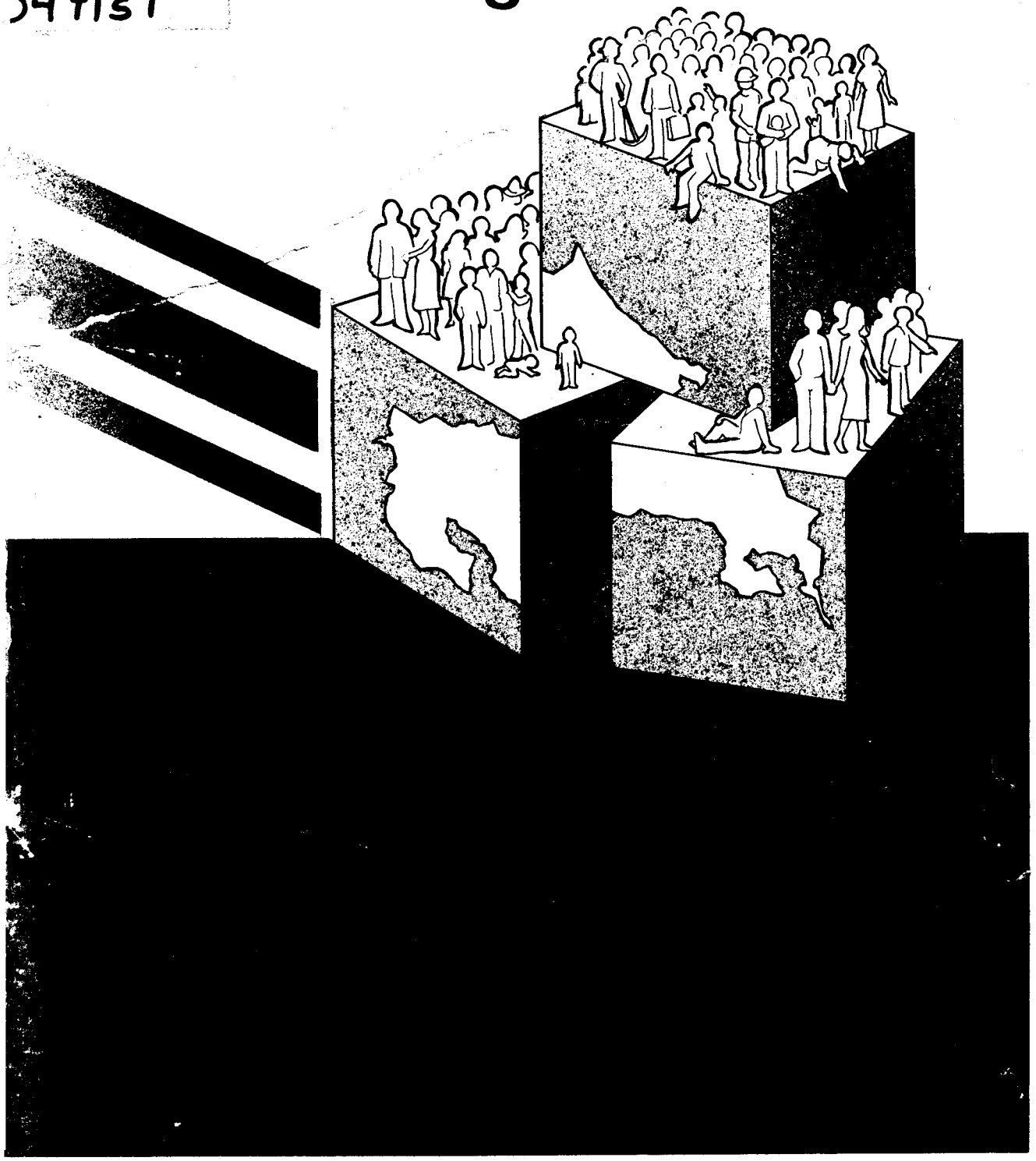
6.03.04
5471s9

9º Seminario Nacional de Demografía



INSTITUCIONES AUSPICIADORAS:

Asociación Demográfica Costarricense (ADC)
Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
Dirección General de Estadística y Censos
Escuela de Antropología y Sociología (UCR)
Escuela de Estadística (UCR)
Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)
Instituto de Estudios Sociales en Población (IDESPO–UNA)
Instituto de Investigaciones en Salud (INISA–UCR)
Instituto de Investigaciones Sociales (UC R)
Inversiones Bogan
Ministerio de Planificación Nacional
Profamilia
Sistema de Información en Nutrición (SIN–OCAF)

DETERMINANTES SOCIALES DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN COSTA RICA

Programa Centroamericano de Población
Universidad De Costa Rica

Dr. Hugo Behm R.
Lic. Damaris Granados B.
M.A. Arodys Robles S.

Objetivos

Esta comunicación resume los resultados más importantes de una investigación reciente[1] cuyos objetivos fueron:

- Analizar la forma en que ocurrió la baja de la mortalidad infantil entre 1961 y 1981 en grupos sociales significativos:

- Obtener un panorama epidemiológico de esta mortalidad por variables sociogeográficas que, identificará los grupos con distinto riesgo de morir y estimará las poblaciones expuestas, contribuyendo así a una planificación en función de tales riesgos.

Material y Métodos

Las estimaciones de las probabilidades de muerte se obtuvieron mediante métodos indirectos a partir de los censos de población de 1973 y 1984. Las mismas fuentes proporcionaron información para operacionalizar las variables independientes utilizadas en la descripción epidemiológica de la sobrevida infantil, que son las siguientes:

1. Ciertas características de la inserción del jefe de hogar en el proceso productivo, que se reflejan en su ocupación y la categoría de ocupación que él declare.
2. El nivel de educación de la madre, que expresa el acceso que ella tuvo en su niñez a este beneficio en razón de la clase social de sus propios padres. Ella está además asociada a la educación de su cónyuge.
3. Las condiciones de la vivienda, que son un indicador de la condición material de vida que la clase social determina.

4. El grado de ruralidad del sitio de residencia, que está asociado a distintas actividades productivas y a diferentes grados de desarrollo.

[1] Costa Rica: los grupos sociales de riesgo para la sobrevida infantil 1960-1984. CELADE. Serie A, No. 1049, 1987.

El descenso de la mortalidad infantil para grupos sociales entre 1963 y 1980

La inserción del jefe del hogar en el proceso de producción, que a su vez incluye el nivel de educación de la madre del niño, están asociados a importantes diferencias en la sobrevida infantil. Estas diferencias eran considerables en 1963, cuando la tasa de mortalidad infantil nacional era 83 por mil. En los grupos más favorecidos (sectores medios, mujeres con educación media o superior) las tasas eran de 30-60 por mil. En el otro extremo, los hijos de mujeres analfabetas o de jornaleros agrícolas o campesinos pobres, morían con una frecuencia cercana a 100 por mil. Entre 1962 y 1970 hay un moderado descenso en todos los grupos, con excepción de los hijos de campesinos.

En el período 1970-1981 se produjo una gran aceleración de la baja que promedió 6% anual, la cual se extendió a todos los grupos sociales con similar intensidad. Esto produjo una considerable reducción de las diferencias absolutas de la mortalidad: en 1981 las tasas varían entre 11 y 37 por mil. De este modo, los niveles moderadamente bajos de la mortalidad infantil, que al comienzo de la década eran el privilegio de una minoría, se generalizaron 20 años después a la gran mayoría de los nacimientos del país.

Sin duda, ha contribuido al mejoramiento de la sobrevida infantil el camino favorable que ha tenido la población con respecto a las variables mencionadas, producto de las políticas de desarrollo económico-social que fueron implementadas en este período. Por ejemplo, entre 1973 y 1984, la proporción de mujeres en edad fértil que pertenecen a los sectores medios aumentó de 35% a 42%, y la proporción de mujeres con educación media o superior subió de 17% a 44%. Sin embargo, la mayor baja de la mortalidad infantil se ha producido en todos y cada uno de los grupos estudiados, señalando que el cambio favorable se ha originado además en variables que no pudieron ser incluídas en el análisis. La principal ha sido la extensión de la cobertura del sistema de salud, en especial en las áreas rurales.

Los grupos sociales de riesgo en 1981

Las 24 sub-poblaciones definidas por las variables anteriores fueron reunidas en cinco grupos según el nivel de la mortalidad infantil estimada para 1981. Para cada uno de ellos se presenta en el cuadro 1 su composición social, la distribución de la población femenina en edad fértil en 1984 y una estimación de los nacimientos para 1983.

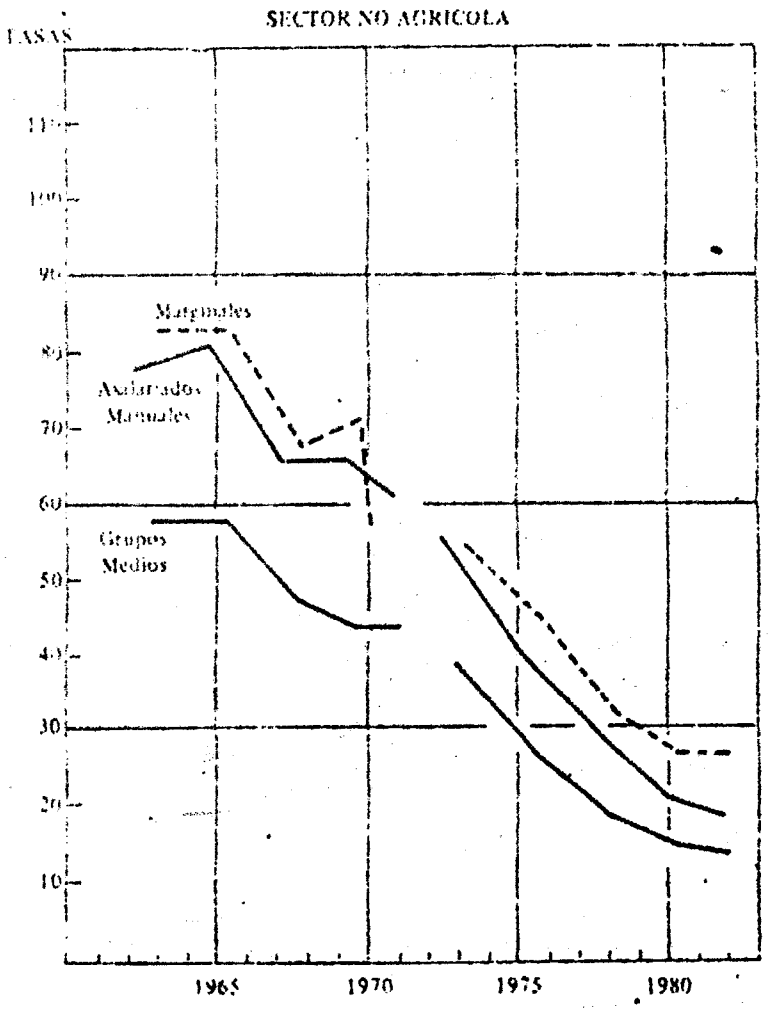
Es estimulante comprobar que, de acuerdo a estos datos, el 55% de los nacimientos anuales (grupos D y E) están

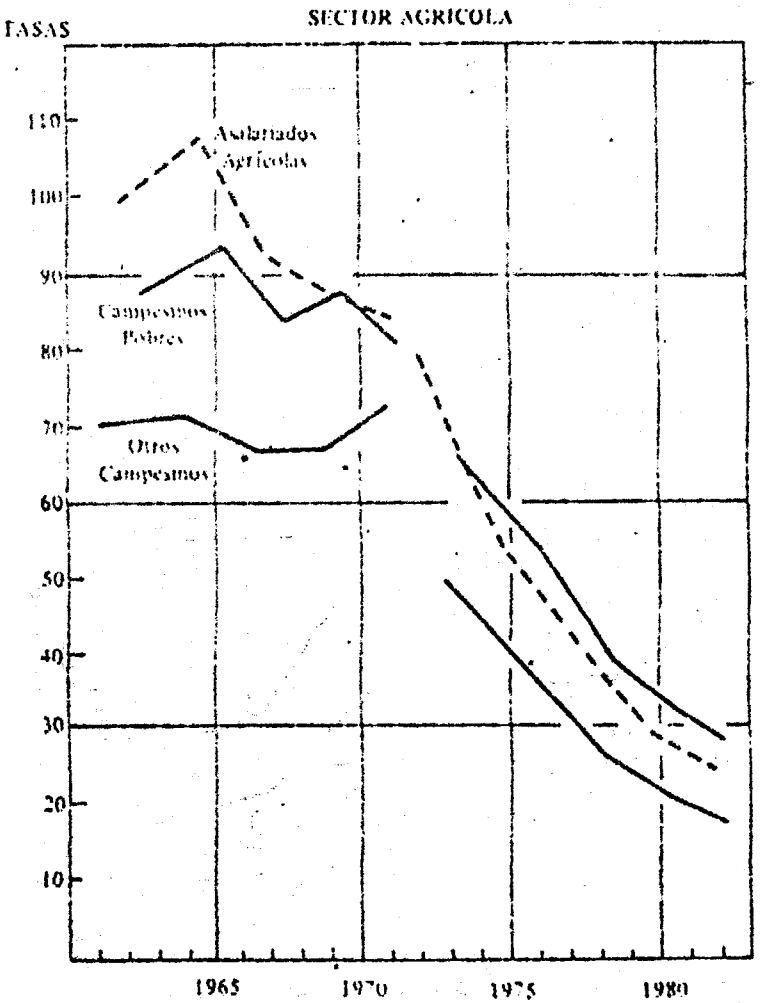
expuestos a un riesgo de morir en el primer año de vida que puede ser inferior 17 por mil. Cerca de dos tercios de las mujeres en edad de procrear pertenecen a estos grupos. También es satisfactorio el hecho que, además de los sectores sociales que era presumible encontrar en esta categoría de menor riesgo (como son los sectores medios) se encuentre aquí una proporción relativamente importante de hijos de obreros que están insertos en la producción de bienes y servicios, en funciones manuales, siempre que no sean agrícolas. Cierto es que las madres de estos niños tienen como requisito haber completado por lo menos la educación primaria o alcanzado mayores niveles. Pero también es cierto que tales niveles son alcanzados en la actualidad por una mayoría de la población del país.

Por otra parte, para formular políticas destinadas a reducir la mortalidad infantil. interesan en especial los grupos de mayor riesgo, que son los A y B. En ellos el riesgo de morir del niño duplica o triplica el valor observado en el grupo de menor riesgo, y las tasas alcanzan hasta 37 por mil. Están formados principalmente por mujeres de escasa o nula educación que pertenecen a hogares de peones agrícolas, campesinos pobres y asalariados manuales no agrícolas. Incluye aún mujeres con educación primaria completa, si pertenecen a los grupos sociales que están en las peores condiciones (campesinos pobres, marginales).

Gráfico 1

MORTALIDAD INFANTIL POR GRUPOS SOCIO OCUPACIONALES
1962 – 1981

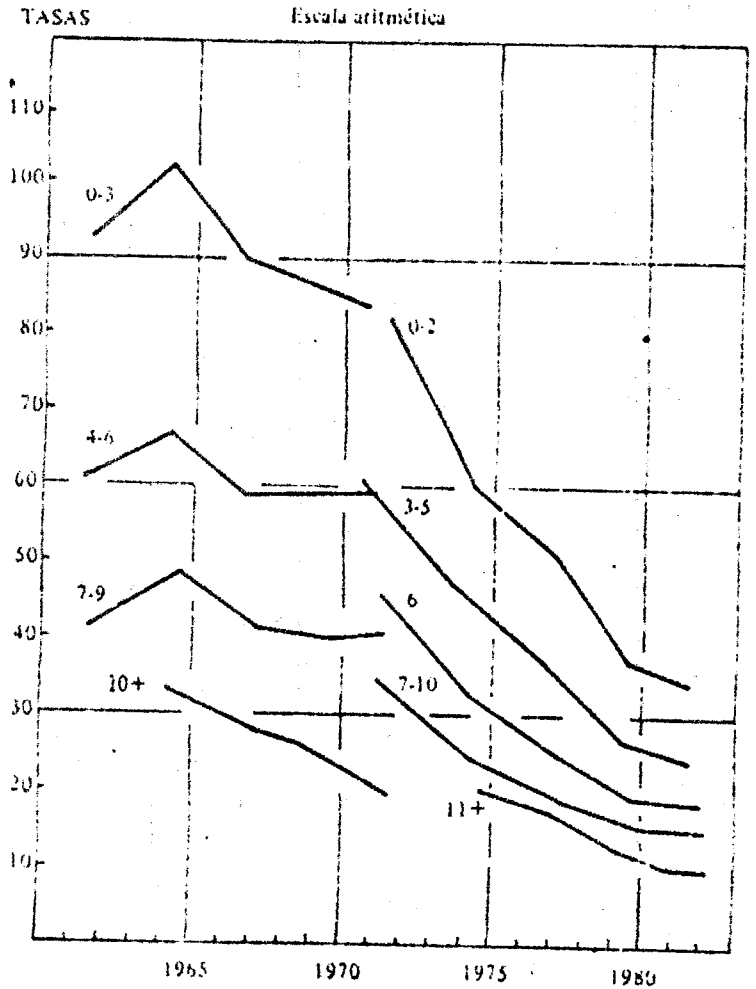


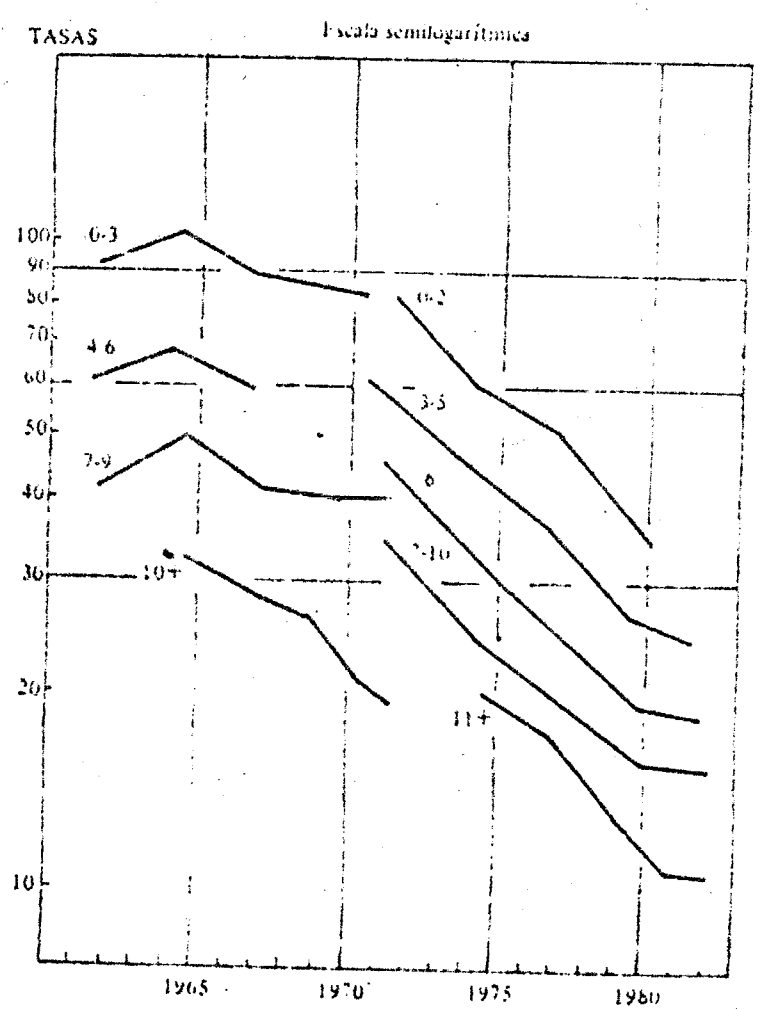


Fuente: Cuadro 1-A

Gráfico 2

MORTALIDAD INFANTIL SEGUN EDUCACION MATERNA
1962 – 1981





Fuente: Cuadro 2-A

Cuadro 1

GRUPOS DE RIESGO PARA LA SOBREVIDA INFANTIL, 1981

Composición social de grupos de riesgo		Mortalidad infantil		% Total País		% Total Grupo	
Grupo socio-ocupacional	Educac. madre a/	Tasa	Riesgo relativo b/	Mujeres 15-49	Nacimientos	Mujeres 15-49	Nacimientos
TOTAL PAIS		20		100	100		
A) Muy alto riesgo		36	2.90	10	11	100	100
(tasa 30-37)							
Peones agríc.	0-2					33	41
Asalar. man. no agrícolas	0-2					31	27
Campes. pobr.	0-2					18	19
Grupos medios	0-2					15	11
Marginales	0-2					3	2
B) Alto riesgo		26	2.09	14	18	100	100
(tasa 23-29)							
Asalar. man. no agrícolas	3-5					38	34
Peones agríc.	3-5					28	35
Camp. pobr.	6					11	12
Marginales	3-5, 6					17	14
C) Riesgo mediano		19	1.56	14	18	100	100
(tasa 18-22)							
Peones agríc.	6					42	55
Grupos medios	3-5					21	17
Otros campes.	0-2						
	3-5					13	12
Campes. pobr.	7+					6	3
Marginales	7+					5	3
Otros grupos	6,7+					13	10
D) Riesgo moderado		17	1.37	23	25	100	100
(tasa 15-17)							
Asalar. man. no agrícolas						47	51
Grupos medios	6					32	29
Otros campes.	6					11	11
Peones agríc.	7+					10	9
E) Riesgo bajo		12	1.00	39	30	100	100
(tasa 11-14)							
Grupos medios	7+					62	58
Asalar. man. no agrícolas	7+					33	39
Otros campes.	7+					5	3

a/ Años de estudio.
b/ Relativos a grupo E, de bajo riesgo (tasa 12.3 por mil)

Es un problema que adquiere especial relieve en los grupos insertos en la producción agrícola y que, por tanto, tiene residencia rural. En el conjunto de los grupos A y B, este sector rural/agrícola comprende el 54% de las mujeres en edad fértil y el 60% de los nacimientos.

Los grupos de mayor riesgo son, afortunadamente, una minoría, como una consecuencia del desarrollo económico y social del país. Lo forman una cuarta parte de las mujeres en edad fértil. No obstante, a causa de la mayor fecundidad de ellas, los nacimientos que ocurren en esta población expuesta sube al 29% del total nacional.

El grado de ruralidad del sitio de residencia

Las estimaciones (cuadro 2) señalan que en Costa Rica existe en 1981 una mayor mortalidad infantil rural (21.7 vrs. 16.8 x mil), pero que este exceso es moderado (29%). La comparación con 1970 indica que ha habido una sustancial reducción de esta mortalidad, tanto en la población urbana como en la rural; que ella ha sido mayor en esta última, y que se ha producido de este modo una disminución de los diferenciales existentes hace una década.

La clasificación dicotómica urbano/rural es insuficiente para estudiar las relaciones del grado de ruralidad con el riesgo de morir del niño. Para un mejor análisis, se definieron seis contextos espaciales en la dimensión urbano/rural. En el sector rural se utiliza la clasificación hecha por la Dirección General de Estadística y Censos.

Las estimaciones de la mortalidad infantil en estos contextos muestran una gradiente que va desde una tasa de 16.8 por mil en el Area Metropolitana de San José a 22.7 por mil en las poblaciones rurales dispersas (cuadro 2). La mortalidad en el sector urbano tiende a homogeneizarse, en especial en las ciudades mayores, disminuyendo los contrastes existentes en 1970. Como ya se mencionó, otros estudios han encontrado que la heterogeneidad de la mortalidad infantil entre los cantones ha tenido, en general, una disminución importante.

CUADRO 2

MORTALIDAD INFANTIL SEGUN GRADO DE RURALIDAD

1970-1981

Contextos espaciales	1970 Tasas	1981 Tasas	1981 Riesgos Relativo	Baja absoluta	%	Porcentaje Nacimitos 1984
URBANOS	50.1	16.8	--	33.3	66.5	41.1
Area Metropolitana	45.8	16.3	1.00	29.5	64.4	23.4
Ciudades Intermedias	57.4	17.0	1.04	40.4	70.4	9.1
Resto Urbano	54.5	17.9	1.10	36.6	67.2	8.8
RURALES	77.6	21.7	--	55.9	72.0	58.9
Periurbano	--	19.5	1.20	--	--	5.0
Concentrado	--	18.7	1.15	--	--	10.2
Disperso	--	22.7	1.39	--	--	43.7
Mortalidad rural/urbana	1.55	1.29				

La política de extender la atención de salud a las comunidades rurales, en especial a aquellas que están dispersas, iniciada a comienzos de la década del 70, sin duda contribuyó sustancialmente a esta evolución. No obstante, las estimaciones hechas para 1981 señalan la necesidad de fortalecer esta política. Se estima que en la población rural dispersa la mortalidad infantil era casi 40% mayor que en la capital del país. De acuerdo a la clasificación de la DGEC, el 44% de los nacimientos ocurre precisamente en este sector de mayor riesgo.

Se comprobó que los contrastes de la mortalidad infantil observados entre comunidades clasificadas por su grado de ruralidad están asociados en parte variable a su estructura socioeconómica diferente. Ello no resta importancia a estas diferencias geográficas. Cualquiera que sea el mecanismo que origine tales diferencias, las políticas que intenten mejorar esta situación tienen que considerar la ubicación geográfica de estos grupos de mayor riesgo. Para los programas de salud, por ejemplo, la residencia rural, particularmente en comunidades dispersas, significa desarrollar estrategias

especiales y superar problemas de accesibilidad física. En tal sentido, interesa destacar, por ejemplo, que en los grupos de mayor riesgo (grupos A y B), el 73% de las mujeres en edad de procrear son residentes rurales y que se estima que ellas generan el 78% de los nacimientos de estos dos grupos. En su mayoría ellas viven en el sector que se ha clasificado como rural disperso. Obsérvese que esta distribución coincide con los resultados de Trejos y Elizalde, según los cuales el 64% de las familias que forman el 20% más pobre, residen en el sector rural.

La calidad de la vivienda

El estado de la vivienda puede influir el proceso salud-enfermedad del niño por medio de variados mecanismos. El nacimiento favorece la transmisión de muchas enfermedades infecciosas. La protección defectuosa contra un clima frío debida a deficiencias físicas de la vida puede aumentar la incidencia de enfermedades respiratorias agudas. La provisión de agua que no es potable y la disposición inadecuada de las excretas crean condiciones favorables para una difusión de las enfermedades diarreicas, que a su vez afectan la nutrición infantil.

Con el fin de precisar si el estado de la vivienda afecta los grupos de riesgo ya identificados, las viviendas fueron clasificadas en adecuadas, deficientes y malas, utilizando la información censal sobre el estado material de la casa, el aprovisionamiento de agua, el servicio sanitario y el grado de nacimiento.

El riesgo de morir del niño es de 16 por mil si la vivienda es adecuada y aumenta a 27 por mil si su condición es mala, esto es, un exceso de 73%. Afortunadamente, este mayor riesgo se refiere a una minoría de la población, aunque no a una minoría numéricamente insignificante. Se estima que el 14% de la población femenina en edad de procrear y el 22% de los nacimientos corresponden a residentes en estas viviendas deterioradas.

Esta asociación puede tener múltiples orígenes. La calidad de la vivienda que un grupo adquiere ó alquila está en gran parte determinada por su capacidad económica. De este modo, la calidad de la vivienda forma parte de las variables intermedias que expresan las condiciones materiales de vida del grupo familiar, que están determinadas -en general- por el lugar que ocupa el jefe del hogar en el proceso de producción en una sociedad determinada. Por ejemplo, la proporción de la población femenina de 15-49 años qe reside en viviendas en malas condiciones es dependiente del grupo socio-ocupacional del jefe del hogar:

Porcentaje en viviendas malas

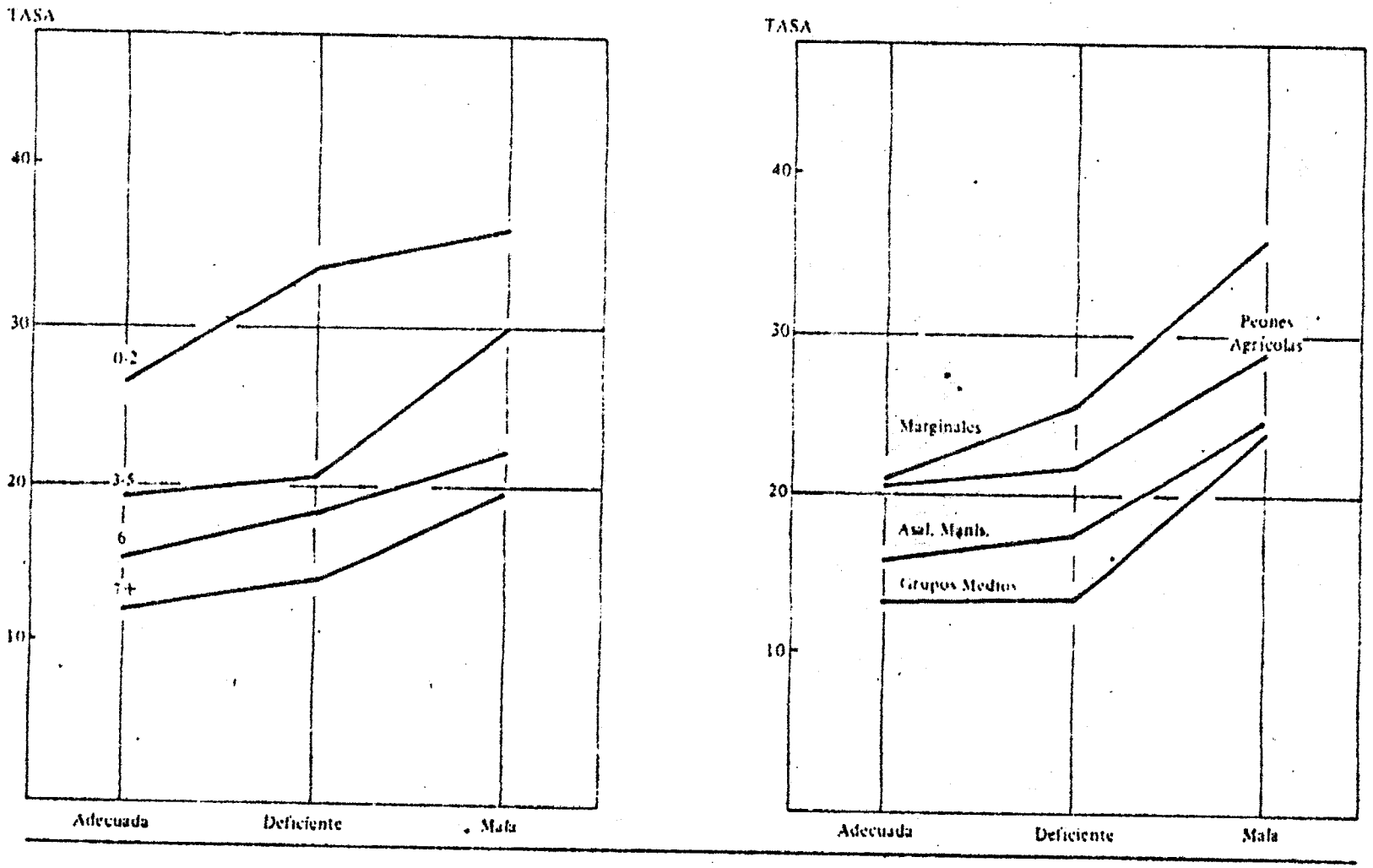
Campesinos pobres	47%
Peones agrícolas	29%
Marginales	13%
Asalariados manuales	12%
Sectores medios	3%

En el gráfico 3 se observa que, controladas las variables educación materna o el grupo socio-ocupacional del jefe del hogar, resta una mayor mortalidad del niño asociada al grupo de deterioro de la morada (gráfico 4). La residencia en una vivienda en malas condiciones es la que agrega el riesgo más significativo, y ello vale para todos los grupos sociales estudiados. Nótese que los contrastes son mucho menos acentuados en el grupo de madres analfabetas o semi-analfabetas, donde pareciera que la casa en condiciones sanitarias adversas sólo puede incrementar un poco el alto riesgo que, para la sobrevida del niño, origina "per se" la situación socio-económica medrada de la familia.

Como ya se ha mencionado, la definición de los grupos socio-ocupacionales es imperfecta cuando se basa en datos censales y las categorías resultantes son bastante heterogéneas. De este modo es posible que la vivienda en malas condiciones identifique un subgrupo, dentro de cada categoría, que tiene el menor "status" en el grupo. En tal caso, la diferencia en la mortalidad infantil no expresaría exclusivamente el efecto de las malas condiciones habitacionales.

Gráfico 3

MORTALIDAD INFANTIL DE GRUPOS SOCIALES SEGUN ESTADO DE LA VIVIENDA 1981



Fuente. Cuadro 12

ESTADO DE LA VIVIENDA

Desde el punto de vista de la identificación de grupos de riesgo para la sobrevida del niño, cualquiera que sea el mecanismo de las asociaciones que se han descrito, lo importante es que ellos señalan que si la "clase social" en que nace el niño ha resultado en que la madre tiene escasa o nula educación, la vivienda deteriorada se asocia a un aumento de la tasa de mortalidad infantil.

La significación programática de tales contrastes, se puede ilustrar con la distribución de la población según los grupos de riesgo anteriormente definidos y el tipo de vivienda. En las categorías de mayor riesgo (grupos A y B), se observa que el 41% de los nacimientos ocurre en familias que residen en viviendas en malas condiciones y que ellas comprenden casi un tercio de las mujeres en edad de procrear. Es decir, la vivienda seriamente deteriorada forma parte importante del problema de alta mortalidad infantil en estos grupos sociales. No obstante, se trata de una minoría: se estima que la población de los grupos A y B que viven en tal tipo de vivienda son 7% de la población nacional de 15-49 años, que generarían el 10% del total de nacimientos.

En cambio, la vivienda en malas condiciones es un problema de excepción en los grupos sociales de menor riesgo. Y, en todo caso, está asociado a una mortalidad infantil de 18 por mil, en tanto que en los grupos más expuestos, la subpoblación correspondiente tiene una tasa de 34 por mil.

Contribución de los factores de riesgo social a la sobremortalidad infantil.

Con el fin de estimar la asociación con la mortalidad del niño que tiene específicamente cada uno de los factores de riesgo social que se han identificado, se utilizó un modelo lineal de regresión múltiple. Los coeficientes de regresión (b) permiten expresar el riesgo relativo de muerte (1 + b) asociado a cada categoría de cada factor de riesgo (controlados los restantes), respecto al grupo de referencia [2], que es el de menor mortalidad (b = 0). Así, por ejemplo, el hijo del asalariado agrícola tiene un riesgo 45% mayor que el grupo de referencia (cuadro 3) [3].

De la mortalidad en exceso asociada al grupo socio-ocupacional del jefe del hogar, la mayor, del orden de 40%, se encuentra en el sector agrícola (jornaleros y campesinos) y en los asalariados no agrícolas que no son calificados. Para los restantes grupos, la sobremortalidad

[2] Grupo medio alto, madre con educación secundaria por lo menos, vivienda en buenas condiciones.

[3] En este análisis, la clasificación del grupo socio-ocupacional fue refinada utilizando la educación del jefe del hogar.

está alrededor de 22- 29% respecto al grupo medio alto.

Del análisis emerge como un factor letal importante para el hijo el entorno cultural y material de la familia que resulta de la baja educación de la madre. Hay una gradiente coherente de riesgos crecientes a medida que la educación materna es más incompleta. El principal grupo de riesgo está constituido por las madres analfabetas o semi-analfabetas, en los cuales la mortalidad del niño es 80% mayor que el grupo de referencia. No se aprecia una diferencia de significación práctica cuando la educación materna completa la primaria o bien es mayor. Debiera recordarse aquí que lo más probable es que el nivel de instrucción de la madre esté correlacionado con las atenciones que el niño reciba en el sistema salud; de hecho, el 61% de las mujeres con instrucción de 0-2 años reside en los sectores rurales dispersos. De tal modo que el riesgo relativo atribuido al nivel de educación materno puede incluir en parte la influencia de tal atención a la salud del niño.

Anteriormente se mencionó el rol de la vivienda en malas condiciones como factor de riesgo (gráfico 3). El análilis multivariado permite estudiar esta influencia controlando otros factores de riesgo. El cuadro muestra que si la vivienda pertenece a tal categoría, la mortalidad infantil aumenta en 38%. La vivienda que se clasifica como deficiente tiene menor significación para la sobrevida infantil.

CUADRO 3

RIESGOS RELATIVOS DE MUERTE EN EL MENOR DE CUATRO AÑOS SEGUN FACTORES DE RIESGO SELECCIONADOS, 1979

Factores de riesgo	Riesgos relativos a/ $(1 + b_{jk})$	Distribución % población expuesta b/ (p_{jk})	Contribución a la sobremortalidad $(b_{jk} p_{jk})$
Ocupación Jefe Hogar		1.000	0.326
Asalariado agrícola	1.45	0.164	0.074
Campesinos (total)	1.37	0.106	0.041
Asalariados manuales no calificados	1.46	0.108	0.050
Asalariados manuales calificados	1.29	0.152	0.044
Grupo medio bajo	1.22	0.116	0.026
Grupo medio alto	1.00	0.113	0.000
No clasificados	1.38	0.239	0.091
Educación materna		1.000	0.183
0-2 años	1.80	0.125	0.100
3-5 años	1.30	0.209	0.063
6 años	1.06	0.337	0.020
7 y más años	1.00	0.329	0.000
Condición de vivienda		1.000	0.169
Mala	1.47	0.209	0.098
Deficiente	1.18	0.395	0.071
Satisfactoria	1.00	0.396	0.000
R^2	0.023		

a/ Grupo referencia = 1= grupo medio alto, con madre que tiene 7 o más años de estudio, residente en vivienda en condiciones satisfactorias. Todos los coeficientes de regresión son estadísticamente diferentes de 0 (5%)

b/ Distribución de los hijos tenidos por mujeres de 15-34 años de edad.

El impacto que tenga cada uno de estos factores de riesgo en el total de la sobremortalidad del niño depende de la proporción de niños expuestos a cada uno de ellos. Así, por ejemplo, el aumento en 47% de la mortalidad que se supone asociado a la vivienda en malas condiciones afecta sólo a la minoría (20.9%) de la población infantil (cuadro 3). La contribución de esta condición de riesgo a la sobremortalidad total se estima como el producto de estos factores (última columna). El riesgo relativo total asociado a los factores que se han identificado, corresponde a la suma de estos productos más 1 (mortalidad relativa al grupo de referencia).

Las estimaciones presentadas en el cuadro 3 señalan que los grupos sociales que contribuyen más significativamente a una mortalidd excesiva en la infancia, son los grupos ocupacionales con menor nivel socioeconómico (jornaleros agrícolas, campesinos, asalariados manuales no calificados), las madres con muy baja educación y los residentes en viviendas en malas condiciones.

Un estudio hecho en CELADE analizó los cambios observados entre 1968 y 1979 entre los riesgos relativos de muerte infantil y la proporción de expuestos a ellos. Las políticas de desarrollo socioeconómico han determinado un cambio favorable en la distribución de los expuestos, reduciendo la proporción de los grupos de mayor riesgo. Pero los riesgos relativos muestran menor progreso y, en algunos casos señalan deterioro.

De este modo, a pesar de que los descensos absolutos de las tasas de mortalidad infantil han sido importantes en todos los grupos sociales, las diferencias relativas entre ellos tienden a persistir.

Consideraciones finales

La investigación ha mostrado que el descenso marcado de la mortalidad infantil entre 1972 y 1980 tiene una característica muy positiva: ha abarcado todos los sectores sociales que se han estudiado, incluyendo de este modo también a los que se encontraban más postergados. No obstante, persisten aún desigualdades sociales en la sobrevida del niño. El presente estudio aporta nuevos elementos de juicio sobre la naturaleza de los retos que el país debe afrontar en la década actual si desea alcanzar nuevos progresos en este campo.

Desde el punto de vista del sistema de salud, responsable de las acciones directas que intentan mejorar la sobrevida y la salud del niño, la heterogeneidad de la situación epidemiológica que se ha descrito en un primer aspecto relevante del problema. En un breve análisis de las

causas de muerte infantil hecho en el estudio que origina esta comunicación, se compararon las tasas por causa de Costa Rica 1984 con la de EEUU 1982. De 605 defunciones en exceso en Costa Rica, 36% tienen ya etiología infecciosa, en su mayoría infecciones respiratorias y diarreas. De las restantes, un tercio coresponde a la mortalidad perinatal, cuya tasa es 50% más alta que la de EEUU.

La mayoría de la población que ha alcanzado una mortalidad relativamente baja, responde a una estructura de la morbilidad parecida a la de países avanzados. Ella requiere de estrategias que permitan controlar una patología de más compleja prevención y tratamiento, como lo ha hecho notar Mohs. Sin embargo, es necesario afrontar simultáneamente el problema de los grupos de mayor riesgo, remanente de un pasado en gran parte, pero no totalmente superado, en los cuales predominan seguramente enfermedades que son en su mayoría evitables y controlables por tecnologías de conocida aplicación. Esta es la primera bipolaridad que los resultados del estudio ponen de manifiesto.

La otra contradicciones la que plantea el contraste entre la población urbana y rural, que es en parte un contraste entre la población que se dedica a la producción agraria y aquella que está en otros sectores productivos. Los resultados señalan que los grupos de mayor riesgo se componen en parte importante de población residente en el sector rural, precisamente en el calificado de "disperso", y que algunos grupos que viven del agro están entre los más atrasados en la reducción de la mortalidad. Pero no se trata de un problema exclusivamente rural. En las mayores ciudades del país los riesgos relativos muestran también excesos significativos en algunos grupos sociales, aunque ellos son bastante minoritarios. Sin duda que el esfuerzo de satisfacer necesidades diferentes en ambos polos, que ha sido la política establecida ya en la década pasada, tiene que ser continuada y reforzada, si se quiere que los grupos con mayor riesgo reciban la atención que ellos requieren.

Por otra parte, la naturaleza primordialmente social de los contrastes de la mortalidad que se han descrito, señalan que ellos son la expresión de desigualdades que existen en el seno de la propia sociedad. La mayor mortalidad del niño apunta a los trabajadores agrícolas que no disponen de tierra, a los campesinos que laboran en las condiciones más moderadas, a las poblaciones marginales, a las familias que ocupan viviendas en malas condiciones, a los sectores rurales más dispersos donde el progreso llega con más tardanza. Como se ha mostrado, el curso de la mortalidad infantil es un dramático reflejo de los logros y las contradicciones del desarrollo social y económico del país.

Así mismo, el análisis multivariado de los riesgos relativos de muerte mostró que el progreso en reducir los contrastes proporcionales de la mortalidad entre grupos sociales entre 1969 y 1978 ha sido escaso.

Un hecho particularmente serio es la interrupción, en el último quinquenio, del marcado descenso de la mortalidad infantil, el cual afecta a todas las regiones de planificación y a todos los grupos de causas de muerte que ha sido posible identificar en un primer y somero análisis del problema (gráfico 4) 4. El hecho que las estimaciones indirectas de la mortalidad por grupos sociales alcancen sólo al inicio de esta fase de estancamiento, impide documentar mejor el alcance del proceso. Pero todo hace pensar que ella comprende también a los sectores que se encontraban relativamente atrasados en su transición a una menor mortalidad y que abarcan casi un tercio de los nacimientos que ocurren cada año.

El proceso de detención en el descenso de la mortalidad se ha producido en el seno de una crisis económica importante, que viven hoy todos los países subdesarrollados. Ella puede llevar a poner en práctica medidas que afecten las condiciones de vida de los sectores más postergados. Simultáneamente, tales restricciones influirán negativamente los recursos para continuar implementando políticas que reduzcan las desigualdades sociales remanentes, las cuales afectan de modo decisivo la sobrevida del niño. En estas condiciones, los notables avances que ha obtenido el sector salud a pesar de la existencia de factores adversos pueden encontar en el futuro progresivas dificultades.

Dos órdenes de medidas, que aparentemente están en marcha, aparecen como necesarias. Por una parte, dar efectiva prioridad a las actividades del sistema de salud (y de otros sectores socio-económicos) que beneficien directamente a las poblaciones expuestas a mayor riesgo. Y simultáneamente, proseguir estudios que permitan conocer mejor las cambiantes y heterogéneas características epidemiológicas de la sobrevida infantil y aporten información para afrontarlo de modo más eficaz y eficiente.

4El gráfico incluye datos hasta 1984. Los datos provisorios para 1985 indican un nuevo descenso de las tasas.