

**SITUACIÓN DE LA SALUD
MATERNOINFANTIL
Y SUS TENDENCIAS
EN AMÉRICA LATINA
Y EL CARIBE**

Dr. João Yunes

Dr. Adrián Díaz

I. Introducción

A pesar de la adversa situación económica de la década pasada, se han observado en América Latina y el Caribe progresos significativos en los principales indicadores de salud. La erradicación de la poliomielitis se encuentra entre los más indicativos. Sin embargo, al analizar los promedios regionales o nacionales de esos indicadores, se dejan ver las marcadas desigualdades existentes entre los países y al interior de éstos. En muchos casos incluso se ha ampliado la brecha entre América Latina y el Caribe y las regiones más desarrolladas del mundo.

Dicha situación de inequidad, sumada al cambio del perfil epidemiológico y a la profunda transformación del estado observable en la mayoría de los países de la Región, exigen una reorientación de las estrategias de acción del sector salud y la sociedad en su conjunto, a fin de garantizar el cumplimiento de las metas propuestas en la Conferencia de Alma Ata y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia.

A continuación, se describen algunas de las variaciones de los principales indicadores de salud, en especial para el grupo de niños menores de 5 años y de mujeres en edad fértil (MEF). Asimismo, se esbozan algunos de los problemas emergentes y las acciones básicas que el sector salud debería desarrollar para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población de la Región.

II. Aspectos demográficos

A lo largo de los últimos cuarenta años, América Latina y el Caribe han experimentado importantes cambios demográficos que se ven reflejados en el aumento de la expectativa de vida al nacer, la disminución de la tasa de mortalidad infantil (TMI) y el acelerado proceso de urbanización.

El ritmo de crecimiento demográfico ha disminuido en las últimas 4 décadas, pasando de una tasa anual de 2,7% durante el quinquenio 1950-1955 a 1,79% en el período 1990-1995 (1). Ello se ha debido, fundamentalmente, al descenso de la tasa global de fecundidad (TGF) que pasó de 5,88 hijos por MEF a 3,5 en el mismo período (1). Este descenso, sin embargo, no ha sido homogéneo en toda la Región, ya que los países de América Central y del Área Andina han logrado menores avances que los registrados en el Caribe Inglés y el Cono Sur.

En el mismo período, la Región ha visto incrementada la expectativa de vida al nacer en casi 17 años, acercándose lentamente a los valores observables en las regiones más desarrolladas del mundo, con promedios superiores a los estimados para Asia y África. Estos promedios, sin embargo, ocultan las marcadas diferencias entre los países de la Región. Se reflejan por ejemplo en la brecha existente entre Costa Rica (76,3 años) y Haití (56,6 años), cuyos valores son levemente superiores al promedio del continente africano.

Como consecuencia de los cambios mencionados (disminución de la TGF y aumento de la expectativa de vida), la población maternoinfantil¹ ha experimentado un descenso en términos porcentuales a lo largo de los últimos 40 años. Sin embargo, en términos absolutos, ha continuado aumentando (Cuadro 1). Esta situación representa una considerable carga adicional para los servicios de salud que no se han incrementado ni desarrollado en la misma proporción.

1 Se incluye en este grupo a niños, adolescentes y a mujeres en edad fértil.

Respecto a la TMI, las estimaciones hechas para el período 1990-1995 (46 por 1.000 nacidos vivos) colocan a América Latina y el Caribe en una posición intermedia con respecto a otras regiones del mundo. Sin embargo, este valor es de 4 a 6 veces mayor que el observado en Europa (11 por 1.000 n.v.) o en América del Norte (8 por 1.000 n.v.) (1). En otras palabras, la TMI de la Región en el quinquenio 1990-1995 es similar a la que presentaba Estados Unidos en 1940 (2).

Una vez más, es necesario referirse a las importantes diferencias intrarregionales. Pueden encontrarse países como Barbados, Bermudas, Chile, Cuba, Costa Rica o Jamaica, con una TMI por debajo de 15 por 1.000 n.v. Otros en cambio, como Bolivia, Haití o Nicaragua, presentan tasas por encima de 70 por 1.000 n.v. Esta diferencia se hace más notoria si se toman los valores extremos, observando así que la TMI en Haití (133 por 1.000 n.v.) es 13 veces superior a la informada por Cuba (10,2 por 1.000 n.v.)(3).

Las diferencias señaladas entre los países de la Región se observan también al interior de los mismos, lo cual refleja las marcadas desigualdades sociales y su impacto en las condiciones de salud de la población. Por otro lado, las diferencias respecto a la TMI se encuentran estrechamente vinculadas a variables sociodemográficas tales como sexo, edad y nivel de educación de la madre; intervalo intergenésico y lugar de residencia; condición de la vivienda, clase social y ocupación del jefe de familia (4).

Las encuestas de demografía y salud (DHS) desarrolladas en varios países de la Región, (5, 6) señalan como una de las variables más significativas el “nivel de educación de la madre”, demostrando básicamente la relevancia de las variables mencionadas.

En este sentido, las posibilidades de morir antes del año de vida son tres veces superiores en los hijos de mujeres analfabetas, en comparación con aquellos cuyas madres poseen educación secundaria y/o universitaria. Un fenómeno similar, aunque menos marcado, se observa cuando el intervalo intergenésico es inferior a 2 años (Cuadro 2).

Otro de los cambios demográficos a destacar es el vertiginoso y desordenado proceso de urbanización observado en la Región a lo largo de las últimas décadas. Según datos de Naciones Unidas (7), el porcentaje de población urbana pasó de 41,5% en 1950 a 71,5% en 1990. Se prevé que esa cifra superará el 76% a fines de este siglo, es decir, llegando a ser similar a la que registran las regiones más desarrolladas del mundo.

El movimiento migratorio del campo a la ciudad dio lugar al surgimiento de megalópolis.² Estas grandes urbes están rodeadas por enormes cordones de miseria donde viven millones de personas que se encuentran desprovistas de servicios básicos de salud, educación, saneamiento, transporte y electricidad. Al mismo tiempo estas personas están expuestas a riesgos proporcionalmente más elevados de enfermar y morir que el promedio de la población.

Acercas del fenómeno migratorio de esta transición demográfica por la que atraviesa la Región, es crucial mencionar los movimientos migratorios hacia el exterior y dentro de algunos países. Cabe mencionar el caso de la población indígena de Guatemala (unos 250.000 refugiados y más de un millón de desplazados internos, según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR). Al haberse instalado en regiones fronterizas del territorio mexicano, ya sea en campamentos o en forma dispersa, han determinado cambios importantes en los cuadros epide-

2 América Latina contará en el año 2000 con cuatro ciudades de más de 10 millones de habitantes.

miológicos locales durante los últimos 15 años.

Algunos miles de estos refugiados están siendo reubicados en sus lugares de origen en el interior de Guatemala, luego de más de una década fuera de sus comunidades. Esto representa un nuevo problema; por ejemplo, en lo que se refiere al acceso a los servicios básicos de saneamiento ambiental y de salud en general.

III. Perfil de morbimortalidad

La disminución del número de muertes, en especial en el grupo de menores de 5 años, se ha visto acompañada de una progresiva transformación del perfil de morbimortalidad de la población materno-infantil. Este cambio está dado, fundamentalmente, por la sumatoria de patologías ya tradicionales en la Región. Estas incluyen las enfermedades transmisibles y otros fenómenos de creciente importancia, como las enfermedades crónicas, la violencia, el SIDA y los trastornos del desarrollo de niños y jóvenes.

1. Mortalidad por causas en niños y adolescentes

En los últimos años se han producido modificaciones en el comportamiento de las causas de mortalidad en niños menores de 1 año y de 1 a 4 años. Ello pone de manifiesto el impacto positivo de las acciones dirigidas al control de las enfermedades infectocontagiosas.

Entre estas acciones se destacan principalmente las inmunizaciones, la terapia de rehidratación oral, la estandarización del tratamiento de la neumonía y otras infecciones respiratorias, y las acciones de saneamiento básico.

En efecto, en 16 países de la Región³ se observa que entre los quinquenios 1965-1969 y 1985-1989 ha habido una disminución drástica de las muertes por “enfermedades transmisibles”.⁴ En el grupo de los menores de 1 año, estas entidades pasaron a ocupar el segundo lugar detrás de las “afecciones originadas en el período neonatal”⁵ (Figura 1).

Esta tendencia también se verifica cuando se analiza la mortalidad por enfermedades diarreicas y por infecciones respiratorias agudas (IRA) en los menores de 5 años (8, 9). Sin embargo, las enfermedades diarreicas y las respiratorias agudas continúan siendo las principales causas de consulta ambulatoria y de egresos hospitalarios. En algunos países, son incluso la primera causa de mortalidad en la población pediátrica.

Las causas perinatales, por su parte, ocupan el primer lugar de mortalidad en el grupo de menores de 1 año. Son debidas fundamentalmente a desnutrición maternofetal, infección (ovular, fetal, neonatal), parto distócico o iatrogénico, hipoxia fetoneonatal, anomalías congénitas y prematurez.

3 Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, Trinidad Tobago, Uruguay y Venezuela.

4 Incluidas todas las enfermedades infecciosas y parasitarias, menos el SIDA.

5 Incluida toda la sección XV de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), es decir, enfermedades de la madre y complicaciones obstétricas que afectan al feto o al recién nacido (retardo del crecimiento intra-uterino, inmadurez, hipoxia, asfixia); afecciones respiratorias del feto y del recién nacido; infecciones propias del período neonatal, y afecciones mal definidas que se originan en este período.

La mayoría de ellas son susceptibles de ser prevenidas por medio de acciones básicas como el control del embarazo y el parto institucional, o bien resueltas con servicios de salud de adecuada calidad.

La mortalidad en el grupo de 5 a 14 años también ha experimentado un importante descenso a lo largo de la últimas décadas. No obstante, se observan también marcadas diferencias entre los distintos países de la Región. En este sentido, la tasa corregida de mortalidad para “todas las causas”, durante el período de 1985-1989 en Canadá (22,8 por 100.000 habitantes) es casi 6 veces inferior a la estimada en Ecuador y Perú (129 por 100.000 habitantes).

Por otro lado, el ordenamiento de las causas de mortalidad en este grupo de edad se ha mantenido constante durante los últimos 20 años, encontrándose en primer lugar las “causas externas”, seguidas de las “enfermedades transmisibles”.

Asimismo, el principal componente de la mortalidad por “causas externas” es el de los accidentes de tránsito.⁶ Esto se explica, entre otras cosas, por el rápido y desordenado proceso de urbanización, el aumento de las toxicomanías y el alcoholismo, el incumplimiento o inexistencia de normas básicas de seguridad y la ausencia de adecuados programas de prevención y educación vial (3).

2. Mortalidad materna

En los últimos años se han alcanzado importantes avances en la Región en lo que respecta a este indicador. Sin embargo, sigue constituyendo uno de los graves problemas de salud, en especial en países como Haití o Bolivia con tasas de mortalidad materna (TMM) que superan en más de 50 veces las observadas en Canadá o Estados Unidos (10).

Por otro lado, se debe destacar que tanto las variaciones de las TMM como las de mortalidad perinatal, se encuentran claramente asociadas con los niveles de cobertura del parto institucional (Cuadro 3) y a la vez, se relacionan estrechamente con la calidad de la atención perinatal.⁷

En este sentido, aquellos países con coberturas medias (50 a 75%),⁸ pero que mantienen elevadas tasas de mortalidad, estarían poniendo de manifiesto severas deficiencias en la atención institucional. Esta situación pone en evidencia la necesidad de orientar los esfuerzos no sólo para alcanzar la cobertura universal sino también para proveer servicios de adecuada calidad.

3. Desnutrición

Si bien la nutrición infantil es uno de los aspectos centrales de todos los programas maternoinfantiles, la información existente no permite describir con precisión la magnitud de los trastornos nutricionales que afectan a los niños menores de 5 años en la Región.

Ello se debe, entre otras cosas, a la gran diversidad de las fuentes de datos utilizadas (encuestas

6 La proporción de muertes por “causas externas” que corresponde a accidentes de tránsito oscila de 29% en Argentina a un 52% en Canadá.

7 Más del 90% corresponden a las llamadas causas obstétricas directas, es decir, las vinculadas con complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Entre ellas se destacan la toxemia gravídica, la hemorragia, el aborto y las complicaciones del puerperio.

8 Los casos de Jamaica y Guyana podrían explicarse por el hecho de que pequeñas variaciones en el número de muertes maternas se traducen en elevados porcentajes debido al reducido número de habitantes.

nacionales, encuestas locales, información de servicios de salud). También a los patrones de referencia (curvas nacionales o NCHS); a los puntos de corte tomados en cuenta (-2 ó -3 desviaciones estándar); o el grupo etéreo incluido en cada estudio.

En base a los datos disponibles, se estima que la proporción de niños con desnutrición global (déficit de peso para la edad) ha disminuido en los últimos 15 años en todos los países de la Región⁹ (Cuadro 4). Sin embargo, debido al crecimiento demográfico se observa un incremento en el número de niños menores de 5 años afectados por algún grado de desnutrición, cifra estimada en 7 millones de niños (11).

Con respecto a las diferencias existentes en el interior de los países, al igual que lo descrito sobre mortalidad infantil, las encuestas DHS muestran también la brecha existente en los tres indicadores antropométricos (peso/edad, peso/talla y talla/edad) en función de variables sociodemográficas.

Otra expresión de la desnutrición es el bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos). Debido a su efecto negativo sobre la morbimortalidad perinatal e infantil, representa una considerable preocupación en la Región de las Américas. En la mayoría de los países más del 60% de los casos corresponde a retardo del crecimiento intra-uterino (RCIU).¹⁰ Esta cifra se diferencia de lo observable en los países industrializados donde el bajo peso al nacer se correlaciona con prematurez (12-15).

Datos obtenidos de 11 países de la Región muestran que más del 80% de ellos se encuentran por debajo de la meta prevista para el año 2000, es decir, una tasa menor al 10% de los nacidos vivos. Se debe considerar que la información disponible no siempre es representativa del promedio nacional, sino que corresponde en muchos casos a datos provenientes de algunas regiones o incluso de algunas maternidades. En este factor inciden, entre otras cosas, las bajas coberturas del parto institucional que aún persisten en muchos países, lo cual dificulta la adecuada recolección de información.

4. SIDA

El SIDA presenta en la población maternoinfantil una doble y dramática dimensión. Esta se da por la enfermedad y muerte de los individuos infectados, así como por el impacto negativo que produce sobre el niño la pérdida de uno o ambos progenitores.

La Región de las Américas concentra aproximadamente el 51,5% del total de casos reportados en el mundo entero desde el inicio de la pandemia, lo cual representa cerca de un millón de individuos afectados. Sin embargo, en base a las estimaciones del número real de casos (3 millones de individuos) la parte proporcional atribuida a las Américas se reduce a un 25% del total. Esta situación refleja ventajas comparativas de la Región en relación con el resto del mundo en lo que concierne a los sistemas de vigilancia epidemiológica (16).

En cuanto a la población infantil, se observa que la proporción de casos pediátricos sobre el total de casos reportados en las Américas es de 1,7% (11.502 casos reportados hasta el 10 de diciembre de 1995). La mayoría de los países se encuentran por debajo del 5%. La excepción la constituyen algu-

9 Con excepción del caso de Guatemala.

10 A su vez, el RCIU se asocia con bajo nivel socioeconómico (vinculado a baja escolaridad, malas condiciones de vivienda, limitado acceso a servicios de salud, entre otros), desnutrición materna, infección, altitud, toxemia del embarazo, hábito de fumar, hemorragia, abortos repetidos, niño previo con bajo peso al nacer, diabetes, enfermedades cardiovasculares, embarazo múltiple, hiperemesis y factores genéticos.

nos países del Caribe como Antigua y Barbuda, las Bahamas, las Islas Vírgenes Británicas, la Guayana Francesa y Jamaica, cuyos porcentajes oscilan entre 6,8% y 20% del total de casos reportados (17).

Por otro lado, tomando en cuenta el incremento sostenido del número anual de infectados,¹¹ la mayoría de los cuales se deben a transmisión sexual, se prevé que el número anual de casos continuará en forma ascendente. Ello podría incluso modificar el peso relativo del SIDA en la mortalidad infantil y en la de menores de 5 años (18-19). Esta situación pone de manifiesto la necesidad de intensificar las acciones de prevención y promoción, así como la de adecuar los servicios de salud a fin de dar respuesta a una patología tan compleja.

5. Problemas del desarrollo cognitivo y psicomotor

Desde la conferencia de Alma Ata en 1978 se ha destacado la importancia del desarrollo infantil y la necesidad de una adecuada vigilancia del crecimiento y desarrollo psicomotor. En la práctica sin embargo, los mayores esfuerzos han estado orientados a garantizar la supervivencia infantil a partir de intervenciones ya conocidas tales como inmunizaciones, control de enfermedades diarreicas, control de infecciones respiratorias agudas, vigilancia del crecimiento físico y promoción de la lactancia materna.

Como fuera expresado anteriormente, esta estrategia resultó exitosa y ha permitido que en la actualidad muchos más de los niños que nacen en la Región lleguen a cumplir su primer año de vida. Ello pone de relieve la necesidad de sumar, a las intervenciones dirigidas a disminuir la TMI, acciones concretas que garanticen una adecuada calidad de vida a los “sobrevivientes”.

A pesar de no disponer de información regional respecto a la prevalencia de trastornos emocionales, conductuales y del aprendizaje en la población menor de 18 años, algunos estudios realizados en diversos países,¹² permiten estimar que las tasas en la Región oscilarían entre un 10 y 20 %. En decir que existirían aproximadamente 17 millones de niños y adolescentes de 4 a 16 años con algún grado de trastorno psiquiátrico que requerirían intervención médica.

11 Según las estimaciones, el número anual de infectados seguirá aumentando en forma constante hasta finales del próximo quinquenio, lo cual hace prever que el número de seropositivos en América Latina y el Caribe pasará de 1,3 millones en 1994 a un poco más de 2 millones en el año 2000.

12 Entre los principales estudios se destacan los siguientes:

- a) Estudio de prevalencia de trastornos psiquiátricos infantiles en la población escolar de 6 a 11 años en Santiago de Chile, donde se encontró un 14.4% de prevalencia para los varones y un 16.5% para las mujeres (20).
- b) Estudios efectuados por la OMS que indican que del 15 al 25% de los niños que consultan a los centros de salud no especializados tienen problemas psicosociales (21).
- c) La prevalencia de trastornos psiquiátricos infantojuveniles que fluctúa también entre un 10 y un 20% en una muestra norteamericana. Esta tasa se desglosa en un 2% de trastornos psiquiátricos severos, un 7 a 8% de trastornos moderados y el porcentaje restante de trastornos leves (22).
- d) Un estudio realizado en Puerto Rico sobre trastornos psiquiátricos entre la población de 4 a 16 años de edad, que arrojó una prevalencia de psicopatologías de grado moderado y grave de alrededor del 16% (23).

6. Maltrato y abandono

En forma paralela al proceso de urbanización y a la severa crisis económica de los últimos años, las calles de las grandes ciudades de la Región se han visto pobladas de niños que abandonan precozmente la escuela y que se incorporan al mercado laboral.

Estos niños “de” o “en” la calle, cuyo número es difícil determinar,¹³ se ven expuestos desde temprana edad a innumerables riesgos físicos, sociales y psicoafectivos que comprometen seriamente su crecimiento y desarrollo normales (24-27). Este complejo fenómeno, determinado básicamente por la situación de pobreza y exclusión en la que se encuentran millones de familias de la Región, exige un abordaje integral que permita no sólo la recuperación del daño sino también su prevención.

Por otro lado, la violencia doméstica ejercida contra la niñez y la adolescencia -manifestada en el abuso físico, sexual o emocional- representa un problema que ha despertado creciente preocupación en los miembros del equipo de salud. Lamentablemente, la escasez de estadísticas confiables o de estudios con alcance nacional en la mayoría de los países de la Región, impiden establecer la magnitud real del fenómeno.¹⁴ Sin embargo, dada la asociación existente entre violencia y malas condiciones socioeconómicas,¹⁵ es válido asumir que el número de niños y jóvenes víctimas de abuso y maltrato en la Región está en constante aumento.

Para dar respuesta a los problemas de la marginalidad y la violencia doméstica, el sector salud debería adecuar sus estrategias de acción sobre la base del trabajo intersectorial y de una mayor participación de la comunidad. Asimismo, debería orientar los esfuerzos a la prevención de nuevos casos, detección temprana y tratamiento integral de los individuos afectados y sus familias, a fin de limitar las graves consecuencias físicas, psíquicas y sociales que dichos problemas originan.

IV. Reforma sectorial

Como consecuencia del endeudamiento externo, de debilidades estructurales propias del sistema productivo y de los términos de intercambio comercial internacional, la mayoría de los países latinoamericanos han estado inmersos en una crisis económica de gran magnitud. Expresiones de dicha crisis son en el incremento de los niveles de pobreza e indigencia, el aumento de las tasas de desocupación y la acentuación de las inequidades, observables en la mayoría de los países de la Región (38-40).

13 Debido a las características propias del grupo y a las diversas categorías utilizadas para su clasificación, resulta difícil realizar estimaciones de alcance regional o incluso nacional. Sin embargo, a partir de la información disponible es posible afirmar que este problema está tomando una importancia creciente y que requiere del diseño de estrategias de abordaje específicas.

14 La mayoría de los estudios con los que se cuenta actualmente provienen de los países desarrollados (28-31). Asimismo, la diversidad de los diseños metodológicos, de las categorías utilizadas y de los grupos etarios incluidos en los diferentes estudios, impiden establecer comparaciones entre los distintos países o regiones y dificultan la determinación de la tendencia del fenómeno.

15 Numerosos estudios han señalado una mayor frecuencia de casos de maltrato en los sectores más desfavorecidos de la sociedad; es decir, aquellos que conjugan inestabilidad laboral o desempleo, bajos ingresos, desarraigo o aislamiento social, y antecedentes de violencia o maltrato en los padres (30-37).

En respuesta a esta situación se aplicaron diversos programas de ajuste estructural que intentaron reducir el déficit fiscal, controlar la inflación y reactivar la economía. Paralelamente, se inició un proceso de descentralización político-administrativa que confiere mayor responsabilidad a los niveles provinciales, estatales y regionales en la organización y ejecución de sus recursos.

Este proceso de transformación, que con distinto grado de avance se está desarrollando en muchos países de la Región, se acompaña de la reforma del sector salud. Esta reforma aborda fundamentalmente la organización y financiamiento de los sistemas y servicios de salud con vistas a alcanzar una mejor articulación entre “lo público” y “lo privado” y un uso más racional de los recursos disponibles (40, 41).

Este nuevo modelo deberá contemplar la extensión de cobertura de servicios y la adecuada calidad de la atención a fin de disminuir las actuales inequidades en términos del derecho a la salud.

V. Consideraciones finales

Por lo expuesto precedentemente, se puede concluir en que a pesar de la severa crisis económica, la Región ha registrado considerables mejoras en los principales indicadores de salud. Sin embargo, esos avances no han beneficiado a todos por igual, observándose marcadas diferencias entre países y entre grupos sociales en el interior de los mismos.

Por otro lado, se puede constatar un cambio en el perfil epidemiológico de la Región caracterizado por la persistencia de enfermedades transmisibles, recurrentes algunas de ellas como en el caso del cólera, la desnutrición y algunas patologías obstétricas. A éstas se suman la emergencia de problemas de más difícil solución como el SIDA, las enfermedades crónicas no transmisibles, la violencia y los trastornos del desarrollo.

Esta compleja situación exige al sector salud la adecuación de las estrategias con el fin de lograr un abordaje completo e integral de los problemas de salud. Requiere de la activa participación de los diferentes sectores, disciplinas y actores sociales vinculados al proceso salud-enfermedad.

La descentralización político o jurídico-administrativa, la reforma sectorial y el fortalecimiento de los servicios a nivel local, brindan una oportunidad única para el desarrollo de modelos de atención. Estos modelos deberían conjugar mayores niveles de cobertura, integralidad de acciones, sostenibilidad de las metas alcanzadas, intersectorialidad y participación social.

Desde el punto de vista conceptual y operativo, el proceso de crecimiento y desarrollo humano representa un adecuado eje integrador de las acciones de prevención, promoción y recuperación de la salud dirigidas a la población maternoinfantil.

El Estado y la sociedad civil deberían garantizar que los cambios que se están operando actualmente, contribuyan al mejoramiento no sólo de los indicadores de morbimortalidad sino también de las condiciones de vida de la población de la Región.

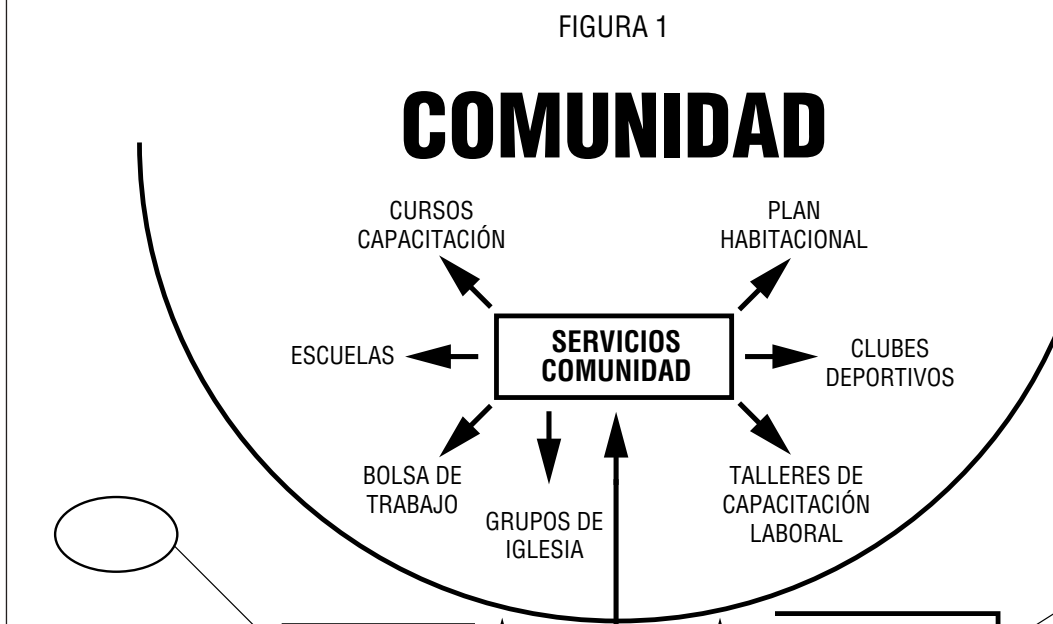
VI. Referencias

1. United Nations. **World Population Prospects: 1992 Revision.**
2. Satya, Swaroop. **Estadística sanitaria.** Fondo de Cultura Económica, México, 1964.
3. OPS/OMS. **Las condiciones de salud en las Américas.** Edición 1994. Publicación Científica N° 549. Washington, D.C., 1994.
4. Yunes, J., Díaz, A. **Maternal and Child Health in Latin America and the Caribbean: Current Situation and Trends.** In: Wallace, H., Giri, K., Serrano, C. *Health Care of Mothers and Children in Developing Countries.* Ed. California: Third Party Publishing Company, 1993 (in press).
5. **Demographic and Health Surveys.** República Dominicana 1991; Perú 1991/1992; Paraguay, 1990; México 1987; Guatemala 1987; Colombia 1990; Bolivia, 1990.
6. Marckwardt, A.M., Ochoa, L.H. **Población y salud en América Latina.** Organización Panamericana de la Salud (OPS); Encuesta de Demografía y Salud/Macro International Inc. (DHS); Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID). Marzo, 1993.
7. United Nations. **World Population Prospects: 1990.** Population Studies N° 120. New York, 1991.
8. OPS/OMS. **La mortalidad por enfermedades intestinales en América Latina y el Caribe en el período 1965-1990.** Boletín Epidemiológico. Volumen 12 N°3, 1991.
9. OPS/OMS. **Infecciones respiratorias en la Américas.** Serie PALTEX N° 25. Washington, D.C., 1992.
10. OPS/OMS. **Plan regional de acción para la reducción de la mortalidad materna en las Américas.** 111ª Reunión del Comité Ejecutivo. Doc. CE/111/11. Washington, D.C., 1993.
11. OPS/OMS. **Situación nutricional en Latinoamérica.** Programa de Alimentación y Nutrición. Doc. HPN/93.2. Washington, D.C., 1993.
12. Belizán, J.M., Lechtig, A., Villar, J. **Distribution of low-birth weight babies in developing countries.** Am J Obstet Gynecol 132(6): 704, 1978.
13. Villar, J., Belizán, J.M. **The relative contribution of prematurity and fetal growth retardation to low birth weight in developing and developed societies.** Am J Obstet Gynecol 143(7): 793-798, 1982.
14. Neel, N., Alvarez, J.O. **Factores de riesgo de malnutrición fetal en un grupo de madres y neonatos guatemaltecos.** Bol Of Sanit Panam 110(2), 1991.
15. OPS/OMS. **Maternal Nutrition and Pregnancy Outcomes. Anthropometric Assessment.** Scientific Publication N° 529. Ed. Krasovec K. et Anderson M.A. Washington, D.C., 1991.
16. WHO. **The Current Global Situation of the HIV/AIDS Pandemic.** Global Program on AIDS. 4 January, 1994.
17. OPS/OMS. **Vigilancia epidemiológica del SIDA en las Américas.** Informe Trimestral, 10 de diciembre de 1995.
18. PAHO/WHO. **Annual Surveillance Report AIDS/HIV/STD.** 1992 (Mimeo).
19. Merson, M.H. HIV/AIDS and the Mid/Decade Goals. Child Survival World Development. Newsletter Vol.10, N°6. September-October, 1994.
20. Bralic, S., Seguel, X., Montenegro, H. **Prevalencia de trastornos psíquicos en la población escolar de Santiago de Chile.** Act Psiq Psicol Am Lat 33(4): 316-325. 1987.
21. WHO. **WHO's Activities in the Field of Child and Adolescent Mental Health and Psychosocial Development.** WHO/MNH/9SF/90.2. Geneve, 1990.
22. **New Issues in Neurosciences.** Basics and Clinical Approaches. NINS. Vol.III, N°1. New York/Stuttgart/Thieme, 1991.
23. Bird, H.R., Canino, G., Rubio-Stipec, M. et al. **Estimates of the Prevalence of Childhood Maladjustment in a Community Survey in Puerto Rico.** Arch Gen Psychiatry 1988; 45: 1120-1126.
24. Morch, J. **Enfants abandonnés et enfants de la rue.** UNICEF, Forum d Idées. N 18. 1984/3.
25. Myers, R. **The Twelve who Survive. Strengthening Programmes of early childhood development in the Third World.** Ed. Routledge and UNESCO. London, 1992.
26. Tacon, T. **Une question de dignité.** Les nouvelles de l UNICEF. N 121, 1984, 3.
27. WHO. **Abandoned and street child. What can be done?** Newsletter N 19, 1987.
28. Gelles, R.J., Edfeldt, A.W. **Violence towards children in the United States and Sweden.** Child Abuse

- & Neglect Vol.10:501-510. 1986.
29. National Center on Child Abuse and Neglect. **Study Findings: Study of National Incidence and Prevalence of Child Abuse and Neglect: 1988.** Washington, D.C. U.S. Department of Health and Human Services, 1988.
 30. Sariola, H., Uutela, A. **The prevalence and context of family violence against children in Finlandia.** Child Abuse & Neglect Vol.16:823-832. 1992.
 31. Novoa, F., de la Barra, F., Alvarez, P. y Col. **Síndrome del niño maltratado.** Rev Chil Pediatr 63(supl.2):1-13. 1992.
 32. Leventhal, J.M. **Risk Factors for Child Abuse: Methodologic Standards in Case Control Studies.** Pediatrics 68:684-690, 1981.
 33. Hampton, R.L., Newberger, H. **Child abuse incidence and reporting by hospitals: significance of severity, class and race.** Am J Public Health 75(1):56-59. 1985.
 34. Rosenthal, J. **Patterns of reported child abuse and neglect.** Child Abuse & Neglect 12:263-271. 1988.
 35. Lawson, K.A., Hays, J.R. **Self-esteem and stress as factors in abuse of children.** Psychol Rep 65 (3 Pt 2):1259-65. 1989.
 36. Krishnan, J., Barbour, P.J., Foster, B.K. **Patterns of osseous injuries and psychosocial factors affecting victims of child abuse.** Aust N Z Surg 60 (6): 447-450. 1990.
 37. Jones, E., McCurdy, K. **The links between types of maltreatment and demographic characteristics of children.** Child Abuse & Neglect 16:201-215, 1992.
 38. CEPAL. **Magnitud de la pobreza en América Latina en los años ochenta.** Documento LC/L. 533. Mayo, 1990.
 39. CEPALC. **Panorama social de América Latina.** Edición 1991.
 40. CEPALC. **La equidad en el panorama social de América Latina durante los años ochenta.** Documento LC/G 1686. Octubre, 1991.
 41. CEPALC, OPS/OMS. **Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe.** Doc.LC/G.1813(SES.25/18). Marzo, 1994.
 42. Banco Mundial. **Servicios clínicos.** En: *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud.* Banco Mundial. Washington, D.C., 1993.

VII. Anexos

Figura 1
Número de defunciones por causas y totales en niños menores de 1 año en América Latina y el Caribe durante los períodos de 1965-1969, 1975-1979 y 1985-1989.



Cuadro 1
Evolución de la población maternoinfantil en la Región de las Américas en el período 1950-1990

SUBREGIÓN	Población maternoinfantil					
	1950		1970		1990	
	Habitantes (en millones)	%	Habitantes (en millones)	%	Habitantes (en millones)	%
América Latina y el Caribe	123	73,9	213	74,6	319	71,2
América del Norte	100	60,1	138	61,2	152	55,0
Total	223	67,0	351	67,9	471	63,1

Fuente: United Nations. World Population Prospects. 1990.

Cuadro 2
Diferenciales en la tasa de mortalidad infantil*
en países seleccionados según variables biosociales

VARIABLES	PAÍSES								
	BOL 89	BRA 89	COL 90	DOR 91	ECU 87	GUA 87	MEX 87	PAR 90	PER 91-92
a) Sexo									
• Masculino	105	98	27	53	70	90	60	38	68
• Femenino	85	73	27	35	60	68	52	32	59
b) Educación									
Materna									
• Sin educación	124	115	60	48	106	81	83	45	102
• Primaria	108	91	27	54	68	61	55	37	83
• Secundaria y más	56	25	18	21	40	40	27	22	30
c) Edad Materna									
• <20	101	103	32	66	62	98	63	51	79
• 20/29	92	82	25	37	63	72	53	29	58
• 30/39	93	86	27	42	63	77	57	37	63
• 40+	140	143	34	60	141	166	74	51	101
d) Intervalo									
Intergenésico									
• Menor de 2 años	153,9	137,8	38,8	60,8	95	120	81,4	40,3	108
• Entre 2 y 3 años	87,3	69,8	24,2	29,1	53**	52,3	45,4	32,6	54
e) Residencia									
• Urbana	79	76	29	37	52	65	43	32	48
• Rural	112	107	23	55	77	84	79	38	90

* Tasa por 1.000 nacidos vivos

** Corresponde al grupo de 24 a 47 meses

Fuente: OPS/OMS. Las condiciones de salud en las Américas. Edición de 1994. Publicación Científica No. 549. Washington, D.C., 1994.

Cuadro 3
Cobertura de atención institucional del parto y mortalidad materna
en países seleccionados de la Región¹

TASA DE MORTALIDAD MATERNA
(por 100.000 nacidos vivos)

PORCENTAJE DE COBERTURA INSTITUCIONAL²	BAJA (menos de 20)	MEDIA (20 a 49)	ALTA (50 a 149)	MUY ALTA (150 o más)
BAJA (menos de 50%)			Guatemala	Bolivia Ecuador Haití Honduras Paraguay Perú
MEDIA (50 a 75%)			Brasil Colombia El Salvador México Nicaragua R. Dominicana	
ALTA (76 a 90%)			Guyana Jamaica	
MUY ALTA (más de 90%)	Canadá E. Unidos	Bahamas Chile Costa Rica Cuba Panamá Uruguay	Argentina Venezuela	

1 Excluye países de la Región que no informan muertes maternas o informan cifras menores del orden de la unidad.

2 El concepto de parto institucional en algunos países, se refiere al atendido en instituciones; en otros, al atendido por profesionales.

Fuente: **Base de datos de la unidad de crecimiento-desarrollo y reproducción humana del programa especial de salud maternoinfantil y población OPS/OMS.** En: OPS/OMS. *Plan regional de acción para la reducción de la mortalidad materna en las Américas.* 111ª Reunión del Comité Ejecutivo. Doc. CE/111/11. Washington, D.C., 1993.

Cuadro 4
Tendencia de la desnutrición global en niños menores de 5 años
en países seleccionados de la Región

PAÍS	AÑO	% DESNUTRICIÓN	AÑO	% DESNUTRICIÓN	ORIGEN DATOS
Bolivia	81	14,4	91	11,7	E.N.
Brasil	74	18,4	89	7,0	E.N.
Colombia	77	20,6	89	10,8	E.N.
Costa Rica	78	12,3	89	2,7	C.S.
Chile	79	12,2	89	8,2	C.S.
Ecuador	65-69	10,8	86	9,7	E.N.
El Salvador	78	17,9	88	15,2	E.N.
Guatemala	65-66	24,6	87-89	38,5	E.N.
Honduras	65-67	28,5	87	20,6	E.N.
Perú	84	13,4	91	10,4	E.N.
Rep. Dominicana	69	75	87	28,8	E.N.

E.N. = Encuesta Nacional.

C.S. = Centros de Salud.

Fuente: OPS/OMS. **La situación alimentaria nutricional de los niños menores de 5 años en la Región de Latinoamérica y el Caribe.** Programa de Alimentación y Nutrición. Doc. HPN/93.3. Washington, D.C., 1993.