Boletín Epidemiológico

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Vol. 5, No. 4, 1984

A I 00112 PR E RM 001 USF 480
HSM-L
DOCUMENTATION & HEALTH INFO
WASHINGTON DC USA

PAN AMERICAN SANITARY BUREAU
LIBRARY
JUN 10 1985

La mortalidad infantil en las Américas

Antecedentes

Existe el consenso general de que la salud es producto y a la vez determinante de un proceso global de desarrollo cuyo fin es el bienestar común. Se reconoce cada vez más la estrecha relación que los indicadores de salud tradicionales guardan con los factores del contexto socioeconómico, hasta llegar a considerarlos como índices de desarrollo social. Esto sucede aun en mayor grado con las tasas de mortalidad infantil y del preescolar por las resonancias emotivas que generan.

La relación entre el número de defunciones de menores de un año y el de nacidos vivos en el mismo período, tiene un significado que trasciende la interpretación aislada de los hechos vitales contenidos en el numerador y el denominador. El que la tasa de mortalidad infantil de un país sea de 60 por 1.000 nacidos vivos y la de otro 15 no solo señala la ocurrencia de fenómenos biológicos sino que sugiere condiciones de vivienda, alimentación, educación, saneamiento ambiental y otros factores que caracterizan el estilo y la calidad de vida de la sociedad en que ocurren.

En años recientes se han desarrollado tecnologías que permiten prevenir y tratar con buen éxito las patologías causantes de un gran número de defunciones infantiles. Su aplicación en los países desarrollados generó descensos significativos y constantes de la mortalidad en las edades tempranas. Esto despertó grandes esperanzas en los países en desarrollo, donde las muertes por estas enfermedades evitables representaban más del 60% del total de las defunciones. Se vio entonces la posibilidad de obtener una gran reducción de la mortalidad mediante la aplicación de "tecnologías apropiadas" mucho antes de que se lograra modificar las condiciones de atraso socioeconómico que prevalecen en estos países. Se llegó a pensar que "las tendencias en la mortalidad son marcadamente neutrales con respecto a los eventos económicos. La miseria económica no es ya una barrera efectiva para un vasto surgimiento de oportunidades de sobrevida en las áreas subdesarrolladas" *(1)*. Este pensamiento expresado por Stolnitz en la década de 1960, parece demasiado optimista si se compara con los resultados observados en América Latina en ese decenio. Al analizar las metas establecidas por los países para ese período, la Organización Panamericana de la Salud encontró que apenas se había logrado en un tercio la de reducir la mortalidad infantil en un 50%: en Mesoamérica se observó una reducción del 18% y en América del Sur del 24% *(2)*.

Sin embargo, a partir de 1970 empezaron a observarse progresos más acelerados, especialmente en aquellos países que emprendieron programas integrados de salud con énfasis en las acciones preventivas y en la aplicación de tecnologías

EN ESTE NUMERO . . .

- La mortalidad infantil en las Américas
- Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional
- Leishmaniasis visceral americana en Colombia
- Vacunas: el camino que queda por recorrer
- Informes de reuniones y seminarios
- Calendario de cursos y reuniones
- Publicaciones

apropiadas para la atención maternoinfantil. En el período de 1971 a 1975 se advirtió en casi todos los países un descenso más veloz, en proporciones que variaban entre el 2 y el 86%; cuatro países mostraban reducciones de más del 50%, cumpliendo así la meta del decenio; 10 países alcanzaron reducciones de más del 30%. Todos los países considerados habían logrado sus propias metas nacionales establecidas con criterios de factibilidad a principios de la década.

América Latina y el Caribe presentan niveles de mortalidad del niño menores que los observados en Africa y Asia y se sitúan en una posición intermedia entre estos y los países desarrollados. Es una región en transición, con sistemas de salud relativamente desarrollados y cobertura mediana, en la que existen numerosas posibilidades para la aplicación extensa de tecnologías apropiadas. En consecuencia, es de interés y utilidad estudiar la mortalidad en los primeros años de vida, ya que este grupo de edad puede rendir mayores resultados a un menor costo.

Desgraciadamente, el conocimiento adecuado de la mortalidad infantil se ha visto restringido por múltiples deficiencias que se notan tanto en el registro de los nacidos vivos como en el de las defunciones. La falta de registro de las defunciones es tanto mayor cuanto más reducida es la edad, por lo que en general son más confiables los datos sobre mortalidad de 1 a 4 años.

Las dificultades y restricciones válidas que hay que tener en cuenta al analizar una cifra se multiplican cuando se analizan diferenciales entre países con distintos sistemas de registro y diversos grados de desarrollo. No obstante, la consideración de las cifras disponibles y su análisis proporcionan información de interés. En los países en desarrollo, el saber interpretar adecuadamente los indicadores de salud, a pesar de sus limitaciones, ha sido un desafío constante.

La mortalidad infantil ha disminuido en todos los países de la Región de las Américas en los últimos años. El descenso no ha sido igual en todos los países, y esa disparidad se repite en las distintas subregiones.[1]

Al ordenar las subregiones según el orden decreciente de disminución experimentada en las tasas de mortalidad infantil entre los períodos de 1970-1975 y 1980-1985 (cuadro 1), América del Norte ocupa el primer lugar, con un descenso del 33%; en segundo lugar se coloca América del Sur Templada, cuya reducción fue del 26%; el tercero le corresponde a Mesoamérica con un descenso de 25%; América del Sur Tropical ocupa el cuarto lugar con el 23% y el quinto y último lugar le corresponde al Caribe en donde el descenso fue de solo un 18%. La figura 1 ilustra esta tendencia en la tasa de mortalidad infantil.

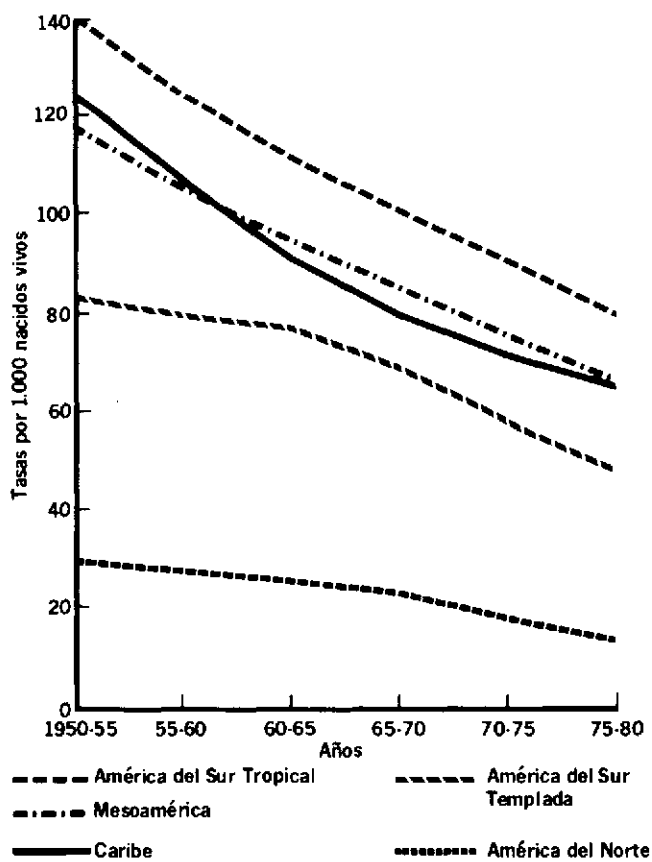
La disparidad encontrada en el descenso de la mortalidad infantil también se refleja en la diferencia de valores que ese indicador ha alcanzado en América del Norte y en las demás subregiones. Al comparar la mortalidad de América

Cuadro 1. Tasa de mortalidad infantil en las subregiones de las Américas durante los períodos de 1970-1975 y 1980-1985.

Porcentaje del descenso observado	Subregión	Tasa de mortalidad infantil 1970-1975	Tasa de mortalidad infantil 1980-1985
33	América del Norte	17,9	12,0
26	América del Sur Templada	56,4	41,8
25	Mesoamérica	74,6	56,3
23	América del Sur Tropical	90,7	69,7
18	Caribe	70,7	57,8

Fuente: Programa de Salud Maternoinfantil de la OPS.

Figura 1. Tendencia de la mortalidad infantil en las subregiones de las Américas, de 1950-1955 a 1975-1980.



[1]Subregiones: *América del Sur Tropical:* Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa, Guyana, Paraguay, Perú, Suriname, Venezuela. *América del Sur Templada:* Argentina, Chile, Islas Malvinas, Uruguay. *Caribe:* Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Bahamas, Barbados, Cuba, Dominica, Grenada, Guadalupe, Haití, Islas Caimán, Islas Turcos y Caicos, Islas Vírgenes (EUA), Islas Vírgenes (RU), Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, República Dominicana, San Cristóbal y Nieves, San Vicente, Santa Lucía, Trinidad y Tabago. *Mesoamérica:* Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá. *América del Norte:* Bermuda, Canadá, Estados Unidos de América, San Pedro y Miquelón.

Cuadro 2. Tasas de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos en algunos países de las Américas, 1960-1985.

País	1960-1965	1965-1970	1970-1975	1975-1980	1980-1985
Argentina	59,7	57,4	51,3	47,2	43,2
Barbados	60,8	46,4	33,8	27,0	25,5
Bolivia	157,5	151,3	151,3	138,2	124,4
Brasil	109,4	100,1	94,9	82,4	72,4
Canadá	26,3	21,3	16,4	12,2	10,4
Colombia	84,5	74,2	66,9	59,4	53,3
Costa Rica	70,6	60,3	50,9	29,3	25,7
Cuba	38,7	39,2	33,8	22,5	20,4
Chile	107,0	89,8	69,5	46,3	40,0
Ecuador	132,3	114,5	100,1	86,0	77,2
El Salvador	128,0	112,0	101,0	86,0	77,2
Estados Unidos de América	25,2	22,2	18,1	14,0	12,1
Guatemala	128,1	115,3	90,2	79,0	67,7
Guayana Francesa	–	–	57,6	47,9	40,5
Haití	170,5	150,3	134,9	120,9	108,2
Honduras	136,8	124,0	110,7	95,4	81,5
Jamaica	54,4	47,0	42,0	30,1	26,2
Martinica	47,7	42,5	34,8	23,0	21,0
México	86,3	78,5	68,6	59,8	52,1
Nicaragua	136,4	122,2	108,9	96,5	84,5
Panamá	55,5	46,7	43,8	36,2	32,5
Paraguay	80,6	66,9	52,6	48,6	45,0
Perú	152,2	132,7	106,5	93,5	81,9
República Dominicana	110,0	96,3	83,6	73,1	65,5
Suriname	63,5	54,6	46,7	39,2	33,8
Trinidad y Tabago	48,0	45,0	40,4	34,8	29,9
Uruguay	47,9	47,0	46,3	41,7	37,6
Venezuela	76,9	64,9	52,4	44,8	38,6

Fuente: Programa de Salud Maternoinfantil de la OPS. *Mortality and Health Policy*. Roma, CELADE, abril de 1983. (IESA/ICP. 1984/EGIV/12).

del Norte con la de América del Sur Tropical en los distintos períodos, se nota que en 1970-1975 América del Sur tenía una mortalidad infantil 5,3 veces mayor que la de América del Norte y en el período siguiente, 5,8 veces superior: la brecha entre los países de mortalidad infantil baja y alta es cada vez mayor.

El análisis por países (cuadro 2) indica un descenso general de la mortalidad aunque con una escala muy amplia de fluctuación individual. Para Bolivia, por ejemplo, es de solo un 21%, mientras que para Costa Rica es del 64%.

Durante el período de 1970-1975, siete países tenían tasas de mortalidad infantil superiores a 100 por cada 1.000 nacidos vivos. Entre ellos, la tasa más alta correspondía a Bolivia, con más de 150 por 1.000. Canadá y los Estados Unidos eran los únicos países con tasas de mortalidad infantil menores de 30.

Para el período de 1980-1985, solo en dos países de la Región se estiman tasas de mortalidad superiores a 100 (Bolivia y Haití) y en nueve países las tasas son inferiores a 30. Solo ocho países tienen tasas de mortalidad superiores a 70, pero es en estos países donde vive el 47% de la población de América Latina. Todos están ubicados en la región tropical. En la América del Sur Templada, en cambio, la mortalidad varía entre 37 y 43 por 1.000 nacidos vivos.

A principios de la década presente dos países de América Latina habían alcanzado cifras inferiores a 20 por 1.000 nacidos vivos: Cuba y Costa Rica. Ambos registros se consideran confiables.

Mortalidad neonatal y posneonatal

El desglose de la mortalidad de niños menores de un año en neonatal (que incluye la de menores de 28 días), y en posneonatal (de 28 días hasta 11 meses y 29 días), ya es de uso generalizado en el análisis de la mortalidad infantil. También se acepta comúnmente que la defunción neonatal se relaciona más con factores biológicos (mortalidad endógena), mientras que la posneonatal se vincula predominantemente con factores socioeconómicos y de agresividad del medio (mortalidad exógena). La mortalidad neonatal, por lo tanto, se considera más difícil de reducir y para ello se requieren esfuerzos importantes por parte de los servicios institucionalizados de mayor complejidad. En cuanto a la mortalidad posneonatal, se podría reducir significativamente mediante la aplicación de medidas básicas de salud a la par que se logran mejoras socioeconómicas. Por esta razón su estudio reviste interés para caracterizar los niveles de salud infantil.

En el cuadro 3 se observa que en 1968 solamente seis países presentaron tasas de mortalidad neonatal más altas que la posneonatal, mientras que en 1978 este número aumentó a 15, debido principalmente a la reducción de la mortalidad en el grupo de edad de 28 días a 11 meses y 29 días.

Al comparar la mortalidad neonatal para 1968 y 1978 se ve que hubo una baja de esta tasa en la gran mayoría de los países. Ecuador y Chile, con los descensos más notables, redujeron su mortalidad neonatal en 15 y 13 defunciones por 1.000 nacidos vivos, lo que significa un descenso porcentual del 48% y 41%, respectivamente.

Con relación a la mortalidad posneonatal se observa la misma tendencia descendente, pero los cambios son aun más dramáticos que en el caso de la mortalidad neonatal. Chile presentó la disminución mayor en la tasa de mortalidad posneonatal al reducir su tasa de 52 a 20 por 1.000 nacidos vivos (alcanzando, por tanto, una reducción porcentual del 61%).

Es difícil estudiar las causas de defunción de los menores de un año debido a los problemas relacionados con el subregistro y la falta de certificación médica. Además, en los países en desarrollo de la Región se dificulta aun más el análisis de las causas de defunción en los menores de un año y los niños de 1-4 años debido a que una gran proporción de esas defunciones se clasifican en la categoría de causas "mal definidas" o "desconocidas". En un grupo seleccionado de países, el porcentaje de defunciones incluidas en esa categoría varió de 5 en Barbados a 29 y 30 en Nicaragua y El Salvador, respectivamente. Los problemas de clasificación de estos datos ejercen un efecto desconocido sobre los niveles y las tendencias en cada causa concreta de defunción, circunstancia que debe tenerse presente al analizar problemas de salud específicos de los menores de un año.

En el cuadro 4 se presenta una distribución de las defunciones en niños menores de un año y de 1 a 4 años según grupos de causas: Grupo A, causas relacionadas con el aparato respiratorio, excluida la tuberculosis; Grupo B, causas relacionadas con el aparato digestivo incluidas la enteritis y la disentería; Grupo C, causas de mortalidad perinatal; Grupo D, enfermedades infecciosas y parasitarias; Grupo E, accidentes y otras muertes violentas; Grupo F, tumores; Grupo G, todas las demás enfermedades excepto los estados mal definidos y desconocidos, Grupo H, signos, síntomas y estados morbosos mal definidos y causas desconocidas.

Siguiendo la clasificación propuesta por Erica Taucher *(3)* se puede considerar que los grupos A, B y D son especialmente reducibles mediante acciones básicas de salud como la rehidratación oral y el saneamiento, el tratamiento precoz en el nivel primario y las vacunaciones. Las causas de mortalidad perinatal, por el contrario, requieren atención de mayor complejidad y alto costo y podrían reducirse cuando los servicios estén más desarrollados. El contraste de la disminución global de la mortalidad infantil y el aumento del porcentaje de defunciones debidas a causas perinatales es una medida indirecta del efecto de las acciones básicas de salud.

Cuadro 3. Tasa de mortalidad neonatal y posneonatal por 1.000 nacidos vivos en países de las Américas, para los años más próximos a 1968 y 1978.

País	Mortalidad neonatal		Mortalidad posneonatal	
	1968	1978	1968	1978
Antigua	12,4	14,1	18,3	8,2
Argentina	25,7	22,2	35,4	18,6
Bahamas	32,9	21,7	13,0	14,0
Barbados	–	21,7	–	7,2
Belice	23,3	–	28,5	–
Bermuda	15,2	14,8	8,1	–
Canadá	13,9	8,2	5,4	4,1
Colombia	–	18,8	–	20,5
Cuba	23,1	14,6	15,9	7,9
Chile	31,6	18,5	51,8	20,2
Dominica	23,4	15,0	34,5	6,9
Ecuador	30,4	15,9	55,7	41,6
Estados Unidos de América	16,1	9,5	5,6	4,3
Guatemala	–	29,6	–	42,6
Guayana Francesa	13,7	–	33,8	–
Honduras	9,7	9,8	24,3	21,5
Islas Caimán	–	13,9	–	10,4
Islas Turcas y Caicos	–	17,1	–	–
Martinica	–	9,8	–	13,0
México	23,5	21,7	40,7	35,3
Montserrat	–	33,6	–	8,4
Nicaragua	11,9	5,5	41,2	16,3
Panamá	19,9	17,6	19,7	15,3
Paraguay	–	–	–	–
Perú	26,5	–	40,5	–
Puerto Rico	–	16,3	–	4,5
República Dominicana	–	15,9	–	14,9
San Cristóbal y Nieves	–	22,6	–	18,9
San Vicente y las Granadinas	–	17,9	–	20,2
Santa Lucía	–	13,5	–	15,7
Suriname	–	32,5	–	11,0

Fuente: Oficina de Estadísticas de la OPS.

Si se excluyen las defunciones perinatales alrededor de 1979, el grupo más significativo de causas fue el B (enfermedades del aparato digestivo), que alcanzó el 25% en El Salvador; 25% en México; 37% en Nicaragua; y 28% en Trinidad y Tabago. El grupo A, que reúne las enfermedades de las vías respiratorias, ocupó el primer lugar en Colombia con 24%; en Guatemala con 22%; y en México con 30%.

Prescindiendo de las causas perinatales puede decirse que los grupos A, B y D aún son responsables por el 45% de las muertes en el primer año de vida para las que se registró el diagnóstico (a fines de la década pasada representaban más del 70%).

Comentario general

En este trabajo se resumen y se analizan datos relativamente recientes sobre la mortalidad infantil en los países de las Américas, con el objeto de actualizar las cifras, delinear las tendencias observadas en las últimas décadas, advertir algunos cambios en la estructura de las defunciones infantiles y estimar el efecto de algunas acciones y programas de salud

en las variaciones de la mortalidad del niño. Aunque una visión global de la Región permite notar progresos importantes en cuanto a la cobertura y la calidad de los registros, es preciso reconocer que aún se observan muchas imprecisiones y omisiones, por lo que las conclusiones deben formularse con prudencia.

En la década de 1970, la gran mayoría de los países de la Región experimentó reducciones en la mortalidad infantil con un ritmo más acelerado que en el decenio anterior. No obstante, subsisten grandes diferencias entre las subregiones y aun entre los países de una misma subregión, lo que hace que la situación sea bastante heterogénea. Se sabe además que en cada país hay variaciones extremas de la mortalidad infantil, y que en América Latina y el Caribe existen sectores mayoritarios de la población en los cuales los niños están expuestos a altos riesgos evitables.

En general, los logros de la última década en América Latina y el Caribe superan a los del decenio anterior. Estas reducciones han ocurrido a pesar de un marco económico desfavorable y, a veces, en países en donde se ha observado una evolución socioeconómica regresiva. El desempleo creciente y la tendencia declinante en la distribución del ingreso durante esa época, configuraban una situación que hacía esperar por lo menos un estancamiento en las cifras de mortalidad infantil si hubiera subsistido la relación entre los factores económicos y las variables del sector salud que se observaba en la década de 1960 *(4)*.

No es lógico suponer que las acciones de salud puedan

Cuadro 4. Porcentaje de distribución de las defunciones en niños menores de un año y de 1 a 4 años, según determinados grupos de causas,[a] en países seleccionados de las Américas, alrededor de 1979.

País	Año	A	B	C	D	E	F	G	H	Total
	Menores de un año									
Argentina	1979	11,8	10,4	37,0	10,0	2,5	0,3	13,6	14,4	100,0
Barbados	1978	16,0	4,0	48,0	11,2	3,2	1,6	10,8	5,2	100,0
Colombia	1977	23,7	23,2	22,0	8,9	1,0	0,2	9,9	11,1	100,0
Costa Rica	1979	12,7	9,8	38,1	7,2	1,4	0,8	8,2	21,8	100,0
Cuba	1978	14,2	8,7	43,1	6,9	b	0,4	6,1	20,6	100,0
El Salvador	1974	14,7	25,1	16,1	6,0	0,4	0,1	7,6	30,0	100,0
Guatemala	1978	21,7	19,2	29,1	10,6	b	0,1	5,8	13,5	100,0
México	1976	30,1	25,3	17,3	6,9	2,0	0,2	3,0	15,2	100,0
Nicaragua	1977	10,2	36,5	2,1	14,4	0,7	0,2	7,3	28,6	100,0
República Dominicana	1978	8,3	17,2	17,5	14,4	0,6	0,2	11,0	20,8	100,0
Trinidad y Tabago	1977	13,8	27,5	40,8	2,0	2,2	0,2	7,0	10,9	100,0
Uruguay	1978	7,9	11,7	42,9	7,4	1,9	0,2	8,2	19,8	100,0
Venezuela	1978	11,8	18,0	32,5	8,5	2,8	0,2	9,0	17,2	100,0
	De 1 a 4 años									
Argentina	1979	13,4	10,9	–	11,9	17,8	5,0	9,7	31,3	100,0
Barbados	1978	34,6	–	–	–	19,2	15,4	7,7	23,1	100,0
Colombia	1977	23,7	23,0	–	17,4	7,3	1,2	3,7	23,8	100,0
Costa Rica	1979	13,1	10,2	–	15,3	21,1	4,0	3,6	32,7	100,0
Cuba	1978	20,5	6,3	–	12,3	b	8,4	5,9	46,6	100,0
El Salvador	1974	11,8	31,8	–	6,1	2,5	0,4	2,7	44,7	100,0
Guatemala	1978	19,6	31,6	–	22,2	b	0,3	5,6	20,7	100,0
México	1976	24,0	26,1	–	16,8	7,7	0,9	4,3	20,2	100,0
Nicaragua	1977	9,5	31,0	–	19,7	4,4	0,7	3,1	31,6	100,0
República Dominicana	1978	14,3	16,8	–	9,7	5,1	0,7	4,7	48,7	100,0
Trinidad y Tabago	1977	15,0	35,3	–	1,5	21,1	3,0	7,5	16,6	100,0
Uruguay	1978	11,8	8,3	–	4,8	21,4	8,7	8,8	49,4	100,0
Venezuela	1978	19,4	16,4	–	10,8	13,6	2,6	10,6	26,6	100,0

Fuente: Las condiciones de salud en las Américas, 1977-1980. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1982 (Publicación Científica No. 427).

[a]Los grupos están definidos como sigue:

A - Causas relacionadas con el aparato respiratorio, excluida la tuberculosis (CIE-9, 460-519);
B - Causas relacionadas con el aparato digestivo, incluidas la enteritis y la disentería (008, 009, 520-579);
C - Causas de mortalidad perinatal (760-779);
D - Enfermedades infecciosas y parasitarias (000-007, 010-136);
E - Accidentes y otras muertes violentas (E800-E999);
F - Tumores (140-239);
G - Todas las demás enfermedades, excepto los estados mal definidos y desconocidos; y
H - Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos y causas desconocidas (780-799).

[b]Se incluyen en el grupo G.

determinar por sí solas el nivel de la mortalidad infantil, y de ninguna manera cabe concebir que sean un remedio permanente para las desigualdades y deformaciones sociales que acompañan el subdesarrollo. Ante los datos que reflejan una reducción de mortalidad infantil se debe adoptar una actitud cautelosa tratando, por una parte, de determinar su grado de validez y, por la otra, de analizar el efecto que pueden haber tenido algunos adelantos conceptuales y tecnológicos en la prestación de los servicios de salud.

Desde fines de la década de 1960, algunos países de América Latina y el Caribe empezaron a elaborar y aplicar un concepto de servicios de salud de enfoque eminentemente preventivo, que enfatiza acciones básicas de gran eficiencia, promueve el uso de tecnologías apropiadas y procura la participación capacitante de la comunidad. Estas ideas se engloban en la estrategia de atención primaria de salud, ya delineada en la III y en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas celebradas en 1972 y 1977, respectivamente *(5)*. La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud que se llevó a cabo en Alma-Ata, URSS, en 1978 *(6)*, significó la consagración mundial de ese concepto. En esa ocasión, varios países de las Américas presentaron recuentos de las experiencias que habían logrado con la aplicación de la estrategia de atención primaria. Es decir, al analizar la evolución de la mortalidad en la década de 1970, debe estimarse el efecto que, en muchos casos, la atención de salud puede haber tenido sobre ese indicador. La evolución general de América Latina y el Caribe en el decenio pasado y, muy especialmente, la evolución de algunos países que aplicaron precozmente estos enfoques puede arrojar alguna luz sobre su efectividad en distintas situaciones sociales y en diferentes estilos de desarrollo.

Dentro de este marco de referencia cabe preguntarse cuál ha sido el alcance de las tecnologías modernas de prevención y tratamiento de enfermedades, en especial las técnicas sistematizadas bajo el concepto de acciones básicas de salud. Las modificaciones en la importancia relativa de las diversas causas de defunción, así como la disminución de las muertes relacionada con la aplicación de técnicas específicas sugieren que se ha acrecentado la capacidad del sector salud para modificar la mortalidad infantil y preescolar. El hecho parece radicar en una mayor capacidad real de aplicar el conocimiento a sectores más amplios de la población y con prioridad a los que están expuestos a mayores riesgos *(7)*. Las experiencias de varios países de la Región señalan una posible ampliación de los efectos de las intervenciones de salud en la mortalidad infantil, la cual implica una mayor responsabilidad para el sector salud y sus dirigentes por cuanto, al disponer de instrumentos eficaces para reducir las muertes infantiles, su negligencia sería aun más condenable.

Los datos presentados solo permiten una aproximación preliminar al problema, pero proporcionan una orientación válida para otros estudios que deben realizarse a fin de dilucidarlo más profundamente, tales como estudios de casos de países que aplican esas tecnologías; estudios de programas que las usan en áreas geográficas definidas; estudio exhaustivo de las relaciones recíprocas entre la evolución de la economía, la distribución del ingreso, el empleo y el comportamiento comunitario; y evaluación de las tecnologías aplicables a otras enfermedades que se perfilan como elementos de gran importancia en la mortalidad infantil.

Referencias

(1) Stolnitz, G. J. Recent Mortality Trends in Latin America, Asia and Africa. *Population Studies* 19(2), 1965.

(2) Organización Panamericana de la Salud. Evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas. Washington, D.C. Agosto de 1980 (Documento CD27).

(3) Taucher, E. La mortalidad infantil en Chile. CELADE. *Notas de Población* 7(20), 1979.

(4) Puffer, R. R. y C. V. Serrano. *Características de la mortalidad en la niñez*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1973 (Publicación Científica No. 262).

(5) Organización Panamericana de la Salud. *Plan Decenal de Salud para las Américas—Informe Final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*. (Santiago, Chile, 2-9 de octubre de 1972). (Documento Oficial No. 118, 1973); *Informe Final y Documento de referencia—IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*. (Washington, D.C., septiembre de 1977). (Documento Oficial No. 155, 1978).

(6) Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Atención primaria de salud—Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978)*. Ginebra-Nueva York, 1978.

(7) Suárez Ojeda, E. N. El enfoque de riesgo en la atención perinatal y maternoinfantil. *Bol Of Sanit Panam* 92(6):482-493, 1982.

(8) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1973-1976*. Washington, D.C., 1978 (Publicación Científica No. 364).

(9) Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1977-1980*. Washington, D.C., 1982 (Publicación Científica No. 427).

Para más referencias bibliográficas sobre este tema dirigirse a: Programa de Salud Maternoinfantil (HPM), OPS, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, E.U.A.

(*Fuente:* Programa de Salud Maternoinfantil, OPS.)