

MÉTODOS SELECCIONADOS DE ANÁLISIS EN
POBLACION Y DESAROLLO.

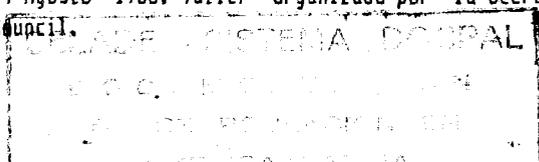
2o. TALLER REGIONAL DE CAPACITACION,
19-30 DE ENERO 1987
CELADE-SAN JOSE, COSTA RICA

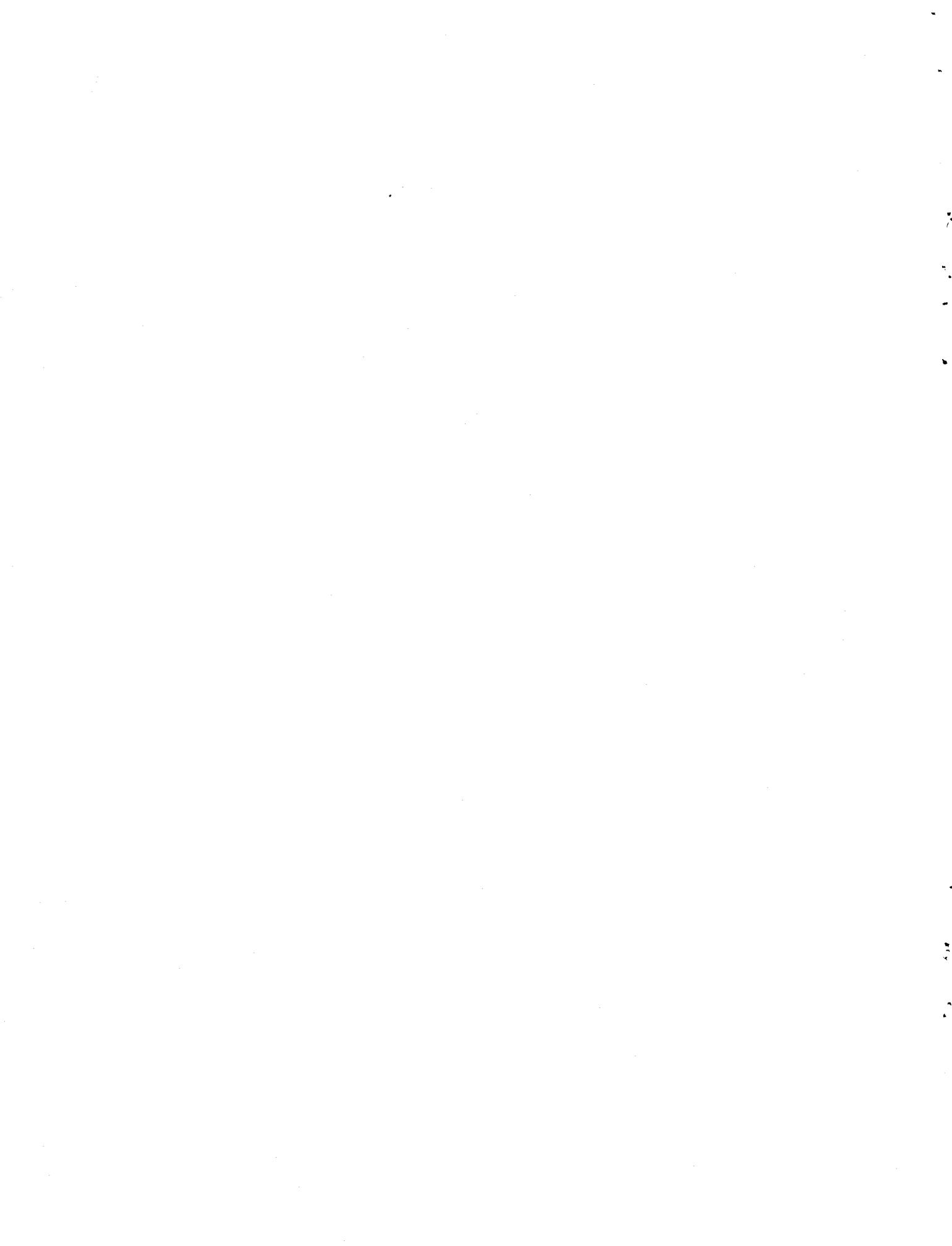
SOBREVIVENCIA EN LA INFANCIA:
LAS DIMENSIONES DEL PROBLEMA
EN AMERICA LATINA¹

Hugo Behm R.

Documento IRC No.1

¹ Basado en documento presentado al Taller Internacional "Sobrevivencia en la Infancia: Problemas y Prioridades", México 22-24 Agosto 1985. Taller organizado por la Secretaria de Salud, El Colegio de México y The Population Council.





SOBREVIVENCIA EN LA INFANCIA: LAS DIMENSIONES DEL PROBLEMA

EN AMERICA LATINA

En este trabajo se resumen las características epidemiológicas más relevantes de la mortalidad en el menor de cinco años en América Latina. El objetivo es identificar y caracterizar las poblaciones expuestas a distintos niveles de riesgo, considerando en lo posible las tendencias recientes de la mortalidad diferencial, como un aporte a la discusión de políticas sobre mortalidad.

A pesar de que se han utilizado las mejores estimaciones disponibles de la mortalidad en esta edad, debe recordarse que ellas están sujetas a variadas restricciones, que se originan en las deficiencias de los datos básicos y en los supuestos utilizados en las estimaciones (1). No obstante, se piensa que las características generales que se describen a continuación son válidas.

La brecha con el mundo avanzado es importante y creciente

Aunque esta brecha es consecuencia inevitable de las disparidades existentes en el mundo de hoy, tiene el interés de señalar la magnitud de la tarea que queda por delante en mejorar las condiciones de sobrevivencia del niño en nuestra región. En tanto que en los países económicamente desarrollados más de 980 de cada mil nacidos sobreviven hasta los cinco años de edad, en América Latina, en 1975-1980, esta probabilidad de sobrevivir alcanza sólo a 900 por mil (2).

Las estimaciones de las tasas de mortalidad infantil elaboradas por Naciones Unidas señalan para 1985 una cifra cuatro veces mayor en América Latina (58 por mil) que en los países avanzados (16 por mil). El contraste es aún mayor si se consideran los países que van a la vanguardia en la reducción de la mortalidad en el mundo, en los cuales la muerte en esta edad es un hecho excepcional (en Japón, 1983, la tasa es 6.2 por mil). No obstante, la América Latina aparece en condiciones más favorable que otras regiones subdesarrolladas: las tasas correspondientes son 111 por mil en África y 103 en el Asia Meridional. También es estimulante comprobar que la mortalidad infantil ha tenido un notable descenso en América Latina entre 1950-55 y 1980-85, con una baja de 128 a 63 por mil y una discreta aceleración del descenso en el último decenio. En el gráfico 1 se compara la evolución de las tasas estimadas y proyectadas para la región con la mortalidad observada en un grupo de países avanzados (3), a partir de un igual nivel de mortalidad. América Latina logra un progreso entre 1960-65 y 1980-85 que es similar al del grupo de comparación entre 1910 y 1930 (véase

Cuadro 1). Pero en este último, terminada la guerra y extendido el uso de nuevos medios de prevención y tratamiento de enfermedades, la baja se ha acelerado, lo que no se prevee que ocurra en Latinoamérica. Si esta proyección se confirmara en el futuro, la brecha con el mundo avanzado será cada vez mayor. A corto plazo, se yergue como preocupante factor adverso la crisis financiera mundial, cuyas peores consecuencias afectan a los países subdesarrollados (4).

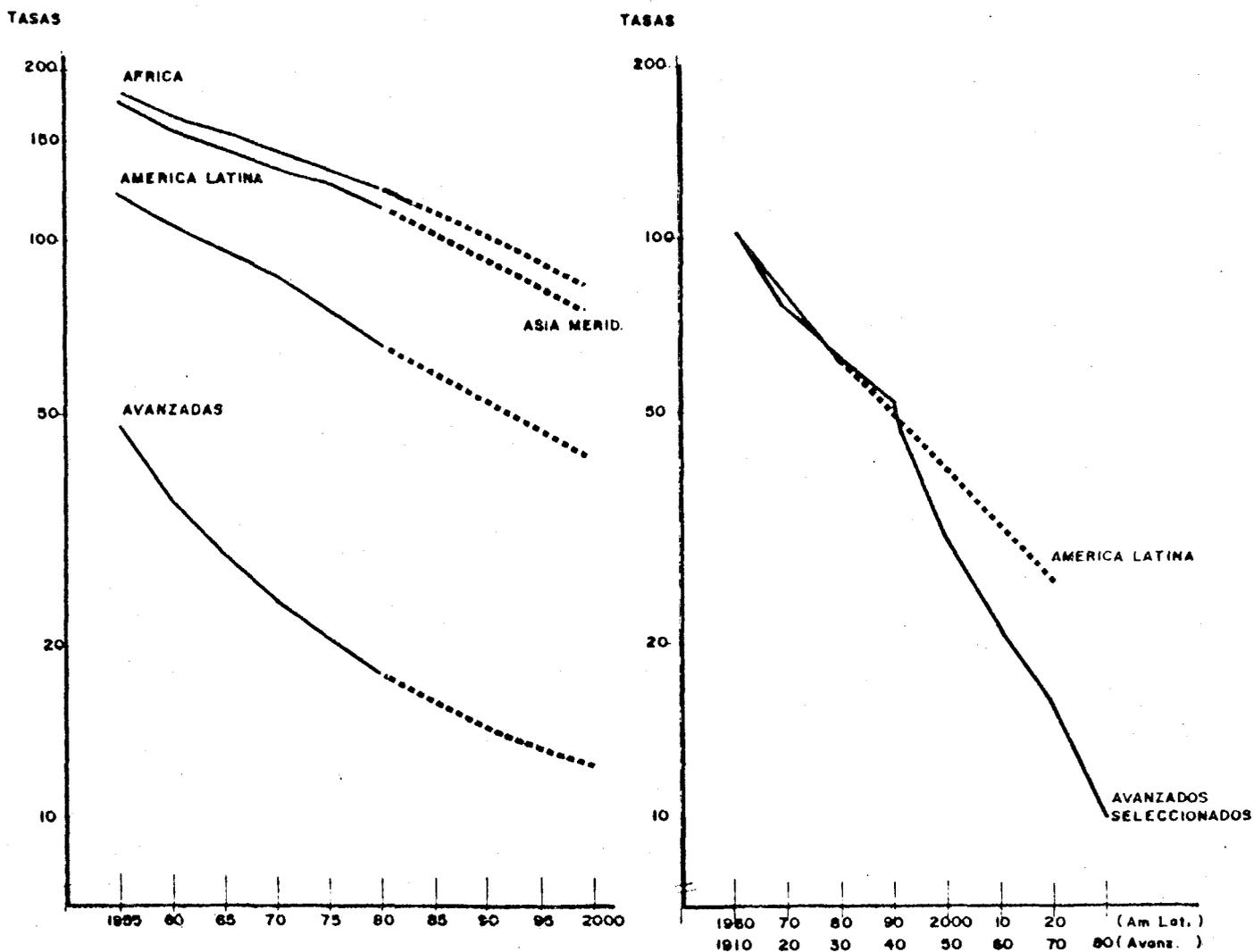
CUADRO 1: TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL ESTIMADAS Y PROYECTADAS, AMÉRICA LATINA (1960-2025) Y PAÍSES AVANZADOS (1910-1980)

<u>América Latina</u>			<u>Países Avanzados</u>			<u>Razón</u>
Año	Tasa	Baja % decenal	Año	Tasa	Baja % decenal	América Latina / Países Avanzados
1960-1965	102		1910	101		1.0
1970-1975	82	20	1920	79	22	1.04
1980-1985	63	23	1930	63	20	1.0
1990-1995	50	21	1940	52	18	0.96
2000-2005	40	20	1950	31	40	1.29
2010-2015	32	20	1960	22	29	1.45
2020-2025	26	19	1970	16	27	1.62
			1980	10	38	

Fuentes: Naciones Unidas, 1984; Rosero, 1983

GRAFICO 1

TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR REGIONES MUNDIALES.



FUENTE:

NACIONES UNIDAS,
1984, CUADRO 1

Hay considerables contrastes epidemiológicos entre los países

El desarrollo económico y social tiene diferencias sustanciales entre los países de la región. En consecuencia, el riesgo de morir entre el nacimiento y los cinco años de edad en 1975-80 es también muy variable, desde 34 por mil en Cuba hasta 221 por mil en Bolivia. Las cifras correspondientes son 17.4 por mil en Estados Unidos y 9.2 por mil en Suecia.

En el cuadro 2 los países han sido agrupados en tres categorías según el nivel de esta mortalidad en 1975-1980; las tendencias en los últimos 30 años se presentan en el gráfico 2.

En el grupo de moderado riesgo la vanguardia esta formada por Cuba y Costa Rica (tasas de 34-35 por mil). Son dos países con sistemas políticos muy diferentes, que tienen en común haber implementado vigorosas políticas, especialmente en el campo social, que tienden a beneficiar, sin discriminaciones, a toda la población. Ambos muestran un mantenido descenso de la mortalidad entre 1955 y 1980, que supera 30% decenal y que se acelera en los años 70, para alcanzar el 60% en Costa Rica (5). Obsérvese que el nivel de mortalidad alcanzado en 1975-80, que es notablemente bajo para América Latina, es el que existía en 1955 en Estados Unidos (6).

En este mismo grupo se incluyen cuatro países sudamericanos (Argentina, Chile, Uruguay y Venezuela), además de Panamá, cuyas mortalidades varían entre 46 y 56 por mil. El grupo es heterogéneo en sus tendencias. Uruguay y Argentina, que experimentaron un temprano e importante desarrollo capitalista, estaban hace 20 años a la vanguardia de la transición de la mortalidad en la región. Pero sus magros progresos ulteriores los han colocado ahora en segundo lugar. Chile y Panamá, por el contrario, se caracterizan por una aceleración del descenso en el último decenio (54% y 43%, respectivamente). El total del grupo de mortalidad moderada promedia 49 por mil en 1975-80, nivel alcanzado por Estados Unidos en 1945. En la población de mortalidad moderada se estima que ocurrirían anualmente el 16.4% de los nacimientos y el 8% de las defunciones de menores de cinco años de la región.

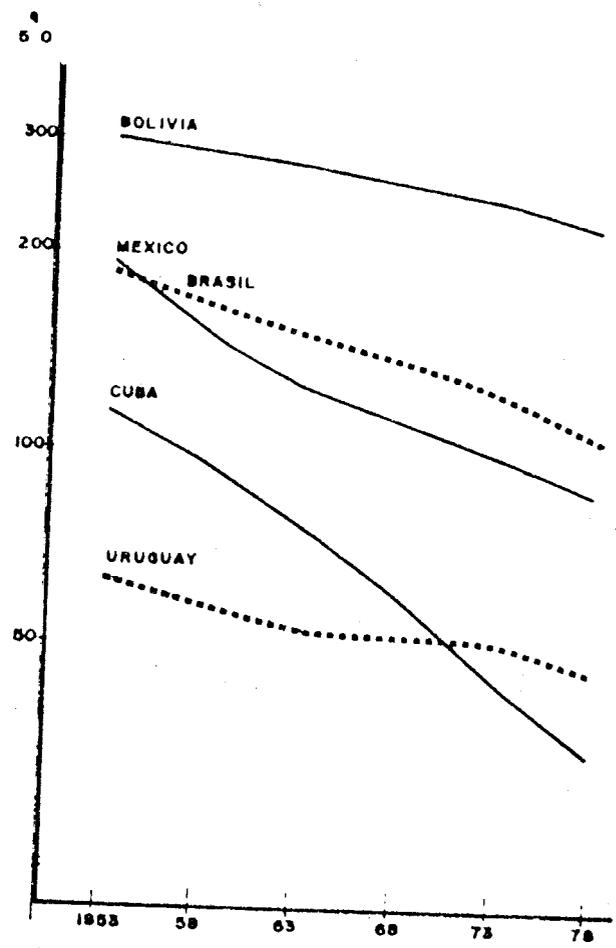
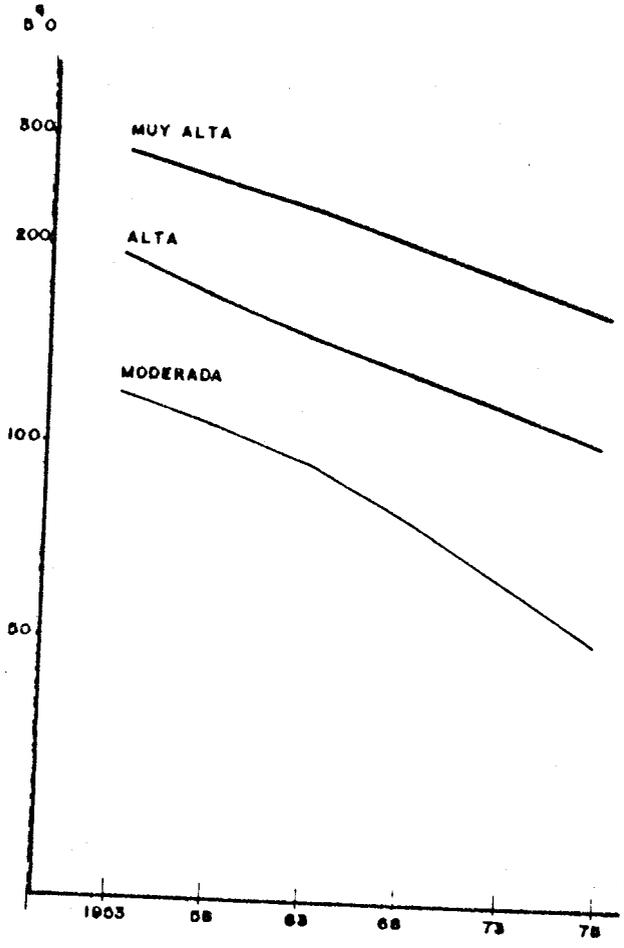
En el otro extremo, la categoría de muy alta mortalidad incluye países que, en general, corresponden a los menos desarrollados del Caribe (Haití), América Central (Guatemala, Honduras y Nicaragua) y de la región andina (Bolivia y Perú). Tres de ellos tienen una importante población indígena, que en general se ha mantenido marginada del proceso de desarrollo. El riesgo promedio de morir del niño sube a 162 por mil, que es cinco veces mayor que el de los países latinoamericanos que están en la vanguardia y similar al existente en Estados Unidos a comienzos del siglo XX. El descenso porcentual decenal es menor que en los otros grupos (con excepción de Guatemala). En un estudio más detallado de Perú y Honduras, Palloni (1985) hace notar que la desaceleración en la reducción de la mortalidad se produce con tasas altas. Debido a que los determinantes de una alta mortalidad son también en parte los que condicionan una fecundidad elevada, en el total de este grupo se estima que ocurre casi el 15% de los nacimientos

CUADRO 2: MORTALIDAD DEL MENOR DE CINCO AÑOS EN PAISES DE AMERICA LATINA, 1955-1980

Países según nivel de mortalidad	5 ^o por 1000			Porcentaje reducción		Nacidos vivos	Defunciones anuales	
	1955-1960	1965-1970	1975-1980	1955-60 a 1965-70	1965-70 a 1975-80	1975-1980 Porcentaje	0-4 años Miles	1975-1980 Porcentaje
TOTAL								
América Lat.	166	131	99	21	24	100.0	1,106	100.0
Estados Unidos	32	26	17	19	35	-	-	-
MODERADA	106	78	49	26	37	16.4	88.6	8.0
Cuba	97	60	34	38	43			
Costa Rica	125	87	35	30	60			
Uruguay	59	53	46	10	13			
Panamá	113	82	47	27	43			
Argentina	75	69	48	8	30			
Chile	149	107	49	28	54			
Venezuela	125	84	56	33	33			
ALTA	166	130	99	22	24	68.9	752.6	68.0
Paraguay	141	105	74	26	30			
México	153	113	87	26	23			
Colombia	160	119	93	26	22			
Ecuador	191	155	116	19	25			
Brasil	169	139	106	18	24			
Rep. Dom.	215	158	111	27	30			
El Salvador	221	161	114	27	29			
MUY ALTA	252	205	162	19	21	14.7	264.8	24.0
Guatemala	224	181	134	19	26			
Nicaragua	223	173	140	22	19			
Honduras	246	195	146	21	25			
Peru	246	199	155	19	22			
Haití	279	221	175	21	21			
Bolivia	289	259	221	10	15			

Fuentes: CELADE, 1983 y 1984.

MORTALIDAD DEL MENOR DE CINCO AÑOS.
PAISES LATINOAMERICANOS.



regionales y una cuarta parte de todas las defunciones de menores de 5 años en América Latina.

El grupo intermedio entre los dos que se han descrito es el más numeroso y comprende los dos países más poblados de la región (Brasil y México). El riesgo promedio de morir es de casi 100 por mil (variando entre 74 y 114), el cual duplica el nivel del grupo de mortalidad moderada y equivale a la mortalidad de Estados Unidos hacia 1925. El descenso decenal promedia 23% y tiende a ser estacionario, aunque bastante variable entre países.

En suma, en una mayoría de la población latinoamericana persiste en 1975-80 una alta mortalidad en el menor de 5 años, el descenso es moderado y no hay una tendencia a una aceleración de la baja. Mas aún, el progreso es menor precisamente en las poblaciones con mayor mortalidad. Si se aplica la probabilidad de morir que Cuba y Costa Rica demuestran que es factible alcanzar en América Latina, a los nacimientos anuales estimados para 1975-80 (que son 11,118,000), se esperarían 383 mil defunciones anuales en esta edad en vez de las 1,106,000 que se supone que ocurrieron. Esto significa un exceso de casi 3/4 de millón de defunciones anuales en los cinco primeros años de vida del niño en América Latina.

El desigual desarrollo urbano-rural condiciona significativos contrastes geográficos de la mortalidad en cada país

El análisis de las diferencias geográficas de la mortalidad se ve dificultado porque la omisión en el registro de nacimientos y defunciones a menudo es diferencial geográficamente, lo que puede distorsionar seriamente las comparaciones. Por otra parte, las estimaciones obtenidas con métodos indirectos, por la naturaleza de los supuestos implícitos, pueden estar afectadas por las migraciones internas. En todo caso, la información disponible muestra importantes y consistentes contrastes en la mortalidad del niño.

En general, los estudios de esta mortalidad por divisiones político-administrativas en los países señalan que aquéllas que comprenden ciudades mayores, en especial si es la capital nacional, tienden a una menor mortalidad que en el resto del país. Un panorama más general de estos contrastes se obtiene utilizando las categorías urbano y rural. En el cuadro 3A se presentan estimaciones de la probabilidad de morir antes del primer o segundo cumpleaños en 14 países, para estas dos poblaciones. En todos ellos se observa una sobremortalidad rural, aunque de magnitud bastante variable. En El Salvador y Nicaragua prevalece en 1966-67 una alta y similar mortalidad en ambas regiones, y Paraguay muestra también un contraste urbano/rural pequeño, siendo un país de mucho menor mortalidad. Por otra parte, Brasil parece una excepción: las diferencias urbano/rurales de la esperanza de vida son pequeñas y en algunas regiones ésta es mayor en el sector rural (Carvalho y Wood 1978; Sawyer y Soarez, 1983).

El hecho más significativo que revelan estudios recientes (Guzmán, 1984) es la extensión de la baja de la mortalidad en la infancia a las poblaciones rurales más expuestas. En el cuadro 3-B y en el gráfico 3 se reproducen las tasas de Honduras, Panamá y Costa Rica, que quizás ilustran algunas de las etapas de un proceso que aparentemente se desarrolla en las siguientes fases: (a) altas mortalidades en ambas áreas, aunque algo menor en la urbana; (b) el descenso se inicia en esta última, el diferencial aumenta y la tasa nacional empieza a descender; (c) el sector rural se incorpora a la baja, y su intensidad llega a sobrepasar el descenso urbano; el contraste urbano-rural se reduce y el descenso de la tasa nacional se acentúa. Sin embargo, hay muchas variaciones entre países: Guatemala y Panamá, con muy diferentes niveles de riesgo, muestran un descenso similar en ambos sectores de la población.

Lo importante es anotar que, particularmente en los países de alta mortalidad y ruralidad, la reducción sustantiva de la tasa nacional requiere que la población rural se incorpore decididamente al proceso de baja. En Costa Rica (Rosero, 1983) ha demostrado que el espectacular descenso de la mortalidad infantil en la década de 1970 resultó de una generalizada reducción en los cantones de predominio rural, que minimizaron su diferencia con las tasas urbanas. Tal evolución parece asociada a una exitosa extensión de los servicios de atención médica a la población rural, en especial la más dispersa.

A pesar del proceso de urbanización ocurrido en América Latina, se estima que en 1985 el 40% de la población menor de 5 años tiene residencia rural (CELADE, 1984). Mas aún, en el conjunto de los países identificados como de mayor mortalidad en el cuadro 2, esta proporción sube al 57%, mientras que en el grupo de países de menor mortalidad sólo alcanza el 27%. Este hecho epidemiológico da particular vigencia a la estrategia de extensión de la atención primaria de salud que hoy se postula.

La sobrevida medrada del niño en el sector rural de América Latina ocurre en el postergado polo de desarrollo que el agro constituye en la región. Según un informe especializado de Naciones Unidas (CEPAL, 1978), el desarrollo capitalista del agro está asociado a la concentración de los medios de producción (tierra, tecnología), en desmedro de los productores campesinos, que terminan por proletarizarse. En general, las reformas agrarias no han podido cambiar esta situación. El sector más desarrollado de la agricultura, que monopoliza los recursos financieros y técnicos, se orienta a la exportación y no a la producción local de alimentos. Los servicios sociales (incluyendo salud y educación, especialmente pertinentes para la sobrevida del niño) benefician de preferencia al sector urbano, sobre todo al metropolitano. Las dificultades se agravan por problemas de accesibilidad física en el sector rural y, en algunos países, por predominar en ellos la población indígena, que es mantenida ajena al proceso de desarrollo.

En algunos países ha sido posible perfeccionar la clasificación dicotómica urbano/rural y distinguir un mayor número de categorías en

CUADRO 3: MORTALIDAD URBANA Y RURAL DEL MENOR DE DOS AÑOS

3 - A

3 - B

País	Año	Urb. Rur. R/U			País	Año	Urb. Rur. R/U		
Cuba	1973-75	26	31	1.19	Honduras	1960	122	138	1.13
Costa Rica	1968-69	60	192	1.53		1970	90	120	1.33
	1975-79	18a	26a	1.44		1980	56	94	1.68
Chile	1965	84	112	1.33	Baja	1960			
					a	1980	54%	32%	-
Parag. a/	1960	65a	73	1.12	Panamá	1966	36	51	1.42
	1975	50	56	1.12		1970	30	49	1.63
Colombia	1965-69	75	109	1.45		1976	28	34	1.21
Ecuador	1969-70	98	145	1.48	Baja	1986			
Rep. Dom.	1970-71	115	130	1.13	a	1976	22%	33%	-
El Salv.	1966-67	139	148	1.06					
Guatem. a/	1960	116	149	1.28					
	1976	77	101	1.31					
Nicaragua	1966-67	143	152	1.06					
Perú a/	1960	133	180	1.35					
	1975	80	150	1.88					
Bolivia	1971-72	166	224	1.35					

3 - C

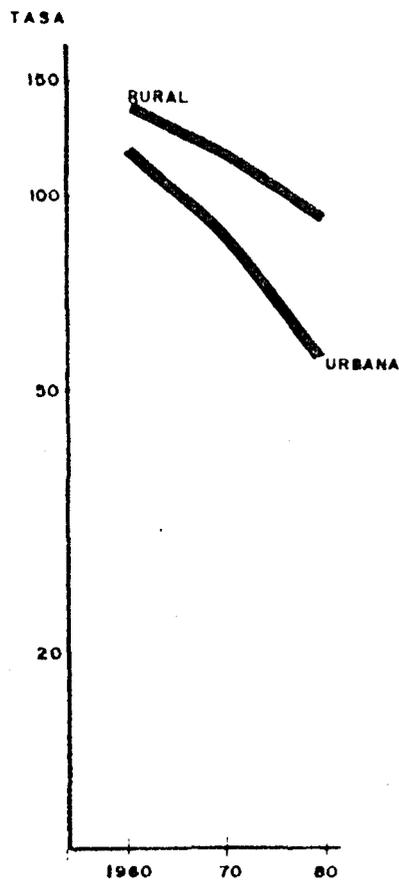
Grado de ruralidad	Ecuador 1969-70		Guatemala 1976		Bolivia 1971-72	
		Razón		Razón		Razón
Urbano						
Grandes ciudades	80	1.0	71	1.0	114	1.0
Ciudades interiores	114	1.42	96	1.35	138	1.21
Resto urbano	117	1.46	103	1.45	136	1.19
Rural						
Rural media	134	1.68	121	1.70		
Rural alta	151	1.89	124	1.75	171	1.50

a/ 1990

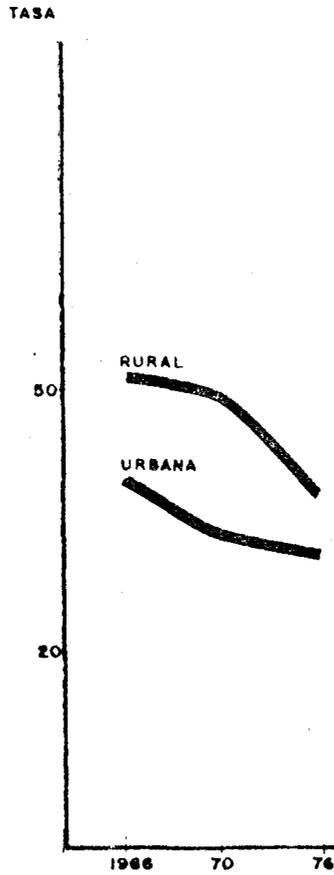
Fuentes: Behm, 1981, 1976-84; CELADE-UNICEF, 1985; Guzmán, 1984; Rosero, 1983.

GRAFICO 3

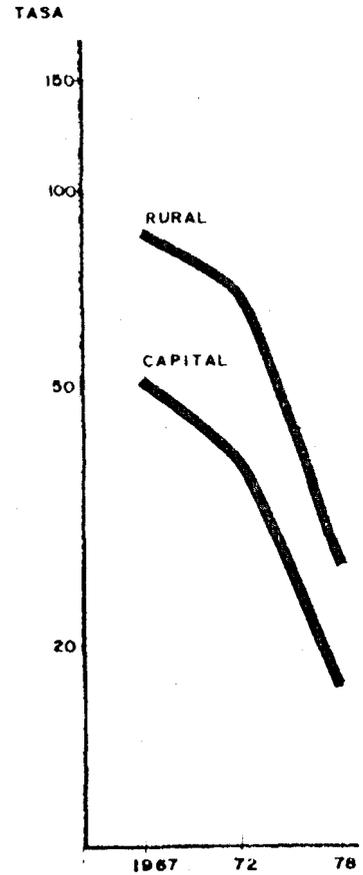
TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL URBANA Y RURAL EN AMERICA LATINA



HONDURAS



PANAMA



COSTA RICA

FUENTE

CUADRO 3 ,
ROSETO , 1983.

esta dimensión (cuadro 3-C). El estrato de grandes ciudades corresponde mayoritariamente a la capital nacional, sede del poder político y polo dominante del desarrollo industrial, que concentra recursos en la prestación de servicios sociales, a los cuales la población tiene una mayor accesibilidad física. A pesar de las disparidades sociales que existen en este sector metropolitano, este grupo tiene la menor mortalidad en cada país (7). El resto del sector urbano tiene excesos sobre este nivel de variable entre 19% y 46%, sin que haya grandes diferencias entre los dos estratos que se han identificado en este sector. Los estratos rurales muestran un franco rezago y las tasas aumentan a medida que el grado de ruralidad es mayor, para alcanzar excesos de hasta 89% respecto al nivel existente en la propia capital del país.

Las enfermedades letales que predominan son infecciones previsibles y tratables

Es habitual denominar "causas de muerte" a las entidades mórbidas, médicamente definidas, que anteceden y ocasionan la defunción. Con frecuencia tales entidades están a su vez generadas por un conjunto de determinantes que radican en la sociedad y el hogar en que el niño vive. En tal sentido, las causas de muerte no son tales, sino que constituyen variables intermedias que se asocian de un modo más próximo a la muerte (Mosley, 1984).

No obstante, esta información sigue siendo crucial en las diversas etapas de la formulación, implementación y evaluación de políticas y programas destinados a incrementar la sobrevivencia del niño. El problema práctico para obtener estos datos reside en que la clasificación de "causas de muerte" implica la atención profesional durante la enfermedad previa al fallecimiento, atención que dista de ser la regla en la mayor parte de América Latina. De hecho, esta información es deficiente precisamente allí donde sería más útil, esto es, en los grupos de mayor morbi-mortalidad.

En el cuadro 4 y el gráfico 4 se resumen algunas características generales de las más frecuentes enfermedades letales en el menor de cinco años alrededor de 1978. Ha sido posible distinguir tres grupos principales: las enfermedades infecciosas y parasitarias (identificando, entre ellas, las muertes por enfermedades diarreicas), las afecciones respiratorias agudas y las causas perinatales (8). Se omite un grupo importante, formado por las muertes debidas directa o indirectamente a la desnutrición, por deficiencias en la información disponible. Se presenta la distribución proporcional de las muertes (sobre el total con causa definida de defunción) y las tasas, corregidas por omisión. Por falta de datos, no se incluyen Brasil en el grupo de alta mortalidad y los dos países con las más elevadas tasas (Haití y Bolivia) en el grupo de más alta mortalidad.

La etiología de la muerte en los primeros cinco años de vida en América Latina esta dominada por la infección. Ella traduce la persistencia de condiciones que favorecen la exposición a un ambiente contaminado y disminuyen la resistencia a la infección, así como a deficiencias en la prevención y tratamiento oportuno de la enfermedad.

CUADRO 4: PRINCIPALES GRUPOS DE ENFERMEDADES LETALES EN MENORES DE CINCO AÑOS, AMERICA LATINA, CIRCA 1978

Grupos de países según mortalidad 0-4 años	Enfermedades infecciosas parasitarias	Afecciones respir. agudas	Causas perinatales	Restantes	
Total - Diarreicas					
Mortalidad proporcional <u>b/</u> (%)					
TOTAL - Amér.Lat.	36.3	24.2	19.7	18.6	25.4
Estados Unidos	5.4	1.6	3.9	45.6	45.1
Mort. moderada (6.9 - 11.7)	23.1	12.4	12.0	33.4	31.5
Mort. alta (15.7 - 26.0)	38.2	27.0	21.7	15.4	24.7
Mort. muy alta (30.0 - 35.5)	42.9	26.3	20.3	15.2	21.6
Tasas de mortalidad <u>c/</u> (por 10,000)					
TOTAL - Amér. Lat.	63.2	42.2	34.3	32.4	44.2
Estados Unidos	1.7	0.5	1.2	14.3	14.1
Mort. moderada	19.9	10.7	10.4	28.8	27.2
Mort. alta	68.8	48.7	39.1	27.7	44.5
Mort. muy alta	146.5	89.9	69.4	51.8	73.8

a/ Por falta de datos se excluyen Brasil en el 2do. grupo y Haití y Bolivia en el 3ero.

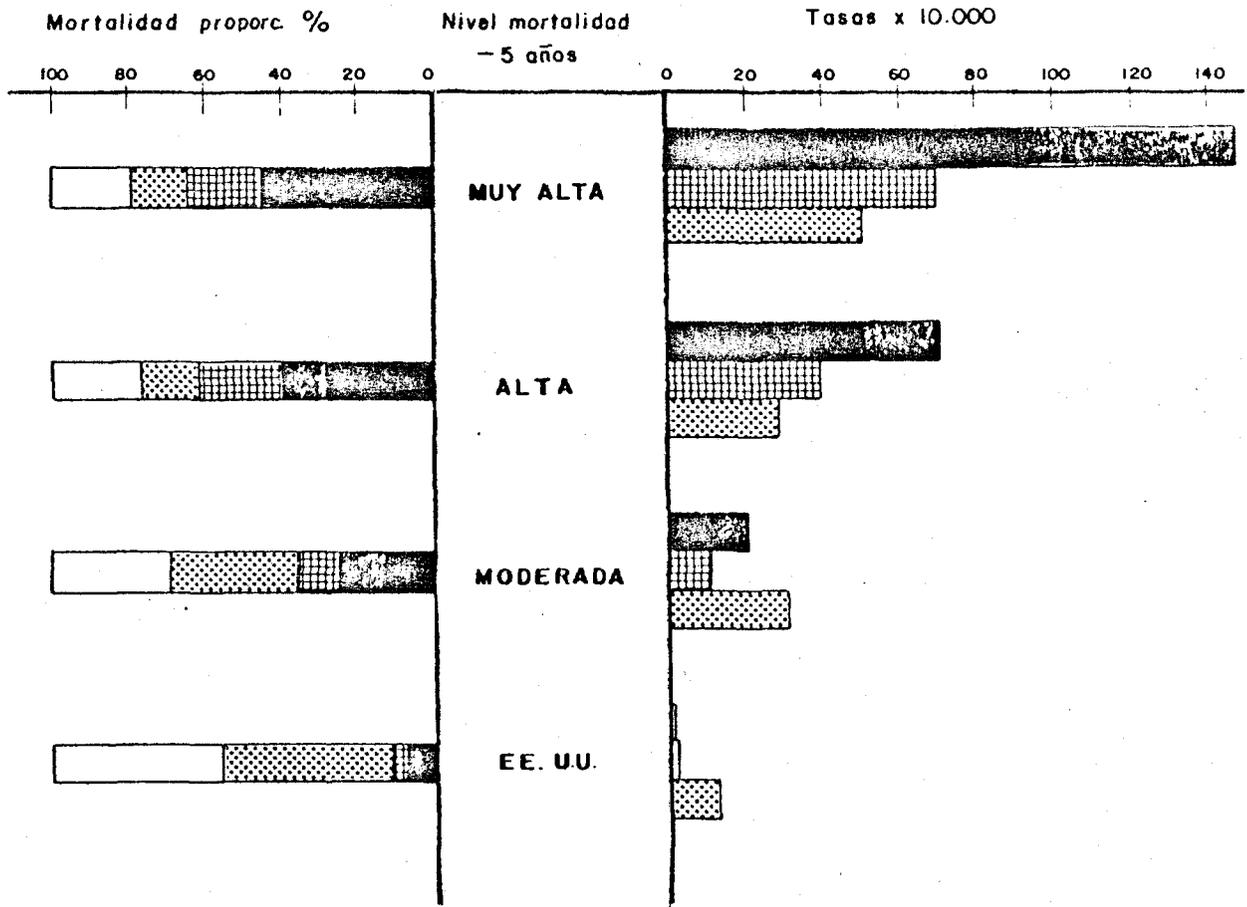
b/ Calculada excluyendo causas mal definidas.

c/ Tasas corregidas por presunta omisión utilizando razón:tasa tabla mortalidad/tasa registrada, por todas las causas.

Fuentes: CELADE, 1983 y 1984; OPS, 1984.

GRAFICO 4

ALGUNAS CAUSAS DE MUERTE EN MENORES DE CINCO AÑOS. AMERICA LATINA.



simbología

-  INFECCIOSAS
DIARREAS
-  RESPIRATORIAS
-  PERINATALES

FUENTE :

CUADRO 4

En el total de países considerados, la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias (63.2 por 10,000) representa un enorme exceso respecto a la de Estados Unidos, que es 1.7. De este modo, este rubro aporta más de un tercio del total de defunciones en esta edad en América Latina. La tasa es creciente a medida que la mortalidad total es mayor, para alcanzar 146 por 10,000 en los países en peores condiciones.

En este conjunto de enfermedades infecciosas se ha identificado la mortalidad atribuida a las enfermedades diarreicas, que es la más importante y origina un cuarto del total de defunciones en esta edad. Las diferencias con Estados Unidos son inconcebibles y señalan un riesgo 86 veces mayor en América Latina. La tasa cubre de 10.7 a 89.9 por 10,000 a medida que la mortalidad global aumenta.

A pesar de todo, la situación actual implica progresos respecto a épocas pasadas. En la mortalidad por cinco enfermedades previsibles por inmunización, que son objeto de un programa especial, se ha descrito entre 1970 y 1979, que la proporción de este grupo del total de muertes ha bajado, de 5% a 3% en menores de un año, y de 14% a 9% en la edad 1-4 años (OPS, 1982). La baja parece haberse acelerado después de 1980 (9).

Las afecciones respiratorias agudas forman un segundo grupo importante de muerte: ellas son también de naturaleza infecciosa. Este grupo contribuye con un quinto de todas las muertes de la región en esta edad. La tasa es algo menor que en el grupo precedente (34.3 por 10,000), pero siempre con gran exceso respecto a Estados Unidos, (tasa 1.2 por 10,000). Las tasas son aún mayores en los países de muy alta mortalidad.

El grupo de condiciones patológicas comprendido en "causas perinatales" tiene características distintas. En Estados Unidos es un rubro mayoritario de muertes (45%) y su tasa aún elevada indica que no es un problema completamente resuelto. En América Latina, debido al predominio de la patología infecciosa, su importancia relativa es menor (19%) y las tasas, aunque elevadas, no tienen el violento contraste descrito anteriormente con Estados Unidos.

Obsérvese que los países en que la transición de la mortalidad del menor de 5 años se encuentra más avanzada, presentan una dualidad epidemiológica. Por una parte, las causas perinatales forman un tercio del total, con una importancia creciente y una mortalidad que duplica a la de los países avanzados: tienen que ser un objetivo importante en los planes de salud. Pero, por otro lado, las muertes asociadas a infecciones previsibles, forman aún una cuarta parte del total de defunciones, y de ellas, las enfermedades diarreicas contribuyen con la mitad; las tasas respectivas son bastante excesivas. Este conjunto significa un remanente importante en su transición epidemiológica, que también requiere preocupación.

En los países en que la calidad de la información básica lo permite, se ha podido establecer la contribución que algunos de estos grupos de causas hacen al descenso de la mortalidad infantil (10). Ciertos datos seleccionados que se presentan en el cuadro 5, indican que cuando las tasas de mortalidad infantil están en el rango de 20 a 80 mil, el control de las enfermedades diarreicas y de las afecciones respiratorias agudas puede hacer un impacto muy importante, de acuerdo a la experiencia de Costa Rica, Cuba y Chile. La baja que es atribuible a la prevención de enfermedades infecciosas por medio de la inmunización es más modesta, probablemente porque estos países ya habían hecho progresos en este campo.

CUADRO 5: CONTRIBUCION DE ALGUNOS GRUPOS DE ENFERMEDADES A LA BAJA DE LA MORTALIDAD INFANTIL, PAISES SELECCIONADOS

País	Año	Contribución porcentual a la baja				
		Tasa de mortalidad infantil	Enfermedades diarreicas	Afecciones respirat.	Infecciones vacunables	Perinatales
Costa Rica	1960	82				
	1972	60	47	25	10	
	1981	20	35	16	8	11
Cuba	1969	47				
	1983	17	19	26		23
Chile ^{a/}	1966-67	62				
	1975-76	30	30	57	3	

^{a/} Mortalidad post-neonatal

Fuente: Taucher, 1979; Rosero, 1984; Riverón, 1984

En suma, el análisis de las enfermedades letales predominantes en la infancia en la América Latina, muestra que en su mayoría son afecciones cuya prevención o tratamiento se conoce, y que el problema radica en los diversos factores que comprenden la plena utilización de este conocimiento (11).

Las desigualdades sociales ante la muerte son considerables

Para analizar las diferencias sociales en la sobrevivencia del niño, se requiere caracterizar a la población en estudio de acuerdo con un marco teórico adecuado e identificar categorías válidas para el estudio de los contrastes de mortalidad que existan. Uno de los enfoques de este problema postula que en una formación social concreta

es fundamental determinar las características históricas en que se encuentra el proceso de transformación de los modos de producción (Breilh, 1983). En este marco de análisis, la categoría más relevante es la clase social, que define el lugar que los individuos ocupan en un sistema de producción social históricamente determinado, sus relaciones respecto a los medios de producción y el papel que desempeñan en la organización social del trabajo. Estas circunstancias condicionan el acceso que ellos tienen a la riqueza social producida y, de este modo, determinan sus condiciones materiales de vida y afectan directamente al proceso de salud-enfermedad-muerte. Las clases no son homogéneas y el riesgo de muerte está mediatizado por numerosos factores. Los estudios empíricos que siguen esta línea de análisis son pocos: a los problemas conceptuales de definición de clases y fracciones de clases, se agrega la dificultad de operacionalizar este concepto por la escasa disponibilidad de la información requerida para ello.

Bronfman y Tuiran (1983) utilizaron una encuesta de alcance nacional en México para derivar estimaciones indirectas de la mortalidad en los primeros dos años de vida por clase social. Las clases insertas en la producción agrícola se caracterizan por una mayor mortalidad (101 por mil), que es 2-3 veces superior al de los sectores burgueses no agrícolas. No se observa diferencia entre campesinos y proletariado agrícola. En el sector productivo no agrícola, las clases burguesas se encuentran en la avanzada de la reducción de la mortalidad, con riesgos variables entre 31 y 56 por mil. Los hijos de obreros se ubican en situación intermedia y la fuerza de trabajo menos calificada tiende a una mayor mortalidad. En similar condición se encuentra la "fuerza de trabajo 'libre' no asalariada", que tiene ocupaciones inestables, con las cuales obtiene ingresos inferiores al costo estándar de reproducción de la fuerza de trabajo.

Hay un buen número de investigaciones que utilizan datos de censos y encuestas, con los cuales la clase social no puede ser precisada. En ellos se describen contrastes sociales de la mortalidad entre grupos definidos por las características de la ocupación del jefe del hogar, las condiciones de la vivienda o el acceso a beneficios sociales y económicos (ingreso, educación materna, etc.), entre otras. Para dar una visión general de sus resultados, se utilizan en el cuadro 6 los hallazgos de estudios hechos en CELADE, porque tienen cierta similitud en cuanto a criterios de definición de los grupos sociales (Behm et al., 1976-1984).

En todos ellos los datos confirman que los hijos de los trabajadores agrícolas (campesinos o asalariados) están expuestos a mayor mortalidad, que por lo menos duplica el nivel alcanzado por la clase media en cada país. No hay sistemáticas e importantes diferencias entre las clases sociales que comprenden este grupo, probablemente porque ellas no son bien identificadas y están expuestas por igual a las condiciones más adversas que existen en el sector agrícola. Lo importante es que la baja de la mortalidad se ha extendido a estos grupos sociales. Mas aún, en Guatemala, donde se dispone de una serie más extensa, se observa que el descenso para el total de ambos grupos se ha acelerado de 17% entre 1960-1968, a 21% entre 1968-1976. Y este

CUADRO 6: MORTALIDAD DEL MENOR DE DOS AÑOS POR GRUPOS SOCIO-OCUPACIONALES, PAISES SELECCIONADOS, 1968-1980

Grupos socio- ocupacionales	Guatemala (q por mil) 2 0			Honduras (q por mil) 1 0			Panamá (q por mil) 1 0		
	1968	1976	Desc. %	1970	1980	Desc. %	1968	1976	Desc. %
Sector agríc.									
Campeños	151	116	23	120	95	25	71	49	31
Asalariados	173	137	21	125	100	20	61	42	31
Sector no agr.									
Obreros	121	97	20	100	68	32	41	21	49
No asalar. a/	131	107	18	102	69	32	42	27	36
Sector medio	64	55	14	59	49	17	27	17	37
TOTAL PAIS	143	113	21	107	83	22	52	31	40

Grupos socio-ocupacionales	C u b a 1974	
	q	por mil
	1.0	

Pequeños agricultores	30
Obreros agrícolas	28
Obreros producción no-agrícola	27
Obreros de servicios	36
Trabajadores no manuales	24

a/ En Honduras, grupo identificado como "pequeña burguesía"
Fuentes: Guzmán, 1984. CELADE-Comite Estatal de Estadísticas (Cuba), 1980.

hecho es alentador porque se estima que en Guatemala casi 2/3 de los nacimientos nacionales ocurren en esta población.

Los grupos bajos que no están en actividades agrícolas comprenden un proletariado preferentemente urbano, además de un heterogéneo grupo que no tiene las condiciones de asalariado. Su transición a menores niveles de mortalidad está más avanzada. En Guatemala el riesgo es aún del orden de 100 por mil y duplica el nivel del grupo medio. En Honduras y Panamá, que están más adelantados en esta transición, se observa en ellos la más intensa baja de todos los grupos, de tal modo que la diferencia con la mortalidad del grupo medio tiende a reducirse. Así pues, a pesar de las características de desarrollo de estos países, estos grupos sociales muestran que pueden beneficiarse de una reducción importante de la mortalidad del niño.

El grupo social calificado de "medio", como ya se ha señalado, es donde el niño tiene mayores probabilidades de sobrevivir en cada país, aunque los riesgos son notoriamente mayores que en países más avanzados. Sin embargo, el descenso proporcional es menor que en otros grupos sociales en cada país. En Guatemala, esta baja se reduce de 30% en 1960-68 a 14% en 1968-76.

Es interesante examinar la mortalidad infantil de grupos definidos por la ocupación en Cuba, donde naturalmente no existen las clases sociales de un sistema capitalista. Es notorio que se ha logrado hacer desaparecer la mayor mortalidad del sector agrícola, tanto en los hijos de los pequeños propietarios como en los obreros. También es mínima la diferencia entre los trabajadores asalariados en actividades manuales y los de predominio intelectual, aunque resta un exceso entre los trabajadores del sector de servicios.

Como es de esperar, la estructura de la mortalidad por causas es diferente entre los grupos sociales. Taucher (1979) comparó esta estructura en la mortalidad postneonatal en Chile, 1972, entre hijos de obreros (tasa 41 por mil) e hijos de empleados en actividades no manuales (tasa 13 por mil). El 43% de la diferencia está formado por enfermedades respiratorias agudas y el 23% por enfermedades diarreicas.

Las desigualdades sociales en la sobrevivencia del niño han sido también extensamente descritas en función de la educación materna, que es una variable de mayor disponibilidad. Hay consenso en considerar que la asociación inversa de estas dos variables no sólo resulta del menor manejo de la salud del niño que la mujer educada puede hacer, sino también de otras ventajas más generales que la educación proporciona (Ware, 1984). Recordemos que la educación está discriminada por clase social, de tal modo que los contrastes que se describen en relación a ella, expresan más probablemente uno de los mecanismos -quizás el más efectivo-, por el cual la clase social influye la sobrevivencia en el niño.

Behm et al. describieron hacia 1970 que en 14 países latinoamericanos la probabilidad de morir del niño antes de los dos años de edad tenía una marcada gradiente descendente respecto al nivel educativo de la madre. Los hijos de mujeres analfabetas tenían cifras

que excedían en 3-4 veces la de los hijos de mujeres con educación secundaria. Los principales contrastes se observan en los tramos de baja o nula educación, en tanto que la gradiente se modera en los tramos altos. Cuba mostró ya en ese entonces que la mayor parte de estas diferencias podían ser reducidas (en términos absolutos) a un riesgo variable entre 30 y 40 por mil.

En el cuadro 7 se reproducen resultados de estudios más recientes que tienen el interés de permitir estudiar las tendencias de estos diferenciales de la mortalidad infantil. Los contrastes definidos por la educación materna son marcados en los cinco países, a pesar de que se encuentran en niveles de mortalidad bastante distintos. Es estimulante comprobar que los riesgos tienden a disminuir en todos los grupos, incluyendo los hijos de mujeres analfabetas y semi-analfabetas. Pero las modalidades de cambio son bastante variadas (gráfico 5). En Guatemala, con mortalidad alta, es importante que el descenso proporcional más intenso ocurre en la población con mayores riesgos, por lo cual los contrastes entre grupos de educación materna tienden a reducirse. En Perú y Panamá (en condiciones epidemiológicas muy diversas) ocurre lo contrario, y los sectores que han obtenido mayor beneficio en la baja de la mortalidad son aquellos expuestos a riesgos relativos menores.

La significación de las diferencias en la sobrevivencia infantil en función de la educación materna dependen en cada país de la distribución por nivel educativo de las mujeres y de su fecundidad diferencial. Todas estas variables están correlacionadas por compartir algunos de sus condicionantes. Es así como los países con mayor mortalidad en la infancia tienen también la proporción más alta de expuestos a este riesgo. El porcentaje de analfabetismo femenino varía entre 27% y 76% en el grupo de muy alta mortalidad; alcanza 16%-37% en el grupo intermedio y es menor a 10% (con dos excepciones) en los países con moderada mortalidad en la infancia.

Para obtener un cuadro epidemiológico más general sobre poblaciones expuestas a distintos riesgos, las diversas unidades geográficas utilizadas en 12 estudios nacionales fueron agrupadas según el nivel de la probabilidad de morir antes de los dos años estimada para 1968-1970 (cuadro 8). Baste señalar que en el grupo de menor mortalidad ($_{290}$ menor que 40 por mil) todas las mujeres tienen por lo menos siete años de educación, lo que señala sin duda una posición de clase más favorecida; pero además, residen en el sector urbano y 72% de ellas, en la capital nacional, con mayor accesibilidad a los servicios que allí se concentran. Pero este grupo es una privilegiada minoría: incluye sólo el 5% de las mujeres en edad fértil, que generan el 3% de los nacimientos y apenas el 1% de las muertes totales en esta edad. Por el contrario, los sectores de alta mortalidad en la infancia ($_{290}$ mayor que 120 por mil), comprenden el 41% de las mujeres en edad fértil. Más del 90% de ellas son analfabetas o semi-analfabetas y residen primordialmente en el sector rural. En razón de su alta fecundidad, ellas generan el 50% de los nacimientos que, expuestos a altas tasas de morbi-mortalidad, ocasionan el 67% de las defunciones de menores de dos años. Este es el nudo del problema en América Latina.

CUADRO 7: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL (POR MIL) SEGUN AÑOS DE EDUCACION DE LA MADRE, PAISES SELECCIONADOS. 1960-1980

País y año	Años de educación de la mujer				Relación (1) / (4)
	Ninguno (1)	1-3 (2)	4-6 (3)	7 y más (4)	
Peru a/					
1965	165	110	85	55	3.0
1975	158	100	73	44	3.6
Descenso (%)					
1965-1975	4	9	14	20	-
Honduras					
1960	141	119	96	47	3.0
1970	132	102	83	43	3.1
1980	115	89	74	40	2.9
Descenso (%)					
1960-1980	18	25	23	15	-
Guatemala					
1960	154	113	74	41	3.8
1968	144	108	75	40	3.6
1976	106	86	65	36	2.9
Descenso (%)					
1960-1976	31	24	12	12	-
Paraguay					
1960	74b/		56	42	1.8
1965	72		52	38	1.9
1975	69		46	30	2.3
Descenso (%)					
1960-1975	7		18	29	-
Panamá					
1967	80	58	40	22	3.6
1974	64	45	29	19	3.4
Descenso (%)					
1967-1974	20	22	28	14	-

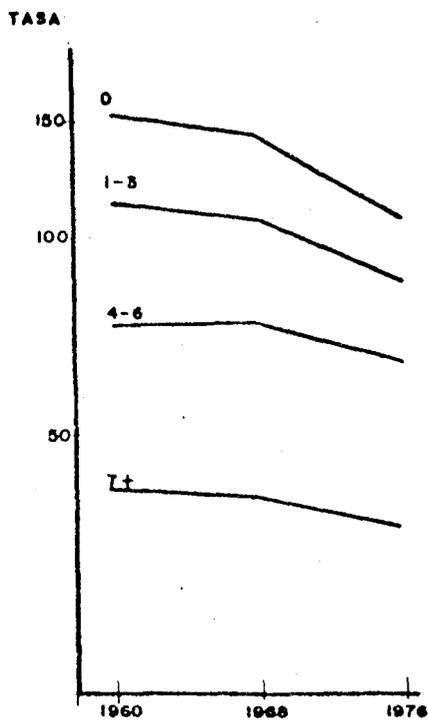
a/ Los grupos de educación son: 0-2, 3-4, 5 y 6 y más.

b/ 0-3 años de instrucción.

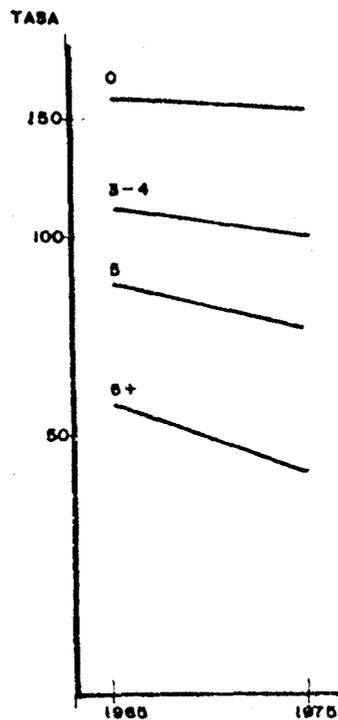
Fuente: Guzmán, 1984.

GRAFICO 5

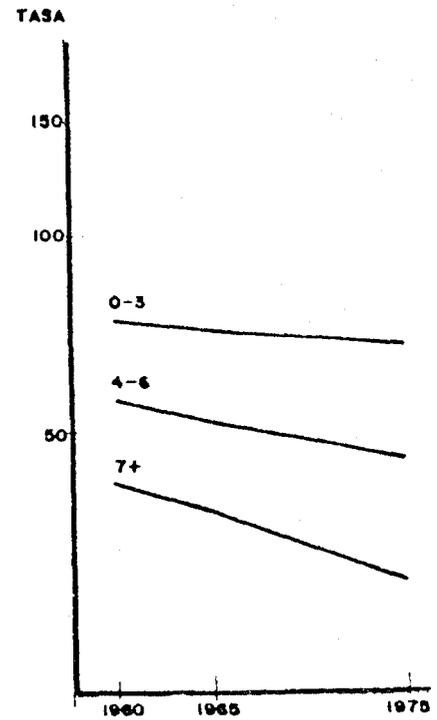
TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL SEGUN EDUCACION * MATERNA.
PAISES SELECCIONADOS AMERICA LATINA.



GUATEMALA



PERU



PARAGUAY

* AÑOS DE INSTRUCCION

FUENTE :

CUADRO 7

CUADRO 8: POBLACION POR NIVEL DE RIESGO DE MUERTE EN MENORES DE DOS AÑOS EN DOCE PAISES LATINOAMERICANOS ^{a/}, 1968-1970

Nivel de riesgo (2 ^q 0)	Características de la población en el nivel (%)					
	Educación materna (años)			Residencia		Residencia en capital nal.
	7 y más	4-6	0-3	Urbana	Rural	
Baja (-40)	100	-	-	98	2	72
Mediana (40-79)	36	49	15	91	9	47
Mediana alta (80-119)	7	45	48	51	49	15
Alta (120-159)	-	7	93	41	59	10
Muy alta (160 y +)	-	4	96	27	73	6

Distribución porcentual de

	Mujeres	Nacimientos	Defunciones -2 años
Total	100	100	100
Baja (-40)	5	3	1
Mediana (40-79)	28	20	10
Med. alta (80-119)	26	27	22
Alta (120-159)	19	22	24
Muy alta (160 y +)	22	28	43
	} 41	} 50	} 67

^{a/} Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Perú.

Fuente: Behm y Primante, 1978.

Comentarios generales

En América Latina el análisis (1975-1980) de la sobrevivencia del niño hasta el quinto cumpleaños muestra importantes progresos en los últimos veinte años, persistencia de la alta mortalidad en sectores mayoritarios de la población y considerables contrastes del riesgo de morir entre diversos grupos regionales.

En el total de la región el riesgo de morir del niño en esta edad ha tenido notable descenso, pero el exceso respecto al mundo avanzado es aún considerable y existe la posibilidad de que la situación se deteriore. Acelerar la baja de la mortalidad en la infancia es urgente necesidad.

El desarrollo capitalista dependiente que domina en América Latina ha generado diversos "escenarios" epidemiológicos en la región, que son un referente importante para las estrategias que se proponen mejorar la sobrevivencia del niño. En el análisis precedente ha sido posible identificar tres grupos de países según el nivel de la mortalidad, que pueden ayudar a la caracterización de las dimensiones del problema. Hay que advertir que la categorización es muy burda, los grupos son heterogéneos internamente y la información disponible es fragmentaria. En cierto modo estas categorías muestran algunas de las etapas del proceso de transición de la mortalidad que está en curso actualmente en los países subdesarrollados, con las variaciones que imponen las características de la formación social en que ocurre (Hauser, 1985).

La categoría en condiciones más favorables constituye una minoría en la región, que comprende sólo el 16.4% de los expuestos (nacidos vivos). El riesgo de morir del niño en el primer quinquenio se ha reducido a 49 por mil, (que es el nivel de Estados Unidos 20 años antes), alcanzado por un descenso que se acelera en el último decenio. Los países que van a la vanguardia del grupo, los cuales alcanzan tasas de mortalidad infantil inferiores a 20 por mil en 1983, muestran que ello es posible si existe una voluntad política decidida para extender los beneficios del desarrollo económico y social a toda la población, incluyendo la atención de salud. Se han obtenido así sustanciales descensos que benefician principalmente a los grupos sociales y la población rural, que están expuestos a mayores riesgos por lo cual la mortalidad diferencial se reduce. Este progreso se ha logrado primordialmente por una reducción importante de la mortalidad por enfermedades infecciosas (en especial las enfermedades diarreicas) y por afecciones respiratorias agudas. De este modo, la estructura de la mortalidad por enfermedades letales se modifica y cobran progresiva importancia otros grupos de causas, como por ejemplo, las muertes por causas perinatales, lo que es significativo para las políticas de salud. Sin embargo, persiste en ellos una proporción de defunciones ligadas a infecciones previsibles o tratables, que requieren continuada preocupación.

En el otro extremo esta un grupo que comprende países que tienen los sectores de población más atrasados y explotados de la América Central, el Caribe y la región Andina de la América del Sur. Aquí nace el 14.7% de los expuestos de la región y ocurre una cuarta parte del total de muertes bajo cinco años de América Latina. La sobrevivencia del niño es muy precaria (mortalidad de 162 por mil), sus progresos decenales son menores y, salvo excepción, no tienen tendencia a acelerarse. Si estas tendencias se mantienen en el futuro, su rezago en la transición de la mortalidad será aún mayor. La infección es la etiología dominante de las enfermedades letales, en particular las enfermedades diarreicas, las afecciones respiratorias y otras infecciones previsibles. Las tasas correspondientes llegan a ser arriba de 10 veces más altas que las alcanzadas por los países latinoamericanos que están a la vanguardia. Dentro de este panorama de alto riesgo, es posible identificar grupos sociales más expuestos. Desde luego, la población rural, polo postergado de desarrollo en las estrategias de desarrollo imperantes, población en la que prevalecen condiciones adversas de trabajo y escaso acceso a beneficios sociales, está constituida por campesinos y trabajadores asalariados agrícolas, así como por los hijos de mujeres analfabetas y semi-analfabetas que predominan en esta población. Ellos constituyen una mayoría: 54% de la población menor de 5 años tiene residencia rural. Un segundo grupo de mayor riesgo está formado por las clases sociales insertas en la producción no agrícola y que desempeña funciones manuales. Beneficiados por el desarrollo centrado en el sector urbano y otros factores, tienen una mortalidad menor que el grupo precedente, pero claramente mayor que la de los sectores sociales más beneficiados de cada país. Es un grupo heterogéneo, en el cual los hijos de madres de nula o escasa educación y los sectores llamados "marginales," están expuestos a los riesgos más altos.

En la categoría intermedia de países (los de alta mortalidad) en la cual ocurren dos tercios de los nacimientos regionales, la mortalidad ha descendido continuamente en el menor de cinco años; pero aún en 1975-1980, implica un riesgo de muerte para el niño que es seis veces mayor que la de los Estados Unidos. Dicha categoría está formada principalmente por Brasil y México, dos países que, a pesar de la riqueza de recursos naturales de que disponen y de poseer los centros industriales más poderosos de América Latina, no están en la vanguardia del descenso de la mortalidad del niño en la región. Esto debe relacionarse con la persistencia en todo este grupo de países de considerables contrastes en el nivel de vida por grupos sociales y, por tanto, en la sobrevivencia de la infancia. Los grupos de mayor riesgo son similares a los del grupo anterior, aunque a menores niveles de mortalidad. El diferencial urbano/rural es menos acentuado y más inconstante en Brasil. Es decir, hay en este grupo varias condiciones favorables para que se implementen políticas agresivas que intenten cambiar el curso de tan alta mortalidad.

La desigualdad social del niño ante la muerte existe también en los países avanzados. Lo que la hace más seria en América Latina es que ocurre en el seno de una alta mortalidad. Ello no sólo depende de que las tasas son elevadas en cada grupo social (respecto a países desarrollados) sino que condicionantes tales como la mayor ruralidad, la más marcada relevancia de la producción agrícola y los más bajos niveles de educación, generan una proporción mayor de población expuesta a riesgos más elevados.

No obstante, es alentador comprobar que el proceso de descenso de esta mortalidad es general y se ha extendido a los sectores más expuestos, a pesar de las condiciones adversas que se han descrito. Se ve la necesidad de identificar los condicionantes de esta situación favorable, con el fin de poner en práctica estrategias que logren intensificar su acción.

En suma, el problema de la reducida sobrevivencia de la infancia en la América Latina tiene graves dimensiones para la mayor parte de su población. Hay una gama de situaciones bastante dispares que necesariamente deberían orientar las políticas que intentan modificar esta situación. Las adversas modalidades del desarrollo económico y social de la región constituyen la raíz misma del problema, modificarlas es parte insoslayable de su solución. Con respecto a las políticas y programas del sector salud, más directamente encaminadas a influir el proceso salud-enfermedad, los hechos muestran que estas condiciones contextuales limitan la aplicación del conocimiento existente para prevenir parte importante de esta mortalidad y, a la vez, generan condiciones propicias a la mayor frecuencia de la enfermedad y la muerte. En todo caso, es urgente determinar en qué grado políticas más racionales y factibles, en el seno de estas restricciones reales, pueden impactar la actual elevada mortalidad en la infancia, y cuáles son las formas más eficientes para llevarlas a la práctica en cada una de las diversas situaciones epidemiológicas y políticas que existen en la región.

R E S U M E N

1. El análisis de la sobrevivencia del niño en sus primeros cinco años de vida entre 1950 y 1980 muestra que, a pesar de indudables progresos, la mayoría de los niños que nacen en la región aún están expuestos a una alta mortalidad, principalmente originada por enfermedades cuya prevención y tratamiento se conocen.

2. Las poblaciones que tienen mayores riesgos están formadas por grupos sociales que son discriminados en su acceso a los beneficios del desarrollo económico y social. Están constituidos principalmente por la población rural inserta en la producción agrícola y, en todo el país, por los hijos de madres analfabetas o semi-analfabetas.

3. Los países que van a la vanguardia en el mejoramiento de la sobrevivencia del niño, que son una minoría, muestran que es factible alcanzar en América Latina niveles substancialmente más elevados que los que hoy prevalecen, a pesar de su desarrollo dependiente y limitado. Para ello se requiere, sin embargo, que se implementen efectivas políticas que distribuyan más igualitariamente el producto del trabajo del hombre.

4. Hay una gran heterogeneidad de situaciones epidemiológicas entre los países, que se tipifican en tres categorías, indicando sus características principales. Se discuten brevemente sus implicaciones para las estrategias destinadas a mejorar la sobrevivencia en la infancia.

NOTAS

1. Sobre métodos y supuestos utilizados en las estimaciones y proyecciones de la mortalidad infantil, véase Naciones Unidas 1984. Respecto a América Latina, consúltese Somoza, J. Demographic Projections for Latin American Countries. Prospects of Population: Methodology and Assumptions (ST/ESA/SER.A/67).
2. Promedio ponderado de 15 por país según la distribución de nacimientos (tablas de mortalidad publicadas por CELADE).
3. Los países son: Dinamarca, Estados Unidos, Francia, Holanda, Inglaterra y Gales, Noruega y Suecia.
4. Lerda (1985) ha hecho notar el efecto de las políticas del Fondo Monetario Internacional sobre la nutrición urbana en Brasil. Véase además el capítulo sobre "Efectos de la recesión sobre la infancia" en UNICEF, 1984.
5. En todos los países hay progresos ulteriores a las cifras que se comentan, en general referidas a 1978. Por ejemplo, en 1983 la tasa de mortalidad infantil es 16.7 por mil en Cuba y 19.9 en Costa Rica; en Estados Unidos es 11.3 por mil en 1982.
6. En un estudio comparativo de países de rápida y lenta baja de la mortalidad, Palloni (1985) caracteriza la transición de Cuba y Costa Rica como iniciados precozmente, con descenso intenso, desaceleración a niveles bajos y reducción de la mortalidad diferencial.
7. Es interesante anotar que estudios en Panamá y en Guatemala muestran que los grupos sociales en peores condiciones y que residen en la capital nacional (por ejemplo, los hijos de mujeres analfabetas o semi-analfabetas) tienen, sin embargo, una menor mortalidad que grupos rurales de igual condición (Behm et al., 1984).
8. Las categorías de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 8a. revisión, son las siguientes: enfermedades infecciosas y parasitarias (001-136); enfermedades diarréicas (008-009); enfermedades respiratorias agudas (470-474, 480-486); ciertas afecciones originadas en el período perinatal (760-779).
9. En su informe anual, el Director de la OPS (1984) describe un descenso de casi 60% en la incidencia de estas enfermedades entre 1980 y 1982. Hay aumento en la cobertura del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), pero la tasa de deserción es alta.
10. Taucher (1979) ha elaborado una agrupación de causas de muerte que es más significativa para el sector salud, separando las muertes presuntamente evitables e inevitables. Las primeras se clasifican según la naturaleza de las acciones de prevención y tratamiento.
11. Para una mayor discusión de enfermedades infecciosas previsibles por vacunación y afecciones respiratorias agudas en la infancia, véase Foster, 1985 y Benguigui, 1985.

BIBLIOGRAFIA

- Behm, H. et al. 1976-1984. La mortalidad en los primeros años de vida en países de la América Latina. Estudios Nacionales de Costa Rica, Bolivia, El Salvador, Paraguay, República Dominicana, Perú, Chile, Ecuador, Colombia, Nicaragua, Guatemala, Honduras, Argentina, Cuba, Panamá y Guatemala. CELADE, Serie A No. 1024-1032, 1036-1039, 1043, 1044, San José, Costa Rica.
- Behm, H. y Primante, D. 1978. La mortalidad en los primeros años de vida en América Latina. Notas de Población, CELADE No. 16.
- Behm, H. 1981. Socio-economic Determinants of Mortality in Latin America. Population Bulletin of the United Nations, No. 13, New York.
- Benguigui, Y. 1985. Las infecciones respiratorias agudas en los niños: su magnitud y control. Taller Internacional de Sobrevivencia en la Infancia: Problemas y Prioridades, México, 21-24 agosto.
- Breilh, J. y Granda, E. 1983. Un marco teórico sobre los determinantes de la mortalidad. Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo, México, 8-10 noviembre.
- Bronfman, M. y R. Tuirán. 1983. Las desigualdades sociales ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. En Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo, México. 8-10 noviembre.
- Bureau of the Census 1921. United States Life Tables 1890, 1901, 1910 and 1901-1910, Washington.
- Carvalho, J.A.M. y Wood, C.H. 1978. Mortality, Income Distribution and Rural-Urban Differences in Brazil. Population Development Review 4:405-20.
- Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). 1983. Proyecciones de población de países en América Latina, 1950-2025. Boletín Demográfico, No. 32, Santiago, Chile.
- _____ 1984. Tablas de mortalidad para los países de América Latina, 1950-1980. Boletín Demográfico, No.33, Santiago, Chile.
- _____ 1984. Proyecciones de la población urbana y rural de países de América Latina 1970-2000. Boletín Demográfico No.34, Santiago, Chile.
- Centro Latinoamericano de Demografía y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 1985. La mortalidad infantil en Bolivia. CELADE, Serie OI No. 39, Santiago, Chile.
- _____ 1985. La mortalidad infantil en Honduras. CELADE, Serie OI No. 39, Santiago, Chile.

- Comisión Económica para América Latina (CEPAL). 1978. El desarrollo social en las áreas rurales de América Latina. Notas sobre economía y el desarrollo de América Latina No. 276. CEPAL, Santiago, Chile.
- Foster, S. 1984. Immunizable and Respiratory Diseases and Child Mortality. En Child Survival: Strategies for Research, H. Mosley, et al. editors. Population and Development Review, Supplement to Vol. 10.
- Guzman, J.M. 1984. Trends in Socioeconomic Differentials in Infant Mortality in Selected Latin American Countries. IUSSP Seminar on Social and Biological Correlates of Mortality, Tokyo, Japan (no publicado).
- Hauser, J. 1985. Mortality and Social Change" a New Approach. IUSSP International Population Conference, Florence, Italy.
- Instituto Nacional de Estadística (INE), Consejo Nacional de Población (CONAPO) y Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). 1983. México: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2000, México.
- Keyfitz, N. y Flieger, W. 1986. World Population. The University of Chicago Press.
- Lerda, J.C. 1985. The Effects of Current Economic Adjustment Programs on Urban Nutrition in Latin America (the Brazilian Case). IUSSP International Population Conference, Florence, Italy.
- Mosley, H.W. y Chen, L.C. 1984. An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries. En Child Survival: Strategies for Research, H. Mosley, et al. editors. Population and Development Review, Supplement to Vol. 10.
- Naciones Unidas. 1984. Mortalidad infantil: estimaciones y proyecciones mundiales, 1950-2025. Boletín de Población de las Naciones Unidas, 14:33-56, New York.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). 1982. Las condiciones de Salud en las Américas 1977-1980. Publicación Científica No. 427, Washington.
1984. Informe Anual del Director, 1983. Documento Oficial No. 196, Washington.
- Palloni, A. 1985. An Epidemio-Demographic Analysis of Factors in the Mortality Decline of "Slow-decline" Developing Countries. IUSSP International Population Conference, Florence, Italy.
- Riverón, R. Mortalidad infantil en Cuba 1968-1983. Congreso de Pediatría. La Habana (no publicado).
- Rosero, L. 1985. L'influence des politiques économiques et sociales: le cas de Costa Rica. En La lutte contre la mort: influence des politiques sociales et des politiques de santé sur l'évolution de la mortalité. J. Vallin, et al., éditeurs. Presses Universitaires de France.

Sawyer, D.O. y E.S. Soares. 1983. Child Mortality in Different Contexts in Brazil: Variation in the Effects of Socio-economic Variables. En Mortalité infantile et juvenil dans le Tiers Monde, CICRED/OMS, Paris.

Taucher, E. 1979. La mortalidad infantil en Chile. Notas de Población (CELADE), No. 20, San José, Costa Rica.

UNICEF. 1984. Estado mundial de la infancia, Madrid.

United Nations. 1980. Demographic Yearbook, New York.

Ware, H. 1984. Effects of Maternal Education, Women's Roles, and Child Care on Child Mortality. En Child Survival: Strategies for Research, H. Mosley, et al. editors Population and Development Review, Supplement to Vol. 10.