LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ EN CENTROAMERICA, PANAMA Y BELICE EN LOS AÑOS OCHENTA

Síntesis Regional basada en Siete Estudios Nacionales

CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA (CELADE)
FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF)
INSTITUTO DE NUTRICIÒN DE CENTROAMERICA Y PANAMA (INCAP)

Noviembre de 1990
San José. Costa Rica

INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
LA MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS EN PAISES DE MENOR MORTALIDAD ACTUAL	3
1. Las tendencias en el período previo (1980-1985) a la implementación del Plan	3
Las tendencia de la mortalidad por edades	3
Los contrastes sociogeográficos de la mortalidad infantil	5
Los grupos sociales de riesgo	8
La estructura de las causas de muerte	8
2. El curso de la mortalidad durante el desarrollo del Plan	13
Costa Rica	13
Panamá	17
Belice	19
LA MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS EN PAISES DE MAYOR MORTALIDAD ACTUAL	22
1. Las tendencias en el período previo (1980-85) a la implementación del Plan	22
Las tendencias de la mortalidad por edades	22
Los contrastes sociogeográficos de la mortalidad	24
Las diferencias sociales de la sobrevida infantil	27
Las causas de muerte en menores de cinco años	28
2. El curso de la mortalidad durante el desarrollo del Plan	31
Guatemala	31
El Salvador	33
Honduras	33
Nicaragua	33
CONCLUSIONES	35
ANEXO DE CUADROS	36

INDICE DE CUADROS

Cuadros en el texto Página

1. Mortalidad infantil por edades y causas. Costa Rica 1989 y Estados Unidos 1987. 16

2. Mortalidad en menores de cinco años por edades y causas. Panamá y Costa Rica. 1989. 19

3. Mortalidad en menores de cinco años por edades y causas.Belice 1987-1988 y Costa Rica 1988-1989. 20

4. Causas de muerte infantil. El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. 1980-1987. 29

5. Mortalidad en menores de cinco años por edades y causas. Guatemala y Panamá. 1988. 32

Cuadros en el anexo

1A Mortalidad en menores de cinco años, por edades. Países centroamericanos, Panamá y Belice. 1984-1985. 37

PAISES DE MENOR MORTALIDAD

2A Mortalidad en menores de cinco años, por edades. Belice, Costa Rica y Panamá. 1970-1989 38

3A Mortalidad infantil urbana y rural, por edades. Costa Rica y Panamá. 1980-1989 39

4A Mortalidad infantil por edades en grupos de riesgo. Costa Rica y Panamá. 1980-1989 40

5A Causas de muerte infantil. Belice, Costa Rica y Panamá. 1980-1989 41

6A Causas de muerte infantil en grupos de riesgo. Costa Rica y Panamá. 1980-1989 42

PAISES DE MAYOR MORTALIDAD

7A Mortalidad infantil por edades. El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. 1970-1985 43

8A Mortalidad infatil urbana y rurl. El Salvador y Honduras. 1980-1985 44

9A Mortalidad infantil por agrupaciones geográficas, El Salvador, Guatemala y Honduras. 1980-1985 44

10A Diferencias socioeconómicas de la mortalidad infantil. El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. 1976-1985 45

11A Las diferencias socioeconómicas de la sobrevida infantil en Nicaragua, 1982-1983. 46

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico — Página

1. Mortalidad en menores de cinco año por edades. Países centroamericanos, Panamá y Belice. 1984-1985 — 2

PAISES DE BAJA MORTALIDAD ACUAL

2. Mortalidad infantil. Belice, Costa Rica y Panamá. 1969-1979 — 4
3. Mortalidad en menores de cinco años. Costa Rica. 1965-1989 — 4
4. Mortalidad infantil urbana y rural, por edades. Panamá y Costa Rica. 1980-1989 — 6
5. Mortalidad infantil por edades y agrupaciones geográficas. Panamá y Costa Rica. 1980-1989 — 7
6. Causas de muerte infantil. Costa Rica, Panamá y Belice. 1980-1989 — 11
7. Causas de muerte infantil en grupos de riesgo. Costa Rica y Panamá. 1980-1989 — 12

PAISES DE MAYOR MORTALIDAD

8. Mortalidad infantil. El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. 1970-1986 — 23
9. Mortalidad infantil por agrupaciones geográficas. El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua. 1980-1985 — 26
10. Mortalidad infantil y educación materna. El Salvador, Honduras y Nicaragua. 1976-1985 — 27
11. Causas de muerte infantil. Guatemala, 1980-1988. — 30

INTRODUCCION

A petición de los Coordinadores del Plan de Supervivencia infantil de los Ministerios de Salud de los países de Centroamérica, Panamá y Belice, y con el fin de ser utilizado en la evaluación del Plan, el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) preparó un informe sobre el curso de la mortalidad en los menores de cinco años en cada uno de estos países[1]. El presente documento resume las características principales de esta mortalidad, en una perspectiva regional.

Plan del estudio, fuentes de información, métodos

En cada país se describió el curso de la mortalidad en menores de cinco años en 1986-1990 cuando el Plan fue implementado, el cual fue comparado con las tendencias observadas en 1980-1985, con el fin de detectar cambios en la mortalidad en estas edades. El estudio comprendió el análisis de la mortalidad por edades, los contrastes geográficos y sociales, y la estructura por causas de muerte.

Las fuentes de información fueron, desde luego, los nacimientos y defunciones registrados, las cuales se complementaron con todas las estimaciones disponibles de la mortalidad, directas o indirectas, provenientes de encuestas o censos de población. La evaluación de estas diversas fuentes puso en evidencia, con frecuencia, que había deficiencias e inconsistencias en la información. En general, el método consisitió en seleccionar las estimaciones que se consideraron más confiables y corregir con ellas el nivel de las tasas de registro (a menudo subestimado), respetando las tendencias que éstas mostraban, salvo excepción.

Es importante recordar, en consecuencia, que los resultados deben considerarse, en varios países, tan sólo como una aproximación a una situación de la mortalidad cuyo conocimiento exacto no es factible alcanzar en la actualidad.

Plan de exposición

A causa de las diferentes condiciones económicas, sociales y políticas en que se encuentra cada uno de los países en estudio, el proceso de salud-enfermedad presenta también una gran diversidad epidemiológica. Así lo muestran las tasas de mortalidad infantil en 1984-1985 que se presentan

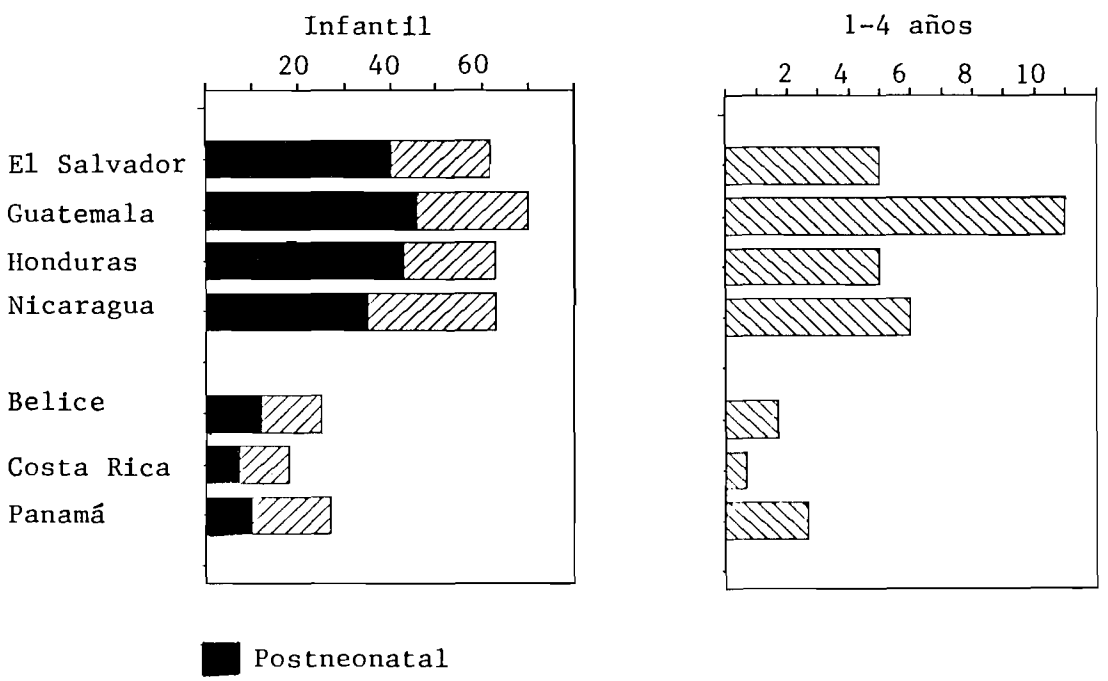
---

[1]. La mortalidad en la niñez en Centroamérica, Panamá y Belice (siete estudios nacionales). Hugo Behm, con la colaboración de Jorge Barquero. CELADE, Serie OI-1007. San José, Costa Rica, 1990. Este es, a su vez, un documento complementario al informe de igual título, CELADE, Serie OI, No 1003. San José, Costa Rica, 1988.

en el gráfico 1. Para el análisis, los países fueron agrupados según el nivel de la mortalidad infantil en esos años, distinguiendo los países de menor mortalidad (Belice, Costa Rica y Panamá) y los de mayor mortalidad (El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua). En cada grupo se describen comparativamente las características principales de la mortalidad en el período previo (1980-1985) a la iniciación del Plan y su curso en los años en que las actividades de ese Plan fueron desarrolladas, en la medida que se dispuso de información.

Gráfico 1

Mortalidad en menores de cinco años, por edades. Países Centroamericanos, Panamá y Belice. 1984-1985.



Fuente: Cuadro 1A.

LA MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS EN PAÍSES DE MENOR MORTALIDAD ACTUAL

1. LAS TENDENCIAS EN EL PERIODO PREVIO (1980-1985) A LA IMPLEMENTACION DEL PLAN

Belice, Costa Rica y Panamá habían alcanzado en 1985 una mortalidad infantil de 18-27 por mil. Este grupo de países comprende sólo una minoría de la población expuesta en el total de países en estudio. En 1990 se estima que, sobre este total regional, en los países de menor mortalidad ocurrían sólo el 14% de los nacimientos (150 mil) y residía el 15% (722 mil) de la población menor de cinco años.

Las tendencias de la mortalidad por edades

El gráfico 2 (cuadro 2A) muestra estas tendencias, incluyendo la década de 1970 para una mejor perspectiva histórica de los cambios. Ya en 1970, Belice y Panamá, con tasas de mortalidad infantil inferiores a 50 por mil, tenían un nivel que ninguno de los países de mayor mortalidad ha alcanzado aún hoy día. En ambos países, un mantenido descenso las lleva a 25 por mil en 1982-83. Costa Rica, con una mortalidad inicial francamente mayor (65 por mil), logra descensos más Intensos, de tal modo que en 1980 ha alcanzado una tasa de 18 por mil. El hecho más significativo que acontece en estos tres países en la década del 80, es la interrupción de las tendencias favorables que se han descrito. Se inicia así un período de escasos progresos que se prolonga por varios años.

La mortalidad neonatal muestra similares descensos en la década de 1970, a partir de tasas que promediaban 25 por mil, los cuales se interrumpen ya en 1980-1981 a un nivel de 11-16 por mil. Los logros en reducir la mortalidad en la edad 1-11 meses han sido aún más espectaculares, desde tasas que en Costa Rica y Panamá excedían la mortalidad neonatal. En 1980-1981 la mortalidad postneonatal ha descendido a 7-17 por mil y es ahora el componente menor de la mortalidad infantil. No obstante, estos progresos se moderan claramente en los años siguientes y no logran compensar el estancamiento de la mortalidad neonatal. De este modo, la mortalidad infantil termina por interrumpir su descenso. Esta evolución se ilustra con el caso de Costa Rica (gráfico 3). En cuanto a la mortalidad en la edad 1-4 años, que en 1970 excedía discretamente 4 por mil, ha experimentado importantes descensos, aunque tiene una intensidad diferente en cada uno de estos países. Las tasas alcanzan a 0.7 - 2.7 por mil en 1984-1985.

Gráfico 2

Mortalidad infantil. Belice, Costa Rica y Panamá, 1969-1989

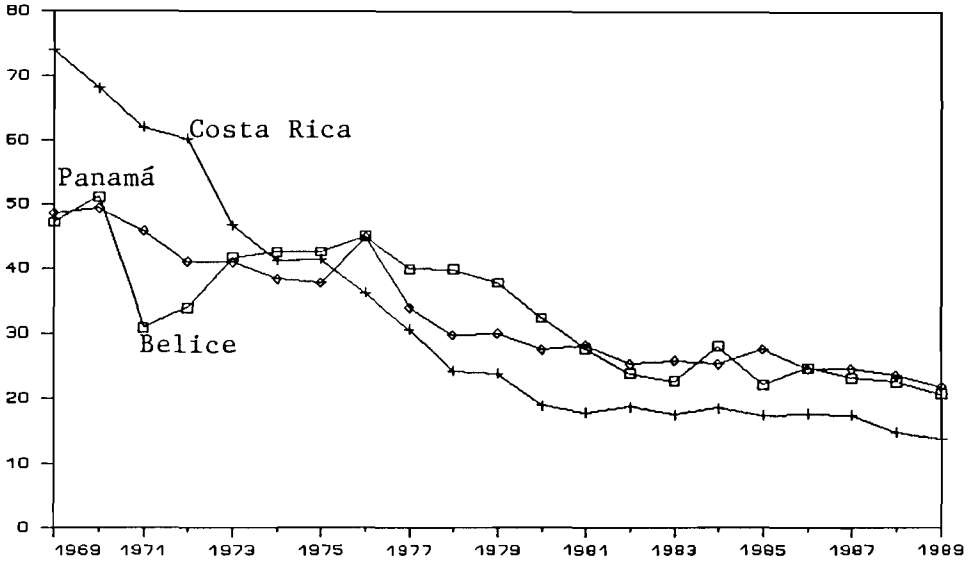
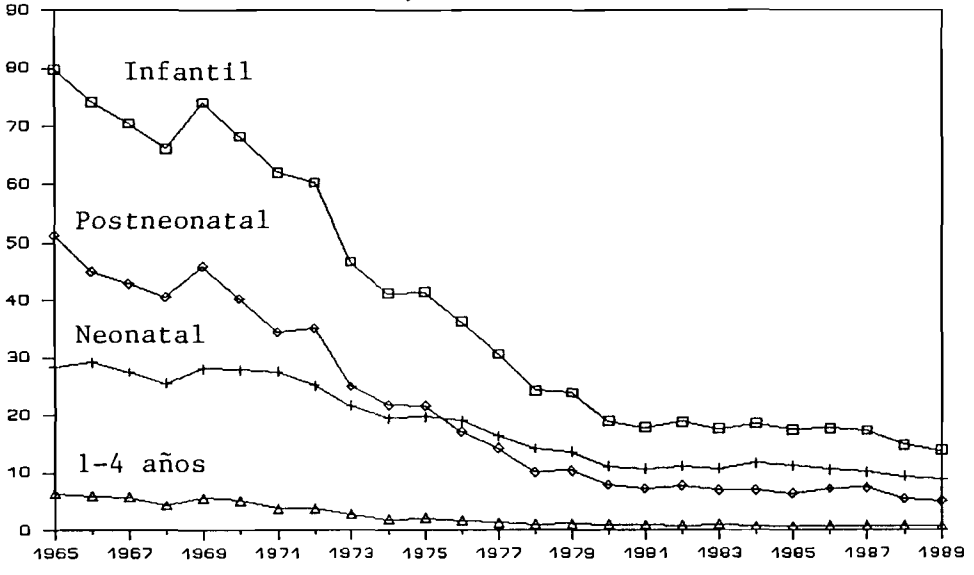


Gráfico 3

Mortalidad en menores de cinco años, por edades. Costa Rica, 1965-1989



Fuente gráfico 2: Cuadro 2A y estudios nacionales.
Fuente gráfico 3: Estudio Nacional de Costa Rica.

A causa de estas tendencias diferenciales, el problema de la sobrevida en los menores de cinco años tiende a concentrarse en las primeras semanas de vida.Por otra parte, el proceso de estabilización de la mortalidad en esta edad ocurre en niveles de mortalidad que son aún reducibles. En 1987, las tasas en EEUU son: infantil 10.1, neonatal 6.5, postneonatal 3.6 por mil. Cuando el Plan se inicia, los tres países de menor mortalidad de la Región han entrado en una nueva etapa epidemiológica y enfrentan nuevos retos para recuperar la intensidad de los progresos que lograron en el pasado.

Los contrastes sociogeográficos de la mortalidad infantil

Las diferencias en la sobrevida infantil entre los diversos grupos geográficos, determinados por las desigualdades que existen en las condiciones materiales de vida y que se han generado en las formas de desarrollo imperantes, se han podido analizar en Costa Rica y Panamá (gráfico 4, cuadro 3A). En ambos países, las características comunes en 1980-1981 son una mayor mortalidad rural, en especial en la edad 1-11 meses, y una mortalidad neonatal que se mantiene sin modificaciones importantes en la población urbana y rural en 1980-1985.

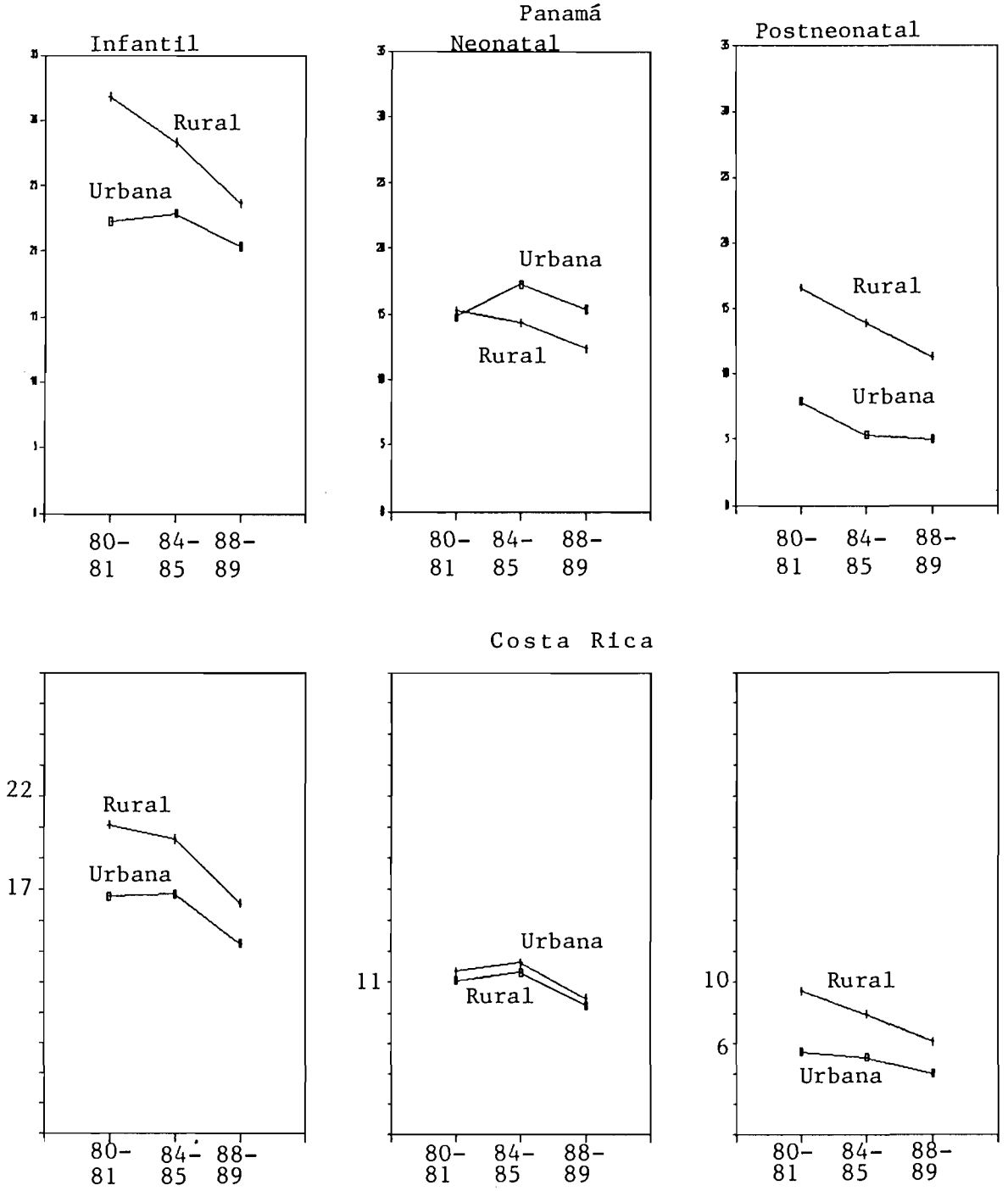
En Panamá, país en el cual el proceso se encuentra menos avanzado, la mortalidad infantil rural excede en 45% a la urbana, y llega a duplicarla en la mortalidad postneonatal. Afortunadamente, la mortalidad rural continúa en descenso, en tanto que la urbana tiende a la estabilización, sobre todo en las primeras semanas de vida. En Costa Rica, con menores tasas, el contraste urbano-rural es menos marcado (29%), pero la ausencia de una baja de la mortalidad en 1980-1985 es bastante generalizada. Sólo se detecta un discreto descenso en la población rural y en el componente postneonatal.

La sobremortalidad rural tiene significación para el sector salud, porque la mitad (o aún más) de los nacimientos ocurren en ésta área y generan el problema de hacer accesible el sistema de salud a todos ellos. La interrupción del descenso, por otra parte, afecta al componente etario de mayor riesgo para la sobrevida en la infancia.

El curso de los contrastes sociogeográficos en 1980-1985 fue también analizado mediante la agrupación de las divisiones administrativos disponibles (provincias, cantones) en poblaciones de mortalidad mayor, intermedia o menor, según el nivel de las tasas en 1980-1981 (gráfico 5). Los resultados ponen en evidencia que, aún en estos países de más baja mortalidad infantil, persisten contrastes importantes; hay poblaciones cuya mortalidad infantil más que duplica la de otros grupos humanos del mismo país, en especial en la edad 1-11 meses (cuadro 4A). La condición favorable es que en estas poblaciones de mayor riesgo ocurre una minoría de los nacimientos nacionales (12%

Gráfico 4

Mortalidad infantil urbana y rural, por edades. Panamá y Costa Rica, 1980-1989



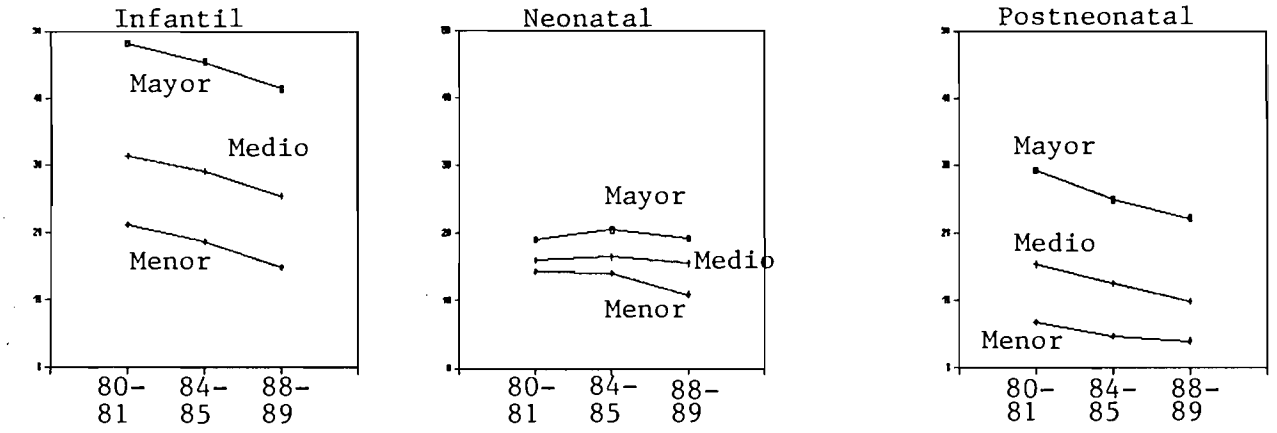
Fuente: Cuadro 3A

Gráfico 5

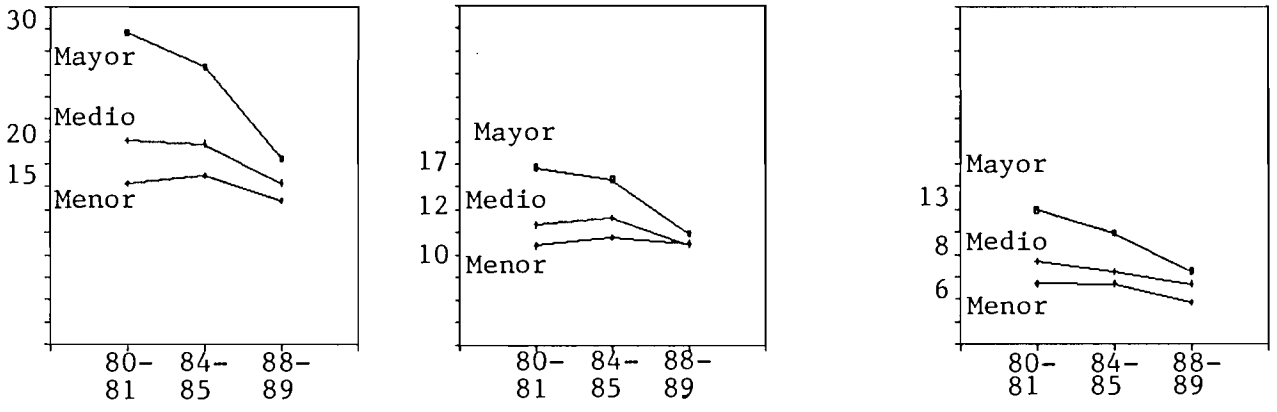
Mortalidad infantil por edades y agrupaciones geográficas, Panamá y Costa Rica. 1980-1989

A. Nivel inicial de la mortalidad

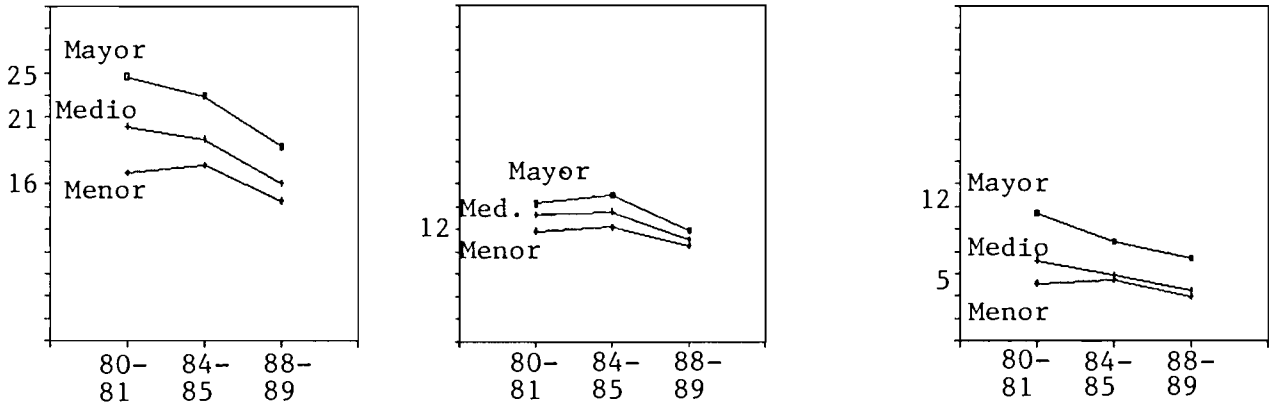
Panamá



Costa Rica



B. Prioridad en salud (Costa Rica)



Fuente: Cuadro 4A.

en Costa Rica, cerca de 20% en Panamá). Y que la mortalidad infantil en estos grupos, mantiene su tendencia al descenso, aunque limitado al componente postneonatal. En Costa Rica, hay escasa variación de las tasas en los grupos de mortalidad menor e intermedia, que son mayoritarios.

Los grupos sociales de riesgo

Las estrategias actuales en salud postulan la necesidad de dar atención preferente a los grupos de mayor riesgo, en un esfuerzo para reducir el impacto de las diferencias sociales y buscar la equidad en las condiciones de vida y salud. Las estimaciones indirectas de la mortalidad infantil permiten analizar su asociación con a algunos indicadores de estas condiciones en el hogar. De este modo es posible identificar estas poblaciones, estimar el riesgo de muerte, ubicarlas geográficamente, describir sus condiciones de vida y estimar la población expuesta.

En Costa Rica, por ejemplo, cuando la mortalidad infantil estaba cercana a 20 por mil (1980-1981), se estimó que el 29% de los nacimientos ocurría en grupos de mayor riesgo, en los cuales la tasa alcanzaba hasta 37 por mil, en contraste con sólo 12 por mil en los grupos más favorecidos. Esta población de mayor riesgo estaba formada por hogares de peones agrícolas, campesinos más pobres y asalariados manuales no calificados, la madre tenía baja educación, en su mayoría residían en el area rural y la vivienda estaba con frecuencia en deficientes o malas condiciones.

En Costa Rica ha sido posible evaluar comparativamente el curso de la sobrevida infantil en el grupo de cantones declarados prioritarios por el Ministerio de Salud, a causa de sus deficien-tes condiciones de vida (gráfico 5-B).[2] En estos cantones la mortalidad infantil es mayor y la postneonatal llega a duplicar la tasa de poblaciones en mejores condiciones. Los cantones de prioridad son los únicos en que, en 1980-1985, persistía un descenso de la mortalidad en la edad 1-11 meses. Por el contrario, la mortalidad neonatal parece estable en todos los grupos de diferente prioridad y no se encuentran grandes diferencias entre ellos.

La estructura de las causas de muerte

Los progresos que hicieron estos países en la década anterior se debieron a una sustancial reducción de las causas de de muerte de etiología infecciosa, que comprenden principalmente enfermedades diarreicas, inmunoprevenibles e infecciones respi- ratorias agudas. Por ello, a

[2]. En Costa Rica, los cantones que el Ministerio calificó "sin prioridad", fueron divididos en cantones de mediana y ninguna prioridad, para facilitar el análisis. En Panamá, la categorización de provincias por nivel de mortalidad (utilizada en el informe) tiene una aceptable correspondencia con la clasificación del Ministerio de Salud, basada en Municipios, 32 de los cuales fueron identificados como "postergados".

comienzos de los años 80, estos grupos de causas sólo ocasionaban aproximadamente un 25% de las muertes infantiles en Costa Rica y Panamá; en Belice, llegaron a este nivel con más tardanza. En este grupo de países el descenso continuó en 1980-1985, de tal modo que las muertes por estas causas tuvieron un peso cada vez menor en el total de la mortalidad infantil. Por el contrario, las muertes atribuidas a causas perinatales se mantuvieron con tasas altas (83-137 por 10 000) y llegaron a formar hasta la mitad de toda la mortalidad del primer año de vida. Estas tendencias diferenciales fueron las que originaron el escaso progreso en el período de la mortalidad infantil que se ha descrito anteriormente (gráfico 6, cuadro 5A). El otro factor de estabilización en Costa Rica y Panamá fueron las defunciones por anomalías congénitas, cuyas tasas se mantienen constantes en aproximadamente 40 por 10 000.

¿Qué características tuvo este cambio de la estructura de causas en los distintos grupos de riesgo que se han descrito en Costa Rica y Panamá? El gráfico 7 (cuadro 6A) señala que, en 1980-1981, en tanto que en los grupos de menor riesgo la mortalidad por enfermedades infecciosas alcanzaban ya bajas tasas en ambos países, la mortalidad era 5-6 veces mayor en el grupo de más alto riesgo, en especial las tasas por enfermedades diarreicas. En Panamá, las enfermedades inmunoprevenibles tenían aún un peso elevado como causa de muerte. En el período 1980 a 1985, la baja de la mortalidad infantil en los grupos en peores condiciones, se
la al éxito en reducir las muertes evitables por vacunación, en tanto que la mayor mortalidad por enfermedades diarreicas es persistente. En Costa Rica, el primer grupo de causas había sido casi erradicado; es la reducción de la mortalidad por enfermedades diarreicas el factor principal del progreso registrado.

En cuanto a las muertes atribuidas a infecciones respiratorias, en Panamá hay claro exceso en los grupos de mayores riesgo, en los cuales el descenso es generalizado y más intenso. En Costa Rica, por el contrario, la mortalidad por este grupo de causas no parece claramente asociada con los grupos de riesgo que se han establecido y los descensos se registran en todas las categorías. En ambos países, la mortalidad por causas perinatales permanece elevada, llegando a su máximo en las poblaciones en peores condiciones (tasas de 115-151 por 10 000 en 1984-1985). En ningún grupo se encuentra tendencia al descenso en este período.

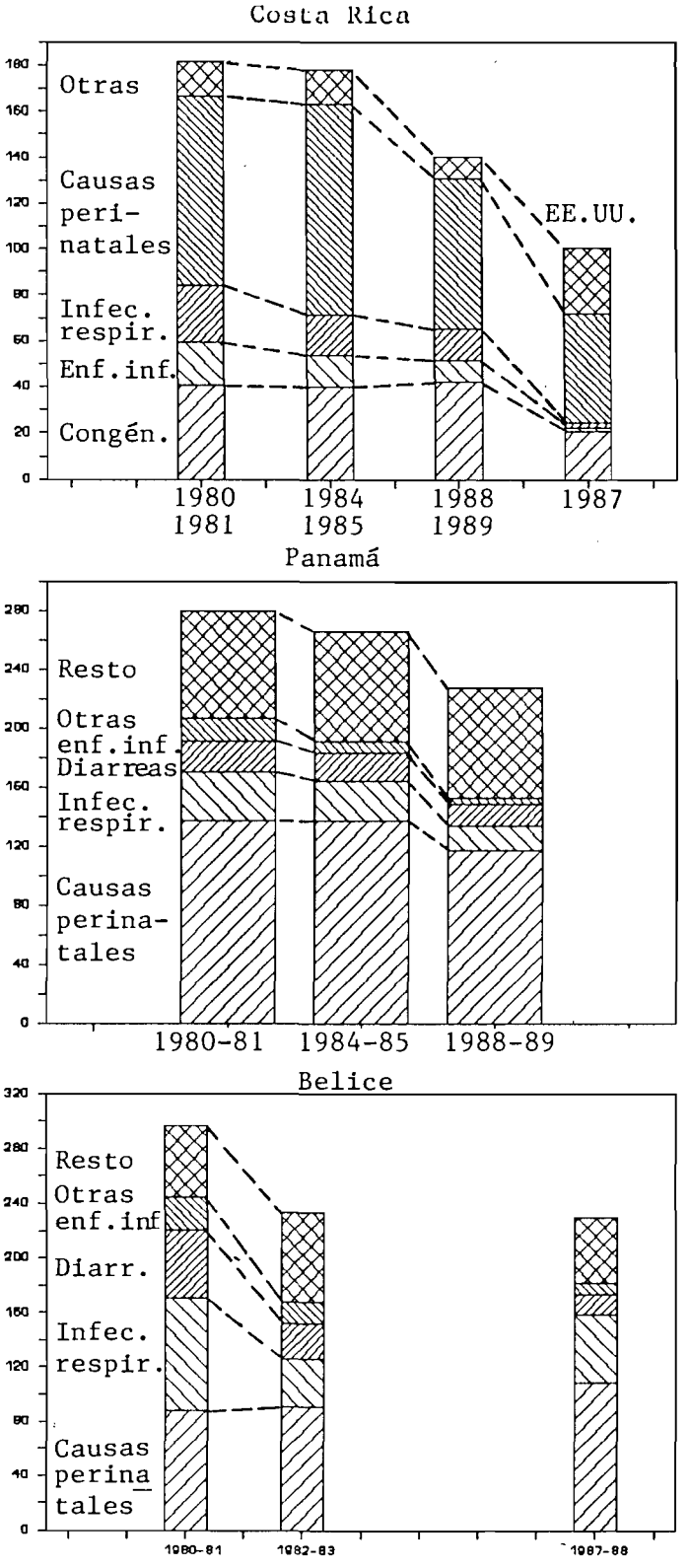
EN SUMA, cuando el Plan de Supervivencia Infantil fue iniciado en estos países,la situación epidemiológica de la mortalidad en el menor de cinco años está caracterizada por un período de escaso o nulo progreso en reducir las tasas nacionales que tienen un nivel que requiere una reducción importante. Por otra parte, persisten grupos sociales de claro mayor riesgo para la sobrevida infantil, con la circunstancia favorable de que son minoritarios y que en ellos la baja de la mortalidad ha sido más intensa y persistente. En estos grupos sociales tiende a concentrarse la

mortalidad por enfermedades diarreicas y, en menor grado, la debida a infecciones respiratorias agudas. Las defunciones por causas perinatales han adquido primera importancia en todos los grupos soclogeográficos y presentan tasas elevadas en todos ellos, que son mayores aún en los grupos en condiciones de vida más adeversas. No hay evidencias de que haya progreso en reducir esta mortalidad en el período 1980-1985.

La situación epidemiológica descrita implica que el Plan tuvo que afrontar dos retos de distinta naturaleza al iniciarse en los países de menor mortalidad. Por una parte, acelerar la reducción de una mortalidad de etiología infecciosa, aún excesiva, existente en un sector minoritario de la población, el cual estaba formado principalmente por los grupos sociales en situación económica y social más postergada. Por otra parte, el Plan requería reducir una elevada mortalidad por causas perinatales que era generalizada a la mayoría de la población nacional y que se mantenía estacionaria por varios años. Este último propósito requería para su logro, de una nueva estrategia, de mayor comple-jidad y costo, y de una mayor eficiencia del sistema de salud para mejorar la atención del niño en su gestación, nacimiento y primeros días de vida.

Gráfico 6

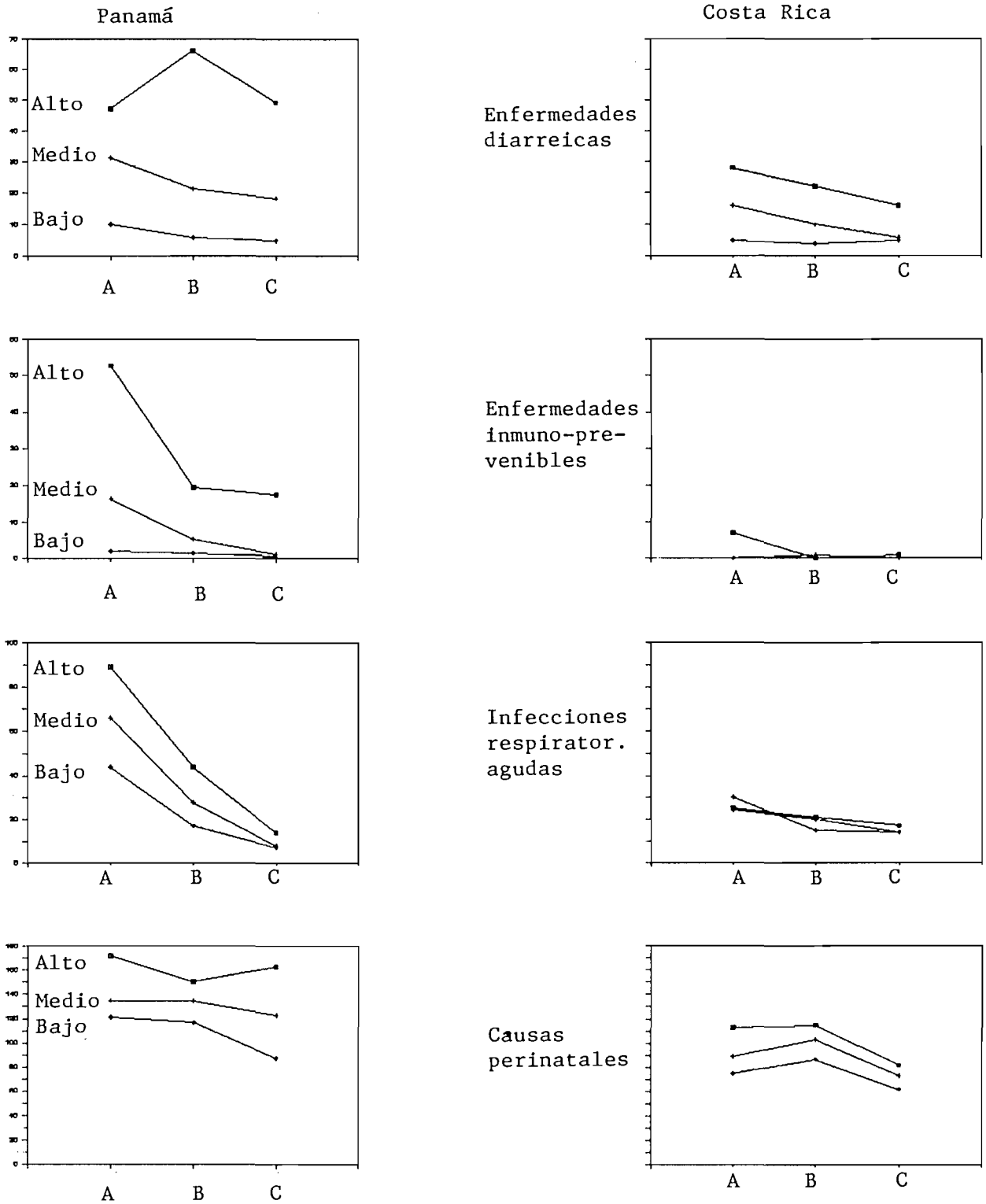
LAS CAUSAS DE MUERTE INFANTIL. COSTA RICA, PANAMA Y BELICE, 1980-1989



Fuente: Cuadro 5A y 1.

Gráfico 7

CAUSAS DE MUERTE INFANTIL EN GRUPOS DE RIESGO, COSTA RICA PANAMA Y BELICE, 1980-1989



*A: 1980-81; : 1984-85; C:1988-89.
Fuente: Cuadro 6A.

2. EL CURSO DE LA MORTALIDAD DURANTE EL DESARROLLO DEL PLAN

Los cambios que se describen a continuación, ocurridos a partir de 1986, deben ser interpretados con cautela. Desde luego, porque algunas de las cifras más recientes son sólo provisorias. Pero tambien porque se refieren a un período breve de años, en los cuales es posible que las tasas anuales de mortalidad muestren variaciones ocasionáles que no corresponden en realidad a nuevas tendencias. Por cierto, la relación que tengan los descensos de la mortalidad que se han detectado con las actividades del Plan de Supervivencia Infantil, es asunto que requiere mayor estudio.

COSTA RICA

Los cambios en la mortalidad

Es el país donde se cuenta con información más reciente y más completa, incluyendo 1989. Fue posible hacer tabulaciones especiales de los seis años que se usan en las comparaciones, en un total de 488 295 nacimientos y 13 559 defunciones.

Hay una generalizada reducción de la mortalidad en menores de cinco años en 1988 y 1989. La mortalidad infantil, que se mantenía estacionaria en cerca de 18 por mil, recupera su tendencia a la baja y alcanza a 13.9 por mil en 1989 (gráfico 2 y cuadro 2A). El cambio es muy notorio en la mortalidad neonatal, que de un nivel estable de 11 desciende a 8.8 por mil. En la edad 1-11 meses se produce un aceleración de la baja observada en el período previo y la tasa llega a 5.1 por mil en 1989. El progreso alcanza también a la mortalidad fetal tardía, cuya valor más reciente es 14.6 por mil.

Tiene especial interés analizar este proceso de cambio en los grupos sociogeográficos que están expuestos a diferentes riesgos. Los gráficos 4 y 5 muestran que el descenso ha sido general a todos ellos, pero que ha sido más intenso en los grupos de mayor riesgo (población rural, Regiones de Salud de menor desarrollo y grupos de cantones de más alta mortalidad inicial). De este modo, los contrastes en la sobrevida infantil han disminuído y los que persisten lo hacen entre niveles de mortalidad que son bastante menores.

La mortalidad neonatal, que se mantenía sin variaciones en los grupos analizados, muestra ahora descensos en todos ellos, que de nuevo son más marcados en aquellos con tasas previas más

elevadas. Este ha sido el factor más decisivo en la recuperación de la tendencia al descenso de la mortalidad infantil a nivel nacional. En el componente postneonatal se observa más bien que hay una continuación después de 1985 de los descensos observados previamente. Hay, sin embargo, una aceleración importante de la baja en los cantones de mayor mortalidad previa.

El cambio más significativo en la mortalidad por causas, que se hace evidente después de 1985, es la reducción en la causas perinatales, en las cuales no se había observado hasta entonces ningún progreso (gráfico 6, cuadro 5A). La baja promedia 33 puntos quinquenales por 10 000. Lo que es más significativo es que ella ha alcanzado, con similar o aún mayor intensidad (gráfico 7, cuadro 6A), a los grupos de más alto riesgo (población rural, cantones prioritarios).

En la mortalidad por enfermedades infecciosas, en especial por enfermedades diarreicas, no hay evidencia que el descenso se haya acelerado en años recientes, aunque la baja ostenta siempre la característica favorable de ser mayor en las poblaciones más afectadas. En general, la mortalidad por infecciones repiratorias agudas también mantiene sus tendencias previas. En cuanto a las enfermedad prevenibles por vacunación, se encontraban prácticamente erradicadas como causa de muerte en el período anterior.

Las metas de impacto del Plan

El estudio aporta la siguiente información con respecto a las metas del Plan de Superviviencia infantil que se refieren a la mortalidad:

METAS	VALORES OBSERVADOS	
	1988	1989
Mantener la tasa de mortalidad infantil por debajo de 19 por mil	14.9	13.9
Reducir la mortalidad perinatal a 14 por mil	14.7	14.6
Reducir la mortalidad por sarampión a cero	0	0
Reducir la mortalidad por tos ferina a 5 casos anuales en menores un año	2	1
Mantener la mortalidad por tos ferina en cero en mayores de un año	0	0
	1984-1985	1988-1989
En los cantones prioritarios:		
- Disminuir en 50% la mortalidad infantil por enfermedades diarreicas	22	16 (-27%)
- Disminuir en 50% la mortalidad infantil por infecciones respiratorias	21	17 (-19%)

Situación de la mortalidad infantil en 1989

Para facilitar su evaluación, en el cuadro 1 se compara la mortalidad infantil de Costa Rica 1989 con EE.UU 1987. Casi la mitad del exceso de la mortalidad se vincula aún a enfermedades de etiología infecciosa, principalmente enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas. Como ya se ha mostrado, las primeras tienen una indudable mayor mortalidad en las poblaciones con menor nivel de vida. Más de un tercio del exceso es aportado por las causas perinatales. De este grupo, la mitad se atribuye a trastornos respiratorios del recién nacido; la restantes se distribuyen por igual en "bajo peso al nacer" e infecciones perinatales. La mortalidad por anomalías congénitas, cuya tasa duplicaría la de EE.UU, requiere mayor estudio.

Para continuar las tendencias favorables de la sobrevida infantil y reducir las diferencias sociales que aún persisten, los resultados del informe sugieren la necesidad de fortalecer las políticas que se proponen:

- mejorar las condiciones de vida de los grupos sociales que se encuentran en situación más desmedrada;
- perfeccionar en todo el país las actividades del programa de salud materna e infantil, en especial de aquellas que protejen la vida del niño en su gestación, nacimiento y primeros días de vida;
- dar efectiva prioridad en salud a las poblaciones expuestas a riesgos más elevados.

Cuadro 1

MORTALIDAD INFANTIL POR EDADES Y CAUSAS
COSTA RICA 1989 Y ESTADOS UNIDOS 1987

Edades y causas	Costa Rica 1989	Estados Unidos 1987	Diferencia
Infantil (por mil)	13.8	10.1	+ 3.7
Neonatal	8.8	6.5	+ 2.3
Postneonatal	5.0	3.6	+ 1.4
Fetal tardía	7.6	5.2*	+ 2.4
Infantil por causas (por 10 mil)			
Enfermedades infecciosas	9.3	1.7	+ 7.6
(Enferm. diarreicas)	(8.1)	(0.3)	(+ 7.8)
Infec. respiratorias	11.4	2.1	+ 9.3
Causas perinatales	61.6	47.4	+14.2
Anomalías congénitas	43.1	20.7	+22.4
Mal definidas	3.4	16.1	-12.7
Causas restantes	10.2	12.8	- 2.6
TOTAL	139.0	100.8	+38.2

* 1986.

PANAMA

Las estimaciones llegan hasta 1989, pero en este año se basa en la información provisoria del primer semestre.

Los cambios en la mortalidad

La mortalidad infantil, estacionaria en un nivel de 25-26 por mil en años precendentes, ha recuperado la tendencia al descenso en 1988 y se estima que alcanza a 21.9 por mil en 1989 (gráfico 2, cuadro 2A). En la mortalidad neonatal las tasas se mantienen sin cambio importante hasta 1988; la tasa provisional de 13.8 por mil 1989 puede significar el comienzo de un período de descenso. En cambio,la mortalidad neónatal ha disminuído francamente de 10 por mil a 8.1 en 1989. No se observan cambios en la mortalidad fetal tardía.

Las tendencias de la mortalidad infantil en los grupos de riesgo definidos por el nivel de las tasas iniciales son continuadamente descendentes en todos ellos (gráfico 5). Hay, sin embargo, una discreta aceleración en la baja en el segundo período, cuando la reducción llega a promediar un punto anual. En la mortalidad postneonatal, en cambio, es evidente que en el grupo de menor riesgo la tasa tiende a mantenerse en un valor de 4 por mil, en tanto que la baja persiste en los grupos de mayor mortalidad.

El curso de la mortalidad neonatal tiene la particularidad de mostrar que, superando un período de estancamiento, el descenso se ha iniciado en los años más recientes; y que por ahora está limitado a las provincias de menor mortalidad, población que reside mayormente en la capital nacional.

El análisis de las tendencias de las causas de muerte (gráfico 6) señala que el discreto mayor descenso de la mortalidad infantil después de 1985 resulta de una mantenida baja en los grupos de etiología infecciosa, a la cual se ha sumado la reducción inicial de la mortalidad por causas perinatales.

En el gráfico 7 se compara este proceso de cambio en la estructura de las causas de muerte en los tres grupos de riesgo. El hecho que la mortalidad postneonatal no haya hecho progresos más intensos despues de 1985 en el grupo de mayor riesgo y prioridad, depende de que no hay aparentemente de progresos en el control de la mortalidad debida a enfermedades diarreicas y el remanente de las inmunoprevenibles. Solo las infecciones respiratorias se mantienen en descenso. El otro hecho importante es que se ha iniciado el descenso de la mortalidad por causas perinatales, pero sólo en el grupo de menor riesgo.

Metas y objetivos del Plan

Sólo se ha definido una meta, que es una modesta reducción de la mortalidad perinatal en 5%. Las tasas son 23.2 en 1984-1985 y 21.7 en 1988, lo que hace un baja de 6.5%.

Como objetivos del Plan se ha propuesto reducir la mortalidad por enfermedades diarreicas, enfermedades inmunoprevenibles e infecciones respiratorias agudas. Como se ha descrito, en todas ellas hay descensos en el período 1986-89 pero, en general, éste es una continuación de la baja observada en el período precedente. Sólo hay una aceleración significativa en la tasa de mortalidad infantil a nivel nacional y en la mortalidad por causas perinatales en las provincias con menor nivel previo de la mortalidad infantil.

La situación en 1989

A pesar de ciertas irregularidades en el aumento de la sobrevida infantil, Panamá ha alcanzado en la región tasas moderadamente bajas, pero que son aún perfectamente reducibles. No hay clara evidencia, hasta mediados de 1989, que los progresos se hayan acelerado en años recientes, con las excepciones que se han mencionado.

Persisten algunas diferencias sociales de la sobrevida infantil que son intolerablemente marcadas. Aproximadamente una quinta parte de los nacimientos están expuestos a una mortalidad infantil de 41 por mil, debida a causas infecciosas prevenibles. En algunos rubros importantes de mortalidad (enfermedades diarreicas) no parece que se estén haciendo progresos en su reducción en las poblaciones expuestas a mayor riesgo. Por otra parte, después de 1986, se observa el comienzo de un descenso de la excesiva mortalidad por causas perinatales, las cuales forman una parte importante de las muertes infantiles.

Para facilitar la evaluación de la situación, en el cuadro 2 ella se compara con la existente en Costa Rica en 1988. El exceso de 60% corresponde en su parte menor a la mortalidad de etiología infecciosa que se ha mencionado. El rubro más importante es la mortalidad por causas perinatales, cuya reducción requiere ser acelerada y extendida a todo el país.

Los resultados del estudio sugieren la necesidad de fortalecer las actividades del Plan en las poblaciones en peores condiciones de vida, formando parte de políticas orientadas a subsanar estas condiciones deficientes que son determinantes importantes de la menor sobrevida infantil; y, a la vez, fortalecer las medidas que permitan extender y mejorar la atención de la embarazada, el parto y el recién nacido, con el fin de acelerar la transición a una menor mortalidad perinatal, ya en curso.

Cuadro 2

MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS, POR EDADES Y CAUSAS.
PANAMÁ Y COSTA RICA, 1988

Edad y causas de muerte	Panamá	Costa Rica	Exceso
Infantil (por mil)	24	15	+ 9
Neonatal	15	9	+ 6
Postneonatal	9	6	+ 3
1-4 años	2.5	0.8	+ 1.7
Infantil por causas (por 10 000)			
Enfermedades infecciosas	19	9	+10
Enfermedades diarreicas	14	6	+ 8
Enf.inmunoprevenibles	3	1	+ 2
Infec. respiratorias agudas	22	16	+ 6
Desnutrición	7	2	+ 5
Causas perinatales	118	68	+50
Causas restantes	70	52	+18
Todas las causas	236	147	+89

BELICE

En el momento de elaborar el informe sólo se dispuso de información hasta 1988, excepto la tasa de mortalidad infantil, que se conoce para 1989.

Los cambios en la mortalidad

Las tasas tienen importantes variaciones anuales, pero lo sustancial es que el período de estabilizacion descrito previamente se ha mantenido hasta 1988 en todas las subdivisiones de edad del menor de cinco años (cuadro 2A). La mortalidad infantil en 1989 es 20.7 por mil, inferior al nivel cercano a 23 por mil que predominó en los años precedentes, pero se requeriría mayor información ulterior para confirmar que esto signifique que se haya iniciado un nuevo período de mantenido descenso.

En el análisis de la estructura de las causas de muerte, es positivo anotar que la mortalidad atribuída a las enfermedades diarreicas ha disminuído a la mitad (de 31 a 15 por 10 000) entre 1984-86 y 1987-88. Las muertes por enfermedades inmunoprevenibles eran mínimas ya al comenzar el decenio. Por el contrario, persiste como problema la mortalidad por infecciones respiratorias agudas, que se mantienen con una tasa que varía alrededor de 50 por 10 000 en el período 1984 a 1988, y que contribuyen así con casi una cuarta parte de las defunciones infantiles. Lo mismo sucede con la mortalidad por causas perinatales, con tasas estables próximas a 100 por 10 000.

En suma, en un análisis que que solo alcanza hasta 1988, no se encuentran evidencias que durante la vigencia del Plan se hayan producidos cambios favorables en la mortalidad infantil, con excepción de las defunciones atribuídas a enfermedades diarreicas.

Cuadro 3

TASAS DE MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS POR EDADES Y GRUPOS SELECIONADOS DE CAUSAS. BELICE 1987-1988 Y COSTA RICA 1988-89

Mortalidad por edades y grupos de causas	Belice 1987-1988	Costa Rica 1988-89	Exceso
Infantil (por mil)	23	14	+ 9
Neonatal	13	9	+ 4
Postneonatal	10	5	+ 5
1 - 4 años (por 10 000)	16	8	+ 8
Infantil (por 10 000) debida a:			
Enfermedades infecciosas	23	9	+ 14
Enfermendades diarreicas	15	7	+ 8
Infecciones respiratorias	50	14	+ 36
Causas perinatales	108	66	+ 42
Todas las causas	229	143	+ 86

La situación en 1989

El mayor reto, en un país que ya ha alcanzado una mortalidad infantil medianamente baja para la región, es impulsar un nueva etapa de descenso, existiendo un período de escasos progresos que se ha prolongado por varios años.

La comparación con la situación de Costa Rica, que se hace en el cuadro 3, muestra que junto con continuar el control de las enfermedades diarreicas, en franca disminución, persisten problemas con una excesiva mortalidad vinculada a las infecciones respiratorias agudas (que es más de tres veces mayor que la tasa de Costa Rica) y a las causas perinatales (50% de exceso). Estos dos grupos comprenden en 1987-88 casi el 70% del total de defunciones en el primer año de vida.

LA MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS EN LOS PAISES DE MAYOR MORTALIDAD ACTUAL

1. LAS TENDENCIAS EN EL PERIODO PREVIO (1980-1985) A LA IMPLEMENTACION DEL PLAN

En estos países, que comprenden El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua, está la mayoría de la población expuesta de la región: 86% de los nacimientos anuales y 85% de la población menor de cinco años.

Las tendencias de la mortalidad por edades

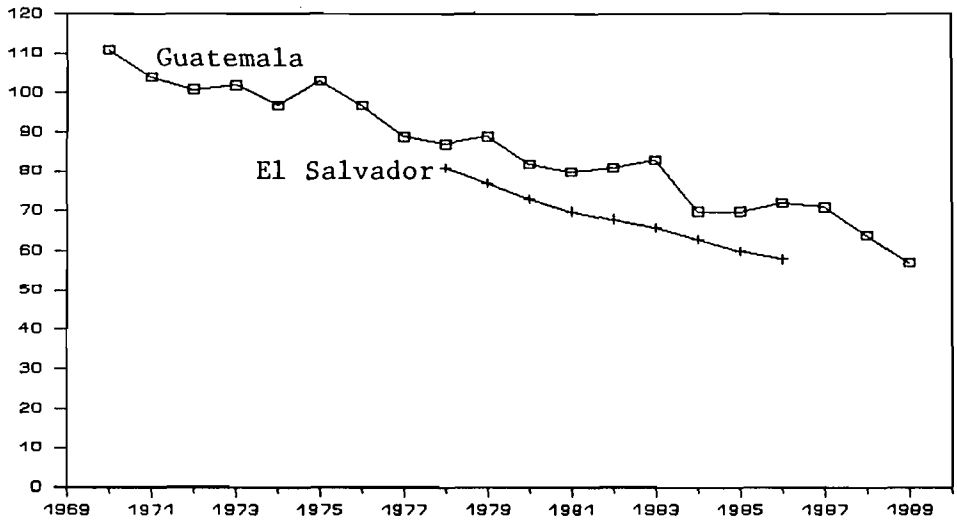
En el gráfico 8 se presentan las tendencias estimadas de la mortalidad infantil en este grupo de países a partir de 1970. En esa fecha las tasas eran muy elevadas y alcanzaban a 110 por mil (cuadro 7A). En el decenio siguiente se produce una reducción general, aunque variable en intensidad, que promedia 30 por ciento, de tal modo que las tasas son de 71-88 por mil en 1980. Estas tendencias se mantienen durante 1980-1985, con una reducción adicional de aproximadamente 10 puntos, que en Nicaragua es mayor y probablemente alcance a 25 puntos. En el momento que el Plan se inicia las tasas varían entre 60 y 70 por mil.

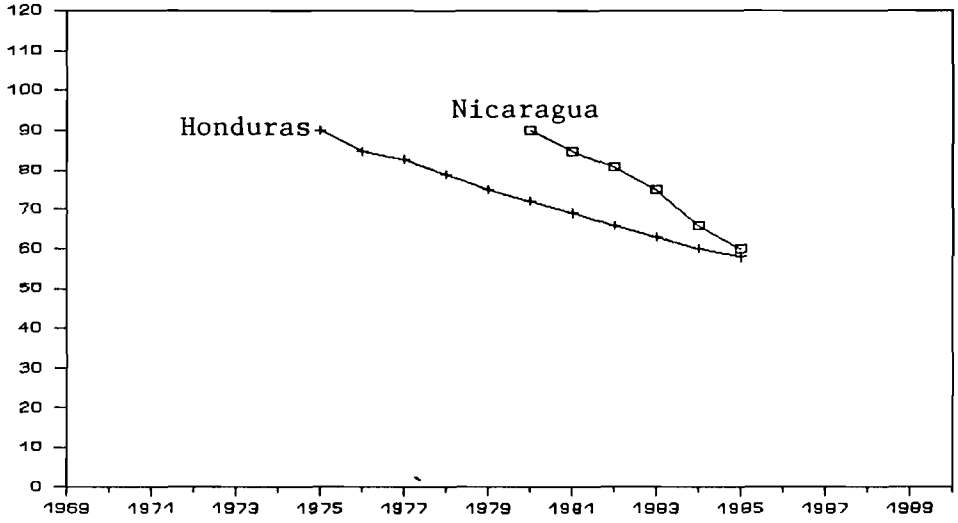
El análisis de la mortalidad por edades en el primer año de vida señala que estos descensos se deben principalmente a la reducción de la mortalidad de 1-11 meses; entre 1980 y 1985 ella ha bajado en cerca de 15% Este es un rasgo positivo de esta transición, porque la mortalidad postneonatal comprende la mayoría (54% - 68%) de las defunciones infantiles (gráfico 1). Por el contrario, la mortalidad neonatal se mantiene alrededor de tasas de 25 por mil, excepto en Nicaragua, país en el cual desciende desde una mayor mortalidad a este mismo nivel. En la edad 1-4 años, la mortalidad alcanza probablemente alrededor de 6 por mil, con excepción de Guatemala, que siempre ha tenido una considerable sobremortalidad (11 por mil). También en esta edad la tasas están en descenso.

De acuerdo a esta información, el Plan entra a operar en estos países cuando ellos tienen una mortalidad en los menores cinco años que es alta pero está en descenso, en la cual el componente postneonatal es mayoritario.

Gráfico 8

MORTALIDAD INFANTIL DE EL SALVADOR, GUATEMALA, HONDURAS Y NICARAGUA. 1970-89





Fuente: Estudios nacionales respectivos.

Estos hechos sugieren dos consideraciones. Por una parte, es estimulante que tales descensos hayan ocurrido a pesar de que estos países han sufrido una permanente crisis económica y social y, algunos de ellos, francas operaciones de guerra. Todo ello afecta negativamente el proceso de salud-enfermedad y limita el alcance de las actividades del sistema de salud.

Pero, por otra parte, los niveles de la mortalidad en la fecha más reciente, son aún intolerablemente altos. En todos estos países, las tasas tienen el mismo nivel que el alcanzado por Panamá y Costa Rica por lo menos 20-25 años atrás. En 1985, la tasa media del grupo de paises de mayor mortalidad respecto a la de los países de menor riesgo infantil, es el doble en la mortalidad neonatal, el triple en la infantil y el cuádruple en la postneonatal. No hay duda de que es urgente acelerar la reducción de tales excesos. Este fue precisamente el propósito del Plan de Supervivencia Infantil.

Los contrastes sociogeográficos de la mortalidad

Aún en el seno de la elevada mortalidad infantil prevaleciente en los países del grupo, existen contrastes en la sobrevida del niño en poblaciones geográficamente definidas dentro de cada país. Ellas son el resultado de las desigualdades que caracterizan las formas de desarrollo hoy dominantes.

El gráfico 9 (cuadro 8A) muestra que en la dimensión concentración-dispersión de la población, aunque las tasas urbanas son altas, la mortalidad rural las excede sistemáticamente en cerca de 30-40%.De modo semejante, si se agrupan unidades geográficas (Regiones o Departamentos) según el nivel inicial de la mortalidad infantil hacia 1980, se identifican grupos de alto riesgo (tasas 70-90 por mil en 1980) formados por poblaciones con peores indicadores de vida y que residen de preferencia en el área rural. Cuando se ha podido identificar la población metropolitana, que corresponde a la capital nacional (o la división administrativa que la incluye), la tasa estimada de mortalidad es la más baja del país, habitualmente menor que 50 por mil.

La dinámica de estas diferencias sociogeográficas en 1980-1985 (gráfico 9) tiene en Guatemala y El Salvador una característica favorable (cuadros 9A y 10A). De acuerdo a la estimaciones disponibles, el descenso sería más acentuado en las poblaciones expuestas a mayor riesgo, de tal modo que las diferencias de la mortalidad infantil entre estos grupos sociales, tendería a disminuir.

Por otra parte, la sobremortalidad infantil rural es un problema importante porque en todos estos países más de la mitad de los nacimientos ocurren en la población rural, tanto porque ella es mayoritaria como a causa de su mayor fecundidad.

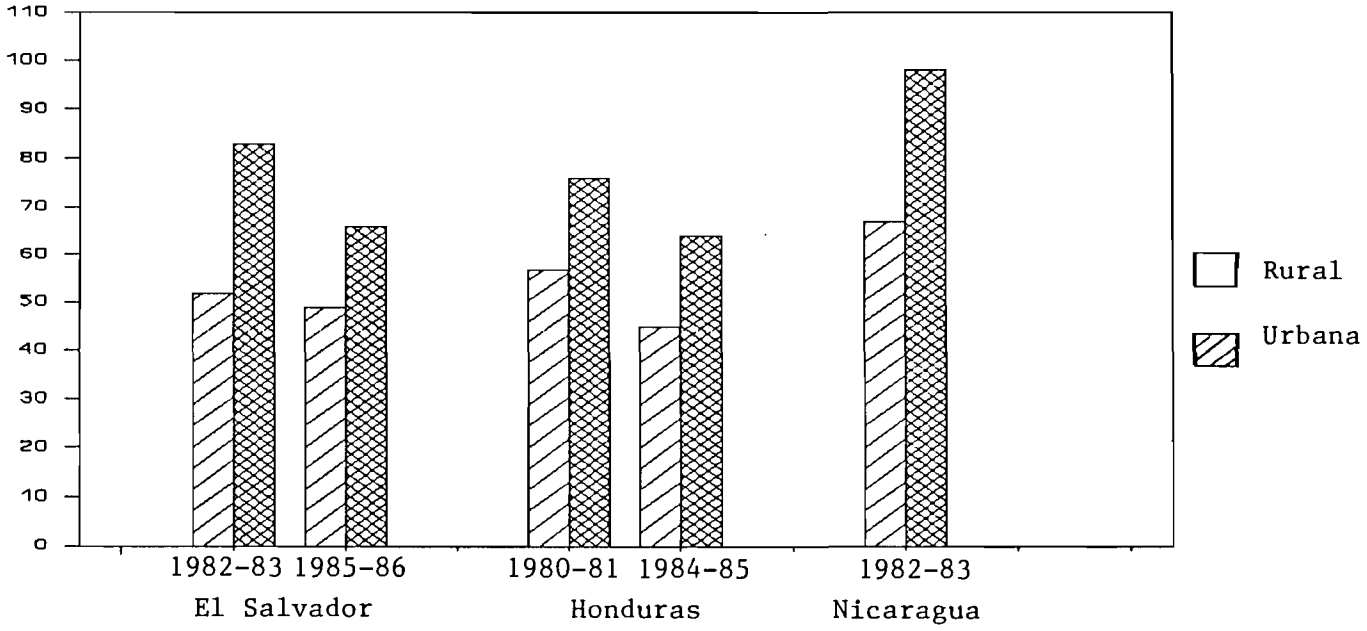
Este fue otro aspecto sustantivo del problema que el Plan se propuso afrontar: desarrollar estrategias que permitieran subsanar la discordancia en la distribución geográfica de sus recursos y las necesidades de atención, mediante la extensión de la cobertura del sistema y el mejoramiento de su eficiencia, junto con dar prioridad a los grupos de mayor riesgo.

Gráfico 9

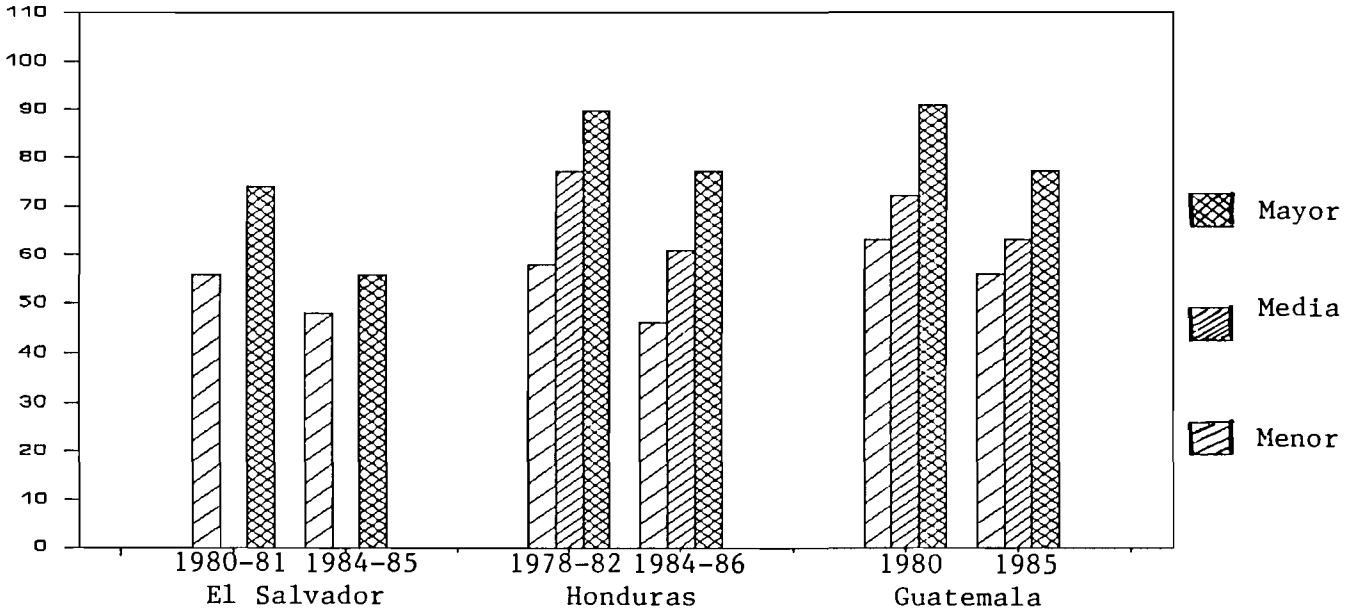
MORTALIDAD INFANTIL POR AGRUPACIONES GEOGRAFICAS

EL SALVADOR, GUATEMALA, HONDURAS Y NICARAGUA. 1980-1985

9A. Urbana y rural



9B. Regiones agrupadas según nivel inicial de riesgo



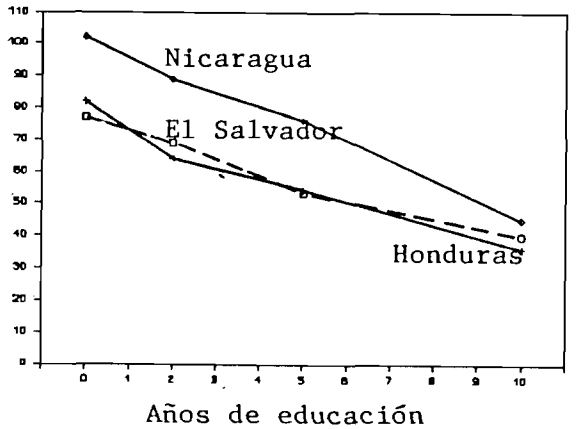
Fuente: Cuadros 8A y 9A.

Las diferencias sociales de la sobrevida infantil

Estas injustas diferencias del derecho del niño a la vida son mucho más notorias cuando se examina la asociación de la mortalidad con indicadores de las condiciones de vida en el hogar. En el gráfico 10 (cuadro 10A) se muestran las diferencias de la mortalidad infantil del hijo usando como indicador la educación materna. Los contrastes son marcados, sistemáticos y generalizados a todo el grupo de países de mayor mortalidad. Las condiciones adversas de vida en el hogar, que el indicador analfabetismo de la madre pone en evidencia, está asociado en 1980-1985 a tasas de mortalidad de sus hijos que alcanzan a 77-102 por mil. En los grupos familiares más favorecidos, el riesgo se estima en 30-40 por mil. En estos países de mayor mortalidad, los niveles educacionales también son bajos y la fecundidad es aún alta en los grupos de mayor riesgo, de tal modo que una mayoría de los nacimientos ocurre en estos grupos de mayor riesgo.

En el cuadro 11A se presenta el caso de Nicaragua en 1982-83, cuando la mortalidad infantil era de 83 por mil, como ejemplo de la situación epidemiológica existente en estos países de mayor mortalidad. Se ve que los grupos de más alto riesgo (tasas de 93-105 por mil) están formado predominantemente por hogares de campesinos o peones agrícolas, aunque también hay trabajadores no calificados en actividades no agrícolas. La madre es analfabeta o semi-analfabeta, la vivienda con frecuencia está en malas condiciones (32 - 76 por ciento) y estos grupos residen en su mayoría en el área rural (39%-99%). En ellos se estimó que ocurrían anualmente cerca del 54% de los nacimientos nacionales y el 68% de las muertes infantiles. Este es el núcleo del grave problema que el Plan tiene que abordar. Y ésta situación existía, con pequeñas variaciones, en todos estos países de alta mortalidad cuando el Plan empezó a implementarse.

Gráfico 10
Mortalidad infantil y educación materna.
El Salvador, Honduras y Nicaragua. 1980-85



Fuente: Cuadro 10A.

Las causas de muerte en menores de cinco años

Por las razones que se indican en los informes nacionales, la información sobre causas de muerte es particularmente deficiente. Una minoría de las muertes es registrada y tiene a la vez una certificación confiable de las causas de muerte. Sólo ha sido posible describir parcialmente la situación en estos países en 1980-1985 (cuadro 4), pero sus características generales parecen claras.

La muerte infantil está ligada predominantemente a causas de etiología infecciosa. En 1980, en Honduras y Guatemala, ellas forman casi dos tercios de todas estas defunciones. El grupo más importante esta constituido por las muertes atribuidas a las enfermedades diarreicas (con tasas superiores a 200 o más por 10 000), que forman una cuarta parte del total. El segundo grupo importante (aunque presenta tasas variables entre los países) son las infecciones respiratorias agudas, con tasas algo menores y que pueden contribuir hasta con 25% de las muertes. Las enfermedades inmunoprevisibles aún aportaba, en Honduras y Guatemala en 1980, casi el 10% de las muertes estimadas. Las causas perinatales son todavía minoritarias, formando cerca de un cuarto del total, pero sus tasas de mortalidad son altas.

El gráfico 11 ilustra los cambios en esta estructura de causas de muerte infantil con el caso de Guatemala, entre 1980-1981 y 1984-1985. La baja de la tasa de 81 a 70 por mil afecta a todos los grupos de causas que se han identificado, con excepción de las causas perinatales. El descenso está ligado principalmente a la reducción de la mortalidad por enfermedades diarreicas; en menor grado depende de la baja de las muertes por infecciones respiratorias agudas y por las enfermedades inmunoprevenibles.

En cuanto a la edad 1-4 años, la estructura de la causas es bastante similar a la mortalidad postneonatal: eliminadas las causas perinatales, los excesos están vinculados a las mismas causas infecciosas que ya se han mencionado.

Cuadro 4

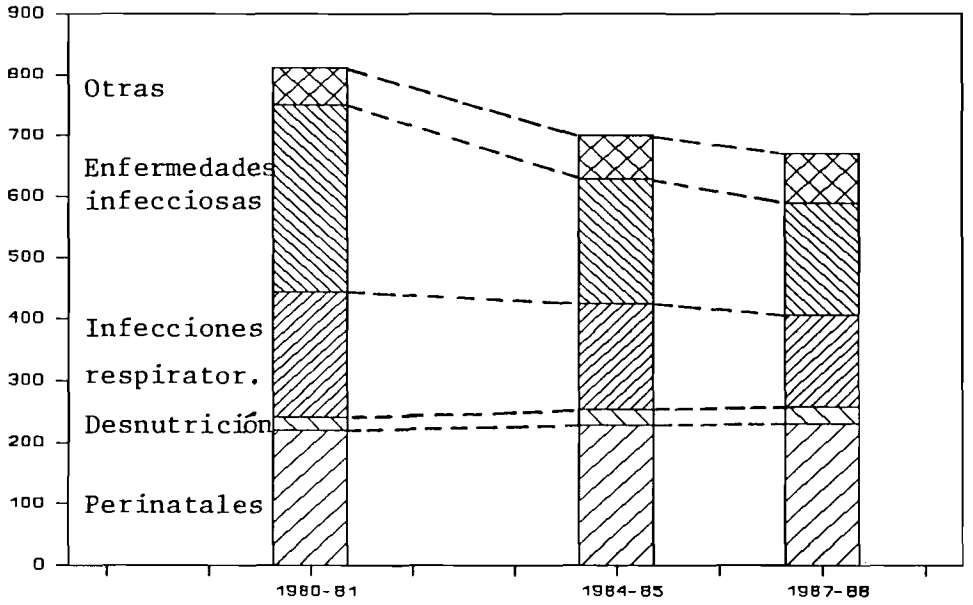
CAUSAS DE MUERTE INFANTIL. EL SALVADOR, GUATEMALA, HONDURAS Y NICARAGUA. 1980-1988

Causas de muerte	Tasas por 10 000						
	Guatemala					Honduras	
	1980-1981	84	85	87	88	1980	1983
Enf. infecciosas	308	200	210	208	163	369	235
Enf. diarreicas	219	124	148	166	133	259	184
Inmunoprevenib.	60	50	33	14	11	69	27
Inf.respiratorias	201	172	169	152	141	118	93
Causas perinatal.	220	231	225	232	229	151	199
Restantes	84	95	102	115	105	83	105
TOTAL	813	698	706	707	638	721	632

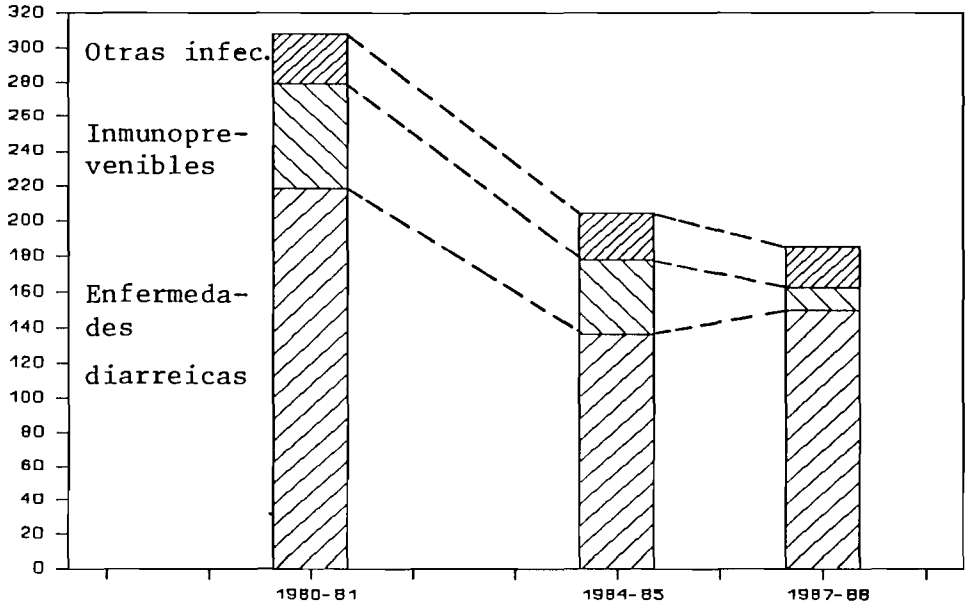
	El Salvador Tasas postneonatales 1982-1984	Nicaragua % defunc. -1 año 1983-1985
Enf. infecciosas	228	33
Enf. diarreicas	218	29
Inmunoprevenibles	19	0.3
Inf. respiratorias	111	10
Causas perinatales	--	32
Causas restantes	64	25
TOTAL	433	100

Gráfico 11

A). MORTALIDAD INFANTIL POR CAUSAS DE DEFUNCION.
GUATEMALA, 1980-1988



B). MORTALIDAD INFANTIL POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS.
GUATEMALA 1980-1988



EN SUMA, la mortalidad en menores de cinco años en estos cuatro países de mayor mortalidad en la región, se caracteriza porque está en descenso pero tiene una intensidad insuficiente, persistiendo aún un considerable daño a la sobrevida infantil. El problema se concentra en la edad 1-11 meses y en las causas de muerte de etiología infecciosa, en especial las enfermedades diarreicas. Existen marcados contrastes sociogeograficos en la sobrevida infantil. Los grupos de menor nivel de vida son cuantitativamente importantes, en ellos ocurren más de la mitad de los nacimientos nacionales y las tasas, aún en 1985, superan 70-80 por mil. Una parte importante del problema radica en las poblaciones rurales, que tienen menor accesibilidad al sistema de salud.

2. EL CURSO DE LA MORTALIDAD DURANTE EL DESARROLLO DEL PLAN

Como ya se ha mencionado, la información en este período es incompleta y sólo en Guatemala es posible analizar de modo sistemático el curso de la mortalidad en los años 1986 y siguientes.

GUATEMALA

Los cambios en la mortalidad

Aunque las cifras para 1988 y 1989 son provisorias, todo hace pensar que ha habido un favorable cambio reciente (Gráfico 8, cuadro 7A). La tasa de mortalidad infantil se mantiene invariable en 70 por mil en los años 1984 a 1987, descendiendo a 64 en 1988 y a 57 por mil en 1989 (cifras provisorias). En la mortalidad por edades sólo se dispone de información hasta 1988, la cual muestra tendencias diferenciales. En tanto que la mortalidad neonatal se mantiene en 24 por mil, la postneonatal, que estaba en 46-48 por mil, alcanza a 40 por mil en la tasa provisoria para 1988.

En cuanto a las divisiones geográficas, sólo se cuenta con las tasas por Regiones hasta 1988. En general la mortalidad es descendente en todas ellas desde 1980 a 1987. Resulta arriesgado interpretar las tasas provisorias de 1988 como evidencia de una mayor baja. En 1984-1985 las tasas regionales varían de 56 (Metropolitana) a 78 (Sur-Occidental); en 1978 lo hacen de 51 a 72, en el mismo orden.

Los cambios en las tendencias de los grupos de causas se presentan en el gráfico 11 (cuadro 12A). La comparación de los cambios entre las tasas promedios de los bienios 1980-1981, 1984-1985 y 1987-1988 señala aceleración en la baja de la mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles, ausencia de cambio en las tendencias de las infecciones respiratorias agudas y disminución en la intensidad de la baja de la mortalidad por enfermedades diarreicas. Aunque las

estadísticas de mortalidad no muestran el real peso de la desnutrición, en todo caso este grupo muestra persistentes tasas cercanas a 25 por 10 000. También la mortalidad perlnatal se mantiene sin muestras de cambio.

La situación en 1989

Para evaluarla se compara con la mortalidad de Panamá en 1988 (cuadro 5). Guatemala tiene un exceso de 40 puntos por 10 000, en su mayor parte en la edad 1-11 meses. Casi el 60% de este considerable exceso se atribuye a las enfermedades diarreicas y a las infeciones respiratorias agudas, en tanto que el control de las enfermedades evitables por inmunización ha reducido grandemente las diferencias en esta comparación. Es particularmente preocupante que los pasados progresos en el control de la mortalidad por enfermedades diarreicas no hayan continuado.

Cuadro 5

MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS, POR EDADES Y CAUSAS.
GUATEMALA Y PANAMA, 1988

Mortalidad por edades y causas	Guatemala 1988	Panamá 1988	Exceso
Infantil (por mil)	64	24	+ 40
Neonatal	24	15	+ 9
Post neonatal	40	9	+ 31
1-4 años	7.6	2.5	+ 5
Mortalidad infantil (por 10 000) debido a:			
Enfermedades infecciosas	163	19	+ 144
Enfermedades diarreicas	133	14	+ 119
Inmunoprevenibles	11	3	+ 8
Infecciones respiratorias	141	22	+ 119
Causas perinatales	229	118	+ 111

Aunque en Guatemala no se pudieron analizar las causas de muerte en los grupos de riesgo, todo hace pensar que la mortalidad por estos grupos de causas evitables debe concentrarse en las poblaciones en peores condiciones de vida. La mayor mortalidad de estas poblaciones se puso en evidencia en estudio hecho en 1976, que las identificó como hogares de campesinos y asalariados agrícolas, con frecuente analfabetismo de los padres, con residencia de predominio rural y con una mayoría indígena.

EL SALVADOR

La información basada en el registro de hechos vitales y encuestas sólo alcanza hasta 1986. Las más recientes son las estimaciones hechas con el método de sobrevivencla del hijo previo que fue aplicado a 6 376 mujeres hospitalizadas por parto en dos hospitales públicos metropolitanos, con una clientela de residencia urbana y rural. La tasa estimada es 60 por mil para 1987, la cual se eleva a 75 por mil en las mujeres con muy baja o nula educación. Estas cifras no difieren sustancialmente de estimaciones similares de años precedentes. En cambio, la estimación de la mortalidad infantil de la Encuesta Nacional de Salud Familiar de 1988 (FESAL-88) es menor (50 por mil) en el mismo año, pero está basada en la información de un grupo pequeño de mujeres y, expuesta, por tanto, a un importante error de muestreo. Las tasas de letalidad hospitalaria por enfermedades diarreicas no muestran tendencia al descenso en los años 1977 a 1989.

HONDURAS

Tampoco en este país la información de nacimientos y defunciones está disponible después de 1986. Las estimaciones más recientes se fundan en el censo de población de 1988 y en la Encuesta de Sitios Centinela de ese mismo año. Las estimaciones se refieren a 1987 y son, respectivamente, 56 y 63 por mil. Ambas cifras son menores que las estimaciones derivadas de iguales fuentes para 1984-1985 (que son 60.1 y 68.5 por mil, respectiva- mente, lo que hablaría en favor de aceptar un descenso continuado de la mortalidad infantil hasta por lo menos 1987. No obstante, tales estimaciones indirectas se basan en la información de las mujeres más jóvenes, que están sujetas a mayor reserva. Como se indica en el informe nacional, existe la posibilidad de estudiar con profundidad el curso más reciente de la mortalidad en la niñez, si se utilizan a plenitud las fuentes de información que están potencialmente disponibles.

NICARAGUA

Es posible que las estadísticas de nacimientos y defunciones infantiles del Sistema Nacional de Estadísticas Vitales (SINEVI), aunque claramente incompletas, reflejen en cierto modo el curso de la mortalidad infantil. Si esto es así, es importante anotar que la información disponible no muestra, aparentemente, que los descensos descritos hasta 1985 (basados en estimaciones indirectas), hayan continuado en años más recientes, por lo menos al mismo ritmo.

La comparación que hizo el Ministerio de Salud de las defunciones atribuídas a enfermedades diarreicas en menores de un año, entre el primer semestre de 1988 y 1989, señaló más bien que ellas

persistían y aumentaban en número. En cambio, la Encuesta de Sitios Centinela de 1989, mostró descenso en las muertes declaradas por la población como debidas a enfermedades diarreicas en menores de cinco años.

Considerando las condiciones críticas económicas y sociales en que el país ha vivido en años recientes y las restricciones severas que sufre el sector salud, es posible que la sobrevida infantil se haya deteriorado o haya dejado de hacer los progresos logrados en años anteriores.

CONCLUSIONES

Con el fin de contribuir a la evaluacion del Plan de Supervivencia Infantil en países de la región centroamericana, se analiza la mortalidad en menores de cinco años en el periodo 1986-89, cuando el Plan fue implementado y se compara con el período 1980-1985. El análisis se hace separaradamente en los países de menor mortalidad (Belice, Costa Rica y Panamá) y los de mayor mortalidad (El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua).

En **los países de menor mortalidad**, la situación previa está caracterizada por una interrupción de la baja de la mortalidad observada en el decenio anterior, la cual ocurre en niveles que son aún excesivos. Esta interrupción se debe al estancamiento de la mortalidad por causas perinatales, que es general en toda la población; la mortalidad neonatal es mayoritaria en el primer año de vida. Persiste a la vez una mayor mortalidad (aunque en descenso) en los grupos sociales que están condiciones más precarias de vida. Los grupos de mayor riesgo son minoritarios y la sobremortalidad está originada principalmente por las enfermedades de etiología infecciosa.

En años recientes se observa en Costa Rica la reiniciacion del descenso de la mortalidad infantil, principalmente debida a una baja generalizada de la mortalidad por causas perinatales. A ello se agrega el continuado descenso de las causas de etiología infecciosa, que es mayor en los grupos de más alto riesgo. En Panamá la baja de la mortalidad por causas perinatales está en una fase inicial y se concentra en los grupos de menor riesgo. En Belice la situación previa se mantiene sin variaciones hasta 1988.

En los **países de mayor mortalidad** los descensos del decenio precendente continúan en 1980-1985, pero son insuficientes, de tal modo que la mortalidad infantil es aún de 60 por mil en 1985. Los grupos de mayor riesgo son mayoritarios y alcanzan una mortalidad de 70-90 por mil. En ellos predominan causas de muertes evitables (principalmente enfermedades diarreicas) y la mortalidad de 1-11 meses constituye el mayor problema.

El curso de la mortalidad a partir de 1986 solo se pudo documentar de modo aceptable en Guatemala. En este país, después de un período de escaso progreso, las tasas provisorias muestran tendencia al descenso en 1988-89. Hasta 1988 la baja se acelera en las enfermedades inmunoprevenibles, pero las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas se mantienen como problemas importantes de muerte, junto con una mortalidad por causas perinatales que es elevada y sin evidencias de baja.

ANEXO

CUADROS ESTADISTICOS

Cuadro 1A

MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AñOS, POR EDADES. PAISES CENTRO-AMERICANOS, PANAMA Y BELICE, 1984-1985

Países	Tasas por mil			
	Infantil	Neonatal	Postneonatal	1-4 años
El Salvador	62	22	40	5
Guatemala	70	24	46	11
Honduras	59	20*	43*	5
Nicaragua	63	28	35	6
Belice	25	13	12	1.7
Costa Rica	18	11	7	0.7
Panamá	27	17	10	2.7

* 1983

Cuadro 2A

MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS, POR EDADES, BELICE, COSTA RICA Y PANAMA. 1970-1989

Años	Tasas por mil		
	Belice	Costa Rica	Panamá
		INFANTIL	
1970-71	41	65	47
1974-75	42	41	38
1980-81*	30	18	28
1984-85	25	18	27
1986	24.8	17.7	24.6
1987	23.2	17.4	24.6
1988	22.6	14.9	23.6
1989	20.7	13.9	21.9
1988-89	22	14	23
		NEONATAL	
1970-71	21 (1969-70)	28	25
1974-75	--	20	21
1980-81	13	11	16
1984-85	13	11	17
1986	11.7	10.5	14.6
1987	11.6	10.1	14.7
1988	14.9	9.4	15.0
1989	--	8.8	13.8
1988-89	15 (1988)	9	14
		POSTNEONATAL	
1970-71	28	37	23
1974-85	--	22	17
1980-81	17	8	12
1984-85	12	7	10
1986	13.0	7.2	10.0
1987	11.6	7.3	10.0
1988	7.7	5.5	8.6
1989	--	5.1	8.1
1988-89	8 (1988)	5	8
		1-4 AÑOS	
1970-71	4.4	4.4	--
1980-81	3.5(1974)	1.0	3.0
1984-85	1.7	0.7	2.7
1988-89	1.4	0.8	2.5 (1988)

Cuadro 3A

MORTALIDAD INFANTIL URBANA Y RURAL, POR EDADES.
COSTA RICA Y PANAMA. 1980-1989

Años	Tasas por mil					
	Costa Rica			Panamá		
	Urbana	Rural*	Metrop.	Urbana	Rural	Ciudad Panamá
			INFANTIL			
1980-81	17	22	16	22	32	19
1984-85	17	21	16	23	28	19
1988-89	14	16	13	20	24	17 (1988)
			NEONATAL			
1980-81	11	12	11	15	15	14
1984-85	11	12	11	17	14	14
1988-89	9	10	8	15	12	15
			POSTNEONATAL			
1980-81	5.9	10.2	5.6	7.9	16.6	5.6
1984-85	5.5	8.5	5.5	5.3	13:9	3.8
1988-89	4.3	6.6	4.2	5.0	11.3	4.2 (1988)

* Excluye residentes rurales de Area Metropolitana

Cuadro 4A

MORTALIDAD INFANTIL POR EDADES EN GRUPOS DE RIESGO
COSTA RICA Y PANAMA. 1980-1989

Años	Costa Rica						Panamá		
	Nivel previo			Prioridad			Nivel previo		
	Alto	Med.	Bajo	Alta	Med.	Ninguna	Alto	Medio	Bajo
	(Tasas por mil)								
	INFANTIL								
1980-81	30	20	15	26	21	16	48	31	21
1984-85	26	19	15	24	19	17	45	29	19
1988-89	15	16	14	19	15	14	41	25	15
	NEONATAL								
1980-81	17	12	10	13	12	11	19	16	14
1984-85	16	12	10	14	12	11	20	16	14
1988-89	11	10	10	11	10	9	19	16	11
	POSTNEONATAL								
1980-81	13	8	6	12	8	6	29	15	7
1984-85	11	7	6	10	7	6	25	12	5
1988-89	7	6	4	8	5	4	22	10	4

Cuadro 5A

CAUSAS DE MUERTE INFANTIL. BELICE, COSTA RICA Y PANAMA. 1980-1989

Causas	Belice			
	1980-1981	1982-1983	1984-1986	1988
Enf. infecciosas	77	42	40	13
Enf. diarreicas	50	26	31	8
Inmunoprevenb.	4	--	5	0
Inf. respiratorias	83	35	46	49
Causas perinatales	88	91	100	115
Restantes	52	65	78	49
TOTAL	301	253	264	226

	Costa Rica			Panamá		
	1980-1981	1984 1985	1988 1989	1980-1981	1984-1985	1988-1989
Enf. infecciosas	19	13	9	37	27	19
Enf. diarreicas	13	10	7	21	19	15
Inmunoprevenb.	2	0	0	11	5	3
Inf. respiratorias	24	18	14	33	27	17
Causas perinatales	83	92	66	137	137	117
Restantes	59	58	54	73	75	75
TOTAL	185	181	143	280	266	228

Cuadro 6A

CAUSAS DE MUERTE INFANTIL EN GRUPOS DE RIESGO
COSTA RICA Y PANAMA. 1980-1989

Causas	Prioridad en salud								
	Alta			Mediana			Ninguna		
	A*	B	C	A	B	C	A	B	C
COSTA RICA									
Enf. infecciosas	44	29	19	20	14	7	8	6	6
Enf. diarreicas	28	22	16	16	10	6	5	4	5
Inf. respiratorias	25	21	17	30	15	14	24	20	14
Causas perinatales	113	115	82	89	103	73	75	87	62
Restantes	73	71	69	68	62	58	54	55	53
TOTAL	255	236	187	207	194	152	161	168	135

	Nivel previo de la mortalidad								
	Alto			Mediano			Bajo		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
PANAMA									
Enf. infecciosas	116	96	68	53	31	22	16	8	7
Enf. diarreicas	47	66	49	31	21	18	10	6	5
Inmunoprevenib.	53	20	18	16	5	1	2	1	1
Inf. respiratorias	89	66	44	44	28	17	14	8	7
Causas perinatales	172	151	163	135	134	123	121	117	88
Restantes	154	129	138	78	86	87	59	54	46
TOTAL	531	442	413	310	279	249	210	187	148

* A: 1980-81 B: 1984-85 C: 1988-89. Tasas por 10 000

Cuadro 7A

MORTALIDAD INFANTIL POR EDADES. EL SALVADOR, GUATEMALA, HONDURAS Y NICARAGUA. 1970-1985 (Tasas por mil)

Años	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua
		INFANTIL		
1970-71	110	108	112	112 (1970)
1974-75	104	100	92	109
1980-81	72	81	71	88
1984-85	62	70	59	63
1986	--	72	--	--
1987	--	71	--	--
1988	--	64	--	--
1989	--	57	--	--
1988-89	--	60	--	--
		NEONATAL		
1970-71	--	38	29	--
1974-75	--	34	30	--
1980-81	24	26	21	40
1984-85	22	24	20 1983)	28
1966	--	24	--	--
1987	--	24	--	--
1988	--	24	--	--
1987-88	--	24	--	--
		POSTNEONATAL		
1970-71	--	70	83	--
1974-75	--	66	62	--
1980-81	48	55	50	48
1984-85	40	46	43 (1983) 34	
1986	--	48	--	--
1987	--	47	--	--
1988	--	40	--	--
1987-88	--	44	--	--
		1 - 4 AÑOS		
1980-81	7.2	14	7.5	--
1984-85	5.4	11	--	6
1986	--	10	--	--
1987	--	11	--	--
1988	--	8	--	--
1989	--	7	--	--
1988-89	--	7.5	--	--

Cuadro 8A

MORTALIDAD INFANTIL URBANA Y RURAL. EL SALVADOR, HONDURAS Y NICARAGUA. 1980-1985

Año	El Salvador		Honduras		Nicaragua	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
1980-1981	52*	83*	57	76	67*	98
1984-1985	49**	66**	45	64		

* 1982-1983 ** 1985-1986

Cuadro 9A

MORTALIDAD INFANTIL POR AGRUPACIONES GEOGRAFICAS. EL SALVADOR, GUAMETALA, HONDURAS. 1980-1985

EL SALVADOR

Regiones	1978-1982	1984-1986	Diferencia
Metropolitana	56	48	- 8
Restantes	74	56	- 14

GUATEMALA

Regiones	1980-1981	1984-1985	Diferencia	1987-1988
Metropolitana	63	56	- 7	52
Mortalidad interemedia	72	63	- 9	63
Mortalidad alta	91	77	- 14	73

HONDURAS

Regiones área	1980	1985	Diferencia
Urbano excepto Reg. 4 y 5	58	46	- 12
Urbano Reg.4 y 5. Rural excepto Reg.5	77	61	- 16
Región 5 rur.	90	77	- 13

Cuadro 10A

DIFERENCIAS SOCIOECONOMICAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL, EL SALVADOR, GUATEMALA, HONDURAS Y NICARAGUA. 1976-1985

Educación materna (años)	El Salvador 1984-1985	Guatemala 1976	Honduras 1980	Honduras 1985	Honduras Dif.	Nicaragua 1982-1983 Tasa	Nicaragua % NV*
		(Tasas por mil)					
Ninguno	77	130	94	82	- 12	102	
1 - 3	69	105	73	64	- 9	89	55
4 - 6	53	76	53	54	+ 1	76	25
7 y más	40	40	30	36	+ 6	45	20

* Nacidos vivos

EL SALVADOR

Condición económica	1975	1980	Reducción	Porcentaje de familias
Adecuada	56	33	- 41%	12
Limitada	95	75	- 21%	56
Crítica	117	97	- 17%	32

NICARAGUA 1982-1983

Ocupación jefe hogar	Tasa 1982-1983	Porcent.nacimientos
Campesino, peón agrícola	83-110	39
Trabajador manual no calificado, no agrícola	78- 96	38
Trabajador manual calificado	46- 59	13
Grupos medios	31- 68	10

Cuadro 11A

DIFERENCIAS SOCIOECONOMICAS DE LA SOBREVIDA INFANTIL.
NICARAGUA. 1982-1983

Características	Grupos de riesgo					País
	Muy alto A	Alto B	Mod. Alto C	Intermedio D	Más bajo E	
Riesgo: tasa mortalidad infantil	105	93	72	54	26	83
Expuestos: nacimientos miles	54.0	24.8	30.2	22.3	13.5	144.8
% sobre total	37	17	21	16	9	100
Defunciones 1 año: (miles)	5.8	2.4	2.2	1.2	0.4	12.0
% sobre total	48	20	19	10	3	100
Residencia rural (%)	99	39	38	9	0	-
Vivienda en malas condiciones (%)	76	32	20	3	0	-
Ocupación Jefe Hogar a/						
Sector agrícola (campes., asal.)	*					
Sector no agrícola:						
Trabajador manual no calificado		*	*	b/		
Trabajador manual calificado				*		
Medio bajo					*	
Medio alto						
Educación materna (años)						
0-3	*	*				
4-6			*	*		
7+				*	*	

a/ Sólo se indica grupo mayoritario.
b/ Incluye además trabajadores manuales no calificados, educación materna 7+, residencia urbana, vivienda aceptable.