

# la MORTALIDAD en la NIÑEZ en CENTROAMERICA, PANAMA Y BELICE

## CARACTERISTICAS PRINCIPALES

Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)  
San José, Costa Rica  
Julio de 1988

## LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ EN AMERICA CENTRAL, PANAMA Y BELICE 1970 - 1985

En este resumen se presentan las principales características de la mortalidad en la niñez encontradas en los estudios nacionales de Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá. Las estimaciones están sujetas a variadas restricciones, que se detallan en el capítulo sobre Material y Métodos de los informes de cada país.

### La mortalidad por edad en el menor de 5 años en 1980-85 (Gráfico 1)

Aunque con diferentes características, en todos estos países prevalece una mortalidad excesiva, tanto infantil como en la edad de 1-4 años.

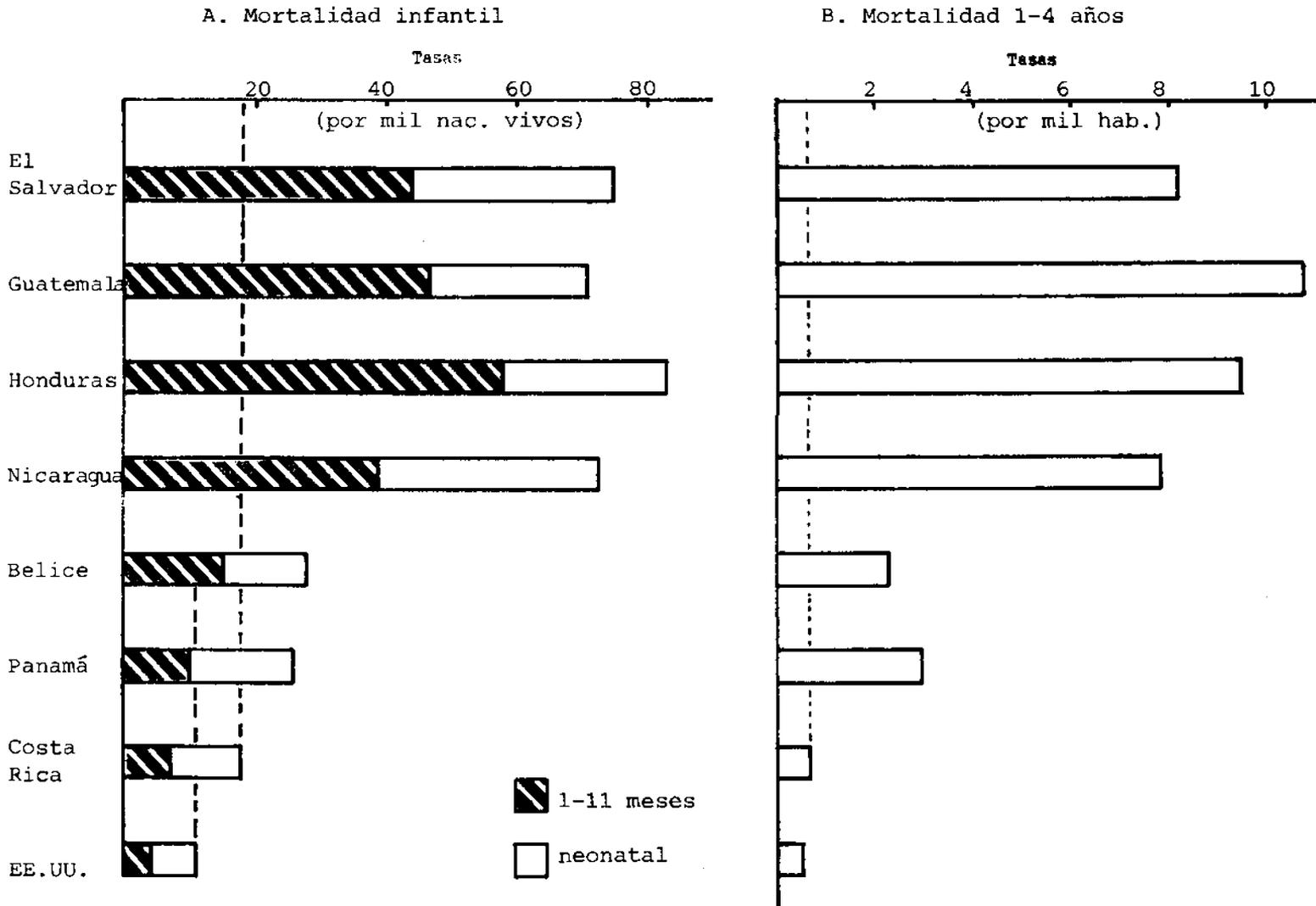
El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua son países de alta mortalidad. La mortalidad infantil promedia 75 por mil y su componente principal es la mortalidad en la edad 1-11 meses (promedio 47 por mil). En comparación con Costa Rica, esto significa un riesgo cuatro veces mayor en la infantil y siete veces más alto en la postneontal. Aunque el riesgo es menor en la edad 1-4 años (9 por mil), esta tasa es trece veces mayor, cuando se hace una comparación similar.

Costa Rica se encuentra en una transición más avanzada hacia menores riesgos, con una tasa de 18 por mil en la infancia y de 0.7 por mil en la edad 1-4 años. Sin embargo, son posibles sustanciales progresos adicionales. La mortalidad en el menor de cinco años es 50% mayor que la de EE.UU., exceso que sube a 75% en la edad 1-11 meses.

Panamá y Belice se encuentran en una situación intermedia, pero sin duda están más avanzados en la reducción del riesgo de muerte en la niñez que el primer grupo de países. La mortalidad infantil es 27 por mil y, 3 por mil en la edad 1-4 años.

Gráfico 1

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



LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ EN CENTROAMERICA, PANAMA Y BELICE, 1970-85. CELADE, 1988.

### El impacto nacional del problema (Gráfico 2)

Debido a que la estructura por edad es joven, la población de menores de cinco años, expuesta a los riesgos que se han mencionado, es una proporción importante (13% a 18%) del total de habitantes. El alto riesgo existente en los países de mortalidad elevada, determina que más del 40% de todas las muertes ocurran en esta edad. Tales cifras señalan la gravedad del problema, en particular si se considera que la mayoría de estas muertes son evitables. En los países de menor mortalidad, este índice se reduce hasta 14%.

Los países de más alta mortalidad comprenden la mayor parte (84%) de la población expuesta en el total de los siete países. En aquéllos de mayor riesgo, se estima que residen 3 millones 460 mil menores de cinco años y que ocurren anualmente 800 mil nacimientos.

### Las tendencias de la mortalidad infantil en 1970-85 (Gráfico 3)

A pesar de todo, la situación actual muestra un mejoramiento importante en este período en todos los países, aunque con significativas diferencias en el nivel y la intensidad del descenso.

Los países de alta mortalidad estaban también en 1970 en situación de atraso, con tasas de 110 por mil que han logrado reducir a cerca de 71-83 por mil. En Honduras y Panamá la baja, aparentemente, tiende a moderarse en los años más recientes. De acuerdo a las proyecciones de Naciones Unidas, si este ritmo de descenso se mantuviera, los países de mayor mortalidad actual alcanzarían hacia el año 2000 una tasa de 40 por mil. Este es el nivel que Costa Rica tenía en 1974 y EE.UU. en 1942. Es evidente la urgencia de acelerar el descenso de la mortalidad en la infancia en estos países.

Panamá y Belice se encontraban en 1970 en un nivel más avanzado que todos los otros países (tasa de 50 por mil). Sus progresos ulteriores han sido de menor intensidad.

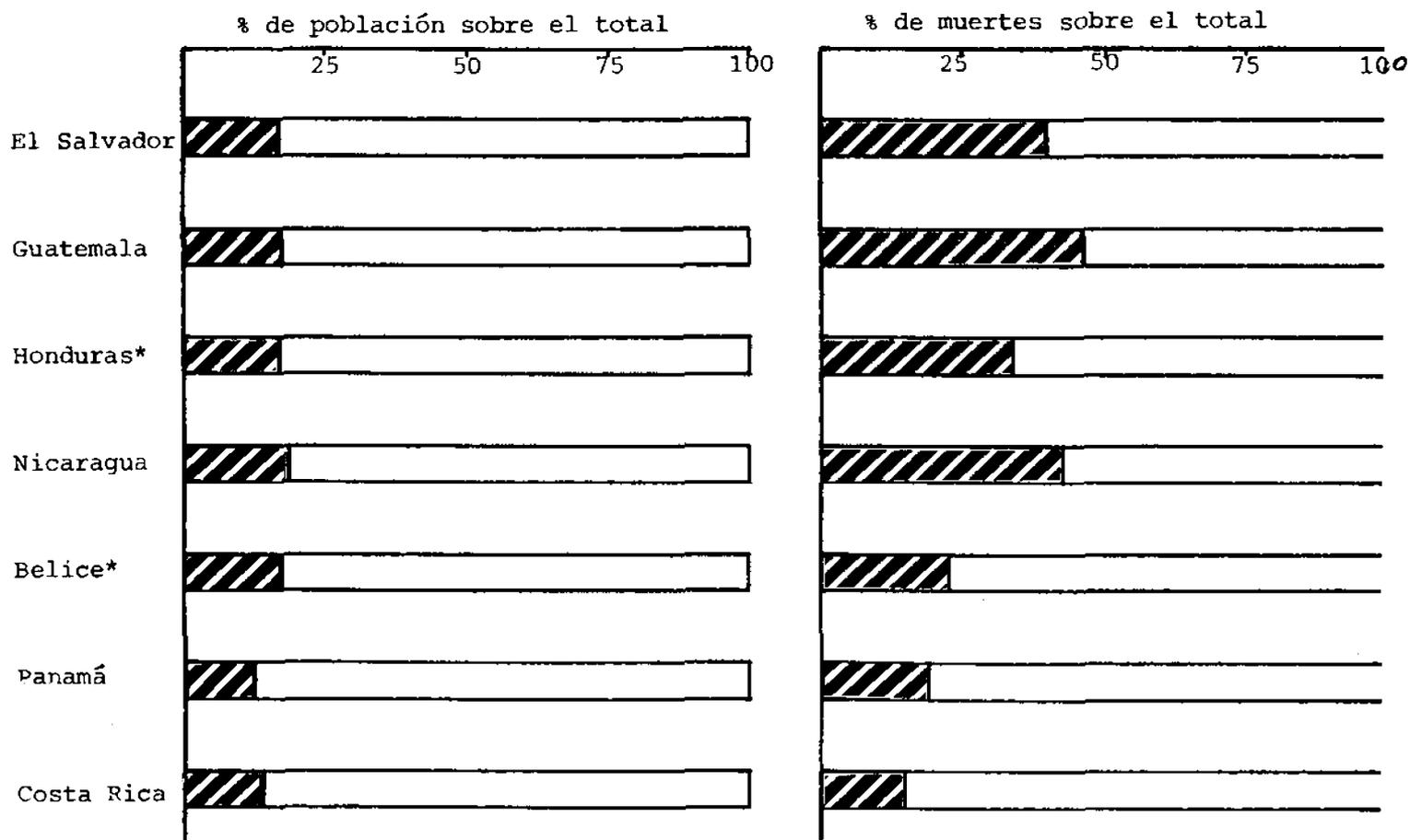
Costa Rica tenía en 1965 aproximadamente la mortalidad que actualmente tienen los países de mayores tasas, y la redujo a 20 por mil en 1980. En años recientes se observa un descenso decididamente menor. La experiencia de EE.UU. señala que se puede, desde este nivel, lograr una baja mantenida.

### Las causas de muerte en el menor de un año (Gráfico 4)

En los países de alta mortalidad, la muerte infantil está dominada por las enfermedades de etiología infecciosa. En primer

Gráfico 2

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



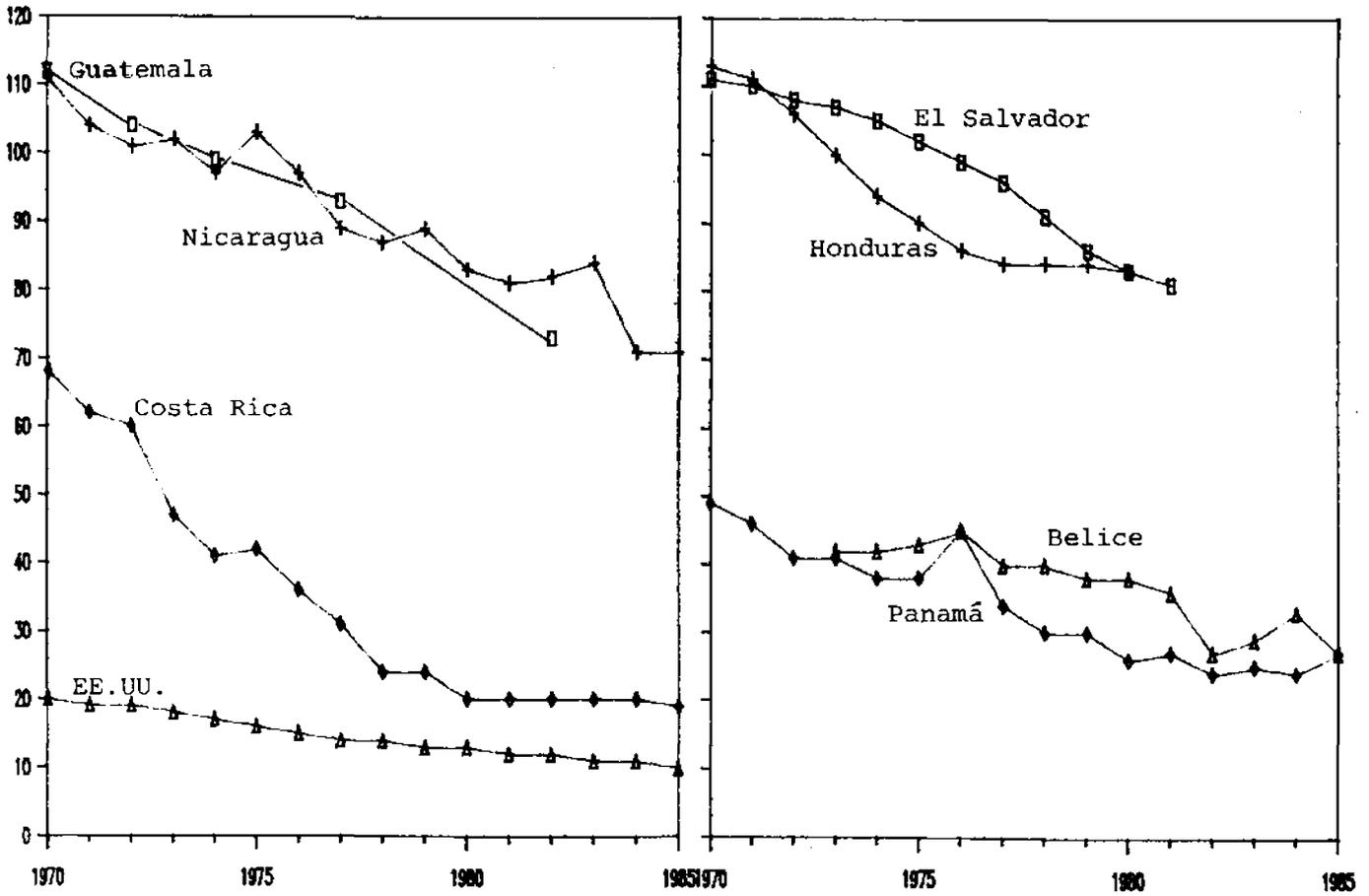
\*Registro de muertes.

LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ EN CENTROAMERICA, PANAMA Y BELICE, 1970-85. CELADE

Gráfico 3

LAS TENDENCIAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL

Tasas



MORTALIDAD EN LA NIÑEZ EN CENTROAMERICA, PANAMA Y BELICE, 1970-85. CELADE, 1988

término, por las infecciones intestinales, que producen al menos un tercio del total de defunciones y cuyas tasas, que promedian 235 por 10 000, son entre 17 y 30 veces más altas que la existente en los países de más baja mortalidad en la región. El segundo grupo importante en la generación de los graves excesos de mortalidad en estos países, son las infecciones respiratorias agudas. La tasa promedia 135 por 10 000 y excede en diez veces el nivel alcanzado por Costa Rica.

Las enfermedades infecciosas previsibles por vacunación constituyen aún un rubro de sobremortalidad en El Salvador, Guatemala y Honduras, con tasas de 20, 60 y 82 por 10 000, respectivamente. Nicaragua, que pertenece a los países de alta mortalidad, registra una tasa similar a los países de menor riesgo para la sobrevida infantil (Belice y Panamá). En Costa Rica, la extensión de los programas de inmunización casi ha erradicado este problema.

La mortalidad atribuida a causas perinatales (que tiene serios problemas de registro) también presenta excesos en Honduras y Nicaragua (tasas 157-256), pero son proporcionalmente menores que los que se han descrito anteriormente en comparación con los países de menor mortalidad en la región (tasas de 89-121).

La información disponible permite caracterizar las distintas situaciones epidemiológicas que hoy coexisten en los países de la región, y los cambios que son necesarios en la estructura de las causas para lograr el descenso de la mortalidad en cada uno de ellos (gráfico 5).

Reducir la mortalidad infantil de 80 a 20 por mil, como lo ilustra la comparación entre Honduras y Costa Rica, requiere una sustancial baja de la mortalidad por enfermedades diarreicas y por infecciones respiratorias agudas. Se ha estimado que estos grupos aportan el 47% y el 18%, respectivamente, de las muertes en exceso de Honduras respecto a Costa Rica. La contribución es menor (13%), pero significativa, si un Programa Ampliado de Inmunización tiene éxito en eliminar las enfermedades inmuno-previsibles como un problema de salud en la infancia. En menor medida (11%) impacta la reducción de la mortalidad por causas perinatales en este momento de la transición epidemiológica. El estudio de las causas de muerte entre 1970-80, cuando Costa Rica hizo esta transición, señala también el papel crucial que tuvo la baja de los grupos de causas que se han señalado.

La situación que ilustra Costa Rica y los progresos necesarios para llegar a una mortalidad infantil de 10 por mil, como en EE.UU., son de muy distinta naturaleza. Por una parte, persiste una fracción minoritaria de la mortalidad en exceso, que es un remanente del pasado: la infecciones entéricas, que son erradicables como causa de muerte, y la mortalidad por infecciones respi-

Gráfico 4

LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE INFANTIL

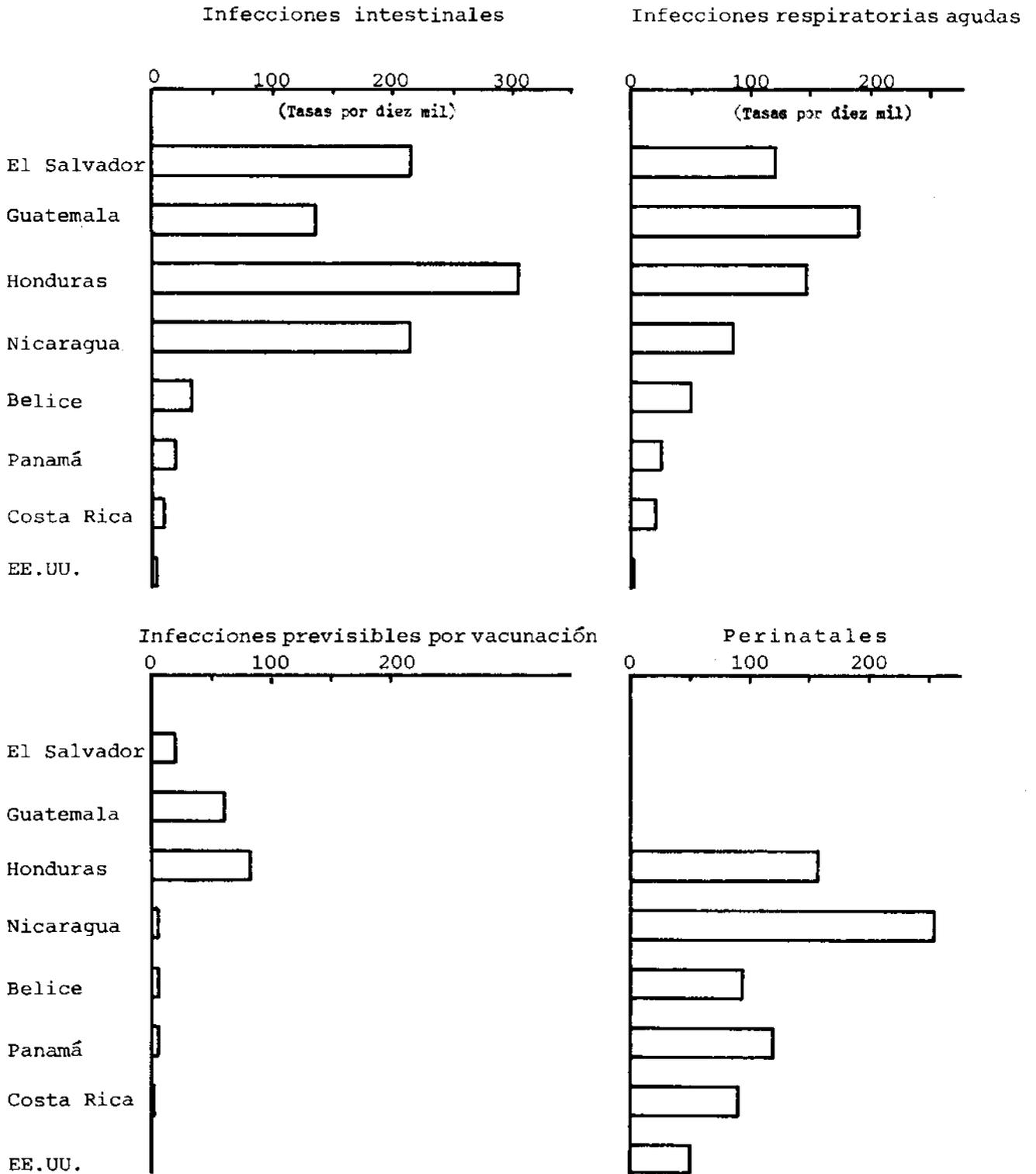
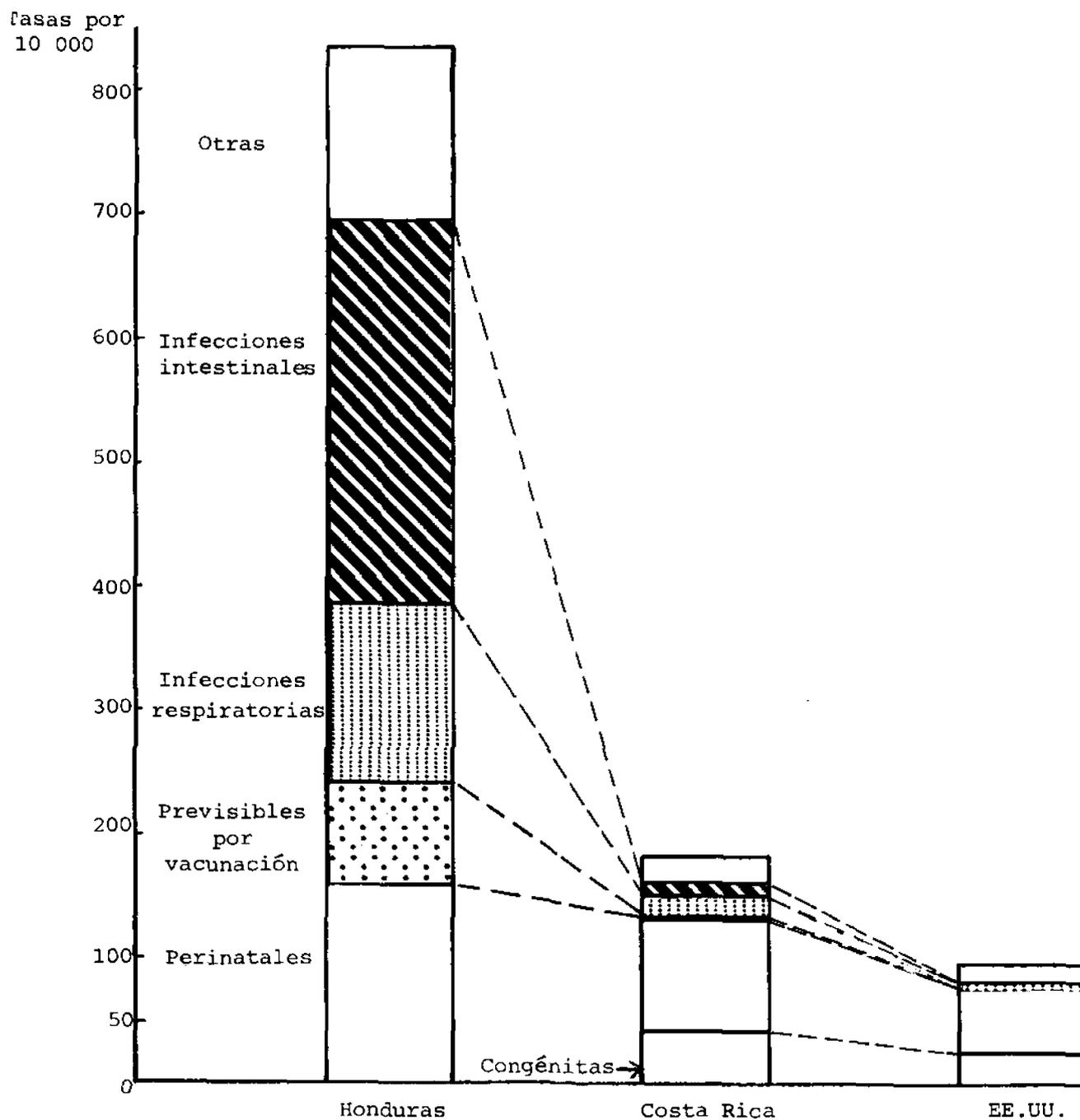


Gráfico 5

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



LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ EN CENTROAMERICA, PANAMA Y BELICE, 1970-85. CELADE, 1988

ratorias agudas, que es susceptible de una radical reducción (de 19 a 2.3 por 10 000). Estos dos grupos aportan el 30% de la mortalidad en exceso respecto a EE.UU. Pero la mayor parte de este exceso proviene de la mortalidad por causas perinatales (43%) y por anomalías congénitas (22%), cuyas tasas casi duplican las de EE.UU.

Es evidente que las dos situaciones que se han tipificado significan estrategias distintas para el sector salud.

#### Las causas de muerte en la edad 1-4 años (Gráfico 6)

El Salvador, Guatemala y Nicaragua muestran, una vez más, el predominio de las muertes de etiología infecciosa, en especial de las infecciones intestinales. Guatemala se caracteriza por tasas mayores en esta edad, en especial en el segundo año de vida, que tiene mucha similitud con las causas en la edad 1-11 meses. Nicaragua hace excepción en la mortalidad por enfermedades inmuno-previsibles, con una tasa relativamente baja. Los dos países que sufren conflictos bélicos (Nicaragua y El Salvador) tienen mayores tasas por muertes violentas (no se muestran en el gráfico).

En los países de menor mortalidad los rubros anteriores pierden significación práctica, aunque sus tasas son mayores que las de EE.UU., donde estas causas de muerte han sido erradicadas, excepto las muertes accidentales.

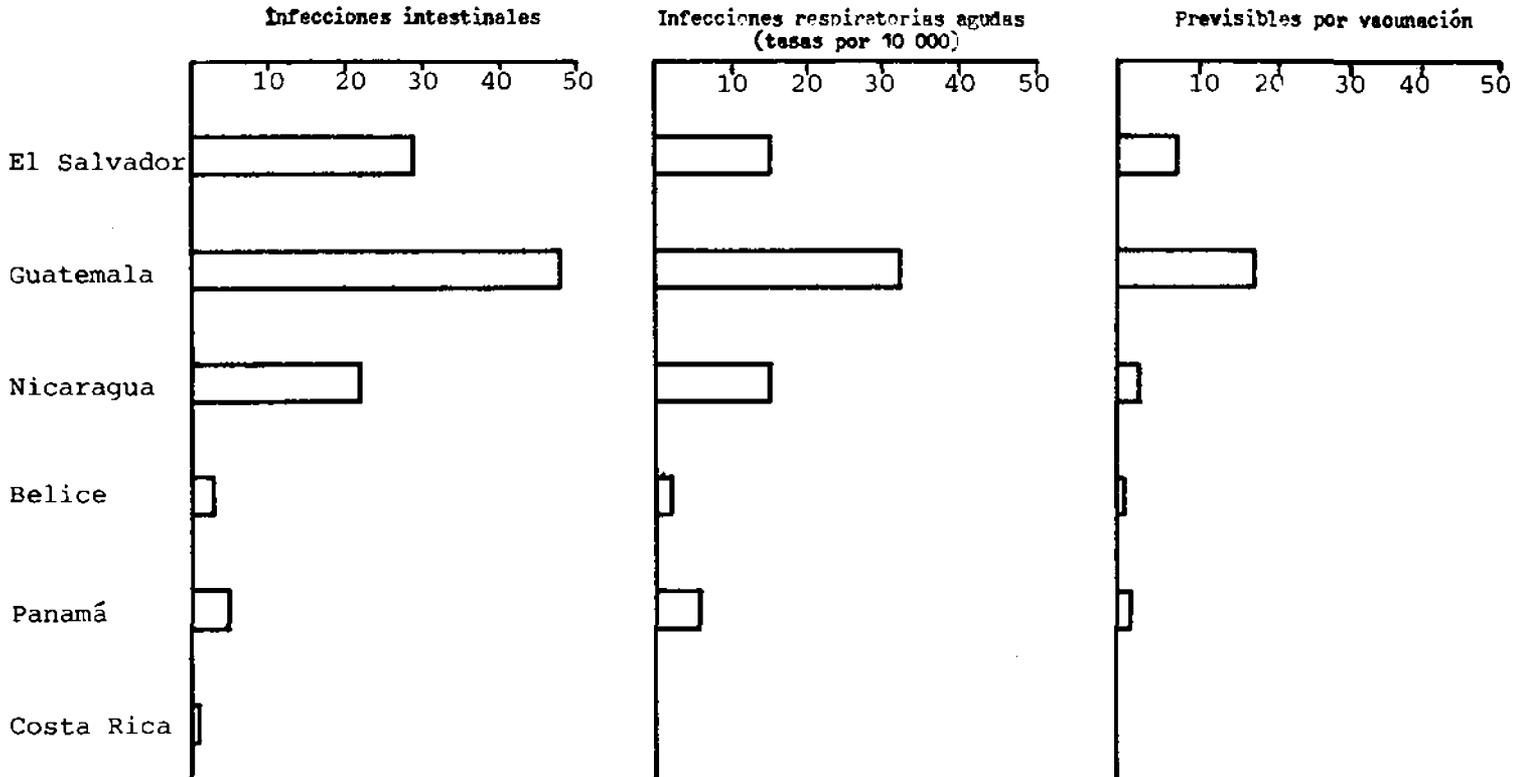
#### La mortalidad infantil urbana y rural (Gráfico 7)

De los contrastes geográficos de la mortalidad en la niñez que se estudian en los informes nacionales, se han seleccionado en este resumen las diferencias urbano/rurales de la mortalidad infantil. El curso histórico habitual de estas diferencias es que inicialmente, ambas poblaciones tienen una similar y alta mortalidad. El descenso se inicia y es más acelerado en la población urbana, lo que acentúa la diferencia con la población rural. Cuando ésta última se incorpora al descenso en forma significativa, la diferencia se reduce y la situación final es de baja mortalidad en ambas poblaciones.

En los países de alta mortalidad en la región, las tasas son también elevadas tanto en la población urbana como en la rural, pero en esta última hay un exceso de 10-30 puntos en las tasas. En Panamá y Costa Rica la diferencia absoluta es mucho menor. En este último país se ha demostrado que el gran descenso de la mortalidad infantil nacional estuvo determinado por una marcada reducción de los excesos de la mortalidad de las comunidades rurales.

Gráfico 6

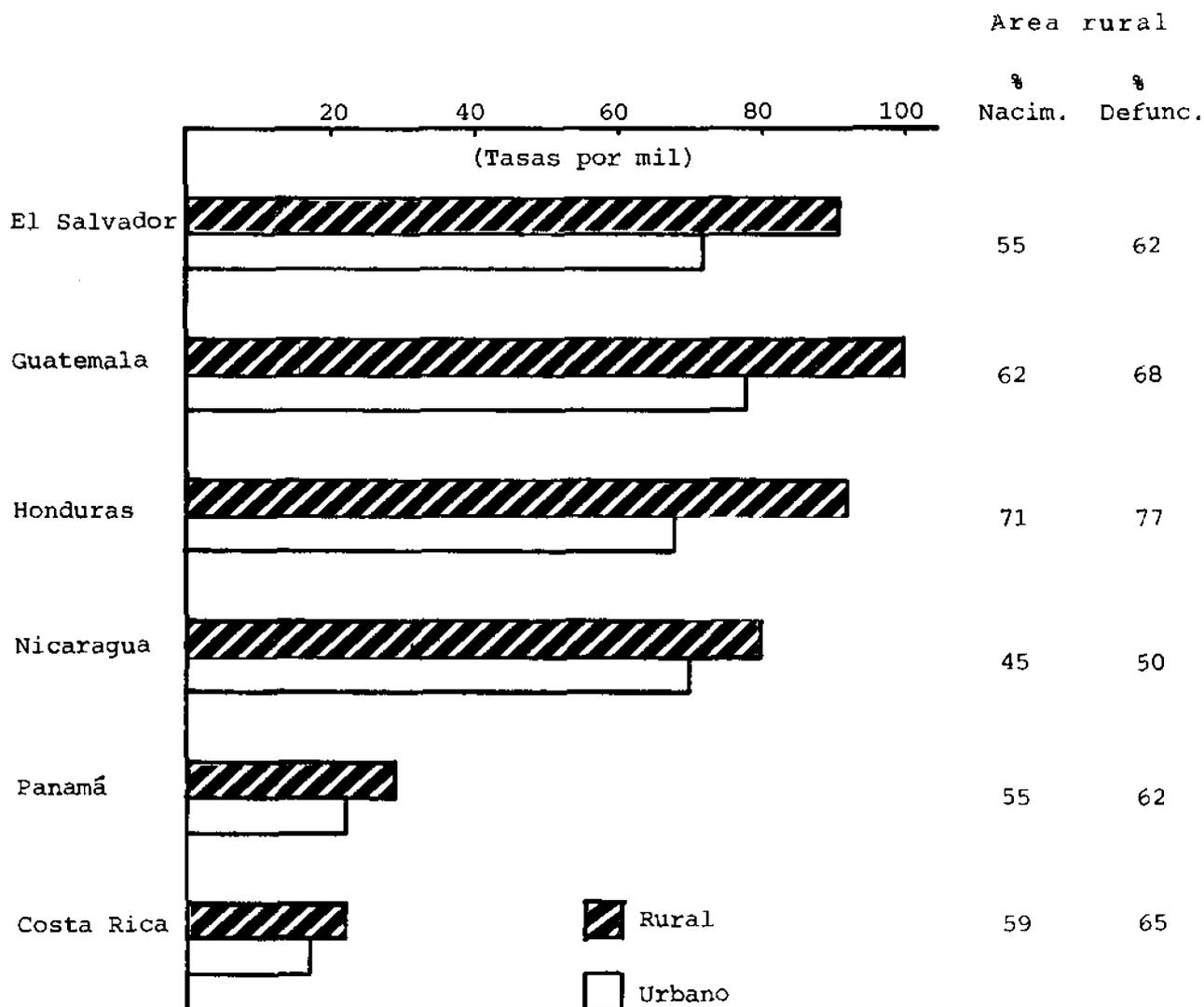
LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN LA EDAD 1-4 AÑOS



MORTALIDAD EN LA NIÑEZ EN CENTROAMERICA, PANAMA Y BELICE, 1970-85. CELADE, 1988

Gráfico 7

LA MORTALIDAD INFANTIL URBANA Y RURAL



LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ EN CENTROAMERICA, PANAMA Y BELICE, 1970-85. CELADE, 1988

A pesar del proceso de urbanización y debido en parte a la mayor fecundidad rural, la mitad o más de los nacimientos ocurren en la población rural, en todos los países. Expuestos a riesgos de muerte más elevados, ellos generan aproximadamente dos tercios del total nacional de defunciones infantiles, señalando uno de los componentes importantes del problema.

En los países en que ha sido posible estudiar la mortalidad en la población de la capital nacional, se ha comprobado que ella es la menor del país y que muestra un descenso que se ha iniciado más tempranamente que en el resto. No obstante, hay a menudo diferencias importantes entre grupos sociales de la población metropolitana, persistiendo una alta mortalidad en los grupos minoritarios que están en peor condición socioeconómica.

### Las diferencias sociales de la sobrevida infantil (Gráfico 8)

Las diferencias de la mortalidad en la niñez existentes en el interior de las poblaciones nacionales se originan en condicionantes que radican en la estructura social y económica. Al sector salud le interesa la identificación de aquellos grupos sociales que tienen mayor riesgo, con el fin de prestarles una atención prioritaria.

En el gráfico 8-A se presentan las estimaciones de la mortalidad asociadas a un indicador de las condiciones de vida en el hogar: el nivel de educación formal de la madre. Esta asociación no debe interpretarse como una relación causal simple.

Las estimaciones señalan que las condiciones adversas para la sobrevida infantil existentes en el hogar de la madre analfabeta o semianalfabeta, están asociadas a una alta mortalidad del hijo, de tal modo que el 10% de los nacidos esté muerto antes de cumplir un año de edad. Las tasas llegan a triplicar el riesgo de los hijos de mujeres más educadas, que es en general inferior a 40 por mil, aún en los países de mayor mortalidad.

Lo que caracteriza el avance logrado en Costa Rica no es la desaparición de estos contrastes, pero sí una sustancial disminución de las diferencias absolutas, que existen entre tasas que son ahora mucho más bajas que en el pasado.

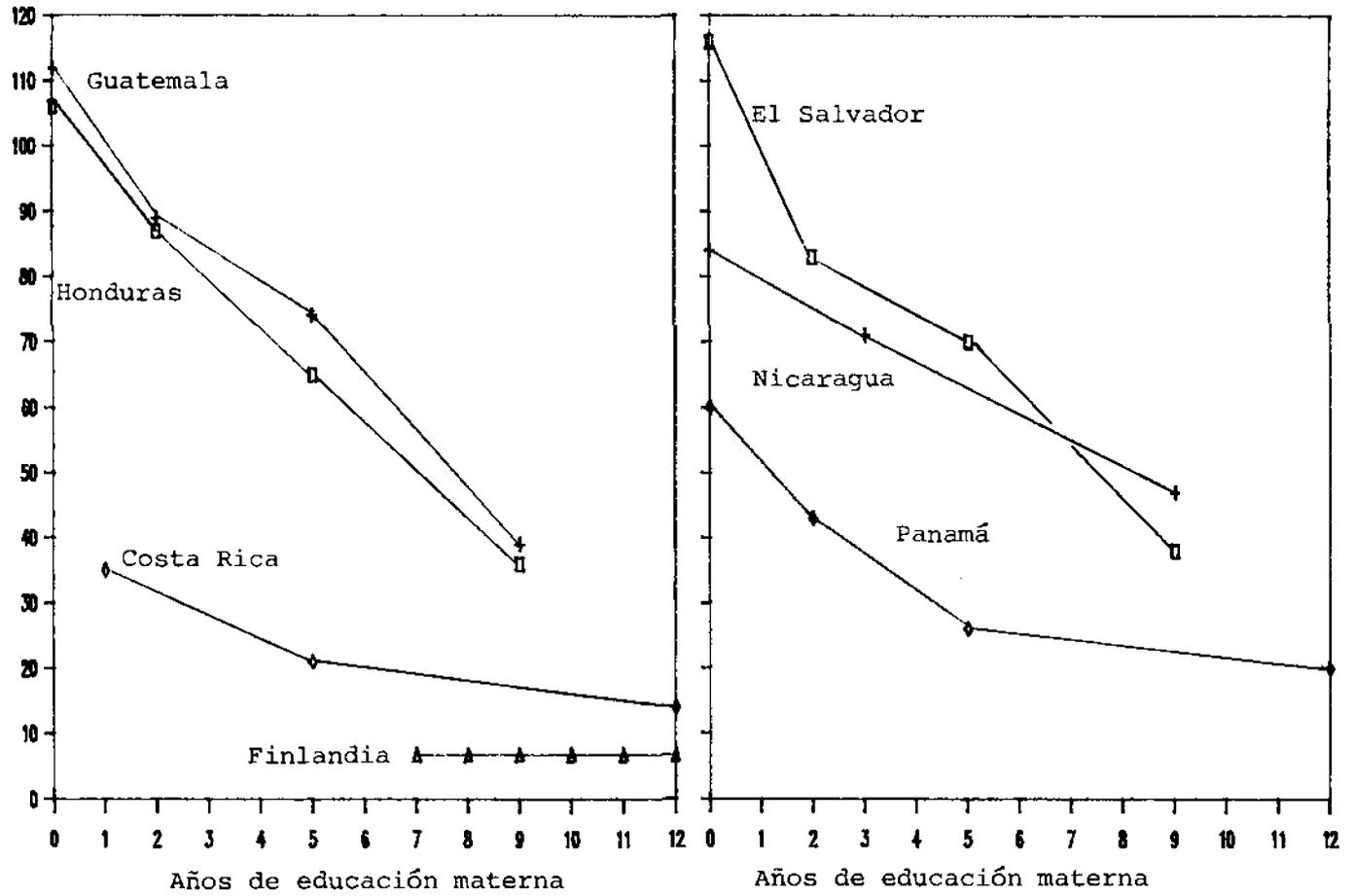
El gráfico 8-A muestra dos dimensiones del problema en discusión. La altura a que se sitúa la línea de cada país indica el nivel de la mortalidad. Y, en consecuencia, el nivel del atraso en reducirla. La inclinación de la línea expresa las disparidades de la mortalidad infantil entre grupos sociales: es una medida de la falta de equidad en el derecho a la vida en esta edad. La situación ideal de baja y uniforme mortalidad es ilustrada con Finlandia.

Gráfico 8

LAS DIFERENCIAS SOCIALES DE LA SOBREVIVENCIA INFANTIL

A. Los contrastes en los riesgos de muerte

asas

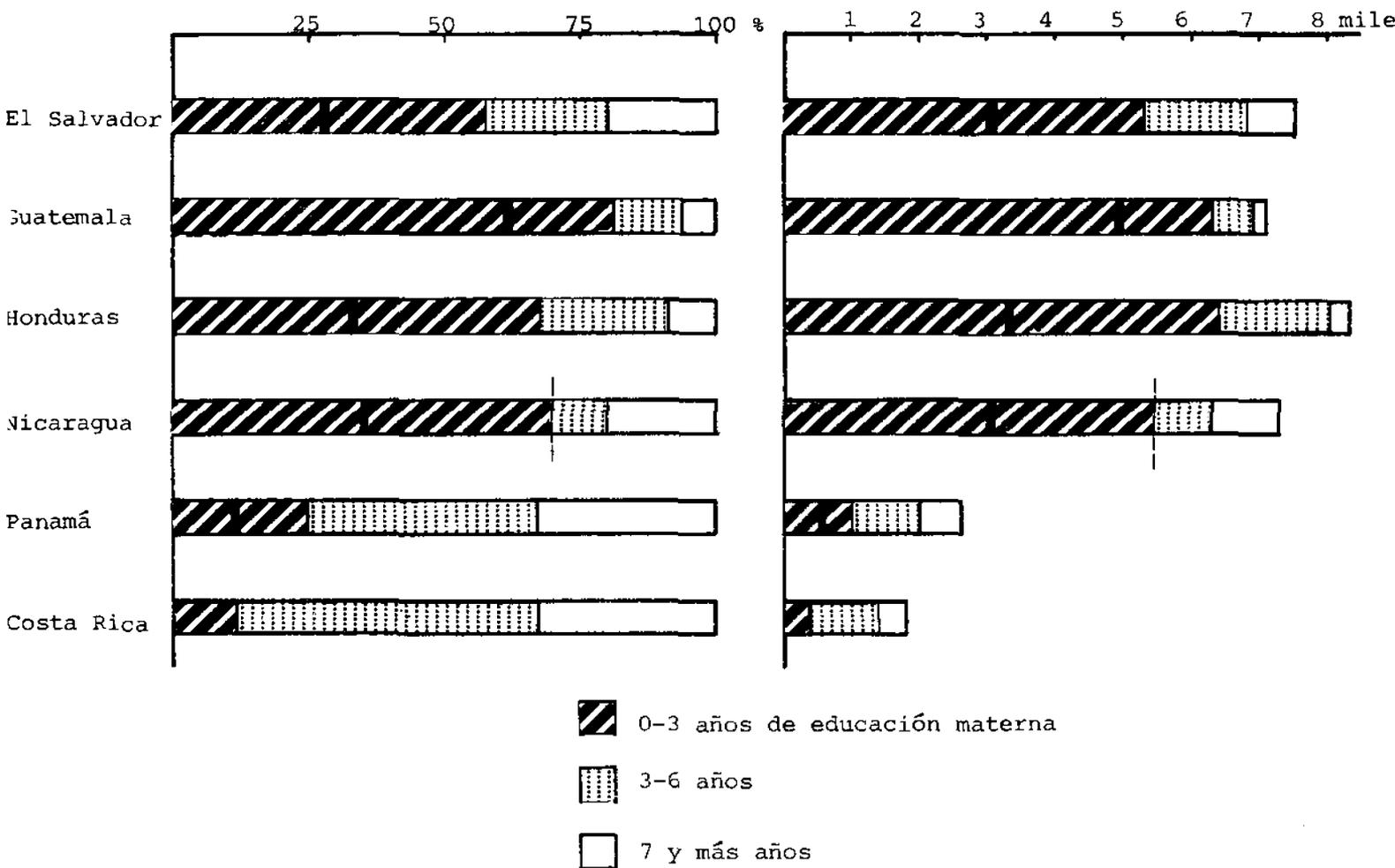


MORTALIDAD EN LA NIÑEZ EN CENTROAMERICA, PANAMA Y BELICE, 1970-85. CELADE, 1988

Gráfico 8

B. Distribución social de los expuestos

C. Distribución de las muertes por grupos social



LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ EN CENTROAMERICA, PANAMA Y BELICE, 1970-85. CELADE, 1988

El impacto en la situación epidemiológica nacional de estos diferentes riesgos de muerte depende de la distribución de los expuestos (nacimientos) a tales riesgos, la cual se muestra en el gráfico 8-B. Como era de esperar, los efectos (negativos o positivos) se suman. En los países de mayor mortalidad la proporción estimada de nacimientos es muy alta, variando entre 57% y 81%. En el marco de las características del subdesarrollo que originan esta situación, hay condicionantes que favorecen una alta mortalidad temprana y también una alta fecundidad, lo que es una de las razones que explican esta distribución de nacimientos. Por el contrario, en países de menor mortalidad, la proporción de nacimientos más expuestos es significativamente más baja.

El impacto en la estructura social de la mortalidad infantil de estos dos factores epidemiológicos se presenta en el gráfico 8-C. Se muestran las muertes estimadas en el supuesto de que ocurran 100 000 nacimientos en cada país, que tengan la distribución por educación materna del gráfico 8-B y estén expuestos a las tasas de mortalidad que se muestran en el gráfico 8-A. El impacto global de los factores mencionados se aprecia en la longitud de la barra, que equivale a la mortalidad infantil nacional (por 100 000 nacimientos).

De acuerdo con estas estimaciones, en los países de alta mortalidad, la mayoría (57% - 81%) de las muertes infantiles ocurren en hogares de mujeres analfabetas o semianalfabetas, en razón de las condiciones de atraso que prevalecen en estos sectores y la diferencia pronunciada de la mortalidad infantil con los grupos que están en mejor condición socioeconómica. Por razones opuestas, en Costa Rica esta proporción de las muertes se reduce a 20% del total nacional. Panamá está en situación intermedia (40% de muertes en este grupo) en razón de que los nacimientos en mujeres de nula o baja educación asciende a 25% y la mortalidad del grupo es 60 por mil versus 20 por mil en mujeres de más alta educación.

En el estudio de Nicaragua se encontró un hecho de interés: la mortalidad infantil es 73 por mil en los hijos de mujeres sin instrucción, pero que recibieron el beneficio de la campaña de alfabetización, significativamente menor que en las mujeres que permanecieron analfabetas (tasa 91 por mil).

Los resultados señalan la raíz estructural del problema de alta mortalidad en la infancia y los diversos escenarios epidemiológicos en que el sector salud debe desarrollar sus programas específicos. Una reducción significativa de la mortalidad en los países en que ella es alta en la actualidad, sólo será posible si se logra una baja sustancial de las tasas en los grupos sociales mayoritarios que están expuestos a los mayores riesgos.

Los informes sobre cada país fueron preparados por el CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA (CELADE). Forman parte del Estudio de la Mortalidad en la Niñez, que se lleva a cabo por indicación de la III Conferencia de Ministros de Salud y Directores de Seguridad Social de Centroamérica, Panamá y Belice.

El trabajo fue realizado por Hugo Behm Rosas (Consultor CELADE) y Arodys Robles Soto (Centro de Investigaciones Históricas, Universidad de Costa Rica), con la colaboración de Domingo Primante Furlán (CELADE). El Coordinador del Proyecto fue Manuel Rincón Meza (CELADE) y el financiamiento fue aportado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).