
Cooperación internacional en salud infantil (Primera parte). Causas y determinantes de la salud en países en desarrollo

M. de Aranzabal Agudo

Doctora en Medicina y Pediatra. Vocal de Pediatría Social.

CS Agurain-Salvatierra, Araba.

Rev Pediatr Aten Primaria 2004; 6: 277-290

Maite de Aranzabal Agudo, mdearanzabal@apar.osakidetza.net

Resumen

Diez millones de niños menores de cinco años mueren cada año en el mundo.

Aunque a finales del siglo XX la mortalidad en países de baja y media renta disminuyó, esa disminución ha decelerado. Además, la diferencia entre países pobres y ricos es ahora más profunda que en 1990.

Muchas agencias, organismos y organizaciones como la Comunidad Europea, la Agencia Española de Cooperación Internacional, los Gobiernos de Comunidades Autónomas o la mayoría de Ayuntamientos y ONGs no tienen políticas de acción específicas contra la morbi-mortalidad infantil. Otras como la OMS, UNICEF u ONGs infantiles sí las tienen.

En este trabajo se reflexiona sobre la situación de la salud y de la mortalidad infantil en el mundo y describo sus determinantes directos e indirectos para tratar de encontrar la forma de conseguir la ambiciosa meta del milenio de hacer disminuir las muertes de menores de cinco años en dos tercios para el año 2.015.

En la segunda parte de este trabajo se estudian las diferentes estrategias, selectiva, integrada y social, diseñadas para mejorar esa situación, y su efectividad hasta el momento.

Se subraya la falta de acceso de los niños del tercer mundo a un Sistema de Salud Integrado con una buena Atención Primaria preventiva y curativa, y se insiste en que los donantes apoyen una buena estrategia, de forma que las naciones receptoras desarrollen un programa público de salud a nivel de distrito.

Todo ello sin menoscabo de programas o acciones de ayuda puntuales que, sin lugar a dudas, paliarán parcialmente la grave situación.

Palabras clave: Cooperación sanitaria, Estrategias de salud, Mortalidad infantil.

Abstract

Each year ten million children under five die in the world.

Although the mortality in low income and medium income countries dropped at the end of the 20th century, this reduction has decelerated. Moreover, the difference between poor and rich countries is more marked than it was in 1990.

Many Agencies, Authorities and Organisations such as the European Union, the Spanish Agency for International Co-operation (AECI), the Governments of the autonomous communities and the majority of town councils and NGOs have no specific action policies to prevent child morbidity and mortality. Others, such as the WHO, UNICEF or children's NGOs do have such a policy.

This work considers the health situation and child mortality in the world and describes its direct and indirect determinants in order to try and find a way of achieving the ambitious goal of the millennium, to reduce the number of deaths among children under five by two thirds by the year 2015.

The second part of this work studies the different strategies (selective, integrated and social) designed to improve this situation and its effectiveness up to now.

It emphasises the fact that children in the third world do not have access to an Integrated Health System with good preventive and curative Primary Care and it insists that donors give their support to a good strategy to enable the receiving nations to develop a public health program at a district level.

All this should be carried out without reducing the specific aid programs or actions which will undoubtedly help to alleviate this grave situation.

Key words: Health cooperation, Health strategies, Child mortality.

Objetivos del milenio para el año 2015 y objetivos de UNICEF para el 2000

En el año 1990 y consensuados mundialmente entre organismos internacionales políticos y financieros como Naciones Unidas, FMI (Fondo Monetario Internacional), OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) y el Banco Mundial, fueron definidos ocho objetivos para mejorar el desarrollo: son los conocidos *Milennium Goals*.

Cada objetivo tiene sus metas a corto plazo y sus indicadores para evaluarlos y medirlos¹. El cuarto de esos objetivos es reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años.

Otros objetivos son erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la enseñanza primaria universal, promover la igualdad entre sexos, mejorar la salud materna, combatir el SIDA, el paludismo y otras enfermedades graves, garantizar la sostenibilidad del medio ambiente o fomentar una asociación para el desarrollo con seis metas, como atender las necesidades de los países menos adelantados, acceso a medicamentos esenciales, encarar los problemas de la deuda externa...

En el mismo año, 1990, se celebró la Cumbre Mundial de la Infancia y en ella UNICEF propuso siete metas para cumplir en diez años, pero exclusivamente en la población materno-infantil.

Aquí las expongo con sus correspon-

dientes logros en el año 2000. Aunque se han conseguido buenos resultados, falta mucho para cumplir lo acordado¹.

Meta 1. Reducir la mortalidad infantil y la de los menores de cinco años en un 33 %. Logro: se ha reducido de 94 por cada 1.000 a 81, esto es un 14 % o tres millones menos de muertes. Pero en el 43 % de los países el plan está atrasado o retrocede (ha aumentado en 14 países y no ha cambiado en otros once).

Meta 2. Reducir en un 50 % la tasa de mortalidad materna. Logro: no se ha advertido cambio alguno. Cada año mueren 515.000 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto.

Meta 3. Reducir la malnutrición grave y moderada entre los menores de cinco años en un 50 %. Logro: se ha reducido en los países en desarrollo del 32 % al 27 %. Ha disminuido un 17 %, esto es de 177 a 149 millones. La cifra total de niños malnutridos ha aumentado en África.

Meta 4. Acceso al agua potable. Logro: ha incrementado en tres puntos porcentuales, de 79 % a 82 %; 816 millones de personas más tienen acceso a agua para consumo. Todavía 1.100 millones carecen de ese servicio. En el 32 % de países el plan está atrasado.

Meta 5. Acceso a servicios de elimina-

ción de excretas. Logro: ha aumentado en un 5 % (747 millones), pero aún 2.400 millones no tienen ese acceso.

Meta 6. Acceso universal y sin diferencia de género de los niños a la educación básica y a terminar la enseñanza primaria. Logro: ha aumentado de 78 % a 82 %. Todavía 100 millones de niños no se matriculan; la mayoría son niñas.

Meta 7. Mejorar la situación de los niños en situaciones especialmente difíciles: los que trabajan, participan en conflictos armados, refugiados, huérfanos, con SIDA, víctimas de abuso sexual, presos, impedidos, etc.

Determinantes de la salud y la enfermedad

¿Por qué aumentan o disminuyen las enfermedades y la mortalidad infantiles en el mundo?

¿Cuáles son las principales características o circunstancias médicas, sociales, económicas o políticas que han sido determinantes en la salud de una población?

Suele pensarse que la clave del bienestar de una población son los avances médicos y las mejoras en los servicios de salud, pero esto no es tan evidente. El nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro variables², que son las que la OMS ha tenido

en cuenta a la hora de elaborar su plan "Salud para todos en el año 2000"³:

1. La biología humana (genética...).
2. El medio ambiente (contaminación física, biológica, química, psicosocial y cultural).
3. El estilo de vida o las conductas de salud (de ahí las nuevas corrientes aparecidas en los países desarrollados a final de los 70 que recomendaban dedicar más recursos a la prevención y educación y menos a la Asistencia Sanitaria).

4. El sistema de Asistencia Sanitaria.

El único factor no modificable es el genético. Sobre los demás se podría, al menos teóricamente, incidir.

No obstante, lo importante en Cooperación es recordar que estas variables están muy influenciadas por factores socioeconómicos y que la relación empírica entre mortalidad infantil y variables demográficas o sociales ha sido ampliamente demostrada a través de la historia.

Determinantes indirectos o causas socioeconómicas; revisión histórica

El desarrollo de Europa

Hacia finales del siglo XIX en Nueva York, Gran Bretaña o Suecia morían más de 100 niños por cada 1.000 recién nacidos vivos, es decir, lo mismo que ahora en regiones subdesarrolladas.

También sabemos que las causas eran esencialmente las mismas que ahora en el tercer mundo: enfermedades respiratorias (tuberculosis, neumonía, tos ferina), diarrea, sarampión e incluso malaria y lepra en países tan al norte como Escocia o Canadá.

El descenso de la tasa de mortalidad infantil (TMI) en Europa y América del Norte fue espectacular y se debió principalmente al descenso de las muertes por enfermedades infecciosas; pero no fue debida a los antibióticos y a las vacunas, como se cree en ocasiones, puesto que ocurrió bastante antes de su descubrimiento. La caída de la TMI fue debida principalmente a los adelantos en nutrición y en condiciones de vida de la clase obrera y de las familias pobres.

Y estos adelantos fueron consecuencia de la revolución agrícola del siglo XVIII y la revolución industrial de 1750-1850.

Estas revoluciones, sin embargo, aunque directamente aumentaron la producción de bienes y alimentos, indirectamente aumentaron la emigración a las ciudades, el hacinamiento, las condiciones insalubres, el desempleo y la desnutrición. Este malestar y miseria, a su vez causarían la revolución de la clase trabajadora que, en último término, y tras observar altísimas tasas de desnutrición y mortalidad por enfer-

medades infecciosas y sufrir varias epidemias de cólera, llevó a una mejor redistribución de los recursos y a mejoras en la salud.

Pero tampoco fue gracias a medidas médicas, sino con la aprobación de leyes de Salud Pública que incluían regulaciones medioambientales profundas y educación más universal.

En resumen, las mejoras en la salud de la población inglesa resultaron de los progresos en las condiciones de vida y trabajo, y en la nutrición.

Nos interesa saber si esos cambios se podrían trasladar actualmente a los países subdesarrollados, pero también ahora aparece la situación sociopolítica como determinante y debemos hacer referencia a la colonización.

La colonización

Los países del norte colonizaron los países del sur cometiendo memorables abusos que, además de ayudar a la industrialización del norte, han dejado a las antiguas colonias empobrecidas: abuso de mano de obra hasta el punto de comprar millones de esclavos, importación de sus materias primas y exportación del excedente de capital bajo relaciones comerciales injustas, etc.

Al final del período colonial, el modelo de atención de salud desarrollado en la

mayor parte del Tercer Mundo estaba basado en gran medida en el sistema de los países industrializados: optaba por tecnología avanzada y cuidados curativos mediante hospitales urbanos y con personal de formación occidental. Sus servicios se limitaban, en general, a grandes ciudades y, en menor medida, a plantaciones y minas. Y siempre a un reducido número de personas.

No se puede dejar de mencionar aquí la parte de culpa atribuible a los dictadores autoproclamados o nombrados por las colonias, la corrupción de muchos de estos países y, en ocasiones, la incompetencia demostrada en la gestión.

Si a esto sumamos el complejo problema de la deuda externa, no parece que los países pobres puedan salir del subdesarrollo copiando el camino que siguió Europa.

La deuda externa

Hacia 1970 las pujantes economías de los países del norte decidieron invertir en el desarrollo del tercer mundo con condiciones determinadas principalmente por los prestamistas. Con estos préstamos a muy bajos intereses se pretendía activar la industria y la agricultura y producir bienes que, además, se exportarían y pagarían la deuda, pero los préstamos se distribuyeron sin evaluar la capacidad

de los países receptores y, en ocasiones, fueron mal invertidos.

Para principios de los 80 la deuda externa de estos países se había multiplicado por diez. Además, las condiciones económicas en el mundo desarrollado cambiaron bruscamente y apareció una fuerte recesión económica unida a una subida de los tipos de interés en ocasiones hasta el 18 %. Los países del Tercer Mundo quedaron atrapados y su crecimiento económico perjudicado con el consiguiente deterioro de los programas sociales básicos y de la supervivencia infantil.

Hoy en día la mayoría de los países pobres gastan más en servir a la deuda que lo que reciben en nuevos préstamos y ayuda externa. En 1979 se produjo un flujo neto de 40.000 millones de dólares desde los países ricos a los pobres. En 1989, el flujo era de, al menos, 20.000 millones en sentido opuesto, es decir, nos tuvieron que devolver mucho más que la ayuda recibida.

Los programas de ajuste estructural

En la década de los 80, el Banco Mundial y el FMI acudieron en ayuda de los bancos del norte. Para evitar que los deudores dejaran de pagar, les ofrecieron créditos blandos con la condición de que "ajustaran" la estructura de sus

economías para seguir pagando y acataran las condiciones del modelo de mercado liberal del norte: éstos fueron los llamados "Programas de Ajuste Estructural".

Los gobiernos del Tercer Mundo se han visto obligados a aceptar, pues necesitan esos préstamos, y han tenido que recortar drásticamente la ayuda social y los servicios públicos, como educación y salud, y hacer cambios en su economía, como producir productos de exportación en lugar de hacerlo para consumo interior.

En el sector de la salud, el recorte de programas se llevó a cabo con la introducción de estrategias de salud y desarrollo más verticales.

Estos hechos han tenido un impacto devastador sobre el Tercer Mundo. Actualmente la evidencia indica que dichos programas en el África subsahariana no promueven un crecimiento económico persistente^{4,5}.

UNICEF declaraba en el *Estado Mundial de la Infancia 1992*¹⁴: "Sabemos que los niños han pagado el precio más alto por el endeudamiento del mundo en desarrollo. Datos fragmentarios revelan un cuadro de creciente desnutrición y, en algunos casos, de aumento de la mortalidad infantil en los países más endeudados de África y de América Latina".

Al ver el deterioro causado, el Banco Mundial se ha visto cada vez más involucrado en cuestiones sobre políticas de salud para el Tercer Mundo a través de créditos para programas de salud e incluyendo reformas de la política sanitaria en las condiciones de sus préstamos de ajuste estructural. Estos objetivos del Banco Mundial se exponen en su Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993 titulado *Inversión en Salud*⁶.

La declaración de Alma Ata

En 1978 se celebró la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, que tuvo lugar en Alma Ata (Kazajstán). Participaron ministros de salud de más de 100 países, fue apadrinada por la OMS y UNICEF y apoyada por las principales agencias financieras. Todas las naciones representadas se pusieron de acuerdo con el objetivo "Salud para todos en el año 2000"⁷.

Para lograr ese objetivo se comprometieron a trabajar por la cobertura de las necesidades básicas de la población con un planteamiento integral y progresista denominado Atención Primaria de Salud con fuertes connotaciones socio-económico-políticas y la promesa de una distribución más justa de los recursos.

"El compromiso político por la Atención Primaria de Salud implica algo más

que un apoyo formal por parte de los gobiernos y los líderes de la comunidad. Para los países en desarrollo, en particular, implica la transferencia de una mayor cantidad de recursos sanitarios a la mayoría desatendida de la población. Al mismo tiempo, es necesario aumentar los presupuestos nacionales de salud hasta que toda la población tenga acceso a una atención de salud básica..."

Determinantes demostrados en la salud infantil

El tema es complejo, porque, como se ha podido ver, los diferentes determinantes actúan simultáneamente y están interrelacionados. Así, un hogar pobre con déficit de nutrición y alta morbilidad puede estar afectado a la vez por factores como la baja educación materna, carencias en alcantarillado y agua potable, empleos inestables con baja productividad, escasos servicios accesibles de salud pública y posible discriminación por su etnia o ubicación geográfica.

Por distintas técnicas se han estudiado estas influencias, se han separado analíticamente los efectos de cada variable y se ha estimado la magnitud de su posible influencia⁸. Así, algunos estudios han analizado cómo una variable específica (por ejemplo, la educación de la madre) ha influido en la reducción de

la mortalidad, mientras que otros han examinado la influencia de los determinantes en conjunto: sociales, biológicos, del comportamiento, sistemas de salud, acceso a la salud...

Es importante señalar que los que vamos a mencionar aquí tienen influencia estadísticamente demostrada y también que todos ellos son modificables:

Factores socioeconómicos

En su conjunto, el nivel de vida está asociado fuertemente con los resultados de salud.

La educación del hogar tiene un impacto pronunciado y consistente sobre la salud materno-infantil en todos los países estudiados.

La educación de la madre ha demostrado una reducción en la mortalidad, entre otros motivos por mejor nutrición a los hijos: la falta de lactancia materna hasta los once meses, pero, sobre todo, hasta los cinco, aumenta siete veces la posibilidad de diarrea y cinco veces la de neumonía.

Y también porque hay un más adecuado y frecuente acceso a los servicios de salud, ya que son más capaces de percibir cuándo hay necesidad de la medicina "formal".

Esto se hace más pronunciado en los países de más nivel (Brasil), pero deja de

ser tan significativo en lugares de muy alto nivel donde existe un gran acceso a servicios básicos.

El efecto de la vivienda (servicios básicos o bienes) es comparable al de la educación, pero su impacto es más alto en países con menor desarrollo relativo. Por estimaciones de resultados publicados, se podría decir que la falta de acceso al agua potable y retretes es la causante del 88 % de las muertes por diarrea y de 1,5 millones de muertes infantiles.

El trabajo de la mujer fuera del hogar tiene efectos contrapuestos, pues mejora los recursos familiares, pero reduce con frecuencia la lactancia materna y la calidad del cuidado de los niños ante la ausencia de protección laboral y de instituciones de apoyo como guarderías, etc.

Etnicidad

Las poblaciones indígenas y los grupos de mulatos, negros o pardos de los países en desarrollo están en peores condiciones de salud materno-infantil que los "blancos" a igualdad de pobreza. Esto tal vez sea por las barreras culturales o porque el personal de salud no sabe responder a las necesidades específicas de estos grupos o conocer sus lenguajes en el caso de los indígenas o tal vez por sus propias costumbres médico-nutricionales.

Servicios de Salud

El efecto del acceso a los servicios de salud no es tan lineal como pudiera parecer. El resultado es mejor en los estratos más altos y el efecto depende de la calidad del servicio y del contexto de su aplicación. Así, la mera existencia de un servicio de salud no garantiza un mejor resultado.

Factores regionales

Una vez descontados los efectos de otras variables la magnitud del factor regional es poca. La mayor mortalidad se explicaría más por la desigual distribución de la inversión en salud por habitante, la debilidad de las instituciones locales, los resultados del crecimiento económico, la ausencia de infraestructura básica o, incluso, por la diferencia en la dotación de recursos naturales.

Las diferencias rural-urbanas, por el contrario, sí se identifican con los factores socioeconómicos o étnicos mencionados.

Factores del entorno

Cohesión social, fortaleza de sus instituciones, nivel de violencia o conflictividad social, la transparencia del sector público o su capacidad para representar los intereses de la mayoría.

Como indicador de esto se ha tomado

el nivel de equidad, que es la medida de la distribución regional del índice de nivel de vida.

Y entonces sí se demuestra un efecto significativo del nivel de equidad social regional sobre la salud de los hogares. Incluso dos hogares con idénticas condiciones étnicas y socioeconómicas en dos regiones con diferentes niveles de equidad responden con distintos resultados de salud materno-infantil (con ventaja, por supuesto, para el situado en mayor equidad social).

Ha quedado demostrado con múltiples estudios que las clases bajas tienen más enfermedades por falta de saneamiento y agua, más niños con bajo peso al nacer por malnutrición materna, más infecciones, más nacimientos seguidos, menor resistencia a las enfermedades y, además, son los últimos en recibir intervenciones preventivas o curativas o en acudir a los centros sanitarios, que, además, en las zonas pobres, tienen peor cuadro médico, con peores diagnósticos y organización, y menos medicamentos.

Factores biológico-culturales

La edad de la madre demuestra que las edades tanto elevadas como demasiado jóvenes de las madres aumentan la mortalidad infantil. Otros factores

son el orden de nacimiento, el intervalo entre nacimientos así como el gravísimo problema del género.

Determinantes directos o causas clínicas actuales en la mortalidad infantil

Como indicador utilizaré la TMI y, más concretamente, la tasa de mortalidad en menores de cinco años (TMM5).

Estos indicadores, sobre todo la TMM5, es la medida que UNICEF ha considerado más fiable para valorar el bienestar de una población, ya que la infancia y el período perinatal son los momentos más vulnerables de la vida y en los que se dan las mayores desigualdades sanitarias entre países ricos y pobres. Además, son muy sensibles a una mejora de las condiciones socioeconómicas y sanitarias⁹⁻¹².

La mortalidad infantil había disminuido felizmente al final del siglo XX en los países de baja y media renta, pero en los últimos diez años no lo ha hecho en la misma medida. Y esto no sólo ocurre en los países que habían llegado a bajas TMM5, sino también en los que ésta era alta.

La mortalidad estimada para 2000 (que son los datos recientes más fiables) es de 10,8 millones de niños menores de cinco años; de ellos, el 41 % en los países subsaharianos y el 34 % en Asia del sur.

Y digo estimada porque varía dentro de cada país (India tiene regiones de 18 y otras de 170 por 1.000), porque algunos países no tienen ni siquiera datos y porque el 33 % de todos los nacimientos, o sea 40 millones de nacimientos al año, no se registra.

El único dato verdaderamente cierto es que la mitad de las muertes ocurre en seis países y el 90 % de ellas en sólo 42 países.

La primera tarea para poder planificar soluciones es conocer las causas de estas muertes, aunque es sabido que analizar las causas directas de la mortalidad infantil es mucho más fácil que encontrar soluciones.

Para ello ofreceré los datos presentados este mismo año por un grupo de expertos reunidos en febrero en Bellagio (Italia).

El así llamado Grupo Bellagio para el estudio de la supervivencia infantil está formado por expertos de reconocidas universidades, fundaciones, agencias como UNICEF, organismos diversos como el Banco Mundial y otros. Sus participantes, sin embargo, colaboran a título individual.

Han elaborado un estudio, publicado en forma de serie en la revista *The Lancet* sobre la mortalidad infantil en el mundo y sus posibles soluciones ba-

sándose en intervenciones concretas^{10,13,18}.

En el primer artículo presentan las causas más frecuentes de mortalidad infantil que, en orden descendente, serían (fig.1):

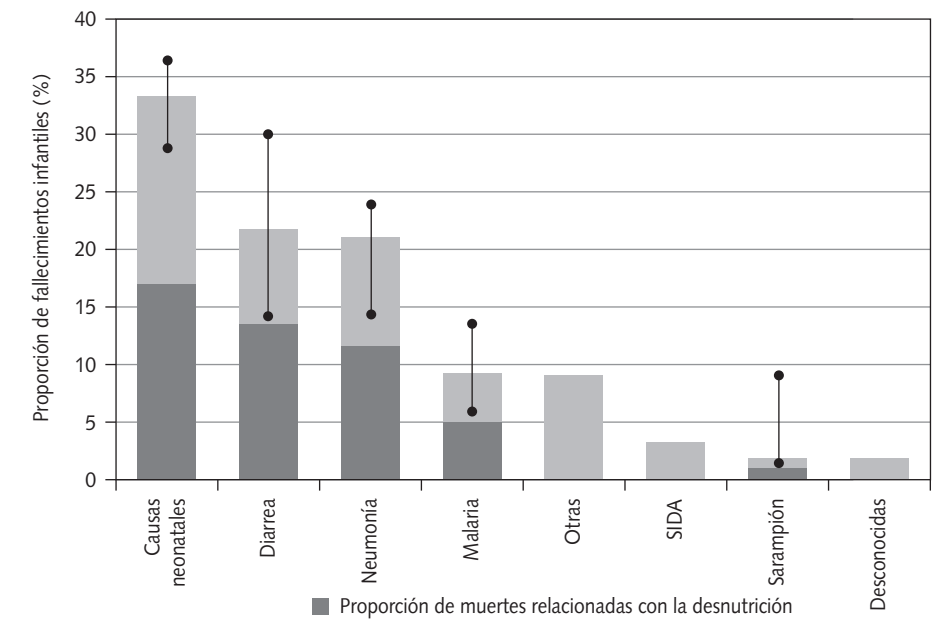
- 33 % (29-36 %) causa neonatal como asfisia, infecciones o prematuridad. Debe tenerse en cuenta que en países con mayor mortalidad esta proporción es del 20 % comparando con el 50 % en los de mortalidad menor de 35 por mil recién nacidos.
- 22 % diarrea (14-30 %).

- 21 % neumonía (14-24 %).
- 9 % malaria (6-13 %).
- 9 % otros.
- 1 % sarampión.
- 3 % SIDA.

Para la distribución global se usó un modelo predictivo de estimación de mortalidad en menores de cinco años en esos 42 países con el 90 % de las muertes.

Para interpretar estos datos debemos tener en cuenta que en los países de medios o altos recursos se hacen registros de eventos vitales con causa de la muerte, pero esto no ocurre en los que acumulan el 90 % de todas las muertes,

Figura 1. Distribución de las muertes infantiles globales por causa (2000)¹⁰.



o sea, en los que en este estudio nos interesan.

Por otro lado, si el registro es incompleto, son precisamente los sectores más pobres y donde más muertes infantiles ocurren los peor representados.

Para el cálculo se han utilizado 44 estudios o informes de salud nacionales y estudios de población aún sin publicar¹⁸, que incluyen entrevistas *postmortem* a la familia y resultan ser una alternativa bastante fidedigna.

De este tipo de países, sólo Méjico tiene registrados el 95 % de sus fallecimientos y por ello se ha utilizado para validar los resultados estimativos.

Otro factor que debe tenerse en cuenta son las causas sumergidas. En los países en vías de desarrollo la etiología de las patologías se mezcla: el sarampión, así como el SIDA, harían disminuir las defensas y facilitar diarreas, TBC o neumonías, que serían las causantes directas de la muerte según la OMS.

Otras causas sumergidas serían el bajo peso al nacer, la malnutrición fetal o el déficit de micronutrientes. Según resultados estimativos de diez estudios longitudinales comunitarios, a estas causas se les atribuye un riesgo relativo de mortalidad en menores de cinco años del 53 %, y de éste, el 35 % de las muertes es debido a la acción de di-

cho bajo peso sobre las enfermedades infecciosas.

En niños con déficit de vitamina A, el riesgo de morir por diarrea, sarampión o malaria está aumentado en un 20-24 %, y en los que padecen déficit de zinc, en un 13-21 %.

Además, las causas pueden ser "concurrentes", pues comparten iguales factores de riesgo, y pueden ser "sinérgicas", cuando el efecto en la mortalidad de dos causas (como diarrea y neumonía a la vez) es mayor que el efecto causado por la suma de las dos causas individualmente, lo cual es un importante problema de salud pública.

Las estimaciones de la OMS no son superponibles a las estimaciones del grupo Bellagio, porque incluyen todos los países miembros y no sólo los de alta mortalidad. Aún así, no hay grandes diferencias.

Esta distribución de causas cambia según los países. Por ejemplo, en los países subsaharianos hay una variación, porque el SIDA y la malaria ocupan un lugar más importante:

- El 25 % de las muertes infantiles son neonatales.
- El 22 % por malaria.
- El 21 % por causa respiratoria.
- El 20 % por diarrea.
- El 8 % por SIDA.

Para posteriores análisis, y dado que dentro de los 42 países pobres lo que más cambia son la mortalidad neonatal, la malaria y el SIDA, los expertos distribuyen dichos países en cinco perfiles epidemiológicos según el mayor o menor peso de cada una de estas tres causas.

Conclusiones

1. Los determinantes de la salud son directos e indirectos. No se puede hablar sólo de causas médicas; hay causas biológicas y sociales, y todas ellas se entremezclan y potencian entre sí.

2. La diarrea y la neumonía, primeras causas de mortalidad infantil desde 1980, seguirán siéndolo hasta que las cifras de mortalidad totales desciendan mucho más. La contribución de malaria y SIDA es pequeña excepto en la zona subsahariana y, en concreto, el SIDA causa el 10 % de TMM5 en tan sólo tres países.

3. La malnutrición es la causa sumer-

gida de gran proporción de muertes y hay que obtener más información sobre sus determinantes.

4. La identificación y el reconocimiento de factores de riesgo, causas sumergidas, asociadas y comorbilidad pueden ayudar a planificar intervenciones adecuadas.

5. El Objetivo de la Cumbre Mundial de la Infancia de 1990 de hacer disminuir la TMM5 por debajo de 70 por 1.000 nacidos vivos en los 55 países que la tienen por encima de 100 sólo se ha conseguido en cinco¹⁶.

6. Desde el punto de vista de la consecución de los Objetivos del Milenio, la tasa de mortalidad disminuyó de 117 a 93 por mil en 1990, pero desde 1995 la disminución esperada del 33 % ha sido del 10 % e incluso algunas coberturas vacunales han disminuido.

7. Luego la reducción prevista de la mortalidad infantil en dos tercios precisa de un cambio substancial y rápido para ser alcanzada¹⁵⁻¹⁹.

Bibliografía

1. Base de datos de indicadores de objetivos del Milenio. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Disponible en: www.un.org

2. Piédrola Gil G, Del Rey Calero J. Medicina preventiva y salud pública. La salud y sus determinantes. 9.ª Edición. Masson SA, 1990; 3-10.

3. OMS. Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. OMS, 1981. Disponible en: www.who.int/es

4. Logie DE, Woodroffe J. Structural adjustment: the wrong prescription for Africa? *BMJ* 1993; 307: 41-44.
5. Logie DE, Haines A. Copenhage`s Challenge. To balance budgets without balancing lives. *BMJ* 1995; 310: 544-545.
6. The World Bank Group. Investing in Health. Informe sobre el desarrollo mundial. The World Bank Group. Oxford University Press, 1993.
7. OMS, UNICEF. Declaración de Alma Ata, 12 septiembre 1978. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud patrocinada por la OMS y el UNICEF, párrafo 10. Disponible en www.politicsofhealth.org/almaata.htm
8. Panamerican Health Organization. Determinantes sociales, étnicos y geográficos de los resultados de salud. Disponible en www.paho.org
9. Grant JP. A child survival and development revolution assignement children: a journal concerned with children. *Women&Youth in Development* 1983; 61-62: 23.
10. Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 2003; 361: 2226-2234.
11. Werner D, Sanders D, Weston J, Babb S, Rodríguez B. Cuestionando la Salud. Right to Health. Disponible en www.healthrights.org
12. Torres Cantero AM. Una perspectiva de salud internacional sobre la salud infantil en países en desarrollo. Universidad Miguel Hernández, Elche. Disponible en www.dsp.umh.es/master/epi_internacional.htm
13. Bryce J, Arifeen S, Pariyo G, Lanata C, Gwatkin D, Habicht JP and the Multi-Country Evaluation of IMCI Study Group. Reducing Child Mortality: can public health deliver? *Lancet* 2003; 362: 159-164.
14. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2002. Disponible en www.unicef.org
15. Tulloch J. Integrated approach to child health in developing countries. *Lancet* 1999; 354 (suppl II) : 16-20.
16. UNICEF. Progress since the World Summit for Children: a statistical review. New York: UNICEF, 2001.
17. The Bellagio Study Group on Child Survival. Knowledge into action for child survival. *Lancet* 2003; 362: 323-327.
18. Morris SS, Black RE, Tomaskovic L. Predicting the distribution of under-five deaths by cause in countries without vital registration systems. *Int J Epidemiol* (in press).
19. Koivusalo Mand Ollila E. Making a healthy world. Agencies, actors and policies in international health. London, New York: Zed books. Ltd, 1997.

