esperanza de vida al nacer en la mayoría de los países latinoamericanos y caribeños, ilustra no sólo las potencialidades del progreso tecnológico en salud, sino que este logro es posible incluso en condiciones de subdesarrollo, siempre que la política de desarrollo se proponga lograr cambios en salud, educación, vivienda, seguridad social, y permitir el acceso

a estos servicios, con equidad, a la totalidad de la población.³

Como ejemplo de los logros en atención de salud, tenemos el control profesional del embarazo, parto y puerperio, que hacen que la mortalidad femenina asociada a estas causas, haya disminuido de manera importante. Las acciones de medicina preventiva y salud laboral en forma específica, han logrado la disminución de muertes relacionadas con accidentes de trabajo y consumo excesivo de alcohol (especialmente en los hombres). Los diferenciales de mortalidad según edad desaparecen gradualmente en ambos sexos, conforme avanza la edad.

En sus comienzos, el descenso de la mortalidad ha contribuido al rejuvenecimiento de las poblaciones de América Latina, debido a que un componente importante es la disminución de la mortalidad infantil. Es así como el comportamiento de la variable mortalidad general, se encuentra estrechamente relacionado con la influencia de múltiples factores biológicos (edad, sexo), ambientales, culturales, económicos, educativos, atención de salud. No existen evidencias tangibles del rol causal que pueda tener cada uno de ellos por separado, pero la ocurrencia del fenómeno se debe, al efecto combinado de más de uno de ellos y principalmente a las estrategias de salud implementadas en los países. Relacionar la salud enfermedad como un proceso lineal no corresponde, toda vez que está ampliamente determinado por la calidad de vida de la población, y por las políticas sociales con que cuente la sociedad a la que pertenece.

Según Nicholls, dentro del tema de la mortalidad, la edad es importante ya que a ella se asocian distintos riesgos de muerte, así como diferencias en la incidencia de algunas enfermedades. De hecho, la estructura de las causas muerte es muy diferente según grupos de edad, e implica variaciones importantes en los respectivos programas de salud. Para la elaboración de programas y políticas de salud también hay que considerar la edad y analizar la medida en que los cambios en la estructura por edades de la población van a afectar el tamaño absoluto y relativo de los grupos de población expuestos y cuáles son los recursos que se requerirán en los diferentes casos.

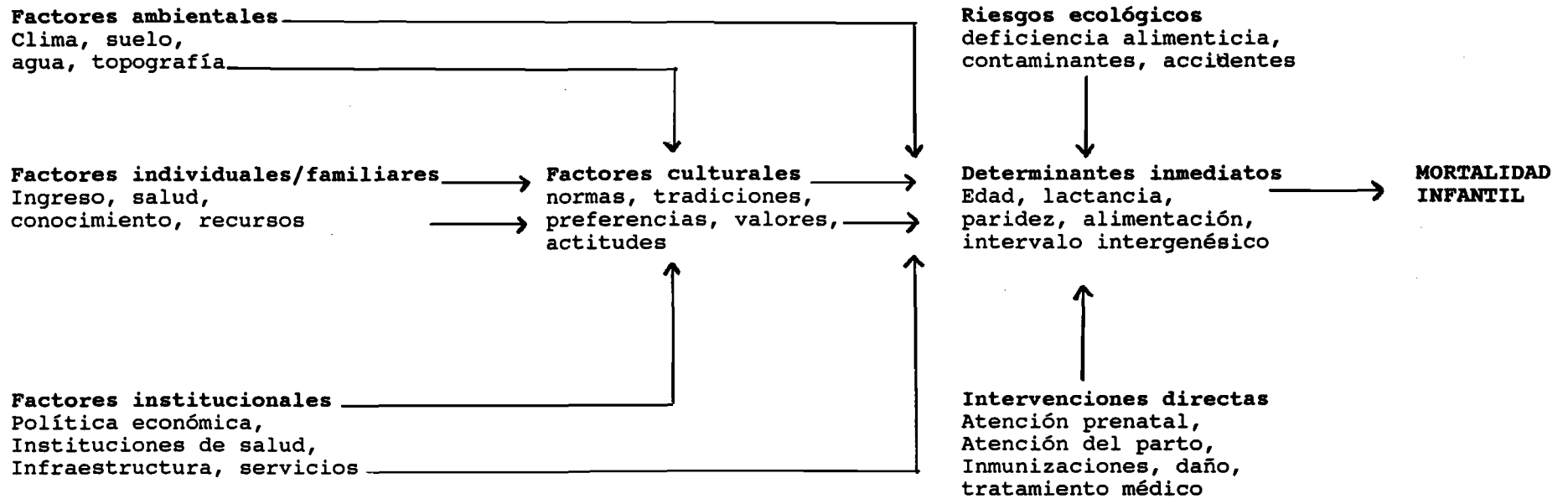
El abordaje de la problemática de la disminución de la mortalidad infantil, en América Latina y el Caribe es complejo, tanto como lo es la estructura y dinámica interna de los países que la componen. La existencia de estudios sobre el tema de la mortalidad infantil como un problema de Salud en los países, evidencia las características específicas del comportamiento de la variable en cada contexto en particular. La investigación realizada por Mosley sobre la

³ CELADE/ OPS, 1990.

intervención de un conjunto de variables en la determinación de la mortalidad en la infancia, destaca la instrucción de la madre y la pobreza como las principales, característica identificada como básica y común en los países latinoamericanos. Su estudio en Kenya demostró ampliamente que la sobrevivencia del niño está esencialmente determinada por los recursos sociales y económicos del núcleo familiar al que pertenece. Retomamos su experiencia para elaborar un diagrama explicativo, que relacione las diversas variables llamadas principales o contextuales, que son las que afectan la supervivencia infantil con un conjunto de determinantes o variables intermedias y la mortalidad infantil, (véase el diagrama 1).

DIAGRAMA 1

RELACION DE VARIABLES CON LA MORTALIDAD INFANTIL



La clave de este modelo conceptual es la identificación de un juego de variables biológicas o determinantes inmediatos, que actúan directamente sobre el riesgo de morbilidad y mortalidad y a través de las cuales influyen todos los factores sociales y económicos. Estos se relacionan directamente con la concepción del hijo, y éste es un factor común directamente asociado a la mortalidad en todos los países, independientemente de su contexto socioeconómico. Allí reside la importancia de detenernos en su análisis para comprender como opera cada uno de ellos, y su influencia en el apareamiento de mortalidad infantil.

El principal grupo se relaciona con la fecundidad y tiene que ver con la **edad de la madre, la paridez y los intervalos intergenésicos, los cuales tienen un efecto independiente en la mortalidad infantil**. Se dice que ésta aumenta cuando la edad de la madre es baja o elevada, y también cuando los embarazos son frecuentes y poco espaciados.

La edad de la madre es un factor de gran influencia sobre la mortalidad infantil. Así los nacidos de embarazos en edades tempranas (menores a 19 años) o edades tardías (mayores de 35 años) corren mayor riesgo de presentar muerte en el primer año de vida. Este factor se asocia directamente con la madurez biológica y psicológica de la madre, importantes en el manejo posterior del infante.

También observamos, que el sexo es un diferencial importante en las distintas edades. La mortalidad es diferencial según sexo y, en los países de la región, el promedio de vida de las mujeres es superior al de los hombres. En tal sentido, parece que los determinantes biológicos de esa diferencia están influenciados por el efecto del contexto específico del país. Al comienzo de la vida mueren más hombres que mujeres (también nacen más varones que mujeres), lo que se supone asociado a factores netamente biológicos.

El orden de nacimiento es otro factor de importancia por su estrecha correlación con la mortalidad infantil y, según varios investigadores, el primero y el último (cuando la paridez es de 4 hijos o más) son de alto riesgo. El primero por la inexperiencia materna en el manejo posterior del nacido, el último por el deterioro de su capacidad física que resulta de cada embarazo anterior. Además, hay que considerar, en muchos casos que los recursos familiares se ven mermados con la llegada de un nuevo miembro.

El espaciamiento de los nacimientos es considerado, en la literatura demográfica, como un factor que incide directamente en el nivel de la mortalidad infantil, por cuanto es un efecto

biológico directo (Chackiel, 1981). Cuando éste es corto -inferior a un año- la calidad del recién nacido y su sobrevivencia son inciertos; por el contrario, la mortalidad infantil desciende a medida que aumenta ese espaciamiento.

Además en el estudio de la mortalidad se puede contemplar la participación de otros diferenciales: grupos sociales, nivel educativo, ingreso, ocupación, etc., aparte de las variables étnicas y área de residencia.

La reducción de los niveles de mortalidad -especialmente infantil- obedece también al decrecimiento paralelo de la fecundidad, ésta se relaciona directamente con la disminución de nacimientos de mayor riesgo de muerte. Sin embargo falta mucho para decir que en América Latina la lucha contra la muerte temprana esté totalmente ganada. Tanto a nivel de regiones como dentro de los países, se aprecian diferenciales importantes según grupo social y área geográfica de residencia (clase social y Corepidema*)⁴, siendo notoria la persistencia de altos riesgos de muerte infantil en los sectores con bajo nivel de instrucción y deterioro en su calidad de vida.

En las investigaciones realizadas, las condiciones materiales de vida de la familia dependen del ingreso económico y ocupación del jefe de la misma. La importancia de este factor radica en que de él depende la calidad de vida del conjunto familiar. El ingreso permite el acceso a vivienda, nutrición, educación y saneamiento básico de todos sus miembros. En América Latina, se asocian los niveles más altos de mortalidad infantil y fecundidad con los grupos ocupacionales de menor productividad y bajo ingreso. (trabajadores agrícolas, pequeños agricultores, asalariados rurales, obreros),(CELADE, 1992).

La precariedad de las viviendas y la baja cobertura de servicios básicos, dos hechos que caracterizan a una gran proporción de los habitantes de los países latinoamericanos, tanto a nivel urbano y/o urbano marginal como rural, permiten apreciar la existencia de una clara asociación entre el sitio en que reside la madre y la mortalidad infantil. Las condiciones históricas señalan amplias diferencias de mortalidad al comparara zonas urbanas con rurales. Actualmente es mayor la incidencia de la mortalidad infantil en las zonas marginales urbanas, por las condiciones de

⁴ *Deterioro de la Vida. Breilh, Granda y otros. Centro de Estudios y Asesoría en Salud. 1990, Quito Ecuador.*

* *Corepidemas son unidades de análisis y acción epidemiológica, patrones y perfiles epidemiológicos de salud y enfermedad específicos que se desarrollan en determinado espacio. La geografía frente a la salud no es simplemente un reservorio de climas, contaminantes, vectores de transmisión infecciosa, sino un espacio históricamente estructurado donde también se expresan las contradicciones sociales en valores y contravalores que favorecen a la salud o a la enfermedad.*

hacinamiento, precariedad, falta de saneamiento básico y baja estratificación social de sus habitantes.

La nutrición de la madre, juega también un papel importante, por su efecto directo en la sobrevivencia del hijo; de ella depende el desarrollo del feto y también el futuro nutricional del niño en sus primeros años de vida. La atención profesional del parto, acciones de atención primaria de salud orientadas al control del embarazo, puerperio, control del niño sano y enfermo son todos factores que inciden en la disminución de la mortalidad infantil.

La variable educación es determinante en la mortalidad infantil. Este es el criterio de varios investigadores que han probado la estrecha asociación entre estas variables; así, Chackiel nos muestra que a menor educación materna, la probabilidad de muerte infantil es mayor, lo que responde al hecho de que la educación es una variable intermedia entre los determinantes que radican en la estructura social y las condiciones materiales de vida del hogar, las cuales a su vez influyen en la sobrevivencia del niño. De este modo, el analfabetismo (o la baja educación materna) es un indicador importante de los niños expuestos a mayores riesgos relativos a su salud (CELADE, 1992).

En efecto, muchos de los factores arriba anotados han influido en el comportamiento reproductivo de la mujer en los países de América Latina. Otros elementos, identificados como positivos para la reducción de la mortalidad infantil, son los siguientes:

- a) El mejoramiento del nivel de vida de las familias de la región
- b) Un mayor desarrollo de los programas materno-infantiles en los países
- c) El descenso de la natalidad por la incorporación de la mujer al trabajo
- d) El desarrollo de la educación y el acceso de la mujer a la misma
- e) El mayor desarrollo de programas de vivienda y de dotación de servicios básicos

De los mencionados, el factor identificado como común en los países es el mejoramiento de los programas materno-infantiles mediante el control a la embarazada, control del niño sano, mejora en la atención intrahospitalaria del parto, innovaciones de la medicina en el tratamiento de las patologías de la madre y el niño, de la mujer y de una mayor cobertura sanitaria de las madres y los programas de alimentación complementaria, ampliamente enfatizados en todos los países.

I.1.3. Relación entre cultura, pertenencia étnica, y mortalidad infantil

Por la alta variabilidad del componente étnico que presentan los países latinoamericanos, se considera relevante poner énfasis en la relación que existe entre la pertenencia a una etnia, la cultura y la mortalidad en la infancia, destacando que la cultura es una variable que cruza a todas las demás y que tiene un alto peso en la definición de los patrones de vida y de consumo de la población. Los diferenciales según pertenencia étnica son difíciles de relacionar y medir, toda vez que asociar la información disponible entre la pertenencia étnica y variables como fecundidad y mortalidad infantil, resulta complejo; dada la dificultad de identificar adecuadamente los grupos étnicos debido a la mezcla racial histórica.

La dimensión cultural tiene especial importancia cuando se la relaciona con eventos demográficos tales como los nacimientos y las muertes. Los patrones culturales observados en algunos países de América Latina están muy arraigados, a tal punto que han sido muchas las estrategias empleadas por los gobiernos de los países para intervenir en estos campos. En el caso de grupos identificados como indígenas u aborígenes, denotamos la presencia de perfiles de alta mortalidad infantil, superiores a los de los otros grupos étnicos, por la mantención de ciertas prácticas tradicionales frente a la salud. En estas poblaciones, el factor cultural es determinante en el control de la natalidad, la atención profesional del parto y la asistencia de la medicina formal. Estos son considerados proyectos del blanco mestizo, ajenos a su identidad cultural y percibidos con aversión y desconfianza, debido a razones de orden histórico. Para ellos, la fundación de ciudades y cabildos implicó el despojo de sus tierras y la intervención que el Estado ha tenido en materia de bienestar social, educación y salud no ha respondido realmente a sus demandas.

El papel que desempeña el factor cultural en la reducción de la mortalidad, especialmente la infantil es preponderante. La medicina formal ha influido en estos sectores aceptando ciertas prácticas ("la cura del espanto", "mal aire", "mal de ojo") como parte del tratamiento de algunas patologías, como por ejemplo las diarreas y, las infecciones gastroentéricas agudas en la población infantil, que constituyen, hasta hoy, la primera causa de muerte en algunos países. La asociación con tratamientos caseros y curas de yerbas preconizados por la medicina natural han logrado conjugar la intervención "formal" de los planes y programas de salud en estas poblaciones. En países como Bolivia, Ecuador, Guatemala, los sectores indígenas viven en condiciones de mayor atraso y pobreza. Si a este panorama agregamos las debilidades identificadas en las instituciones-propias del funcionamiento de los sistemas y programas educativos y de salud- podemos explicar el que éstas poblaciones hayan sido marginadas de los beneficios del desarrollo, transformándose así en grupos altamente vulnerables y que presentan tasas elevadas de fecundidad y mortalidad, especialmente infantil. El comportamiento demográfico de las culturas autóctonas latinoamericanas y caribeñas indica disparidades entre

las diferentes etnias que las componen y dentro de un mismo grupo. La persistencia de ciertas costumbres hace que exista una situación de aislamiento cultural y lingüístico que refleja claramente la situación descrita, que puede ser diferencial según el grupo étnico. Pero, en último término, las condiciones de pobreza de estas poblaciones son las que estarían marcando estas diferencias.

La atención primaria de salud concebida como el primer eslabón de contacto de los sistemas de Salud con la comunidad, ha logrado sensibilizar a la población mediante la implementación de programas materno infantiles inmunizaciones, atención del parto domiciliario o institucional, complementos alimentarios, en los cuales la participación comunitaria ha jugado un papel relevante y de apoyo a los servicios de salud. El contacto con la comunidad, especialmente con los grupos aborígenes, ha influenciado en cierta medida para que ciertos servicios de salud sean culturalmente aceptados como: la atención del parto, las inmunizaciones en los niños y el control del niño sano.

Ciertamente, tal ha sido el caso de la mortalidad infantil. Es evidente que se trata de una variable cuyo comportamiento puede ser modificado, no sólo a través de grandes cambios económicos y sociales, sino también mediante la aplicación de políticas focalizadas y de bajo costo relativo. No obstante, la persistencia de diferenciales dentro de los países parece sugerir que esas políticas de focalización no tienen el impacto necesario o, mejor dicho, el grado de universalidad requerido, o bien que aún persisten las diferencias sociales y económicas que se traducen en desigualdades tanto en las condiciones de vida de las familias como en el acceso de ellas a servicios de salud más equitativos.

II POLITICAS QUE HAN RESULTADO EXITOSAS EN LA REDUCCION DE LA MORTALIDAD INFANTIL

En América Latina, países como Costa Rica, Cuba y Chile han experimentado bajas significativas en los niveles de mortalidad infantil: sus indicadores se situan muy próximos a aquellos países considerados como de mayor grado de desarrollo. En este contexto, se identifican a continuación los aspectos relevantes de las políticas y los sistemas de salud implementados por esos países para el logro de reducción de la mortalidad en la infancia.

En Costa Rica, se considera que tanto el incremento en la esperanza de vida al nacer como el éxito en la lucha contra ciertas enfermedades en los últimos 20 años, han sido el resultado de un conjunto de múltiples factores que intervinieron en el mediano y largo plazo. El descenso de la mortalidad infantil en este país no debe ser estimado únicamente como el resultado de las acciones de salud de un Estado "benefactor" que impulsó programas de sanidad a través de tres servicios estatales centralizados en el Ministerio de Salud, como son la Dirección de Salubridad, la Dirección Asistencial y la Caja Costarricense Seguridad Social. Dadas las redes de determinación y la multicausalidad de las enfermedades -particularmente de aquellas que son letales- resulta muy complejo establecer cuál es el rol específico de intervenciones en materia de salud, educación, saneamiento básico, inmunizaciones o programas de nutrición y rehidratación oral, implementados en este país y que unos más que otros, tuvieron énfasis, en un momento determinado.

Un aspecto que fue de importancia en el área de la salud es la unificación del sistema estatal de salud en 1970 y el inicio del funcionamiento de programas de salud rural, bajo la estrategia de atención primaria de salud, adoptada por el Estado como mecanismo de distribución de los beneficios del crecimiento económico que experimentara este país durante un período prolongado de tiempo. Luego se procedió a la implementación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) como mecanismo de descentralización territorial y administrativa en el campo sanitario. El desarrollo de la salud pública se debió además a la asignación estatal, en forma permanente, de grandes recursos económicos a este sector. La continuidad de los programas de salud fue posible gracias a la asignación de recursos, por la bonanza económica de la economía costarricense durante un largo tiempo.

Esto permitió la acumulación de experiencias, conocimientos, organización institucional, recursos e infraestructura en salud. Los servicios de consulta externa y hospitalización fueron entregados a la población en condiciones de igualdad, prácticamente en todo el país. Este hecho

permitió que el descenso en la mortalidad se hiciera presente especialmente en aquellos grupos menos privilegiados de la sociedad como campesinos y población marginal urbana, que hasta ese momento no habían recibido estos beneficios. Paralelamente se desarrollaron vigorosas campañas de letrización y construcción de acueductos rurales, y de educación para la salud. Otro factor digno de mención es la promoción de la participación comunitaria organizada, componente de importancia para el éxito de la atención primaria de salud.

En Cuba, el desarrollo del sector salud se enmarca dentro de un contexto histórico estructural en el que prevalecieron dos sistemas socioeconómicos diametralmente opuestos: capitalismo y socialismo. El período capitalista en Cuba abarcó más de la mitad de este siglo y no podemos hablar de la existencia en esa época de un sistema de salud organizado. Al triunfo de la revolución (1959), se realizaron una serie de modificaciones que transformaron la estructura económica, política y social de este país. Se dictaron leyes de profundo contenido social y popular en educación, salud, vivienda y empleo. La atención de salud se convierte desde entonces en un aspecto prioritario, organizándose el Sistema Nacional de Salud, vigente hasta hoy. La salud y educación de la población son asumidas como responsabilidad del Estado el cual pasa a jugar un rol fundamental y único en la salud pública, creando el Sistema Nacional de Salud y el Ministerio de Salud Pública. A mediados de la década de los años ochenta se institucionaliza el llamado Sistema Médico de la Familia, que junto a una profesional de Enfermería, forman el pilar básico de la atención primaria de la población.

Cuba, al igual que Costa Rica, tiene gran experiencia en la organización de los servicios de salud. La integralidad de su sistema y la planificación de sus actividades, son aspectos que deben ser señalados. El desarrollo de la planificación de salud ha permitido alcanzar grandes logros en la implementación de los programas de atención integral a la mujer y al niño, atención integral al adulto, control de enfermedades transmisibles, higiene urbana y rural, higiene de los alimentos y medicina del trabajo. El éxito de programas de vacunación que han garantizado las más bajas tasas de morbilidad por enfermedades prevenibles y el decrecimiento significativo de un buen número de enfermedades transmisibles sujetas a vigilancia epidemiológica (por ejemplo el dengue hemorrágico), convierten al país en un modelo de salud en el contexto regional. Además, cuenta con una red de servicios de medicina preventiva y curativa que cubren en forma íntegra el país, brindando atención ambulatoria preventiva mediante el Programa de Salud Familiar Integral que reviste una alta calidad dada la excelente formación de sus recursos humanos. Todo ello ha influido notoriamente en la disminución de la mortalidad infantil.

El tercer país que ha alcanzado el éxito en la disminución de la mortalidad infantil es Chile, gracias al concurso de varios elementos sociales, económicos, educacionales y de salud.

El mejoramiento de indicadores biodemográficos, como el control de la desnutrición infantil, el desarrollo de programas de atención y control del niño, programas de atención y control pre y postnatal, atención profesional del parto, educación sanitaria, entre otros, son los que en el ámbito de la salud han apoyado este proceso.

Las intervenciones Estatales en el caso chileno revisten marcadas diferencias; algunas fueron focalizadas en grupos de riesgo, especialmente en áreas de la salud, nutrición y educación, y cabe destacar que los programas continuaron en vigencia más allá de los cambios de gobierno. Entre los aspectos estructurales mencionamos la creación del Sistema Nacional de Salud (1952) que constituyó un hito en la organización del sistema chileno de salud. Hasta el año 1973 el Estado cumplió el rol de "benefactor"; en este contexto, Chile impulsó una serie de programas de tipo social como son: seguridad social, vivienda, educación, salud, saneamiento básico. En la administración del presidente Allende se orientaron recursos hacia los estratos sociales más deprimidos, con gran participación de la población.

Este andamiaje estructural explica el avance que en materia de Salud, tiene este país, ya que durante la dictadura del gobierno militar, se impuso un sistema social y económico neoliberal, en donde el sector privado devino en el principal actor y motor del desarrollo. Paralelamente, el Estado asumió aquellos aspectos de tipo social que el sector privado dejó de lado, por ser poco rentables y carecer de atractivos para su economía. La dictadura tiende a la focalización en salud y educación únicamente como un principio de subsidiariedad u otorgación de servicios sociales a la población más pobre. Este constituyó el único instrumento de asignación de recursos y distribución estatal a la población. Durante esta época, la calidad de vida de la población se ve deteriorada como un efecto del nuevo modelo. Como los demás sectores, el de la salud sufre un cambio profundo en su concepción y gestión, puesto que entra en el sistema de libre mercado imperante. El sistema de salud existente se fracciona en tres, con diferencias bien marcadas: un sistema estatal producto del anterior, un sistema privado de salud previsional y un sistema de salud castrense.

La atención de salud pública se tipificó en tres niveles:

- Nivel primario, preocupado principalmente de la atención primaria de salud, administrado por el nivel municipal
- Nivel secundario correspondiente a consultorios de especialidades administrados por el Ministerio de Salud.

- Nivel terciario: Hospitales dependientes del Ministerio de Salud.

Cabe destacar que fue la capacidad del personal de salud para administrar los pocos recursos con que quedó el sistema, sumada a la actitud histórica de la población frente a sus problemas sociales y de salud, lo que determinó que se contrarrestara, en cierta medida, la deficiencia de la atención ofrecida en el campo social, postergado en este gobierno.

En términos generales, el conocimiento y la intervención en las áreas posibles podrían traducirse en un descenso notable de la mortalidad, para lo cual los países deberían reorientar sus recursos y acciones hacia los sectores vulnerables. Conviene destacar los logros adquiridos en contextos donde las condiciones de saneamiento son deficientes; la experiencia de los tres países citados Costa Rica Cuba y Chile, que han logrado estos avances, constituye una muestra y aliciente para que, con miras a la posibilidad de logros significativos se avise la factibilidad de realizar importantes cambios, incluso en un marco de restricciones económicas.

A continuación se intenta destacar los factores identificados como comunes en estos países en el logro de la reducción de la mortalidad en la infancia.

II.1. Factores asociados a la organización del sector salud

Del análisis anterior se deriva que el Estado aparece como actor principal en la salud pública de los países, con políticas encaminadas al desarrollo de los programas que han tenido un descenso más pronunciado de la mortalidad infantil. Es variable en el tiempo la unificación del sector salud en un solo organismo con características de cobertura nacional. En los tres países se evidencia un proceso de desconcentración de la administración de los servicios, principalmente a nivel de la atención primaria de salud (los SILOS en Costa Rica, las Direcciones Provinciales y Municipales del poder popular en Cuba y las Direcciones y Servicios de Salud y el traspaso del nivel primario a las Municipalidades en Chile).

Pese a las crisis económicas, la existencia previa de una infraestructura de salud y recursos humanos preparados permitió que los principales indicadores de salud, especialmente los de mortalidad infantil, no se vieran afectados por las carencias generadas por tales crisis. Los recursos humanos [por la excelencia académica de su formación], desempeñan su labor con un nivel de alta calidad técnica, que se ve reflejado en la eficiencia y eficacia del servicio a la población. Otro factor de gran importancia es el hecho de que estos países, por su progreso económico, destinan comparativamente grandes recursos al sector salud, dado que su ingreso interno bruto total y per cápita, así como sus niveles de crecimiento, resultan superiores a los del promedio de la región.

II.2. Factores comunes asociados a las acciones de salud y la baja en la mortalidad infantil.

- a) La implementación de políticas universales y de focalización en salud, especialmente dirigidas a los sectores más vulnerables de la población, con la característica de ser continuas en el tiempo, más allá de los cambios de gobiernos, especialmente en Costa Rica y Chile.
- b) La prioridad y el énfasis dado a la atención primaria de salud en los tres países, con diferentes modalidades de implementación.
- c) Importancia de la vigilancia epidemiológica especialmente en aspectos de fomento, promoción y protección de la salud, además de acciones de tipo curativo y rehabilitador

de la salud.

- d) Mayor desarrollo de los programas de salud materno infantil en sus subprogramas de lactancia materna, nutrición, control del embarazo, parto y puerperio, control del niño sano, inmunizaciones, educación para la salud.
- e) Gratuidad de la atención de salud, especialmente en aquellos países en que el Estado brinda atención primaria.

II.3. Factores demográficos que influyen en el descenso de la mortalidad infantil.

Entre los factores demográficos asociados a la baja de la mortalidad infantil, un aspecto común en los tres países resulta la baja de la fecundidad, lo que disminuye el riesgo de presencia de factores asociados a la madre (el intervalo intergenésico corto, paridez alta, suspensión temprana de la lactancia), aspecto que debe asociarse a la mayor participación de la mujer en el mercado de trabajo.

II.4. Otros factores que influyen en el descenso de la mortalidad infantil.

Entre otros factores que incidieron directamente en la disminución de la mortalidad infantil se identifica la realización de obras de infraestructura y saneamiento básico en la población de áreas focalizadas del sector salud. La cobertura de servicios en los tres países sobrepasa el promedio latinoamericano. El acceso y énfasis dado a la alfabetización y educación de la mujer hace que Costa Rica Cuba y Chile hayan alcanzado un nivel superior de escolaridad y alfabetización superior al promedio de América latina. La educación sanitaria de la población permite que los servicios y el personal de salud realicen sus acciones con amplia participación comunitaria, componente importante en la estrategia de atención primaria de Salud.

Cuadro 1

II.5 ANÁLISIS DE TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL

ANÁLISIS DE LOS CAMBIOS EN LA MORTALIDAD INFANTIL CHILE,
COSTA RICA Y CUBA. PERIODO 1960 A 1984.

País/1960	Tasa Neonatal	%TMI	Tasa Postneonatal	%TMI	Tasa Infantil	%TMI
Costa Rica	28.1	34%	54.4	66%	82.4	100%
Cuba	17.5	47%	19.8	53%	37.3	100%
Chile	34.5	29%	85.0	71%	119.5	100%
País/ 1984	Tasa Neonatal	%TMI	Tasa Postneonatal	%TMI	Tasa Infantil	%TMI
Costa Rica	12.6	62.4%	7.6	37.6%	20.2	100%
Cuba	10.0	66.7%	5.0	33.3%	15.0	100%
Chile	9.8	50.6%	9.6	49.4%	19.5	100%

Fuente: Estudio de Casos. (1991) Análisis de los cambios en la mortalidad infantil en Chile, Costa Rica y Cuba, CELADE.

Como se observa en el cuadro 1, el descenso de la mortalidad infantil en los tres países está explicado por la baja que experimentó la mortalidad posneonatal entre 1960 y 1984, mortalidad que se relaciona con causas exógenas, asociadas principalmente a muertes por patologías consideradas como prevenibles y evitables, tales como enfermedades infecciosas y parasitarias (diarreas), enfermedades del aparato respiratorio (neumonías) y enfermedades inmunoprevenibles por vacunación (como sarampión, difteria, tétanos y tosferina, etc.), enfermedades derivadas de la mala nutrición, e inmadurez.

III. POLITICAS QUE HAN LOGRADO POCO IMPACTO EN EL CONTROL

DE LA MORTALIDAD EN LA INFANCIA

Con el propósito de diferenciar el comportamiento de la variable mortalidad infantil en otros países de la región, se considera importante tomar tres países que se encuentran en plena etapa de transición demográfica: Ecuador, Perú y República Dominicana. Dado que manifiestan una heterogeneidad económica, social, política, y geográfica evidente, hay ciertas características demográficas que son susceptibles de ser analizadas desde una perspectiva comparativa. En este sentido, se puede advertir que poseen en común una tasa de natalidad y un crecimiento natural moderados, junto con una moderada baja de la tasa de mortalidad infantil. Por otro lado, en estos países tanto la fecundidad como la mortalidad han descendido a un ritmo relativamente rápido y presentan un predominio urbano (más del 50% de su población reside en centros urbanos). Los tres países se encuentran en el grupo de plena transición junto con Brasil, Colombia, Costa Rica, México, Panamá y Venezuela, pero su modernización es incipiente.

Durante los últimos cuarenta años, se han producido importantes cambios en la dinámica demográfica de Ecuador, Perú y República Dominicana. En una primera aproximación, se puede afirmar que tanto la transformación de las antiguas estructuras agrarias como del proceso de industrialización, que por las décadas del 50 y 60 atravesaron estos países, están relacionadas con los cambios de las principales variables demográficas (fecundidad, mortalidad, y migración). En efecto, si se toma en cuenta la evolución de las variables mencionadas, se puede observar que en el período de 1950 a 1990 el panorama sociodemográfico de los países se ha transformado completamente.

En el Ecuador, el deterioro de las condiciones de vida por la disminución del poder adquisitivo real experimentado por la gran mayoría de la población ecuatoriana, tiene las siguientes consecuencias: muertes por causas prevenibles y asociadas a la pobreza, prevalencia de anemias nutricionales graves, particularmente en los niños; estancamiento de las tasas de mortalidad infantil; aumento del número de hogares con mujeres jefes de hogar y, por tanto, disminución del tiempo dedicado al cuidado materno de los hijos, masificación del trabajo infantil y presencia de niños sin hogar y abandonados.⁵

⁵ Unicef 1988 p.65

En general, las áreas urbanas del país cuentan con un porcentaje más alto de cobertura de servicios básicos: agua potable, alcantarillado, y luz eléctrica. La disponibilidad de estos servicios (que influye en las condiciones de sobrevivencia infantil), tiene marcadas diferencias en las regiones. En efecto, con excepción de energía eléctrica, la Sierra manifiesta una mejor cobertura en servicios de alcantarillado y agua potable.

Cuenta con un sistema de salud fragmentado en varias instituciones: por una lado se encuentran las unidades operativas del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; por otro, los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública, además los servicios de salud castrenses y los servicios de salud del sector privado. La estructura de la mortalidad se caracteriza por presentar rasgos del subdesarrollo: prevalecen las enfermedades parasitarias, inmunoprevenibles, respiratorias, tuberculosis, desnutrición proteicoenergética, entre otras. También presenta hipoxia y asfixia y otras afecciones al feto y al recién nacido, asociadas con una baja cobertura institucional en la atención del parto. El aumento de cobertura de servicios en salud, educación y saneamiento básico ha colaborado en cierta forma a la disminución de la mortalidad infantil. La implementación de programas del Ministerio de Salud como el de salud familiar integral, mejoramiento nutricional, saneamiento básico, abastecimiento de medicinas y el mejoramiento hospitalario son algunos de los logros. Sin embargo, el inadecuado sistema de registros médicos y la ausencia de un proceso de análisis de los datos recopilados, hacen que la magnitud real de los problemas de salud no sea conocida en su integridad.

En el caso de Perú, la población urbana y la población rural constituyen dos universos distintos, en los que se observan comportamientos también diferentes en cuanto a la fecundidad y mortalidad. El contexto de disparidad económica y socioespacial y el estilo de desarrollo que caracteriza a este país, con bajos niveles de vida prevalecientes en el área rural, ha traído como consecuencia que estas zonas históricamente se encuentren al margen de importantes cambios socioeconómicos. Los recursos en materia de salud, educación servicios básicos han tendido a concentrarse en Lima, la capital, y en algunas ciudades principales.

En igual forma cuenta con un sistema de salud fragmentado, evidenciándose una amplia incursión e intervención de organizaciones no gubernamentales en el campo social. Otros aspectos como la disminución del poder adquisitivo, la baja oferta de alimentos provocada por una reducción del crédito agrícola, las elevadas tasas de desempleo, la escasa cobertura en saneamiento básico de la población, hacen que las condiciones materiales de vida de la población sean limitadas y precarias, facilitando la contaminación del ambiente del hogar y la diseminación e incidencia de enfermedades infecciosas como la diarrea, el cólera, la tuberculosis, que aumentan el riesgo de mortalidad infantil.

La violencia, el narcotráfico y la subversión son problemas que han afectado directamente al campo de la salud. Los servicios periféricos de salud se han visto desmantelados de recursos tanto humanos como materiales por estos problemas. El subregistro de datos existente y las deficiencias del sistema de salud, hacen que el problema de la mortalidad sea desconocido en su gravedad e intensidad. Existen grandes desigualdades entre la población del país, en especial en los niveles de vida y de mortalidad según residencia en áreas rurales y urbanas, e incluso dentro del mismo distrito metropolitano de Lima. Debe señalarse que existe una gran cantidad de organismos no gubernamentales trabajando en áreas sociales y de salud.

En República Dominicana, al igual que en los dos países anteriores, el salario real disminuyó considerablemente, deteriorando la capacidad adquisitiva de las familias. El segundo lugar de muertes según causa lo ocupan las originadas en problemas perinatales. La elevada notificación de casos de disentería, tifoidea, paratifoidea, hepatitis y una alta prevalencia de parasitosis, demuestra la importancia de las enfermedades transmitidas por agua contaminada y contaminación de alimentos, así como también las deficiencias en el saneamiento básico que juegan un papel fundamental en el aumento de la mortalidad infantil.

El Plan de Desarrollo de 1987-1990 amplió la cobertura de servicios de salud, con la construcción de centros de salud, contratación de nuevos recursos humanos, e implementación programas de atención preventiva, inmunizaciones, rehidratación oral, que han tenido un impacto relativo, dado el deterioro de las condiciones de vida de la población, pero que, sin embargo, contribuyen a la baja de la mortalidad en la infancia. El escaso desarrollo tanto de los programas de vigilancia y control de alimentos como de enfermedades transmitidas por los mismos, guarda estrecha relación con el apareamiento de enfermedades diarreicas y parasitarias en la población, con elevadas tasas de morbimortalidad en los menores de 5 años y un hecho inusual: que la tasa de mortalidad infantil sea mayor en el nivel urbano periférico, está explicado por la migración rural especialmente femenina para trabajar en empresas maquiladoras. Esas mujeres se han ubicado en la periferia de las ciudades, en condiciones de mayor precariedad que el área rural.

A pesar de lo anotado, cabe señalar que actualmente el control de causas exógenas de la mortalidad infantil ha tenido su impacto en la tasa de mortalidad postneonatal reduciéndola de 79 por mil en el quinquenio 1971-1975 a 43 por mil en 1987-1991.

III.1. Análisis de los diferenciales de mortalidad infantil en estos países

Así como otros países de la Región, Ecuador, Perú y República Dominicana han tenido estilos de desarrollo similares, orientados por un modelo económico concentrador de población y generador de características dispares entre los pobladores. El diferente grado de urbanización y división político administrativa hacen que no se pueda homologar ciertos factores ligados a la distribución espacial de la población. En los tres países se observa una sobremortalidad rural respecto de la urbana, en el caso Dominicano, la urbana marginal es igual que la urbana.

Estos países se han caracterizado por una alta tasa de mortalidad infantil, que excede a los 60 por mil nacidos vivos, pero hay que destacar que en su reducción reviste mayor importancia República Dominicana en donde la mortalidad infantil pasó de 149.4 por mil en 1950-1955 a 105.0 en el quinquenio 1965-1970, ya que sus logros son más significativos, Perú y Ecuador se registraron descensos importantes, pero no en forma tan pronunciada como en República Dominicana. Perú es el país que continúa manteniendo los niveles de mortalidad más altos de sudamérica; (no podemos olvidar que este país se vio afectado tanto por el desequilibrio socioeconómico como por problemas políticos).

En los tres, se identifica claramente un sistema de salud concentrado en grandes urbes. Se han realizado intentos de descentralización que tendrán su efecto probablemente en el largo plazo. Además, no se han implementado políticas de focalización en áreas sociales (salud, saneamiento básico, educación). La escasa cobertura de los servicios de salud y del desarrollo de programas de salud y planificación familiar ha significado un diferencial importante, ya que estos se han desarrollado más en Ecuador y República Dominicana.

La escasa red de servicios de salud y la fragmentación de la atención en varios sectores, hacen que en Ecuador, Perú y Dominicana, la cobertura de atención del parto sea baja, y repercute en la presencia de mortalidad neonatal en una alta proporción dentro de la infantil, ya que esta se encuentra asociada al control del parto y a la atención del recién nacido hasta el primer mes de vida.

En cuanto a los aspectos demográficos, en estos países observamos una estructura de población joven que mantiene una fecundidad elevada, lo que significa, que hay una proporción mayor de población expuesta a riesgos más altos de mortalidad y también que la fecundidad elevada afectará negativamente la supervivencia infantil.⁶

En los tres países, se identifica la educación materna (datos que aparecen en censos y encuestas de fecundidad) como la variable más significativamente relacionada con la

⁶ OMS/OPS 1990; CELADE, 1978.

sobrevivencia infantil. Esto se explica por que el mecanismo más obvio de acción de la educación materna en la sobrevivencia infantil es el conocimiento que se imparte sobre el cuidado del niño sano y enfermo. El bajo nivel de escolaridad materna, en un alto porcentaje en Ecuador, Perú y República Dominicana, es el reflejo de las condiciones socioeconómicas de las familias y de un sistema educativo excluyente.

Retomamos el criterio de Cadwell (Naciones Unidas, 1990) cuando señala que el efecto de la educación es más que el sólo aporte de este conocimiento. Tiene que ver con un rol más importante de la mujer educada en el proceso de decisión familiar en cuanto a la forma de utilizar los recursos del hogar, la distribución de alimento entre sus miembros, la decisión de consultar una medicina moderna que entra en conflicto con sus creencias tradicionales sobre la procreación y sobre el origen y las formas de curación de las enfermedades. Se relaciona estrechamente además con la utilización de los servicios de salud. En estos países, especialmente en Ecuador y Perú, se prioriza la alimentación y cuidado del varón adulto en la creencia de que es el único que debe estar sano y bien alimentado, para poder obtener ingreso para el conjunto familiar.

Otro aspecto ligado al campo educativo es la formación de recursos humanos en salud, en los países analizados ésta no se la considera de alta calidad, por el deterioro del nivel académico de las carreras universitarias, dada la baja asignación estatal de recursos especialmente para investigación.

Otro diferencial a ser considerado es el estrato socioeconómico del hogar, en los tres países, la mortalidad infantil se encuentra estrechamente asociada con estratos de nivel bajo, con una inserción laboral poco productiva, así en Ecuador y Perú se observa sobremortalidad en grupos asalariados agrícolas y campesinos. El ingreso familiar y su forma de utilización, es decisivo en determinar las condiciones materiales de vida de la familia. Entre estas condiciones son importantes la disponibilidad de energía, los insumos para higiene personal y de la vivienda, los medios para obtener atención preventiva y curativa del niño, el acceso a la información y la calidad de la vivienda, que incluye la provisión de agua y disposición de excretas .

Otro factor intermedio de importancia para ser considerado especialmente en el análisis es la higiene personal, -ligada a hábitos higiénicos adquiridos y disposición de insumos necesarios- que es deficiente a causa del inadecuado aprovisionamiento de agua; la disponibilidad de agua potable en el hogar, la calidad de la vivienda, juegan un papel fundamental para la reducción de la mortalidad infantil.

Un aspecto importante es la inserción laboral materna, en los tres países la participación de la mujer en el aparato productivo, está ligada a actividades de baja rentabilidad como son labores agrícolas, trabajo doméstico, vendedores ambulantes, obreros de construcción, etc.. En la mayoría de los hogares, la madre combina el cuidado del hijo con las diversas tareas domésticas. Si las condiciones de vida son desfavorables, -como ocurre- estas actividades suelen ser bastante agotadoras y afectan negativamente al desarrollo del feto y del niño. Las consecuencias para la sobrevivencia del hijo, depende en gran medida de las condiciones sociales en que el trabajo materno se produce. El cuidado del hijo se ve deteriorado debido a que está expuesto en el hogar a condiciones riesgosas, igualmente si sale junto con su madre al mercado informal su cuidado y exposición a riesgos son relativamente altos.

Los condicionantes culturales son un factor presente en estos países en forma muy arraigada, engloban aspectos importantes en la utilización de los servicios de salud; entre otros podemos mencionar las relaciones de poder en la toma de decisiones familiares, patrones de reproducción y consumo, el valor de los hijos, y sobre todo, las creencias sobre el origen de las enfermedades del niño y la forma de tratarlas. La población indígena y campesina, pese a contar con servicios de salud, especialmente en Perú y Ecuador, no los utiliza, y tratan las enfermedades de la infancia con prácticas de medicina no formal que pocas veces tienen éxito. En estos grupos hay menor conocimiento de normas de cuidado del niño y las consultas preventivas y/o curativas son más tardías y menos frecuentes, lo que incide negativamente en la sobrevivencia infantil.

Existe tendencia para las uniones tempranas, lo que conduce a la presencia de embarazos de alto riesgo por inmadurez materna y aspectos ligados al cuidado posterior del recién nacido. Como en todos los países, aspectos relacionados al intervalo intergenésico corto, supresión temprana de la lactancia, sobremortalidad masculina , también son observados e inciden en el comportamiento de la variable.

III.2 ANALISIS DE TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL

MORTALIDAD INFANTIL ESTIMADA POR DIFERENTES FUENTES Y PERIODOS SEGUN PAISES Y AREAS

País y / Período Area /	1972-1976	1977-1981	1982-1986
----------------------------	-----------	-----------	-----------

Ecuador				
Total				
Urbana	77.5		51.5	52.5
Rural	115.3		90.8	63.7
<hr/>				
Perú	1967-1968	1977	1986	1991
<hr/>				
Total	135	97	76	64
Urbana	108	79.8	54	47
Rural	170	146.8	101	90
<hr/>				
Rep. Dominicana	1971-1975	1976-1980	1981-1986	1987-91
<hr/>				
Total	79.6	76.7	67.7	44.5
Urbana	71.6	74.4	69.2	37.2
Rural	88.8	75.4	65.8	54.6
<hr/>				

Fuente: Estudio de casos. El comportamiento de los diferenciales de Mortalidad Infantil. Los casos de Ecuador, Perú y República Dominicana. 1970-1991.

Del cuadro anterior se desprende que la brecha entre mortalidad infantil urbana y la rural que existía en los tres países se ha ido acortando. Si observamos la elevada mortalidad observada histórica del área rural, especialmente en Ecuador y Perú, veremos que esos países todavía tienen un alto grado de ruralidad especialmente en la Sierra y la región selvática, con una mayor concentración de población aborígen en esas áreas. Además la prevalencia de tasas elevadas de mortalidad infantil en estos países es más notoria en el área rural. En el caso de República Dominicana, la TMI urbana es semejante a la rural, a causa del incremento de la marginalidad urbana.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

IV.1. El conocimiento de los niveles de mortalidad neonatal y postnatal en los países constituye una pauta que debe guiar las acciones de las políticas y programas tendientes a reducir la mortalidad infantil. Las acciones deberán orientarse a la reducción de la mortalidad

postneonatal, pues ésta tiene un peso importante dentro de la mortalidad infantil.

- IV.2. La reducción de la mortalidad infantil debe ser un compromiso de la sociedad en su conjunto, al que todos los sectores deberán orientar sus mejores recursos y esfuerzos. Para ello, es necesario complementar las acciones del sector salud con acciones educativas encaminadas al autocuidado de la salud, higiene personal y ambiental.
- IV.3. El Estado es el principal actor en la política de focalización de salud y debería, por tanto, colocar en su agenda política a este sector como prioritario y asignarle los recursos necesarios para lograr un impacto real en el nivel de salud de la población.
- IV.4. La política de salud no ha de ser igualitaria, sino altamente discriminante, en el sentido de prestar mayor atención y recursos al sector de la población que por su edad, condición fisiológica o nivel socioeconómico se halle más expuesto al riesgo de enfermedad o muerte.
- IV.5. Propender a la unificación y consolidación del sistema de salud como fase inicial. En una segunda etapa, propender a la descentralización por medio del fortalecimiento de las acciones de gestión local, que es la estrategia empleada en los países del ejemplo.
- IV.6. La estrategia de Atención Primaria de Salud debe ser el enfoque prioritario de la política de salud, ya que está ampliamente demostrado que las acciones de prevención, promoción y recuperación de la salud, sumadas a una práctica curativa eficiente, aparecen como un factor destacado en aquellos países que han logrado reducir los niveles de mortalidad infantil.
- IV.7. Desarrollar más los programas de salud materno infantil, con énfasis en el control prenatal, propender a la atención profesional del parto, la prevención del embarazo precoz y tardío mediante educación; dar énfasis a los programas de inmunizaciones y de control del niño sano y enfermo, ampliar el programa de nutrición y complemento alimentario, dar educación sanitaria a la población en aspectos de higiene y alimentación.
- IV.8. Permitir el fácil acceso de la población a los servicios de salud, ampliar su cobertura hacia los sectores marginales urbanos y rurales del país, ampliar los horarios de atención, y racionalizar los recursos existentes.

- IV.9. Realizar trabajo de extensión en salud pública y comunitaria, mediante charlas educativas a sectores organizados y poblaciones cautivas, como escuelas, colegios, asociaciones. Establecer procesos de reflexión-acción conjunta con la comunidad para la solución de sus problemas de salud; hacer que la población sea no solo objeto sino sujeto del desarrollo.
- IV.10. Ampliar la cobertura de los servicios de saneamiento básico (agua potable, alcantarillado, recolección de basuras, electrificación, disposición de excretas y aguas servidas, eliminación de insectos y roedores, entre otros) a la población urbana marginal y rural, como un aporte a la disminución de patologías infectocontagiosas y parasitarias, responsables de un gran porcentaje de muertes postneonatales.
- IV.11. Establecer políticas tendientes a enfatizar la alfabetización del campo y la educación de la madre como un componente estimulador de la disminución de la mortalidad infantil. Los ejemplos de Costa Rica, Cuba y Chile nos han mostrado que la instrucción materna es un factor determinante que garantiza el cuidado del hijo y el acceso de la madre a un mejor nivel de vida.

PROPUESTA PARA REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL

Los países que se analizaron en el estudio, Costa Rica, Cuba y Chile, tienen especial interés por el éxito alcanzado por sus políticas de salud en torno al descenso de la mortalidad. Sus indicadores se sitúan próximos a los de los países desarrollados y es necesario destacar los aspectos identificados en sus políticas y programas de salud, para ponerlos en el tapete de discusión y, probablemente, considerarlos como una guía para los países en desarrollo, como los otros casos analizados paralelamente: Ecuador, Perú y República Dominicana, aquejados actualmente por el azote que constituye la persistencia de niveles altos de mortalidad en la infancia.

Se plantean a continuación las áreas de intervención para lograr la reducción de la mortalidad infantil en la región.

1. ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA:

- a) Descentralización de los servicios de salud
- b) Creación de un sistema único de salud
- c) Aumento del gasto público en salud
- d) Mejoramiento del sistema de registros de salud, en especial de las estadísticas vitales
- e) Aplicar políticas de focalización:
 - e.1. espacial
 - e.2. por grupos de riesgo

2. PROGRAMAS DE SALUD:

- a) Extensión de cobertura de atención médica a las familias pobres
- b) Desarrollo de programas de atención materno infantil
- c) Desarrollo del programa de planificación familiar
- d) Implementación de programas de saneamiento ambiental
- e) Implementación del programa de salud familiar integral

- f) Desarrollo del programa de medicina preventiva
- g) Estimular una mayor participación comunitaria

3. INVESTIGACION:

- a) Realizar investigaciones epidemiológicas y sociales utilizando el método de Investigación participante

Para el desarrollo de políticas de reducción de la mortalidad en la infancia no sólo interesa la magnitud del mayor riesgo, sino la proporción de la población que está expuesta a ellos. Algunos condicionantes no son modificables, pero señalan aquellos grupos de mayor riesgo que deberían tener prioridad para reducir en todos ellos los factores adversos para la sobrevivencia infantil. Por el contrario, en el caso de educación y salud, los contrastes servirán para definir la desigualdad con que estos beneficios se distribuyen y la necesidad de políticas igualitarias.

En este contexto, los países deberán dar prioridad a las áreas de intervención enunciadas, dependiendo de la magnitud del problema descrito. Asimismo cabe reiterar la necesidad de políticas multisectoriales que apoyen al sector salud (en cuanto mejoren la calidad de vida de la población), las que generalmente son contempladas en la agenda de desarrollo de los países y se hallan implícitas en esta propuesta. Como ejemplo enunciamos las concernientes al ámbito estructural de los países y que se relacionan con el aumento del ingreso familiar y del nivel de bienestar de las personas, la generación de nuevos empleos, avance del nivel educativo, o aquellas que permiten un mayor acceso de la población a los servicios y las que dicen relación con aspectos de infraestructura: construcción de redes de acueducto, alcantarillado, viviendas, aumento de cobertura en salud, construcción de centros infantiles, entre otras.

En nuestro criterio los aspectos más importantes de la propuesta son:

En el largo plazo, en el ámbito político es importante la implementación de un "movimiento de reforma sanitaria", la realización de investigaciones con metodología participativa, las acciones del nivel estructural y acciones de infraestructura.

En el mediano plazo, implementar las acciones descritas en el ámbito administrativo y desarrollo de programas de salud, especialmente del materno infantil.

En el corto plazo, propender a la racionalización de los recursos humanos, materiales, físicos y financieros. Concomitantemente llevar a cabo acciones de educación a la población y aplicar políticas de focalización de la atención de salud en sus dos dimensiones: espacial y por grupos de riesgo.

Por su importancia, se intenta señalar cuáles son las condiciones que deben reunir las estrategias señaladas.

En las instituciones de salud se deberá propender a la creación de un **movimiento de reforma sanitaria** que permita a los trabajadores de la salud racionalizar, redireccionar y dinamizar sus acciones de salud bajo un sistema único de cobertura y equitativo. El objetivo es crear una **conciencia sanitaria** que produzca un fortalecimiento de las instituciones de salud, que permita un incremento de los niveles de efectividad y eficacia, asegurando oportunidades de participación real y movilización de la población hacia el logro de condiciones de salud óptimas, con el fin de elevar la calidad de vida de la población.

Dar énfasis a la **educación de la mujer**, ya que este factor se encuentra estrechamente asociado a la sobrevivencia infantil. Un mayor nivel de escolaridad permite a la madre acceder a un empleo y elevar los ingresos familiares. Además, una mujer educada tiene mayor receptividad y disposición para recibir y poner en práctica elementos de higiene y educación para la salud.

Otro componente es la **educación sanitaria** a la población desde el nivel primario, (aspectos básicos de autocuidado de la salud, nutrición e higiene), convirtiéndola en un puntal de apoyo a las acciones de salud, dada su estrecha relación con la prevención de procesos morbosos ligados a infecciones, malnutrición que inciden en la presencia de mortalidad infantil.

La ejecución de **políticas de focalización** permite racionalizar los recursos estatales hacia grupos sociales más necesitados, evitando el despilfarro de recursos y una dispersión innecesaria de las acciones. Esta estrategia permitirá reducir los niveles de morbimortalidad infantil, dado el carácter diferencial que esta presenta.

La **focalización espacial** permitirá eliminar la brecha existente entre la zona rural/urbana o urbana/urbana marginal. La equidad en el goce de los beneficios de la salud consiste en eliminar las barreras espaciales que privilegian a las grandes urbes y, dentro de ellas a ciertos sectores de la sociedad, restringiendo el acceso a los sectores tradicionalmente marginados:

campesinos y grupos urbanos marginales.

La **focalización por riesgo** permitirá intervenir en grupos que, por su inserción laboral o condiciones materiales de vida, son considerados como de riesgo epidemiológico y social. Estos son los más expuestos a las causas de muerte que se originan en deficiencias de saneamiento, condiciones y equipamiento de la vivienda, agua potable, alcantarillado, sistemas de eliminación de excretas, hábitos higiénicos, cuidado de los niños, etc.

Estimular a la comunidad para la realización de **investigación participante**; capacitar al personal de salud y a la población, dado que mediante el proceso descrito, la población estudia y conoce los aspectos relacionados al proceso de salud enfermedad e interviene en la solución de estos problemas.

BIBLIOGRAFIA

- Berrocal, Lupe, Castillero Virginia, Guerrero Fernando y Jiménez Mariano.(1992).Programa Global de Formación en Población y Desarrollo.**El comportamiento de los Diferenciales de la Mortalidad Infantil: los casos de Ecuador, Perú y República Dominicana, 1970-1991.** Santiago, Chile. Octubre 1992.
- Becaria, Luis A, Boltvinik Julio, Ferres, Fresneda O. León A.y Sen Amartya PNUD/ Proyecto Regional para la Superación de la Pobreza. **América Latina. El Reto de la Pobreza.**
- Borrero, Miriam, Jara Mauricio, Palacios Patricia, Rosales Jimmy y Torres Alina. (1991) Programa Global de Población y Desarrollo. **Análisis de los cambios en la Mortalidad Infantil en Costa Rica, Cuba y Chile 1950-1990.** Santiago de Chile.
- Bravo Jorge, Nelson Vargas.(1991). **Tendencias y fluctuaciones de la Morbilidad y Mortalidad por ciertas causas y la Actividad Económica: Costa Rica, Chile y Guatemala 1960-1986.** En: Seminar Causes and prevention of adult mortality in developing countries, Santiago, Chile.
- CEPAL/FNUAP/CELADE.(1993). **América Latina y el Caribe. Dinámica de la Población y el Desarrollo.**
- CEPAL/CELADE/UNICEF.(1993) **Mortalidad en la Niñez Una Base de Datos desde 1960. América Latina.** Santiago, agosto.
- CEPAL/CELADE. (1993). Programa Global de Formación en Población y Desarrollo. **Una propuesta para reducir la Mortalidad Infantil.** Santiago, octubre.
- -----.(1992). **Equidad y Transformación Productiva. Un Enfoque Integrado.**Santiago de Chile.

- CEPAL, NACIONES UNIDAS (1991). Estudio Económico de América Latina y el Caribe, 1990., Vol I, Santiago, Chile.
- Chackiel, Juan.(1982). Niveles y Tendencias de la mortalidad infantil en base a la Encuesta Mundial de Fecundidad. Factores que afectan la mortalidad en la niñez. En: Notas de Población, año 10, n° 28, Santiago, abril.
- Chackiel, Juan.(1981). Análisis comparativo de la Mortalidad Infantil en base a la Encuesta Mundial de Fecundidad: Colombia, Costa Rica, Perú y República Dominicana.En: Notas de Población # 27 y 28, Santiago, Chile.
- Chackiel, Juan y Martínez, Jorge. (1992). Transición Demográfica en América Latina y el Caribe desde 1950. CELADE, Santiago de Chile.
- Fucaraccio, Angel.(1991). Temas de Población y Desarrollo. Santiago CELADE. Mimeo.
- González, Gerardo. et al(1980).Estrategia de Desarrollo y Transición Demográfica: Los casos de Brasil, Costa Rica, Cuba y Chile. Santiago, vol I, CELADE.
- Mosley, Henry.(1990). Los cuidados de atención primaria pueden reducir la mortalidad infantil; resultados críticos de algunos programas africanos y asiáticos. Santiago, CELADE Mimeo.
- Nicholls, Eric S.(1991). Diferenciales de mortalidad en las enfermedades según nivel socioeconómico. IUSSP-CELADE-PHAO Santiago, Chile.
- Naciones Unidas. (1990). Factores Sociales de Riesgo de Muerte en la Infancia., Santiago, Chile.
- UNFPA, CONADE. (1987). Diagnóstico Sociodemográfico del Ecuador, 1950-1982, En: Población y Cambios Sociales. Corporación Editora Nacional, Quito.

RESUMEN EJECUTIVO

ANALISIS DE LOS CAMBIOS EN LA MORTALIDAD INFANTIL EN PAISES CON ESTRUCTURAS SOCIOCULTURALES DIFERENTES.

La disminución de la mortalidad es un fenómeno complejo y producto de múltiples determinaciones, difíciles de identificar y conocer, puesto que muchas de ellas pertenecen al plano de lo individual, es decir al conocimiento, las actitudes y prácticas de la población en el campo de la salud, y en las que la intervención del Estado es mínima, lo que dificulta su modificación. Por otro lado, existen factores que provienen de la estructura social, del sistema de gobierno, de la dirección de sus políticas, y del avance de su desarrollo económico y social; todos estos son cambiantes en el corto y mediano plazo, pero su repercusión se evidencia en el largo plazo, y se expresa en perfiles de morbimortalidad de la población.

En la región se hizo evidente durante la década de 1970 un mejoramiento del nivel de vida de la población, íntimamente relacionado con los cambios en el perfil epidemiológico en la medida que se logra frenar la mortalidad temprana, como resultado del control de enfermedades infectocontagiosas e inmunoprevenibles. La mortalidad infantil continúa siendo un problema importante, toda vez que se encuentra asociada a problemas prevenibles y/o tratables, como diarreas, enfermedades parasitarias, infecciones de vías respiratorias, malnutrición, entre otras, que se derivan principalmente de condiciones de hacinamiento, pobreza, ignorancia y carencia de servicios básicos, que caracterizan el perfil de vida de una gran mayoría de latinoamericanos y caribeños.

El descenso de la mortalidad infantil está asociado a los siguiente aspectos: avances en la implementación en los servicios de salud, expresados básicamente en la ampliación de la cobertura de atención primaria, la prioridad dada a la educación de la población y el descenso de la natalidad, entre otros. Asimismo, es importante la asignación de recursos de salud y la viabilidad política para la implementación de los programas de salud.

En América Latina, países como Costa Rica, Cuba y Chile han experimentado bajas significativas en los niveles de mortalidad infantil, con indicadores muy próximos a los de aquellos países con mayor grado de desarrollo. En este contexto, el trabajo intenta identificar los aspectos más relevantes de las políticas y los sistemas de salud implementados por esos países para el logro de una reducción de la mortalidad en la infancia.

En el caso de Costa Rica, es evidente que las tres cuartas partes del descenso en la mortalidad infantil se explican por intervenciones focalizadas en el campo de la salud y, especialmente, por la cobertura de atención primaria hacia los sectores más desprotegidos. En Chile, han contribuido al descenso de la mortalidad infantil el mejoramiento del nivel de vida de la población, el desarrollo de programa materno infantil (que comprende control del embarazo, parto y puerperio, educación sanitaria, alimentación complementaria) y el descenso de la fecundidad observado en los últimos años.

Chile, presenta indicadores de salud y mortalidad que tienen estrecha relación con la estrategia de desarrollo adoptada por los gobiernos y con su forma de intervención en el proceso de desarrollo económico y social; así como también por la forma en que se asignaron los recursos, especialmente en los gobiernos que precedieron a la dictadura militar, ya que durante su administración el andamiaje estructural del país sufrió serias modificaciones, se impuso un modelo económico neoliberal, en el que el área de salud y seguridad social fueron desatendidas.

Cuba, al igual que Costa Rica, tiene gran experiencia en la organización de los servicios de salud. El desarrollo de la planificación de salud le ha permitido alcanzar grandes logros en la implementación de los programas de atención integral a la mujer y al niño, atención integral al adulto, control de enfermedades transmisibles, higiene urbana y rural, higiene de los alimentos y medicina del trabajo. El éxito de programas de vacunación que han devenido en las más bajas tasas de morbilidad por enfermedades prevenibles y el decrecimiento significativo de un buen número de enfermedades transmisibles sujetas a vigilancia epidemiológica (por ejemplo el dengue hemorrágico), convierten al país en un modelo de salud, en el contexto regional.

Sin duda los cambios en estos tres países no han sido el resultado de políticas de corto plazo. Por el contrario, son acumulaciones de actividades realizadas durante muchos años, donde el Estado ha jugado un papel importante en el otorgamiento de servicios sociales en los campos de salud, seguridad social y educación. La acción del Estado en estos países ha traspasado lo meramente asistencial y logró la incorporación y organización de la base social alrededor de las instituciones, contribuyendo al funcionamiento de las mismas.

En ese sentido, resaltan las modificaciones que, en la tasa de mortalidad infantil han logrado Costa Rica Cuba y Chile. Una expresión de esos logros se manifiesta cuando se observa que estos países redujeron la tasa de mortalidad infantil, en el período entre 1960 y 1990, de la siguiente manera: Cuba desde 37 por mil a 11 por mil; Costa Rica desde 82.4 por mil a 15 por mil, y Chile que logró una reducción desde 119.5 por mil a 17 por mil. En contraste con esta situación se encuentran otros países de la región que mantienen altas tasas. Es el caso de

Perú, que en el mismo período apenas ha logrado reducirla desde 136 por mil a 63 por mil, manifestándose como la más alta de la región latinoamericana.

Ecuador, Perú y República Dominicana han tenido estilos de desarrollo similares, orientados por un modelo económico concentrador de población y generador de características dispares entre los pobladores. Su diferente grado de urbanización y división político administrativa hacen que no se pueda homologar ciertos factores ligados a la distribución espacial de la población. Los tres se han caracterizado por una alta tasa de mortalidad infantil, que excede a los 60 por mil nacidos vivos, pero hay que destacar que en República Dominicana su reducción reviste de mayor importancia, ya que sus logros son más significativos, Perú es el país que continúa manteniendo niveles de mortalidad más altos de Sudamérica; no podemos olvidar que este país ha sido afectado por desequilibrios socioeconómicos y también políticos.

La salud es concebida como un derecho humano y es el Estado quien debe garantizar el acceso a la atención médica a toda la población, para lo cual se necesita la interrelación de varios sectores y la ejecución de acciones específicas. En Costa Rica se aplicaron políticas de salud orientadas al sector rural, con extensión de red de servicios de alcantarillado, agua potable y educación sanitaria. Chile implementó políticas de focalización en salud hacia los sectores más desprotegidos, especialmente en salud materno infantil. En ambos casos el papel de la educación de la población ha jugado un papel importante.

La reducción de la mortalidad en la infancia constituye un elemento de interés prioritario, pero no es el único reto que debe enfrentar el sector salud, ya que es en los indicadores de salud donde se ponen en evidencia las condiciones sanitarias en que vive la población. Este aspecto enfoca claramente las falencias del sistema social, puesto que los grupos más deprimidos son los que presentan niveles alarmantes de morbimortalidad, especialmente infantil, y constituyen los grupos de riesgo epidemiológico y social más alto.

Propuesta: La determinación de prioridades y la asignación de recursos, son esencialmente actos políticos, que se definen o perfeccionan en términos políticos. Las determinaciones de tipo técnico y administrativo contribuyen a enriquecer y apoyar la información necesaria para la toma de decisiones políticas, pero no para su adopción. En este contexto, resulta difícil proponer un listado de acciones tanto del nivel macro como del particular de salud, que permitan a los países alcanzar logros en la reducción de la mortalidad infantil. Deberán desarrollarse los programas materno infantiles con todos sus componentes, y se deberá tender al fortalecimiento de la atención primaria de salud.

Dependiendo de la magnitud del problema de mortalidad infantil, en cada uno de ellos, se establecerán las prioridades y áreas de intervención. Asimismo cabe reiterar la necesidad de políticas multisectoriales que apoyen a este sector (en cuanto mejoren la calidad de vida de la población), las que generalmente son contempladas en la agenda de desarrollo de los países y se hallan implícitas en esta propuesta. Como ejemplo enunciamos las concernientes al ámbito estructural de los países y que se relacionan con el aumento del ingreso familiar y del nivel de bienestar de las personas, la generación de nuevos empleos, avance del nivel educativo, o aquellas que permiten un mayor acceso de la población a los servicios y las que dicen relación con aspectos de infraestructura: construcción de redes de acueducto, alcantarillado, viviendas, aumento de cobertura en salud, construcción de centros infantiles, entre otras.



