

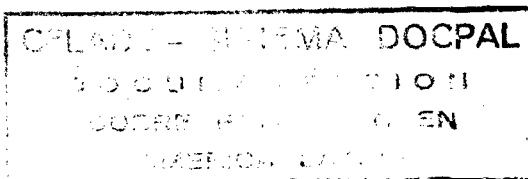
CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA (CELADE-SAN JOSE)

LA MORTALIDAD INFANTIL EN
CENTROAMERICA

Domingo Primante F.
CELADE

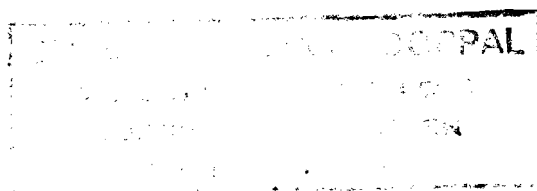
TEMA PRESENTADO EN EL SEMINARIO: "LA MORTALIDAD INFANTIL EN HONDURAS"
UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACION EN POBLACION (U.D.I.P.).
NACIONES UNIDAS, PROYECTO HON/88/P02

San José, Costa Rica
Noviembre de 1989



I N D I C E

	Página
PRESENTACION	1
1. AMERICA LATINA. ESPERANZAS DE VIDA AL NACER. 1950-55 A 1985-90.....	3
2. LA MAGNITUD DEL PROBLEMA.....	6
3. LAS TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL.....	8
4. LA MORTALIDAD POR EDADES ENTRE LOS MENORES DE CINCO ANOS.....	8
5. LA MORTALIDAD INFANTIL URBANA Y RURAL.....	10
6. LAS DIFERENCIAS SOCIALES DE LA MORTALIDAD INFANTIL..	13
7. LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE INFANTIL.....	17
8. BAJA DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y CAMBIOS EN LA ES- TRUCTURA DE LAS CAUSAS DE MUERTE.....	19



Palabras vertidas al momento de la presentación del tema: "La Mortalidad Infantil en Centroamérica".

Distinguidos representantes de la Universidad y de distintas Agencias del Sistema de Naciones Unidas, distinguidos invitados nacionales y de países centroamericanos:

Las primeras palabras son para manifestarles que soy portador de un mensaje de solidaridad expresado por todo el personal del Centro Latinoamericano de Demografía a los amigos hondureños y en especial un sentido pésame a los familiares de los fallecidos en la tragedia del 21 de octubre. Decirles que entre los compañeros del CELADE se encuentra particularmente afectado el Dr. Jorge Canales, quién compartió los últimos días de vida de: Irma Roberta Díaz, Rodolfo Aplicano, Jesús Herrera, Ana Mercado, Lesbia Valladares y Róger Zavala.

Personalmente debo hacer un reconocimiento a los que me honraron con su amistad; no voy a olvidar la calidad humana del Lic. Rodolfo Aplicano como tampoco el entusiasmo que vertía en todas sus actividades el Lic. Jesús Herrera; este caso es más doloroso aún, todas las ilusiones que portaba en su venida, como voluntario de las Naciones Unidas, dispuesto a brindar sus conocimientos en beneficio de este país y del área centroamericana en general, quedaron truncadas con su muerte en tierras hondureñas.

Sólo me resta desear paz a los restos de todos ellos, consuelo a sus familiares y que este evento sea una muestra más de un sincero homenaje a su memoria.

Con respecto a la actividad que nos reúne, el CELADE se complace en copatrocinar este importante seminario destinado al tratamiento y discusión de la mortalidad infantil en Honduras. El mérito de su realización corresponde a la Universidad Nacional Autónoma de Honduras por medio de la Unidad de Docencia e Investigación en Población, entidad adscrita a la Facultad de Ciencias Económicas.

Por otra parte, el Centro agradece especialmente la colaboración brindada por el gobierno de Holanda, país que ha establecido un convenio de cooperación con el CELADE que permite un sustento financiero a las tareas de capacitación que se desarrollan en la región, entre las cuales se encuentra la presente actividad.

Este tipo de seminarios constituye una parte esencial de las prioridades y preocupaciones del CELADE, ya que las actividades del Centro están orientadas a las tareas de análisis demográfico integradas a los esfuerzos en pro del desarrollo. Entendemos que las preocupaciones por los temas de población no deben ser aisladas, ameritan ser integradas y compartidas con los organismos nacionales vinculados con los problemas de la población.

El CELADE procura también que las labores que desarrolla se complementen con las que realizan otras agencias tanto del Sistema de las Naciones Unidas como fuera del mismo. Como ejemplo puede mencionarse su integración con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), que es la principal institución responsable por los temas del desarrollo, pero también con la OPS y la UNICEF (organismos copatrocinadores de este seminario) y otras instituciones internacionales.

Gran parte de las actividades demográficas que el CELADE ha desarrollado en la región, han contado con el apoyo del Fondo de Naciones Unidas para Actividades en Población (FNUAP), institución también copatrocinadora del seminario. El FNUAP cuenta a partir de este año con una oficina regional en Costa Rica, lo cual asegura un respaldo y una coordinación mayor para este tipo de actividades.

Al respecto, el Representante Regional del FNUAP en esta sede en Costa Rica, Sr. Héctor Goglio, había manifestado su especial interés en asistir al seminario con el propósito de ofrecer un homenaje a los profesionales fallecidos. Sin embargo, muy a su pesar, esta actividad se superpone con una reunión que realiza el FNUAP en Holanda y que exige su presencia.

En el programa del seminario, en su primera parte, se contempla la discusión de los niveles, tendencias y diferenciales de la mortalidad infantil.

En ese contexto el tema que me toca presentar pretende mostrar una panorámica de la mortalidad infantil en Centroamérica, se pone de manifiesto la importancia de la subpoblación objeto de estudio si indicamos el hecho de que un mínimo de 50 mil muertes infantiles pueden ser evitadas en la región, anualmente.

LA MORTALIDAD INFANTIL EN CENTROAMERICA.

Estas notas se prepararon para el Seminario "La Mortalidad Infantil en Honduras", actividad desarrollada en Tegucigalpa los días 6 y 7 de noviembre de 1989. Tuvieron como base un trabajo publicado por el CELADE en 1988 1/. En su primera parte ese documento resume las principales características de la mortalidad en la niñez encontradas en los estudios específicos de cada país del área, es decir: Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

A diferencia de la publicación original, que abarca todos los aspectos de la mortalidad en la población menor de cinco años, en estas notas el énfasis se centra en los menores de un año.

Adicionalmente y antes de comenzar el tratamiento de la mortalidad infantil se hace una consideración respecto a la mortalidad general.

I. AMERICA LATINA. ESPERANZAS DE VIDA AL NACER. 1950-55 A 1985-90.

Como no puede ser de otra manera, hay una relación muy estrecha (inversa en este caso) entre la mortalidad general -medida por la esperanza de vida al nacimiento- y la tasa de mortalidad infantil; es decir, a menor expectativa de vida corresponden mayores niveles de la mortalidad infantil y viceversa.

Dada la heterogeneidad existente en los niveles de la mortalidad entre regiones desarrolladas y de menor desarrollo y al interior de éstas, como es el caso de la región latinoamericana, la descripción de las tendencias de la esperanza de vida permiten visualizar escenarios de mortalidad general alta, intermedia y baja; que tienen su correspondencia en el campo específico de la mortalidad en el primer año de vida.

Con esta intención, el gráfico 1 muestra las esperanzas de vida de los países de América Latina en el período 1950-55 a 1985-90, enmarcados por situaciones de muy baja mortalidad (experiencias de Japón y Suecia) y un país de muy alta mortalidad, Gambia.

Como en tantos otros campos se evidencian las grandes diferencias que coexisten en América Latina, en este caso, respecto al comportamiento de la mortalidad. Por un lado, Cuba y Costa Rica con niveles cercanos a los países de menor mortalidad, por otro, realidades típicas de los países inmersos en el subdesarrollo, caso de Haití y Bolivia. Nacer en Cuba o Costa Rica significa vivir más de 20 años en promedio, que lo que lo puede hacer un boliviano o haitiano.

1/Behm Hugo, Robles Arodys. La Mortalidad en la Niñez en Centroamérica, Panamá y Belice 1970-1985. UNICEF-OPS-CELADE. LC/DEM./CR/G.20. Diciembre de 1988.

En este marco interesa la experiencia latinoamericana y, dentro de ésta, la centroamericana. Hay hechos relevantes en la región, por ejemplo la situación de privilegio que tenían Uruguay hacia 1950-55 (con una expectativa de vida que superaba a la de Japón en ese momento) y en menor medida Argentina, cambia hacia 1985-90; destaca en la actualidad la menor mortalidad que ostentan Cuba y Costa Rica.

Es conveniente indicar que los valores mostrados en el gráfico se derivan de las proyecciones oficiales de población de cada uno de los países, además hay que tomar en cuenta que el quinquenio 1985-90 aún no ha concluido, las estimaciones más confiables son las relativas a 1980-85; por lo tanto, los valores del gráfico para el último quinquenio no dejan de ser, en algunos casos, más que buenos deseos. Por ejemplo, en El Salvador la proyección fue revisada en 1986, bajo el supuesto que el conflicto interno que aquejaba al país se solucionaba antes de 1990, hecho que permitiría una recuperación de la esperanza de vida al nacimiento. La realidad es otra, y aunque es difícil precisar el nivel actual de la mortalidad salvadoreña, lo que sí es seguro, es que la recuperación prevista en la proyección, en la realidad no se ha verificado.

Es probable también que Nicaragua no llegue al nivel con el cual culmina su tendencia en el gráfico (muy cerca de Honduras). Sólo cuando se disponga de información más reciente se estará en condiciones de evaluar lo acontecido en gran parte de los '80 */. Algo parecido puede suceder con Honduras, los datos del Censo de Población, levantado en 1988, van a permitir profundizar en el conocimiento de la mortalidad.

A pesar de cierta incertidumbre en cuanto al nivel, en la región centroamericana son evidentes dos realidades: Por un lado El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua presentando la mayor mortalidad y, por otro, Costa Rica y Panamá como un área de menor mortalidad.

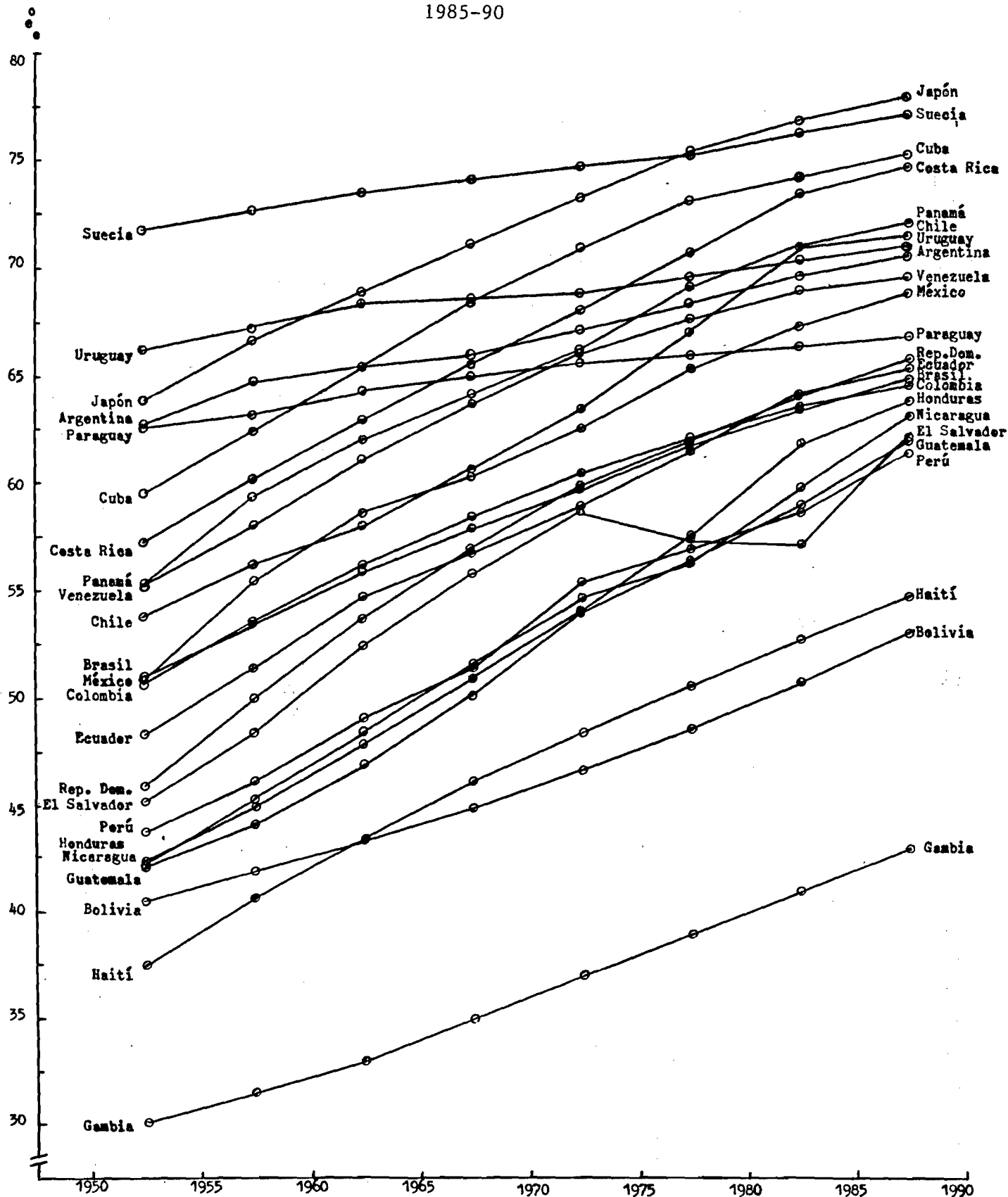
Destaca también, como hecho llamativo y sin parangón en la región, y fuera de ella, el impacto causado por la violencia en el caso de El Salvador, la esperanza de vida, en la década de los '70, muestra una dramática caída.

En cuanto a Belice, si bien no se cuenta con información de sus esperanzas de vida al nacer, lo relativamente bajas que son las estimaciones de la mortalidad infantil, permiten afirmar que este país tiene también baja mortalidad general, probablemente en un nivel cercano al de Panamá.

*/ A este propósito contribuirán decisivamente los resultados de la Encuesta Sociodemográfica Nacional de Nicaragua (ESDENIC) realizada en 1985.

Gráfico 1

AMERICA LATINA: ESPERANZAS DE VIDA AL NACIMIENTO POR PAISES. PERIODO 1950-55 A 1985-90



Fuente: United Nations, World Population Prospects, 1988. Population Studies No. 106. CELADE, Boletín Demográfico No. 40, julio de 1987.

II. LA MAGNITUD DEL PROBLEMA.

Para tener una aproximación a la "magnitud del problema", se compara el peso relativo de la población menor de cinco años con el total y cuánto aportan a las defunciones totales en cada país (gráfico 2).

Dado las relaciones existentes entre las variables demográficas, particularmente entre fecundidad y mortalidad, se espera que los países de mayor mortalidad sean al mismo tiempo los de mayor fecundidad y también se verifica que a menor fecundidad, en general, opera menor mortalidad, la información del gráfico apunta en ese sentido.

Los países centroamericanos de mayor mortalidad son los de fecundidad más elevada, eso se refleja en una más alta proporción de población menor de cinco años. Así, mientras los cuatro países que conforman el grupo de mayor mortalidad, tienen una población menor de cinco años que representa entre el 17 y 18% del total, ese peso relativo es del 12-13% en los países de menor fecundidad y mortalidad.

Si se considera el tamaño y población hacia 1985, se aprecia que los cuatro países representan algo más del 80% de la población total del área (20.5 de unos 25.5 millones de habitantes) y ellos tienen una población menor de cinco años de unos de 3.5 millones de habitantes.

La alta incidencia que tiene la mortalidad en las primeras edades, se pone de manifiesto claramente en el peso que tienen las defunciones de menores de cinco años dentro del total de defunciones. En el conjunto de mayor mortalidad, más del 40% de las defunciones son de menores de cinco años. La gravedad de esta situación se pone de relieve cuando, en la descripción de la mortalidad por causas, se determina que se trata de una mortalidad, significativamente controlable.

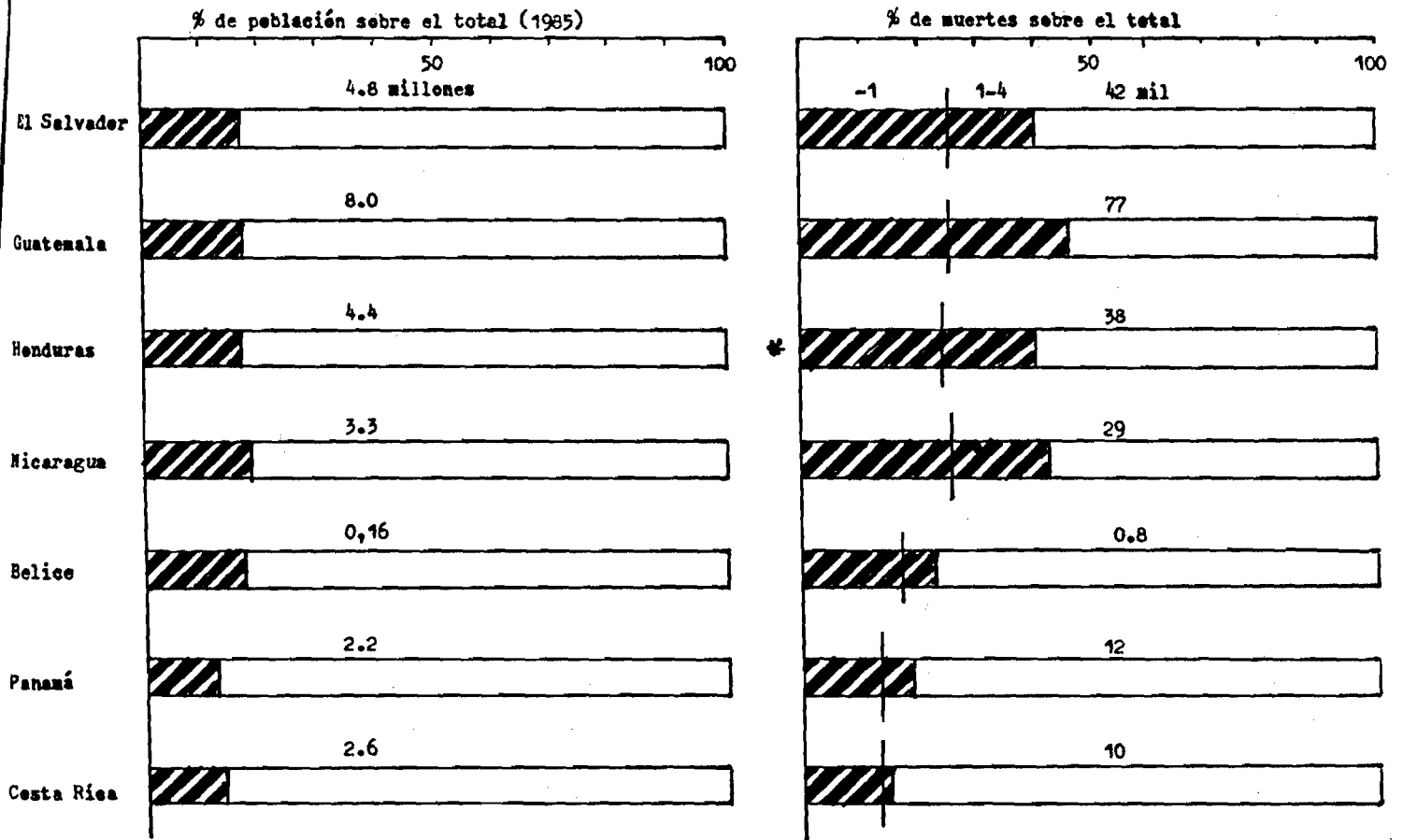
Dentro de las defunciones de menores de cinco años se identifican, en el gráfico 2, las correspondientes a los menores de un año, se derivan de una población que sin duda está sometida a riesgos adicionales de muerte. En el contexto de mayor mortalidad, más de una, de cada cuatro defunciones totales, son aportadas por la población menor de un año y ellas comprenden entre el 60 y el 70% de las defunciones de menores de cinco años.

Por su parte en Panamá y Costa Rica las defunciones de menores de cinco años no alcanzan al 20%; se trata de una población que pesa menos con respecto al total y expuesta a menores riesgos de muerte. Pero la proporción de defunciones de menores de un año, dentro de las de cinco años, es substancialmente mayor que en el caso anterior. Indicio de que en la baja de la mortalidad se beneficia más el grupo de edad de 1-4 años que el correspondiente a los menores de un año.

En definitiva, a nivel de la subregión, se puede afirmar que son los cuatro países de mayor mortalidad los que condicionan la magnitud del problema. Ellos cuentan con el 80% de la población centroamericana, aportan con un 86% del millón de nacimientos que ocurren en la región, con el 90% de todas las defunciones y con casi el 96% de las defunciones de menores de cinco años.

Gráfico 2

LA MAGNITUD DEL PROBLEMA DE LA MORTALIDAD EN LOS MENORES DE 5 AÑOS



* EDENH-II

III. LAS TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL.

En el gráfico 3 se presentan las tasas de mortalidad infantil para los siete países centroamericanos */ con el agregado de los Estados Unidos de América como elemento de comparación, en el periodo 1970-85.

Antes de describir estas tendencias es conveniente indicar que el país de menor mortalidad en el continente es Canadá, y en el ámbito mundial, superando al tradicional país de comparación en el campo demográfico que es Suecia, se encuentra Japón; estos países tienen tasas de mortalidad infantil de 5.9 y 5.5 por mil, en 1986 y 1985 respectivamente; Estados Unidos, por su parte, duplica la tasa de estos dos países.

La experiencia del periodo muestra que hubo progresos en este campo en cada uno de los países de la región. Así, mientras en 1970 las tasas de mortalidad infantil superaban 110 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos en los países más desfavorecidos, hacia 1980-85, dependiendo del país, se tienen tasas, aproximadamente, entre 70 y 80 por mil. No obstante estos avances, en la actualidad los cuatro países de mayor mortalidad aún no alcanzan la tasa de mortalidad infantil que Costa Rica tenía en 1970.

Es preocupante el hecho de que en algunos casos el descenso de la mortalidad infantil se ha detenido, en un nivel muy elevado en Honduras, en alrededor de 25 en Panamá y en 18 por mil en Costa Rica. Sin embargo las estadísticas vitales de Costa Rica **/ muestran que en 1988, el país rompe ese estancamiento con una tasa de mortalidad infantil menor a 15 por mil. Se abre un interrogante para el futuro inmediato, aunque la experiencia estadounidense indica que es posible el avance, aún cuando se tengan tasas de mortalidad infantil bajas.

IV. LA MORTALIDAD POR EDADES ENTRE LOS MENORES DE CINCO AÑOS.

El gráfico 4 permite visualizar el comportamiento de la mortalidad al interior de esta subpoblación, en el momento más reciente, 1980-85.

En la parte A se tiene la tasa de mortalidad infantil con sus dos componentes principales: la mortalidad neonatal y la postneonatal y en la parte B la tasa de mortalidad de 1-4 años, para cada país.

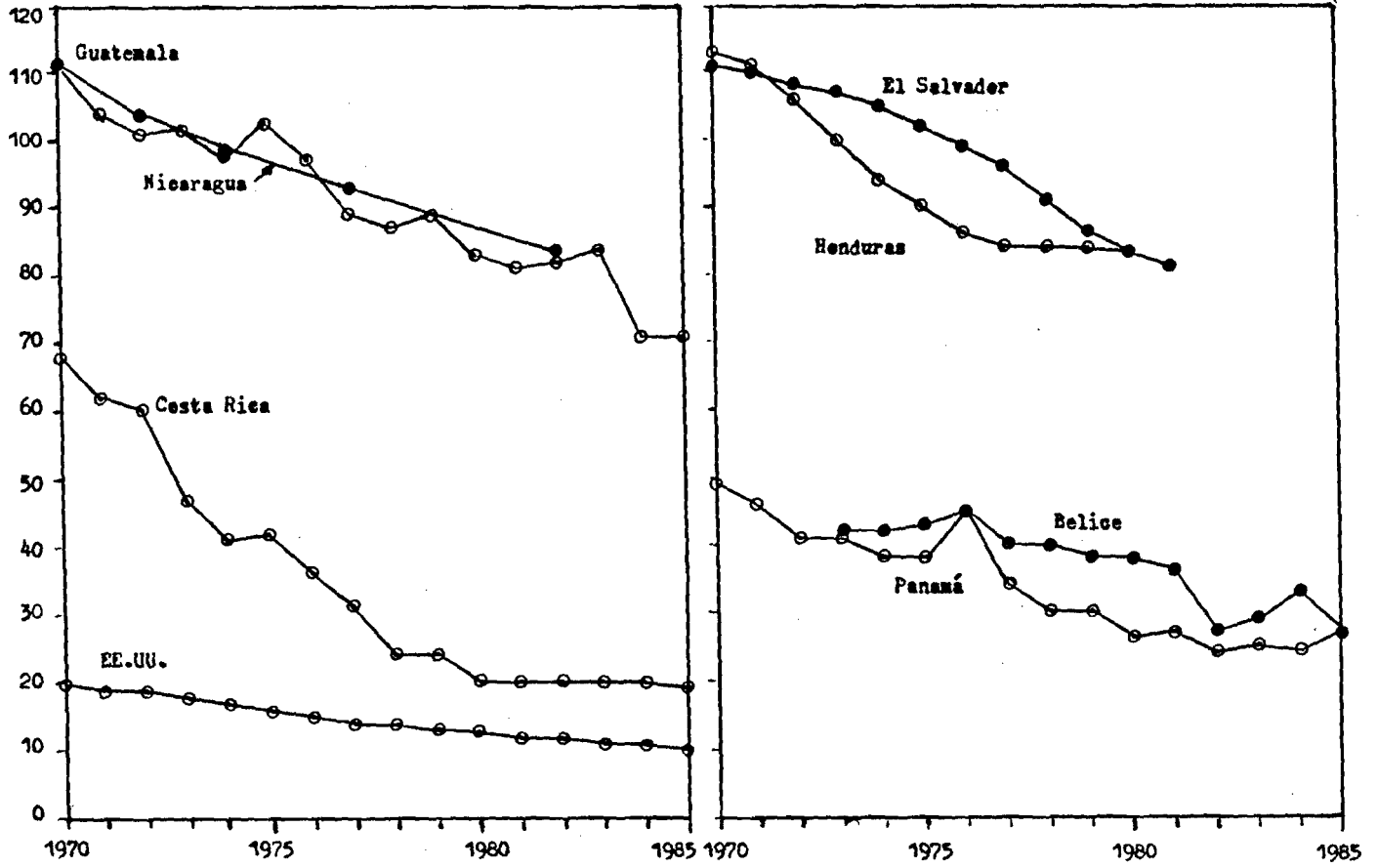
*/Se incorporan nuevas estimaciones para Nicaragua. Con la información suministrada por la Encuesta Sociodemográfica (ESDENIC-85), se efectuó el estudio: "Factores Sociales de Riesgo para la Sobrevida Infantil en Nicaragua" cuyos autores son Hugo Behm y Jimmy Rosales. En el estudio anterior de Nicaragua se mostraba, advirtiendo que era un valor subestimado, una tasa de mortalidad infantil de 73 para 1982-83, para ese mismo momento, este segundo estudio determina una tasa de 83 por mil.

**/ Tabulados facilitados por la Dirección General de Estadística y Censos de Costa Rica.

Gráfico 3

LAS TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL

Tasas



La experiencia de mortalidad de los países responde a lo esperado, es decir, los que tienen mortalidad infantil mayor muestran un predominio de la mortalidad con alto componente exógeno o sea postneonatal (véase la parte A del gráfico 4). Al contrario Panamá y con más razón Costa Rica, presentan una mortalidad infantil con predominio neonatal o de mortalidad endógena principalmente. Esta distinta composición de la mortalidad infantil, pone en evidencia los diferentes desafíos que confrontan los países en el campo epidemiológico y sanitario.

Ahora si la atención se pone en la mortalidad de 1-4 años (parte B del gráfico), ella reproduce las dos situaciones comentadas en cuanto a países de mayor y menor mortalidad. Aunque hay cambios de interés, nótese por ejemplo, que Honduras y Nicaragua tienen la mayor mortalidad infantil pero es Guatemala el de mayor mortalidad en 1-4 años.

Otro hecho que se evidencia es que los contrastes, en la mortalidad en 1-4 años, son más violentos que en la mortalidad infantil. Si se toma como referencia a Costa Rica, la mortalidad de esta población en Nicaragua y El Salvador es más de 10 veces, la de Honduras 14 y la de Guatemala más de 15 veces la vigente en aquel país; mientras que la mortalidad infantil más elevada (la correspondiente a Honduras y Nicaragua) es unas cuatro veces y media la de Costa Rica.

V. LA MORTALIDAD INFANTIL URBANA Y RURAL.

Las medidas demográficas relativas a un país surgen como promedios ponderados de situaciones que, a veces, ocultan diferencias de comportamiento notables. Como un primer intento de aproximación a las condiciones de vida que confrontan las poblaciones de distintas realidades geográficas, el gráfico 5 presenta la mortalidad infantil urbana y rural.

Queda en evidencia el diferente riesgo de muerte de los menores de un año asociado al área de residencia de la madre, una mortalidad superior en un 30% en el área rural que llega a 45% en el caso de Nicaragua y este contraste persiste aún en los países de menor mortalidad infantil. La circunstancia de que, con la excepción de Nicaragua, los países centroamericanos son predominantemente rurales, plantea desafíos adicionales.

Este hecho se puede verificar con la información agregada en el gráfico 5; allí se tiene tanto el porcentaje de los nacimientos atribuidos al área rural en cada país, como los porcentajes de defunciones de menores de un año, estimados en cada país, en esta zona geográfica. Es así que un 55% de nacimientos son atribuidos al área rural en El Salvador y Panamá, alrededor de 60% en Costa Rica y Guatemala y sube a 70% en Honduras.

Nacimientos y riesgos de muerte mayoritarios conducen a que los porcentajes de muertos menores de un año en el área rural, salvo Nicaragua, constituyan alrededor de 2/3 partes de todas las defunciones de cero años de edad en Centroamérica; pero aún en Nicaragua las defunciones de menores de un año son predominantemente del área rural.

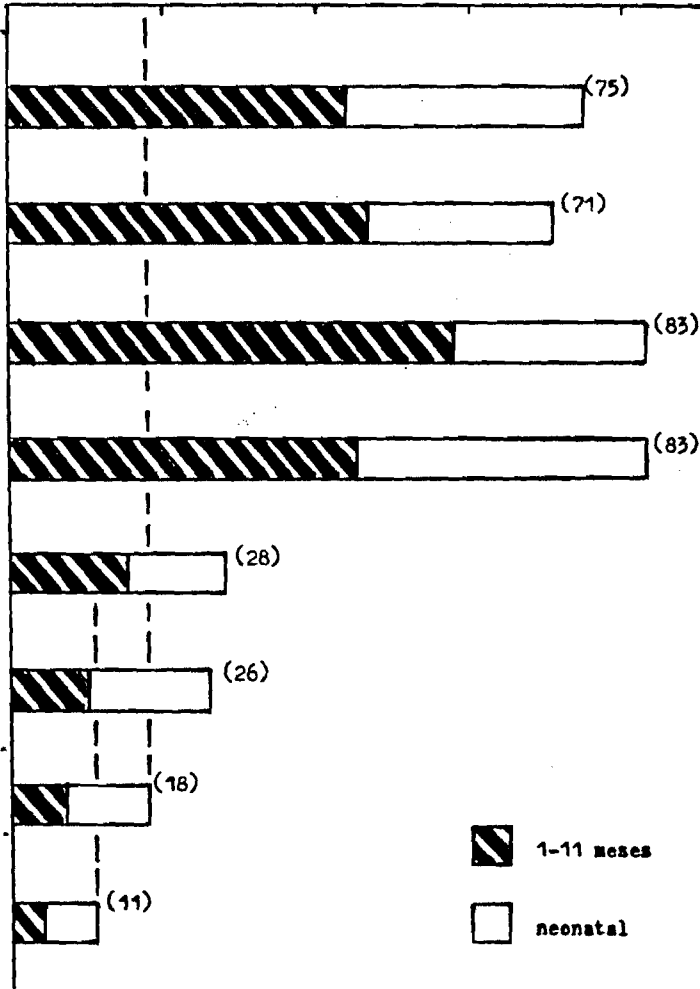
Gráfico 4

LA MORTALIDAD POR EDAD EN EL MENOR DE CINCO AÑOS EN 1980-85

A. Mortalidad infantil

(Tasas per mil nacimientos vivos)

20 40 60 80



B. Mortalidad 1-4 años

(Tasas per mil habitantes)

2 4 6 8 10

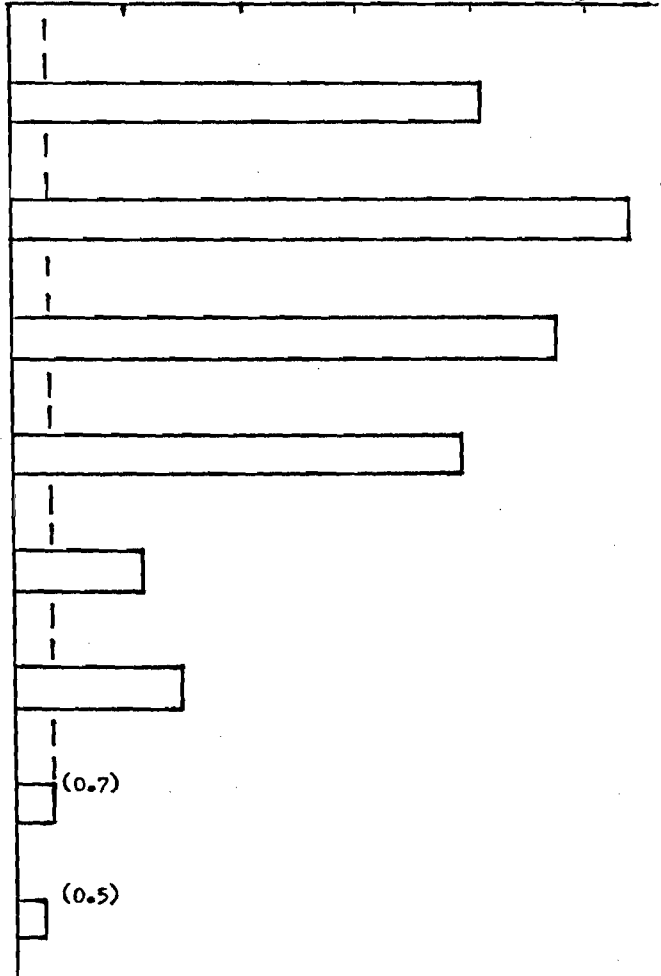
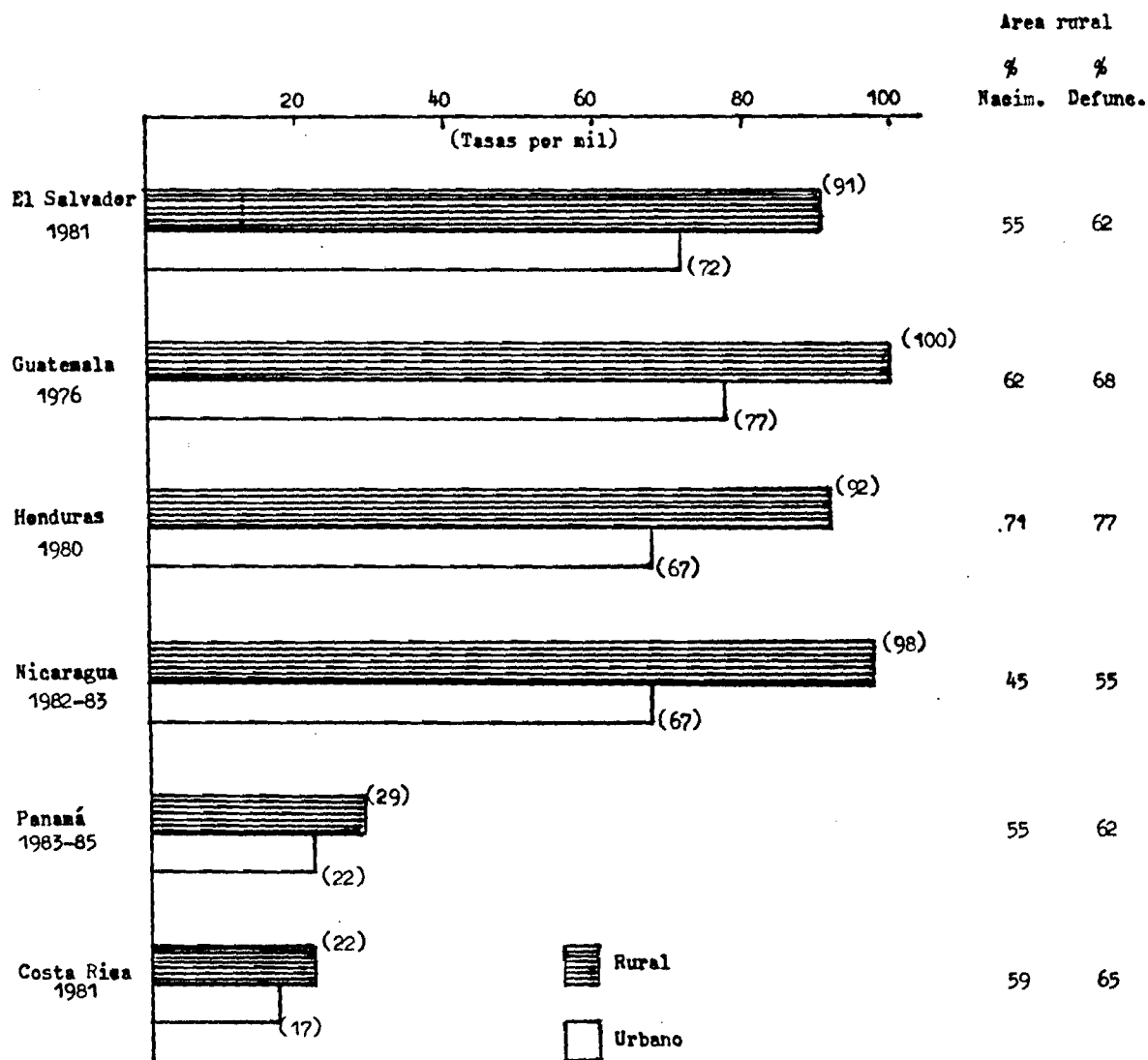


Gráfico 5

LA MORTALIDAD INFANTIL URBANA Y RURAL



Dado el componente rural mayoritario de la mortalidad infantil, el curso futuro de esta mortalidad en el área centroamericana, a nivel nacional, está condicionado por la evolución de esta mortalidad rural. Se demuestra una vez más, en esta realidad, que las áreas rurales deben ser prioritarias en el campo de la salud, ellas son claves para afectar significativamente la tendencia y el nivel futuro de la mortalidad infantil.

VI. LAS DIFERENCIAS SOCIALES DE LA SOBREVIVENCIA INFANTIL.

En un intento adicional de identificación de factores socioeconómicos que caractericen las distintas condiciones de vida que rodean la mortalidad infantil, a continuación se estudia la mortalidad de los hijos según el nivel de instrucción de las madres. Si bien la evidencia empírica es constante en demostrar una relación inversa entre la educación de la madre y la mortalidad de sus hijos ello, obviamente, no debe interpretarse como una relación causal simple.

El gráfico 6 (parte A) muestra las estimaciones de la tasa de mortalidad infantil de los hijos de mujeres con cero años de instrucción (aproximación al mundo de las analfabetas) de 1-3 años, 4-6 y 7 y más años de instrucción, para cada uno de los países. A modo de referencia de una situación ideal (pero que es real), también se incorporan los valores de las tasas de mortalidad infantil de Finlandia. En esta situación, en que todas las mujeres han completado la primaria, es notorio que la educación de las madres no distingue diferencias en cuanto a la mortalidad de sus hijos, las tasas se mueven entre 6 y 7 por mil. En este contexto, o las diferencias no existen o la educación materna no tiene una connotación socioeconómica; la respuesta presumiblemente se encuentra, en que se trata de una sociedad más igualitaria.

En la realidad centroamericana, considerando primero los países de mayor mortalidad, las pendientes observadas en las tendencias da un claro indicio de los diferentes riesgos de muerte a que están sometidos los hijos, en el paso de menor a mayor instrucción por parte de las madres. Es así que los hijos de mujeres analfabetas tienen una mortalidad de 110 por mil, en comparación con 40 por mil de los hijos de mujeres que accedieron, por lo menos, a la enseñanza secundaria.

Se observa que la relación entre los niveles de instrucción extremos es cercana a tres veces, es decir la mortalidad infantil de los hijos de mujeres analfabetas es tres veces mayor que la de los hijos de mujeres de mayor instrucción. En Costa Rica y en Panamá, destaca el menor nivel de los riesgos de muerte pero no se eliminan los contrastes. En efecto, la tasa de mortalidad infantil de 35 por mil, para los hijos de mujeres costarricenses de 0-3 años de instrucción (por el reducido número de mujeres analfabetas, se agrupó 0 y 1-3 años de instrucción) también implica una mortalidad tres veces mayor que la correspondiente a los hijos de mujeres que transitaban por la enseñanza secundaria o superior.

Pero estos contrastes, con toda la injusticia que encierran, podrían carecer de importancia en la determinación del nivel de la mortalidad infantil; dado que el valor de la tasa es un promedio ponderado de todas las situaciones imperantes, dependerá entonces del peso que tiene cada uno de estos estratos en la población y los riesgos de muerte a los que están sometidos.

Para visualizar hasta que punto son importantes los expuestos al riesgo de morir en cada grupo, en la parte B del gráfico 6 se tiene la distribución porcentual de los nacimientos según la educación materna y en la C la distribución de las defunciones provocadas por los distintos riesgos de muerte.

En esa parte B se presentan los nacimientos expresados en porcentajes, la barra en negro distingue los nacimientos de mujeres con 0-3 años de instrucción, el corte practicado en la barra separa los nacimientos de madres analfabetas, de los nacimientos de madres de 1-3 años de educación.

Entre el 55% y el 80% de los nacimientos, en los países de alta mortalidad, provienen de mujeres de escasa o nula educación, en el otro extremo, en Costa Rica, estas mujeres aportan con un 10% de nacimientos. O sea que el argumento de que la existencia de riesgos elevados de muerte podrían no ser importantes no tiene sustento, esos riesgos operan sobre el grueso de los nacimientos.

Aquellos países de mortalidad infantil elevada con grandes contrastes en la mortalidad según la educación materna, son los que tienen las proporciones de nacimientos más numerosos expuestos a los mayores riesgos de muerte. Por el contrario en Costa Rica, los nacimientos que provienen de mujeres de baja educación, expuestos a mortalidad elevada en el contexto del país, son francamente minoritarios.

Se complementa el panorama con la conformación de la tasa de mortalidad infantil (expresadas por 100 000 nacidos vivos) con las defunciones aportadas por los hijos, según la educación de sus madres (parte C, del gráfico 6). Hay semejanza con la situación descrita en el área urbana y rural. Es decir los hijos de mujeres de baja educación, que son mayoría, están sujetos a riesgos de muerte superiores, ellos aportan entre el 75 y el 90% de las defunciones de menores de un año, en los países de alta mortalidad.

Cuando se describió la mortalidad infantil por áreas, se hizo hincapié en que las áreas rurales deben ser prioritarias en el campo de la salud, porque se trata de poblaciones predominantes y expuestas a mayores riesgos de muerte; ahora se puede agregar, como otro desafío que se suma a los anteriores: inmersas en el mundo del analfabetismo.

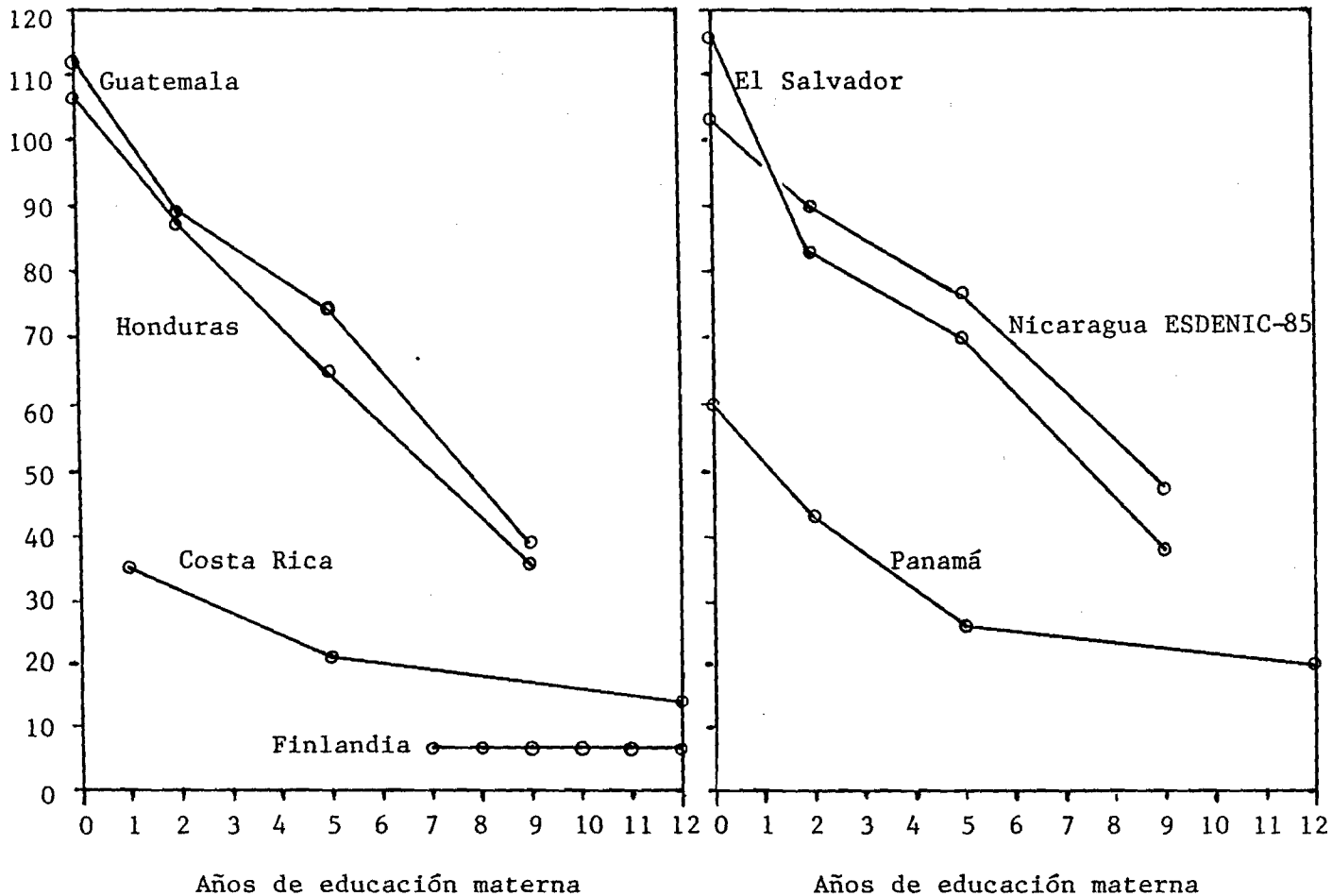
Hasta aquí se ha hecho una descripción de los niveles de la mortalidad infantil, la estructura a su interior, los diferenciales urbano-rurales y las diferencias sociales de la mortalidad infantil, a través de la educación materna. Para aprehender el fenómeno en todas sus manifestaciones, es necesario incorporar el estudio de las causas de muerte en esta población; ello es de suma importancia para orientar en forma adecuada a políticas y programas de salud en este campo.

Gráfico 6

LAS DIFERENCIAS SOCIALES DE LA SOBREVIVENCIA INFANTIL

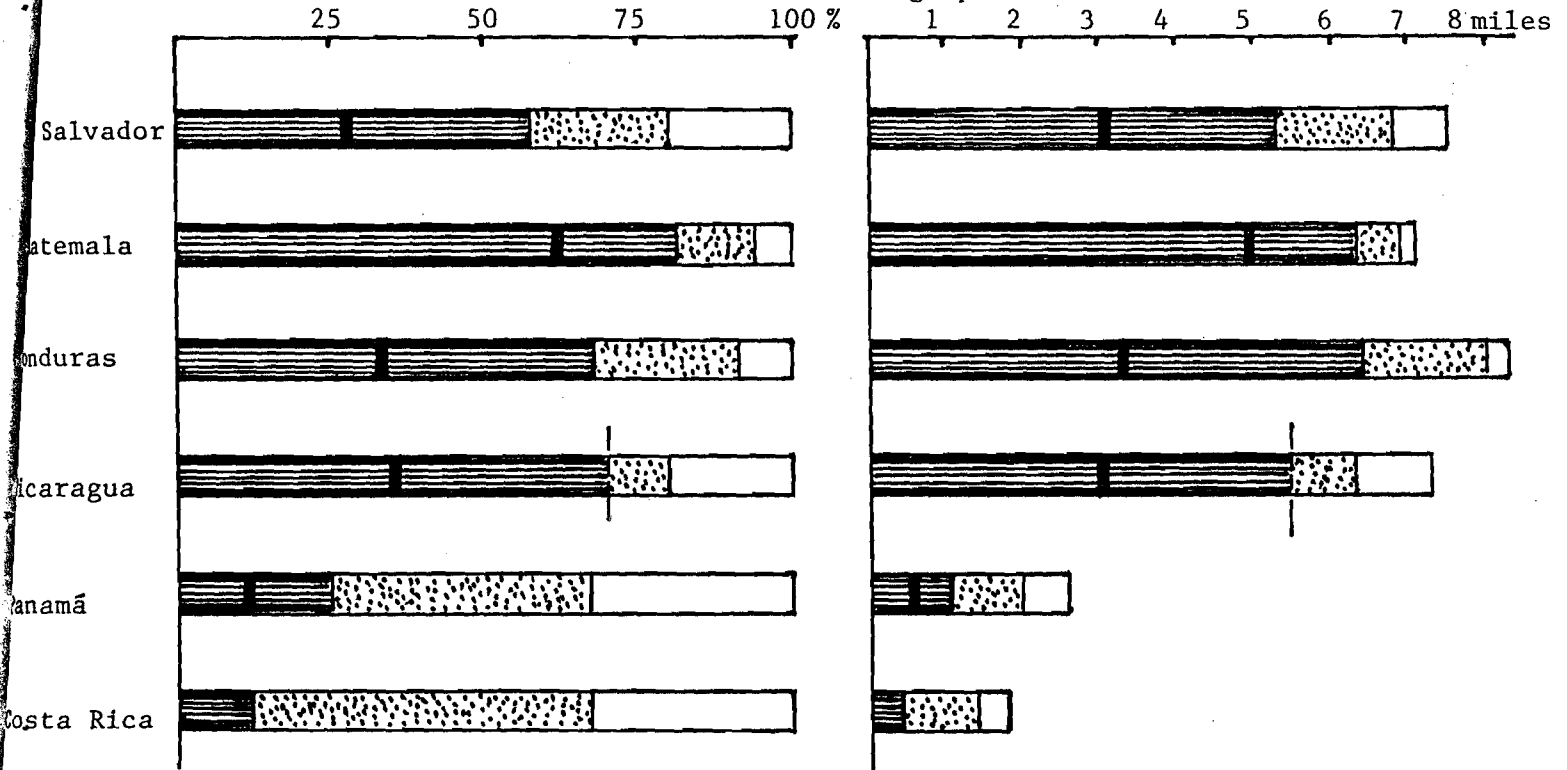
A. Los contrastes en los riesgos de muerte

Tasas



B. Distribución social de los expuestos

C. Distribución de las muertes por grupos sociales



▨ 0-3 años de educación materna

▤ 4-6 años

□ 7 y más años

VII. LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE INFANTIL.

Los países de la subregión de alta mortalidad, tienen una mortalidad infantil con alto predominio de muertes de etiología infecciosa (vease el gráfico 7, las tasas se expresan por 10 000 nacidos vivos). Dentro de ellas destacan las intestinales, que incluyen: Cólera, Tifoidea, Salmonelosis, Shigelosis, Amebiasis, Otras intestinales provocadas por protozoarios, Otras infecciones intestinales y aquellas mal definidas. Los países más desfavorecidos promedian una tasa de 235 por diez mil, el valor más elevado corresponde a Honduras, cuya tasa es 30 veces la de Costa Rica.

El segundo lugar de importancia, dentro de las causas de muerte, lo ocupan las infecciones respiratorias agudas, este grupo comprende a: Infecciones respiratorias agudas de las vías superiores, Bronquitis y Bronquiolitis agudas, Influenza, Neumonía, Bronquitis no calificada, Angina estreptocócica y Escarlatina, Otitis media y Mastoiditis.

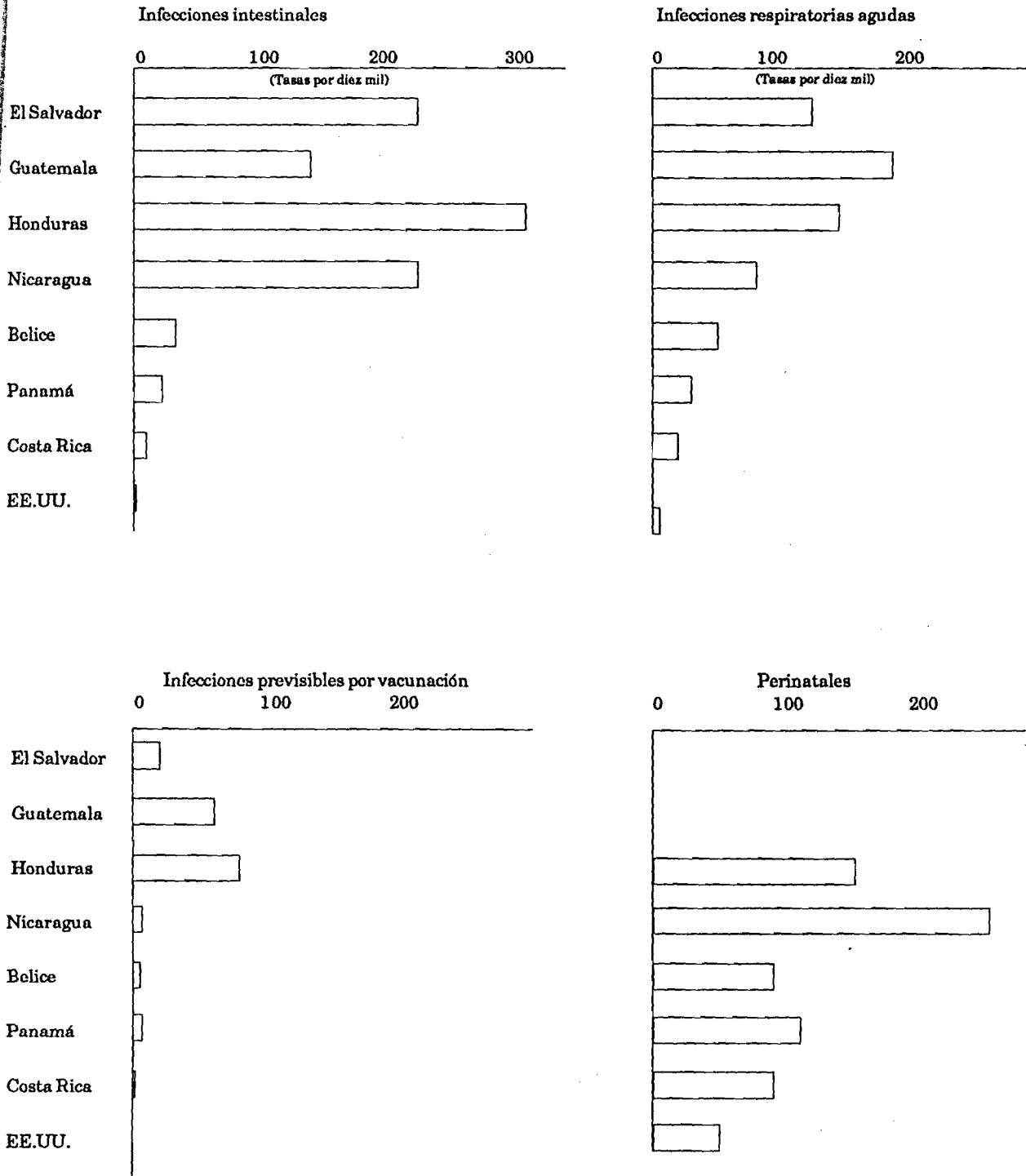
Los contrastes no son tan marcados, en este grupo de causas de muerte, respecto al país de menor mortalidad (Costa Rica). La razón estriba en el hecho de que aún en este país se pueden lograr progresos en el control de las causas involucradas en este grupo. Pero aún así los cuatro países promedian una tasa de 135 por diez mil, siete veces la tasa de Costa Rica.

Estos dos grupos de causas de muerte son "culpables" del 50% de la tasa de mortalidad infantil en El Salvador, Guatemala y Honduras y de un 43% en Nicaragua, significando sólo un 11% en Costa Rica.

Dentro de la mortalidad controlable, están las infecciones prevenibles por vacunación. Ellas son: Tuberculosis, Difteria, Tos férina, Tétanos, Poliomielitis y Sarampión. Se atribuye a estas enfermedades 20 muertes de cada diez mil nacidos vivos en El Salvador, 60 en Guatemala y 82 en Honduras (esto significa un 10% de la tasa de mortalidad infantil de este país). Es llamativo, pero demostrativo de que aún en situaciones difíciles es posible el control de estas enfermedades, el avance logrado por Nicaragua en este campo, muestra tasas similares a las de Belice y Panamá.

Otro rubro importante de causas de muerte lo constituyen las perinatales. Se incluyen en el grupo: Enfermedades maternas que afectan al recién nacido, Complicaciones obstétricas, Crecimiento lento, desnutrición fetal, gestación corta y bajo peso al nacer, Traumatismo del nacimiento, Hipoxia, asfixia y otras respiratorias del recién nacido, Enfermedad hemolítica RH, y Otras perinatales. Por deficiencias en la información básica no se presentan las tasas de El Salvador y Guatemala. Hay exceso de esta mortalidad en Nicaragua y en menor medida en Honduras con respecto a Costa Rica. Pero esta mortalidad tiene peso significativo aún en los países de menor mortalidad, poniendo en evidencia el escenario en que estos países deben luchar para continuar el descenso de la mortalidad infantil.

Gráfico 7
 LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE INFANTIL



Y estos escenarios se ejemplifican con las experiencias de Honduras, Costa Rica y Estados Unidos.

VIII. BAJA DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA DE LAS CAUSAS DE MUERTE.

El gráfico 8 permite caracterizar las diferentes situaciones que es posible encontrar en la región. Por un lado se tiene a Honduras que es representativa de los países de mayor mortalidad del área centroamericana, Costa Rica como el país de menor mortalidad del área y Estados Unidos como un representante de baja mortalidad.

La tasa de mortalidad infantil de estos tres países, con la estructura por causas de muerte que muestran actualmente, es representativa del proceso de descenso de la mortalidad infantil de un país; es decir, semejan la transición epidemiológica que conduce de un nivel elevado a un nivel bajo de mortalidad infantil.

El paso de una mortalidad alta como la de Honduras, al nivel de la mortalidad costarricense, implica el control radical de la mortalidad atribuible a enfermedades infecciosas y parasitarias, también de la extensión a toda la población de los programas de vacunación masiva.

Otra es la situación de Costa Rica, donde aún persisten residuos del pasado; hay componentes minoritarios, pero controlables, de mortalidad debida a infecciones intestinales e infecciones respiratorias. Comparando con Estados Unidos la sobremortalidad de este país tiene su explicación en el exceso debido al grupo de las perinatales y, dentro de éstas, en las anomalías congénitas.

Para terminar y como reflexión final, comentar de que en esta exposición se trató de describir las distintas facetas que condicionan la mortalidad infantil del área centroamericana, se hizo énfasis en medidas demográficas y del campo de la salud. Es patente la necesidad de profundizar las acciones conducentes a acelerar el descenso de esta mortalidad, pero estas acciones desbordan el campo sanitario para abarcar y comprometer a otros sectores: vivienda digna, servicios básicos, saneamiento ambiental, salarios dignos, educación para toda la población; son elementos que forman parte de la solución.

En la presentación se dijo que como mínimo 50 000 muertes de menores de un año pueden ser evitadas en la región anualmente. Esta aseveración parte del hecho de que la tasa, para el momento en que se efectuó el estudio (1980-85), es del orden de 70 por mil para el conjunto regional, esa tasa opera sobre un millón de nacimientos o sea provoca 70 000 defunciones; (un genocidio silencioso, pero muy doloroso porque es el de los más indefensos).

Si se llegara a una tasa de 20 por mil, se lograría esa reducción. Y éste no es un valor utópico, se mencionó que la tasa de mortalidad infantil de Costa Rica en 1988 está por debajo de 15, pero esta mortalidad es casi tres veces la de Japón; o sea que esta situación de privilegio en la región, indica que aún hay camino por recorrer.

Gráfico 8

BAJA DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA POR CAUSAS

