CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD MATERNO INFANTIL
(CENISMI)

ECONOMIA Y BIENESTAR INFANTIL

FACTORES BIOLOGICOS, SOCIALES Y ECONOMICOS INFLUYENTES EN LA SALUD DEL NIÑO DOMINICANO

SERIE DE REUNIONES TECNICAS
1990
II
EDITADO POR HUGO R. MENDOZA

SANTO DOMINGO, R. D.

CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD MATERNO INFANTIL

(CENISMI)

Economía y Bienestar Infantil

Factores biológicos-sociales y económicos influyentes en la salud del niño dominicano

Serie de Reuniones Técnicas

1990

II

Editado por Hugo R. Mendoza

Santo Domingo, R. D.

CENISMI
Hospital de Niños Robert Reid Cabral
Ave. A. Lincoln #2
Santo Domingo, República Dominicana

(D) 1990, CENISMI. Todos los Derechos reservados

Economía y Bienestar Infantil.
Factores bio-socio-económicos influyentes en la salud del niño dominicano.

Análisis, conclusiones y recomendaciones de las Reuniones Técnicas que sobre la Situación de Salud Materno-Infantil en la República Dominicana celebra periódicamente el CENISMI.

1. Economía - economía familiar - Nutrición - desnutrición - Morbilidad Infantil - Mortalidad Infantil - Reunión 2. Bienestar Infantil.
I. Mendoza Hugo R, 1930 - II CENISMI. III Serie: Salud Infantil.

El análisis, las conclusiones y recomendaciones se han basado en las presentaciones, documentos y discusiones de los participantes y en cuya versión final se ha tratado de conseguir el consenso de los participantes. En ocasiones se reproducen algunos de los trabajos presentados.

Palabras liminares

Con el objetivo de conocer y analizar la situación de salud del niño y la madre dominicana, el Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil (CENISMI), celebra periódicamente reuniones técnicas sobre temas específicos con la participación de los expertos nacionales más destacados en la materia, contribuyendo así, por una parte, a la difusión del conocimiento, y por otra, a estimular la investigación en dicho campo, potencializando los esfuerzos nacionales para una mejor salud materno-infantil en la República Dominicana.

Hugo R. Mendoza
Director, CENISMI
Editor

Introducción.-

La presente reunión técnica se dedica al informe presentado por el Centro Nacional de Investigaciones en Salud Materno Infantil sobre el primer año de seguimiento de una cohorte de niños recién nacidos vivos captados en hospitales públicos de las regiones 0, IV y VI de la República Dominicana con el fin de estudiar la relación entre la situación económica nacional, la economía familiar y la salud de los niños con el objetivo de conocer los puntos críticos de la situación y poder dar pautas a los planificadores y ejecutores nacionales de estrategias y acciones que pudieran contrarrestar los elementos negativos encontrados.

Se reproduce además un resumen del documento de UNICEF sobre la deuda externa de los países latinoamericanos y su condonación por inversión social.

PARTICIPANTES.-

Hugo R. Mendoza, CENISMI
Juana Cruz Bello, CENISMI
Virgilio Hernández, Regional VII, SESPAS
Héctor Romero, ONAPLAN
Maritza Martínez, CARITAS DOMINICANA
Josefina Martínez PAI/OPS
Michael McCabe, UNICEF
Quisqueya Lora, CARITAS DOMINICANA
Carmen Rodríguez, División Epidemiología, SESPAS
Tim Truitt, AID
Gregorio Soriano, CENISMI
Félix Medina, CONAPOFA
Magdalena Jiménez, ONAPLAN
Mauro Canario, CENISMI
Eduardo Ogando, CENISMI
Antonio Tavárez, CENISMI
Carmen A. Díaz, CONAPOFA
Josefina Bernier, ONE
Félix E. Alcántara, Foster Parents
Euclides Morillo, Regional VII, SESPAS
Juan A. Tavéras, Regional VII, SESPAS
Pavel Isa, CIECA
Leonardo Andújar Zaíter, Médico y Politicológo
Rita González Cruz, CONAPOFA
José E. Pujols, Presidencia de la República
Josefina García-Coén, Sociedad Dominicana de Pediatría
Alexander Suazo, Región I, SESPAS
Danilo Montero, CONAPOFA
Brinio Cabrera, CONAPOFA
Raysa Facundo, ONAPLAN
Hilary Cottan, CARE
Juan Santamaría, ONAPLAN

El bienestar infantil, expresado mediante indicadores de salud, tales como los estados de desnutrición, morbilidad y mortalidad, es un hecho reconocidamente asociado a la situación económica de la familia, entendida dicha situación como aquella resultante de los diversos factores que gravitan sobre las facilidades que permitan a la familia asegurar un mínimo básico de alimentación para todos sus componentes, de saneamiento ambiental en el hogar y atención a la salud de sus miembros. Los factores gravitantes son múltiples y podrían clasificarse en extra e intrafamiliares, correspondiendo a los primeros (extra-familiares) aquellos relacionados con las políticas nacionales, económicas y sociales, entre estas últimas las de educación, salud, saneamiento ambiental y de protección social; así como con las dependientes de los efectos de las políticas económicas mundiales sobre la economía nacional. Considerándose dentro de los factores intrafamiliares al empleo e ingreso familiar, al tiempo y salud materna, a la estructura cultural y educativa de la familia, a las reservas de esta última y la ayuda social del Estado. (Cornia, GA: Interrelaciones entre Factores económicos e Indicadores de Salud y Bienestar Infantil, UNICEF, 1988). Ver Fig 1.

Esta complejidad de factores deja entrever las dificultades potenciales existentes para definir cual de ellos es más determinante en el bienestar y salud de una familia. Evidentemente que el resultado final es consecuencia de la interelación de todos ellos.

La gran crisis económica que ha abatido a los países denominados en desarrollo desde la década pasada ha puesto en evidencia el deterioro de determinados indicadores económicos de la familia particularmente de los sectores sociales medios y bajos, particularmente de estos últimos, no escapando a dicha realidad los países de América Latina y en consecuencia nuestro país. (CENISMI: Reunión Técnica VII, 1988).

Previéndose una intensificación en la crisis económica señalada y con el objetivo de poder observar los efectos de la misma sobre los sectores sociales más deprimidos en cuanto a indicadores de salud se refiere y tratando de descubrir al máximo los elementos de interrelación más director entre factores causales

(económicos) y efectos (nutrición, salud, mortalidad) con la finalidad de poder recomendar acciones y estrategias que potencialmente atenuan los efectos, se planeó el seguimiento de niños recién nacidos en hospitales públicos de las tres regiones más críticas en cuanto a salud se refiere de nuestro país, las Regiones 0, IV y VI (CENISMI: Reunión Técnica II y III, 1989; CENISMI: Desnutrición Proteíco-energética en niños menores de 5 años en la Rep Dom, Encuesta Nacional, 1987; Encuesta Nacional EDA/IRA, 1987) y observar periódicamente su estado de nutrición y salud mediante visitas cada 1 ó 2 meses pesando los niños y conociendo su estado de salud presente y desde la última visita. La primera cohorte de niños fue captada entre noviembre del 1988 y febrero del 1989 y será seguida por un mínimo de tres años. Nuevas cohortes serán captadas anualmente durante los dos o tres años siguientes y seguidos durante su primer año de vida lo que nos permitirá el estudio comparativo de las cohortes durante tres años consecutivos respecto a la salud durante el primer año de vida de los niños.

Aunque el estudio no tiene una intención interventora, no deja de serlo, al producirse un contacto con la familia tan frecuente que es imposible evitar la "intimidad" familiar, además del hecho del "alto" nivel preparatorio de las visitadoras. Las visitas aunque no apoyan materialmente a la familia no dejan de tener elementos de apoyo psico-social. Este hecho es trascendente y debe tenerse en cuenta en la evaluación final de los resultados.

Es importante por otra parte señalar, que los datos recogidos en este estudio, por sus peculiaridades, lo hacen comparable únicamente consigo mismo y estudios similares. Y que solo al final del mismo podrá establecerse si todos los objetivos señalados pudieron obtenerse.

Al cumplir el primer año de seguimiento de la cohorte se ha tratado de establecer las características evolutivas de los indicadores de la economía nacional y familiar así como la situación de salud de los niños, intentándose relacionar entre sí a los mismos, buscando razones de causa - efecto y posibles recomendaciones que permitan atenuar esto último .

Con fines de facilitar el análisis, las características de la cohorte se han estudiados al nacer, 7 días, 1 mes, 3 meses, 6 meses y 1 año de los niños, refiriéndose al conocimiento de la situación de los niños al nacer, a los 7 días y primer mes de vida al estudio informado previamente (CENISMI: Reunión Técnica I, 1990).

Resultados

La economía nacional. Durante el período de captación y seguimiento de la cohorte la economía nacional en relación a los indicadores más potencialmente influyentes de la economía familiar, estuvo caracterizada por un PBI que aumentó ligeramente durante el perído (18%) pero con tendencia a decrecer, una tasa de inflación creciente que llegó a un 45%; un aumento del costo de la canasta familiar alimentaria (30%) que aunque coincidió con el aumento del salario mínimo (31%) en valores absolutos estuvo muy por debajo del costo de la canasta familiar alimentaria (40%). Por otra parte el gasto social tendió a reducirse, lo mismo la relación del gasto social al PBI; y aunque el desempleo se mantuvo estable su prevalencia fue alta durante todo el perído (20%). Ver cuadro 1.

La economía familiar. Fue notorio durante el estudio la tendencia ascendente del desempleo paterno que de un 13% pasó a un 19%, observándose una tendencia al aumento del empleo materno, de 8 a 10%, y del empleo de padre y madre, de 5 a un 9%. Fue notorio que el gasto porcentual en alimentos se mantuvo estable pero con tendencia decreciente, así mismo el gasto en salud de la familia.

En relación a la propiedad del hogar se notó un ligero decrecimiento en las familias con hogares propios que de 47.5% pasó a 46.7% con aumento de los que vivían en casas alquiladas que de 44.4% pasó a 45.1%, o prestadas que de 7.5% pasó a 8.1%.

Como característica de las familias estudiadas se notó el alto porcentaje de las mismas que ganaba menos de 600 pesos, observándose una tendencia decreciente en el número de ellas; así mismo solo un 15% de las familias tenían un ingreso mayor de 1000 pesos. Datos que revelan la característica económica de las familias en estudio. Ver cuadro II.

Evolución del Gasto Social Real.

El gasto en Salud decreció en un 13%, el de educación en un 12%, la subvención de programas alimentarias en 18% y el gasto en saneamiento en 5.7%. Solo el gasto en vivienda se incrementó (18%); debiéndo observarse que el gasto en salud y educación fue solo de un 1.7% y 2% del PBI, respectivamente, para el 1989, muy por debajo de lo recomendado (15 y 10% respectivamente). Ver cuadro III.

Características evolutivas de factores para-económicos.

La lactancia materna y el tiempo materno son dos elementos de evidentes fuerza económica dentro de una familia pobre, de aqui el interés puesto en los mismos y que nos hemos atrevidos a englobar dentro del término de factores "para-económicos", y cuya evolución mostró respecto a la primera una tendencia decreciente en cuanto al número de madres lactantes a los momentos de los cortes de estudio; así mismo una tendencia a decrecer del tiempo materno, esto último concordante con el incremento del empleo materno durante el período. Cuadro II, cuadro IV y cuadro V.

Dinámica de Relación entre diversos factores económicos.-

El estudio de la dinámica de relación entre el desempleo paterno (DP), empleo materno (EM), ingreso familiar (IF), tipo de empleo y la propiedad de la vivienda (PV) puede verse en el cuadro V, y donde se observa que el aumento del desempleo paterno concide con el aumento del empleo materno, del número de familias con ingreso familiar mayor de 600 pesos, de los trabajos ocasionales sin especificación (chiriperos) disminuyendo la propiedad de la vivienda, aumentando la vivienda alquilada o prestada.

Así mismo, en el cuadro VI puede observarse como disminuye el gasto en alimentación (GA) y salud (GS) al aumentar el costo de los alimentos (CF) y la inflación (Inf).

Mortalidad Infantil (MI)

La mortalidad infantil (MI) (< 1 años en relación a 1000 nacidos vivos) en la cohorte de niños fue de 73‰ al terminar el primer año de observación, notándose una mortalidad neonatal (< 28 días) de 35‰ algo menor de un 50% de la MI; con una post neonatal (≥ 28 días) de 38‰.

La mortalidad neonatal precóz fue de 18‰ y la perinatal (calculada) fue de 41‰.

La causa definida más íntimamente unida a MI fue la diarrea (EDA) seguida por la neumonías (IRA), el Síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido (SDR), las anomalías congénitas y la hipoxia del RN, observándose como la patología perinatal (SDR e hipoxia del RN) ocupa lugares importantes en la MI. Fue notorio como el Bajo Peso al Nacer (BPN) estuvo presente en el 48% de las muertes, y la prematuridad en el 27%; y en los niños mayores de 6 meses el déficit de peso/edad < - 2DE estuvo presente en el 27% de los infantes fallecidos.

Las causas de muertes perinatales - fallecidos durante los primeros 7 días de vida y con más de 28 semanas de gestación - fueron el SDR, la hipoxia del RN, neumonía, anomalías congénitas y sepsis, siendo prematuros al nacer (< 37 semanas de gestación) el 45% y naciendo con bajo peso el 62% de los niños.

La mortalidad neonatal (< 28 días) se asoció principalmente a SDR, EDA, neumonía, hipoxia del RN y anomalías congénitas, siendo el 36% prematuros y teniéndo BPN el 53%.

En la mortalidad postneonatal destacan como causas de muertes la EDA, IRA, anomalías congénitas, sepsis y meningitis, habiéndo sido prematuros el 1% y nacido con Bajo Peso el 19%. Después de 6 meses de edad, el 27% de los fallecidos presentaba un peso/edad <- 2DE.

El papel que jugaron las infecciones en la MI se demuestra al observar como la EDA aumentó progresivamente con la edad, alcanzando la IRA su mayor prevalencia durante el primer mes, lo mismo que los estados sépticos y las meningitis.

El estudio demuestra, por otra parte, la íntima relación entre mortalidad infantil y educación materna (analfabetismo), la edad materna (< 20 años), la paridad (≥ 4 partos) y calidad de la vivienda (piso de tierra, carencia de agua intradomiciliaria, ausencia de inodoro) en los tres cortes del estudio, pudiéndo observarse la importante fuerza de asociación según el Rr entre mortalidad infantil y la edad materna menor de 20 años (Rr = 1.9), la paridad materna mayor de 4 (Rr = 1.9 o mayor) el analfabetismo materno (Rr = > 2) y la calidad de la vivienda (Rr = ≥ 2).

Características de los factores microeconómicos y para económicos en la población estudiada, desnutridos y fallecidos.

Los elementos más sobresaliente a lo largo del período de estudio viene dado por una disminución de la lactancia en los desnutridos (47%) y fallecidos (28%) inferior porcentualmente a la población general (58%), con un aumento de los destetados de 41% en la población general a 52% y 71% en los desnutridos y fallecidos.

Así mismo pudo observarse la mayor prevalencia de EDA e IRA en los desnutridos y fallecidos, así como más número de familias con bajos ingresos. Debiéndo notarse el incremento del gasto en salud en los desnutridos y fallecidos; siendo notorio que el desempleo paterno y el empleo materno (tiempo materno) no estuvo incrementado en los desnutridos ni fallecidos. Cuadro VIII.

Fue notorio en el estudio, cuando se analizó la relación entre empleo paterno y desnutrición, la existencia de resultados contradictorios; así mismo cuando se compara la prevalencia de desnutrición en familias de madres que trabajan o no.

La relación entre ingreso familiar y desnutrición mostró diferencias estadísticamente significativa solo al tercer mes de vida ($P =< 0.02$) tanto al comparar la frecuencia de desnutrición en las familias con ingreso < 600 ó ≥ 600 pesos, así como < 1000 ó ≥ 1000 pesos, con Rr de 2 y 3.6 respectivamente; sin embargo, el Rr mostró evidencias asociativas en los tres momentos estudiados en las familias con ingresos < 1000 pesos.

La prevalencia de desnutrición tampoco mostró diferencias significativas en relación a si el gasto en alimentación era menor o mayor del 50%, en ninguno de los tres cortes analizados, sin embargo, hubo un riesgo mayor (Rr = 1.3) de desnutrición en las familias que gastaban menos del 50% en alimentos al 3er. mes.

La frecuencia de desnutrición fue mayor en los destetados que en los lactantes tanto a los 3 meses como 6 meses de edad, siendo la diferencia altamente significativa ($P =< 0.001$), más no a los 12 meses de edad; aunque observándose siempre una evidente fuerza asociativa según el Rr. Así mismo mostró una correlación sig-

nificativa la frecuencia de desnutrición y diarrea en los tres cortes de edad analizado, con valores estadísticos altamente significativo ($P = < 0.001$) y evidencias de fuerza asociativa, observándose una marcada similitud en la prevalencia de desnutridos en destetados y diarreícos en los tres cortes de edades estudiadas. Cuadro IX.

Esta íntima relación entre niños destetados, diarreícos y desnutrición nos hizo investigar la posible relación entre lactancia materna, ingreso familiar y gasto de alimentación al tercer mes de edad, observándose como las familias que gana < 1000 pesos lactan más, así como que estas mismas familias que ganan < 1000 pesos y gastan < 50% en alimentación también lactan más. Cuadro X.

La relación entre mortalidad y desempleo paterno no mostró concordancia significativa sino al 3er mes, mostrándo la mayoría de las veces resultados contradictorios; lo mismo en lo que respecta a la madre empleada y que señalaría una reducción del tiempo materno.

En cambio si se encontró relación altamente significativa entre ingreso < 600 pesos y mortalidad en los tres cortes de edades estudiados con importante fuerza de asociación ($Rr = \geqslant 2$).

La relación entre mortalidad y el destete fue altamente signifivativa al primer mes y 6 meses.

Un resumen de los factores biológicos y económicos estudiados en relación a la mortalidad puede observarse en el cuadro XI, donde se demuestra como el BPN y la prematuridad juegan un papel trascendente que va disminuyendo con la edad pero que aún se deja sentir al año de edad; así mismo la desnutrición particularmente a los 6 y 12 meses; por otra parte, se evidencia la alta morbilidad infecciosa de los fallecidos que aumenta con la edad; así como la alta prevalencia de destete en las mismas y el bajo nivel económico de las familias, observándose como el número de familias con bajos ingresos es menor en los fallecidos al mes de edad, insinuándo una influencia mayor de dicho factor (economía) después del período de recién nacido.

Evidentemente que las características de los indicadores que definen la macroeconomía nacional en aquellos aspectos influyentes en la economía familiar fueron durante el período de estudio unas de deterioro a juzgar por el aumento de la tasa de inflación, un salario mínimo muy por debajo del costo de la canasta familiar y progresivo aumento de esta.

Otros elementos de deterioro de la economía familiar fue evidenciado por el aumento del desempleo paterno en las familias estudiadas, hecho que trata de compensarse por el aumento del empleo materno, dinámica que se advierte en la información obtenida, y que por otra parte, teóricamente no favorecería el bienestar del niño al reducir el tiempo materno, a pesar de que el estudio no demostró una relación causal significativa entre el tiempo materno reducido (madre empleada), desnutrición y mortalidad, pensandose que a pesar de que la madre esté fuera del hogar, lo mismo pudiera ser compensado por la atención de otro familiar.
El fenómeno del aumento del empleo materno al aumentar el desempleo paterno podría interpretarse como uno compensatorio en la dinámica económica familiar.

Otros elementos visibles en la microeconomía como efecto de la macroeconomía fue la tendencia al aumento en el gasto alimentario y de salud por parte de las familias.

El ingreso familiar muestra en la forma más fehaciente las características económicas de la familia, observándose como la mayoría de las familias ganan menos de 600 y 1000, valores alejados del costo de la canasta familiar durante el período de estudio.

Es de interés, como fenómeno a analizar desde el punto de vista económico, como al aumentar el desempleo, aumenta, además del empleo materno, el número de familias que ingresan más de 600 pesos, como si el "desempleo" forzara a otros

trabajos informales con mejor ingreso. El aumento, aunque ligero, de trabajadores libres ocasionales no específicos (chiripero) sustenta esta posibilidad. Debe notarse además como el aumento del desempleo paterno coincide con la disminución del número de familia con casa propia, como si se hubiera utilizado la misma como recurso económico.

Llamó la atención la ausencia de correlación entre empleo/desempleo paterno y desnutrición y mortalidad, siendo los resultados más bien cotradictorios o no significativo contrario a lo que ocurre con el ingreso que mostró una alta correlación estadística, particularmente con mortalidad.

El estudio muestra, en fin, el deterioro de los diversos elementos estructurales del gasto social, con excepción del gasto en la construcción de vivienda resaltando la baja inversión en salud y educación en relación al PBI, que fue solo de 1.7 a 2% respectivamente. No hay dudas, como lo demuestra el estudio (cuadro VII) la influencia de una vivienda adecuada en la salud de una familia, particularmente de los niños, siempre y cuando se garantice una proporción adecuada de la relación entre indivíduos y dormitorios, agua potable, y disposición de excretas en forma satisfactoria; ahora bien un punto de interés investigatorio lo constituye el hecho de sí el gasto de una política de construcciones compensa en equitatividad poblacional el bajo gasto social en los otros renglones, aún cumpliéndose las características señaladas de una vivienda adecuada.
Datos existen de como el déficit de tales elementos correlaciona con la desnutrición y la mortalidad de niños ; el punto de interés lo constituye si éticamente, respecto al bienestar de la mayoría, se justifica el considerable gasto en construcción,

incluyendo vivienda vs al resto del gasto social. No debe olvidarse, por otra parte, la influencia que un programa de construciones - ya no solo de viviendas - tiene sobre el ingreso familiar, debiéndo sopesarse entonces las dos vertientes de un programa de tal naturaleza sobre la salud general de la población. Creemos de interés más estudios al respecto, sin olvidar por otra parte, como un programa de tal naturaleza, no sustentado por recursos recaudatorios del Estado influye sobre el fenómeno inflacionario de la economía. En la figura 2 presentamos un esquema de interrelación que bien podría servir de base a investigadores de las áreas económicas y de salud en el diseño de un proyecto que permitiría discernir lo planteado.

El estudio de los dos factores que hemos denominado "para-económicos", la lactancia materna y el "tiempo materno", pone al relieve algunos elementos de interés, particularmente el primero. Puede observarse, por una parte, como la correlación entre lactancia materna y gasto en alimentación se corresponden al observarse como hay menos gastos en alimentación en las familias de madres que lactan particularmente en el período donde más prevalente es la lactancia ($\leq$ 6 meses); pero sobretodo es más llamativo la íntima y significativa correlación entre desnutrición y destete, así como entre este último y diarrea y mortalidad, particularmente en los períodos de mayor frecuencia de la lactancia materna, correlación más significativa aún entre destete y desnutrición que desnutrición e ingreso familiar cuya correlación fue significativa solo al tercer mes.

Un dato de interés lo constituye el hecho de que cuando se comparan el número de desnutridos en niños destetados este coincide con el número de desnutridos diarreícos en los tres momentos estudiados.

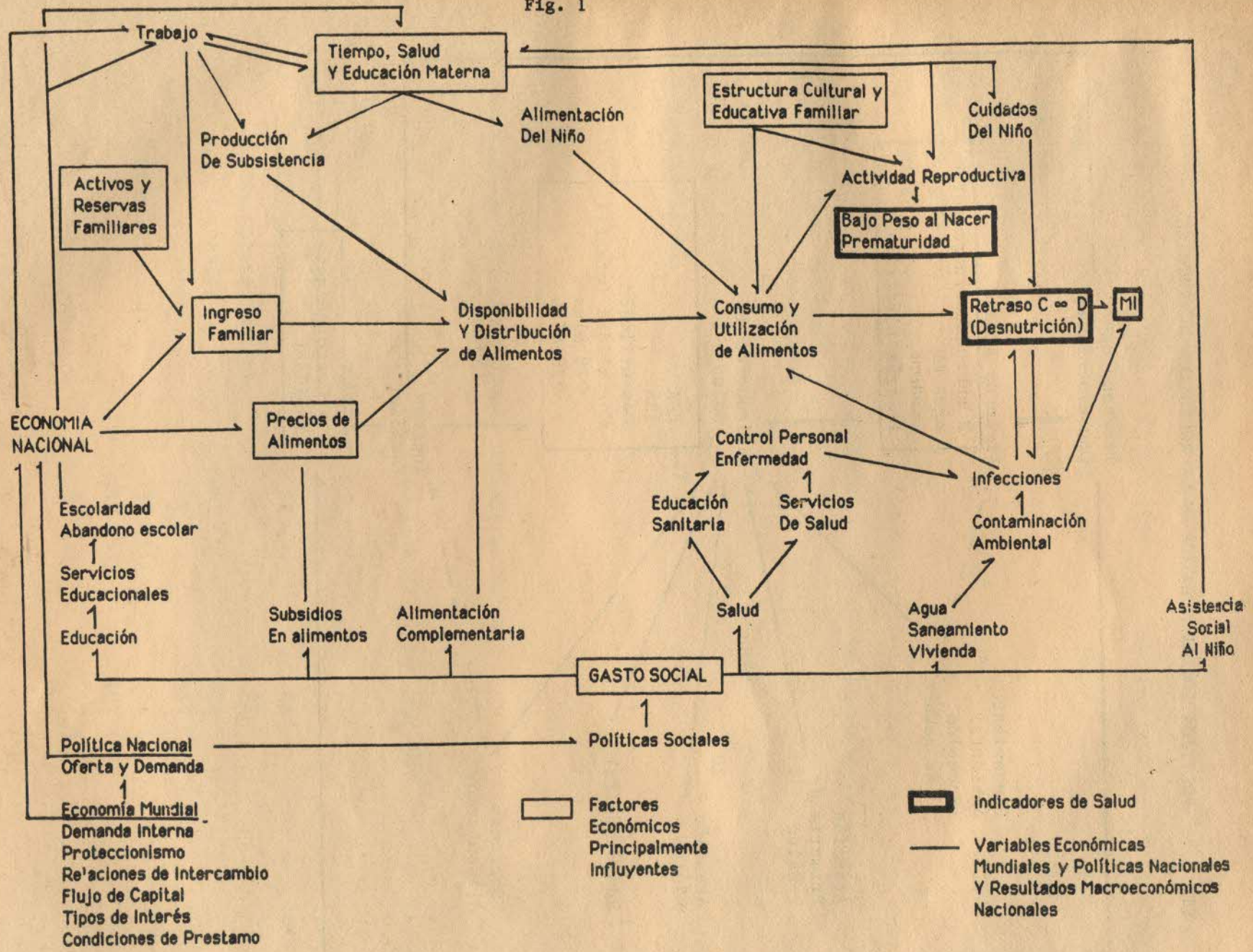
Así mismo la correlación entre destete y mortalidad se evidencia en forma muy significativa en el período de la vida del niño en que la primera es más prevalente (< 6 meses).

El destete pués tiene desde el nacimiento una relación directa con la diarrea, desnutrición y mortalidad.

El análisis de conjunto de los factores biológicos, ambientales y económicos demuestra como el BPN, la prematuridad, la lactancia materna, las infecciones. particularmente la EDA, y el ingreso familiar son los más directamente relacionados al bienestar infantil en función de la desnutrición y mortalidad, señalándonos las pautas y vías por donde deben transitar las acciones y estrategias para mejorar la situación, sobretodo colocandolas según una gradación lógica y más potencialmente efectivas. Sin dudas, que la mejoría del ingreso en función del proceso inflacionario conjuntamente con acciones de educación sanitaria son los dos elementos más importantes a considerarse. Así mismo, que las acciones de "sobrevivencia infantil" como plan básico pero reforzado por un programa amplio de educación sanitaria muestra lo que compete hacerse a corto plazo.

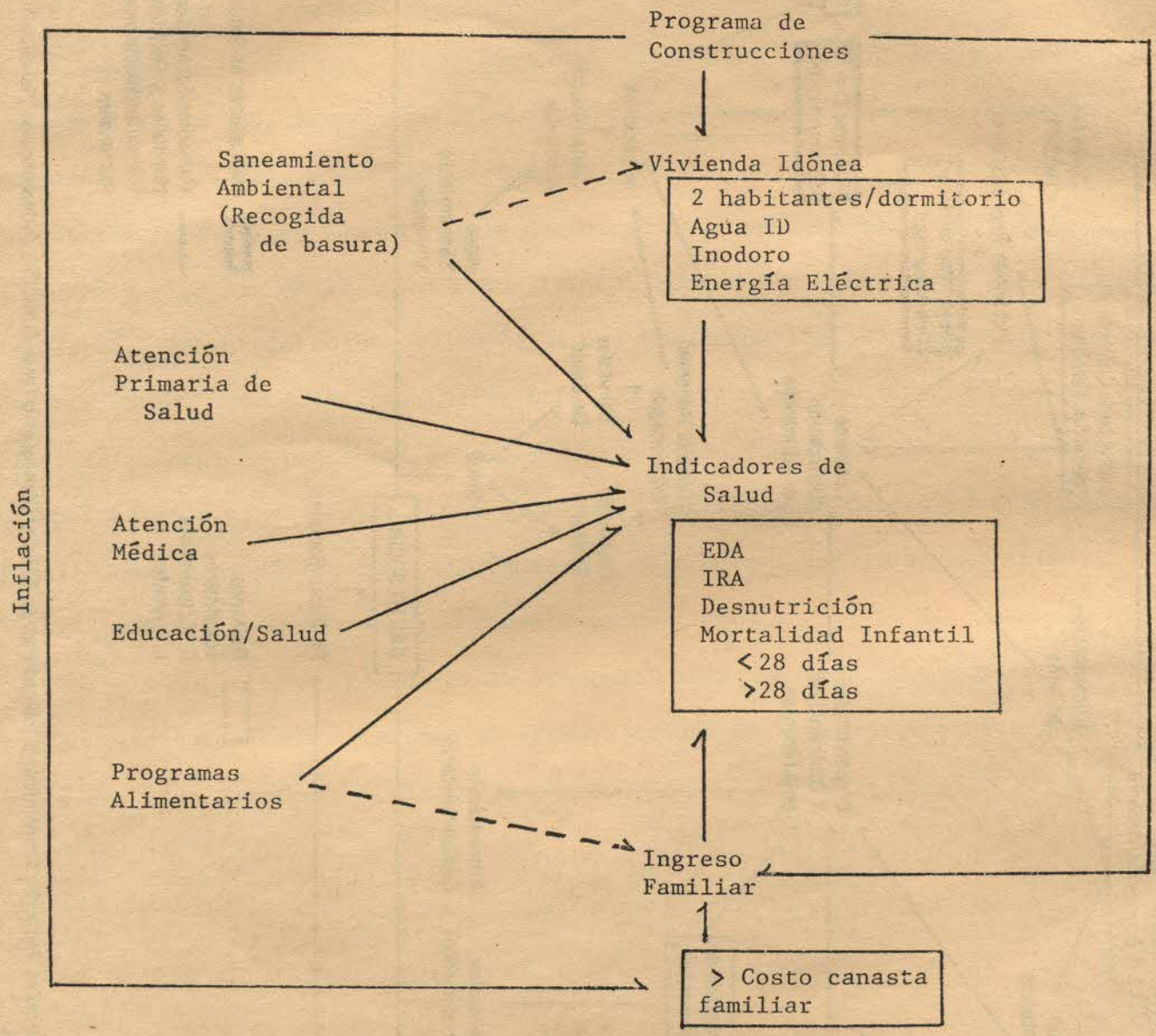
Por último, si los efectos de la economía hacia una mejoría o empeoramiento sobre los indicadores de salud han de verse a través de este estudio será solo posible con un seguimiento a más largo plazo.

Fig. 1



CORNIA, GA: Interrelaciones entre Factores Económicos e Indicadores de Salud y Bienestar Infantil (UNICEF), Adaptado por Mendoza H. (CENISMI, Rep. Dom.), 1988

Fig 2 POLITICA SOCIAL Y SALUD EN LA REPUBLICA DOMINICANA



Cuadro I

EVOLUCION DE LA MACRO-ECONOMIA DURANTE EL ESTUDIO

	2° Sem 1988	1er Sem 1989	2° Sem 1989
Desempleo	21%	20%	20%
Salario mínimo	RD$380	450	500
Canasta familiar			
Alim	RD$1000	1100	1300
Gasto Social (GS)			
(Millones de pesos a precios constantes)	RD$200	150	180
PBI	RD$1600	1900	1700
(Millones de pesos a precios constantes)			
GS/PBI	12%	8%	10%
		9%	
Tasa Inflación	44%	27%	45%

Cuadro II

EVOLUCION DE LA MICRO-ECONOMIA DURANTE EL ESTUDIO

	2° Sem 1988	1er Sem 1989	2° Sem 1989
MICRO			
Desempleo paterno	13%	17%	19%
Empleo materno	8%	8%	10%
Empleo materno/paterno	5%	8%	9%
Salario<RD$601	66%	62%	58%
<RD$1000	86%	86%	87%
Gastos alimentos	79% (31)	81% (47)	77% (34)
Salud	11% (45)	10% (30)	9% (30)
Educación	1% (5)	0.3% (2)	2% (9)

Cuadro III

EVOLUCION DEL GASTO SOCIAL REAL (Millones de pesos)

	1988	1989	
Salud	72.6	63.1	(13.1)˅
Educación	89.8	79.0	(12)˅
Subvención/Alim*	12.2	10.0	(18)˅
Agua/Alcantarillado	47.0	44.3	(5.7)˅
Vivienda	79.2	93.5	(18)^

*) Incluye alimentación complementaria y desayuno escolar (SEEBA), Programas de INESPRE, Programa de Leche (SESPAS). No incluye los programas de Bodegas Populares y los Programas de Alimentación de la Secretaría de Agricultura ni los Comedores Económicos (FFAA). Datos sujetos a revisión.

Cuadro IV

EVOLUCION DE FACTORES PARA ECONOMICOS DURANTE EL ESTUDIO A NIVEL FAMILIAR.-

	3°	6°	12° mes
Lactancia Materna	77%	60%	38%
Tiempo Materno	92%	92%	90%

Cuadro V

DINAMICA DE RELACION ENTRE DESEMPLEO PATERNO (DP), EMPLEO MATERNO (EM), INGRESO FAMILIAR (IF), TIPO DE EMPLEO Y PROPIEDAD DE LA VIVIENDA (PV).

	2° S 1988	1° S 1989	2° S 1989	Incremento o reducción (%)
DP	13	17	19	(46)^
EM	8	8	10	(25)^
EM/EP	5	8	9	(80)^
IF				
600	44	48	51	(16)^
1000	14	14	13	(7)v
TOSE*	15		16	(1)^
PV				
Propia	47		46	(1)v
Alquilada/prestada	52		53	(1)^

*) Trabajadores ocasionales sin especificad (chiriperos)

Cuadro VI

DINAMICA DE RELACION ENTRE GASTOS EN ALIMENTACION (GA), GASTOS EN SALUD (GS), COSTO CANASTA FAMILIAR (CF) E INFLACION (%).

	2° S 1988	1° S 1989	2° S 1989	Incremento o reducción (%)
GA	79	81	77	(5)v
GS	11	10	9	(18)v
CF	-	10	18	(30)^
Inf	-	27	45	(45)^

Cuadro VII

OTROS FACTORES INCIDENTES EN LA MORTALIDAD DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

		3er mes	Rr	6° mes		Rr	12° mes		Rr
Edad Materna									
< 18 años	9/118	76‰	1.3	14/166	84‰	1.5	19/140	136‰	1.2
< 20 años	24/240	100‰	1.6	33/359	91‰	1.7	41/359	114‰	1.9
≥ 20 años	42/656	60‰		53/984	54‰		60/1033	58‰	
Paridad									
≤ 3 hijos	31/1040	20‰	3	43/935	46‰	2.1	51/947	54‰	1.9
≥ 4 hijos	30/439	69‰		38/391	97‰		45/426	105‰	
Analfabetismo materno									
Si	11/135	81‰	2.3	16/102	157‰	3	21/103	203‰	3.2
No	51/1487	34‰		71/1253	52‰		82/1299	63‰	
Calidad de la vivienda									
c̄ piso de tierra									
Si	13/226	57‰	1.4	21/195	107‰	2	25/215	116‰	1.9
No	48/1269	41‰		60/1131	53‰		71/1158	61‰	
Sin agua ID									
Si	26/462	56‰	1.6	34/388	88‰	1.8	37/367	100‰	2
No	35/1008	35‰		47/938	50‰		59/1006	51‰	
Sin inodoro									
Si	48/395	121‰	10	68/955	71‰	2	80/1005	80‰	1.9
No	13/1074	12‰		13/371	35‰		16/368	43‰	
Vivienda									
Tipo I								28‰	
Tipo II								60‰	2
Tipo III								66‰	2.3
Tipo IV								85‰	3

Cuadro VIII

FACTORES MICROECONOMICOS Y PARA ECONOMICOS EN LA SALUD INFANTIL

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION ESTUDIADA

		Población General				Desnutridos				Fallecidos		
Lactancia	77	60	38	(58)	61	46	36	(47)^	0	57	(28)
Destetados	23	40	62	(41)	39	53	64	(52)^	100	43	(71)^
EDA	36	42	44	(40)	59	53	50	(54)^	55	69	(62)^
IRA	84	80	81	(82)	87	81	82	(83)^	91	93	(92)^
Desempleo Pat.	13	17	19	(16)	2	6	8	(5)	15	12	(13)
Empleo materno	8	8	10	(9)	6	8	10	(8)	8	6	(7)
Ingreso < RD$600	66	62	58	(62)	82	63	63	(69)^	92	100	(96)^
Ingreso < RD$1000	86	86	87	(86)	96	88	89	(91)^	100	100	(100)^
G Alim	79	81	77	(79)	73	83	79	(80)	83	76	(79)
G Salud	11	10	9	(10)	14	12	9	(12)^	24	6	(15)^

Cuadro IX

RELACION EDA/DESTETE/DESNUTRICION

	Desnutridos/Destetados	Desnutrido/Diarrea
3er mes	16%	15%
6° mes	23%	21%
12° mes	47%	52%

Cuadro X

LACTANCIA MATERNA (LM), INGRESO FAMILIAR (IF) Y GASTO EN ALIMENTACION (GA) AL 3er MES.

GA	< 50%	IF	< 1000	83/86	96%
			> 1000	3/86	3%
GA	> 50%	IF	< 1000	486/553	87%
			> 1000	67/553	12%

Las familias que ganan menos lactan más. Las familias que gastan menos en alimentación lactan más aunque no estadísticamente significativo ($X^2 = 0.31$).

Cuadro XI
FACTORES ECONOMICOS, PARA-ECONOMICOS, BIOLOGICOS Y MORTALIDAD.-

	1°	3°	6°	12°
BPN	28/53 (53%)	8/14 (57%)	5/12 (41%)	5/16 (31%)
Prem	19/53 (36%)	3/14 (21%)	0/20 0	1/16 (6%)
Desn				
<1DE	-	-	9/13 (69%)	6/16 (37%)
<2DE	-	-	4/13 (31%)	4/16 (25%)
EDA	9/53 (17%)	8/14 (57%)	11/20 (55%)	11/16 (69%)
IRA	7/53 (13%)	12/14 (85)	11/12 (91%)	15/16 (93%)
Destete	40/53 (75%)	-	13/13 (100%)	7/16 (43%)
Des Pat	4/44 (9%)	-	2/13 (15%)	2/16 (12%)
Emp Mat	-	-	1/13 (8%)	1/16 (6%)
Ingresos				
< RD$600	19/53 (35%)	14/14 (100%)	12/13 (92%)	16/16 (100%)
< RD$1000	33/53 (62%)	14/14 (100%)	13/13 (100%)	16/16 (100%)
GA	-	-	83%	76%
GS	-	-	24%	6.5%

CONDONACION DE DEUDA POR INVERSION SOCIAL

Una iniciativa de BID-UNICEF para el desarrollo humano en América Latina y el Caribe

1. El esquema propuesto

Después de un período de expansión que abarcó la mayor parte de los años sesenta y setenta, América Latina y el Caribe han experimentado durante los años ochenta un descenso sin precedentes en su economía. En la mayoría de los países, el PBI per capita es actualmente más bajo que en 1980.

La crisis de la deuda externa, el proceso de ajuste y los problemas fiscales concomitantes han llevado a una reducción, o por lo menos a un aplazamiento, en las inversiones sociales en la mayoría de los países. De esta manera, se ha dicho que la crisis de la deuda externa ha provocado un problema de "deuda social", derivado de una década en la cual las inversiones en salud, educación, nutrición y saneamiento fueron reducidas. (1).

Como contribución a resolver esta crisis, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) proponen lanzar una iniciativa para el desarrollo del capital humano en los años 1990s. La propuesta haría una importante contribución al desarrollo sostenible de los países de la región, aliviando la represión de la deuda por un lado y reforzando la inversión humana por el otro, un gran factor para moderar el crecimiento de la población y asegurar las condiciones humanas para el mejoramiento del medio ambiente. Esta iniciativa sería financiada a través de un fondo especial de crédito llamado el "Fondo de Crédito para Inversión Social" que recibiría contribuciones hechas al BID (como Administrador) por un grupo de países miembros del Banco. El BID, por su parte, prestaría los fondos a sus países miembros en América Latina y el Caribe (ALC) para permitirles comprar una porción de su deuda externa en el mercado secundario. Los países prestatarios acordarían en el contrato de préstamos contribuir una cantidad en moneda local (a ser establecida en base a cada caso, pero que sería dentro del rango determinado por el valor de la deuda comprada y el préstamos del BID correspondiente) para financiar los costos locales de proyectos de desarrollo social en sus propios países.

---

1) Para un análisis más detallado de las consecuencias sociales de la crisis económica y el proceso de ajuste en América Latina, se recomienda ver el anexo 1 del documento original de UNICEF.

En un ejemplo típico, el esquema operaría de la siguiente manera: el Banco haría un préstamo en cambio extranjero de los recursos del Fondo de Crédito (FC) a un país de América Latina de, digamos, el equivalente de 40 millones de dólares, y en el contrato de préstamo se especificará que:

(a) El prestatario utilizaría, digamos, 35 millones de dólares para financiar la compra de una cantidad mayor de su deuda externa en el mercado secundario.

(b) El prestatario se comprometerá a depositar, siguiendo un itinerario acordado, en una cuenta especial sin intereses en su Banco Central, una cantidad en moneda local que sería reservada para financiar costos locales de proyectos que formen parte de un conjunto de proyectos previamente acordado del BID y/o UNICEF en el sector social de ese país.

La cantidad entregada en moneda local tendría una cláusula de mantenimiento de valor y también tendría un itinerario específico de cobro de hasta 10 años, para así minimizar el impacto de la monetización en moneda local (que tendría que ser emitido por el Banco Central). De esta manera, el uso de la moneda local generada podría ser escalonado durante varios años ya que estaría vinculado al itinerario de ejecución del proyecto, reduciendo así posibles efectos inflacionarios.

(c) El balance del préstamo en cambio extranjero (en este ejemplo, 5 millones de dólares) sería utilizado para financiar el componente de cambio extranjero de la lista acordada de proyectos del BID y/o UNICEF en el país.

2. Principales características operacionales

El propósito básico del Fondo de Crédito sería doble: (a) aliviar el problema de la deuda externa de la región a través de operaciones de reducción de la deuda externa relacionadas con el mercado en países de América Latina y el Caribe, y (b) contribuir al financiamiento de proyectos en los sectores sociales, tales como salud, educación, nutrición, agua potable, saneamiento y desarrollo urbano en los países miembros del Banco. (2). Los Gobiernos contribuidores como Recipientes por un lado, y el Banco como Administrador por el otro, firmarían un acuerdo estableciendo el FC, que claramente identificaría el propósito, términos y condiciones del Fondo. Posteriormente, el BID y UNICEF firmarían un memorando de entendimiento que indicaría las áreas en las que las dos instituciones cooperarían para lograr los objetivos del FC.

Se contempla que todos los miembros en desarrollo del Banco tendrían acceso a los recursos del Fondo de Crédito. Los términos y condiciones financieras reflejarían el nivel relativo de desarrollo de los países miembros. Dentro

---

2) Se recomienda ver anexo II del documento original para una descripción de los criterios de elegibilidad sectorial (UNICEF).

de este contexto, basado en los agrupamientos existentes de elegibilidad de los países en el Banco, y en vista de las provisiones a este respecto acordadas recientemente para el "Fondo Quinto Centenario" de España, los países en desarrollo miembros del Banco serían clasificados en Grupos I y II (El Grupo I correspondiente a los Grupos A y B, y el Grupo II, a los Grupos C y D) para asegurar uniformidad de tratamiento y facilitar la programación de recursos del FC.

La programación de actividades del BID-UNICEF en un país dado incluiría dos conjuntos de consultas: primero, entre el BID, UNICEF y el país prestatario, y posteriormente entre las dos agencia y los países donantes del FC. (3).

Como principio general, los proyectos relacionados con el sector social garantizan términos financieros convenientes, es decir con un fuerte elemento de subvención. Los períodos de gracia, por lo tanto, fluctuarían entre seis y diez años y los períodos de amortización de 25 a 40 años (incluyendo el período de gracia), dependiendo de si los países prestatarios pertenecen al Grupo I o Grupo II.

3. Magnitud y Composición de los Recursos

Considerando la potencial amplitud para el financiamiento de proyectos sociales asociado con una red de proyectos a varios años identificada por el Banco y UNICEF, y la necesidad de que el impacto del esquema sobre la deuda externa de la región sea más que simbólico, es altamente deseable que los recursos disponibles al Fondo sea de una magnitud equivalente a por lo menos US$500 millones. Para maximizar el efecto del esquema en la reducción de la deuda, se espera que la mayor parte del FC esté comprometido en unos pocos años, mientras que el uso de los recursos locales seguiría un itinerario diferente y más extenso (hasta 10 años). (4).

4. Administración y Toma de Decisiones

En resumen, en lo que refiere al Banco, su participación en el esquema sería de tres maneras:

(a) Como Administrador, el Banco estaría encargado del manejo del FC, es decir, recibir las contribuciones de los países donantes, trabajar con cada país prestatario en el procesamiento y formalización de los préstamos con recursos del FC, recibir los pagos de servicio (principal e interés) correspondiente a esos préstamos, invertir las ganancias líquidas del FC, etc.

---

3) Se recomienda ver anexo II del documento original para una discusión completa concerniente a los procedimientos de programación (UNICEF).

4) Se recomienda ver anexo III del documento original (UNICEF).

(b) Junto con UNICEF, el Banco participaría activamente en el proceso de planificación del uso de los recursos locales que resulte del esquema de compra de la deuda, tanto con el prestatario y subsecuentemente con los países donantes del FC.

(c) El Banco sería un usuario de una porción de los antes mencionados recursos locales en proyectos sociales acordados con el país prestatario, utilizando estos recursos como contraparte local en proyectos sociales financiados por los préstamos del Banco.

Los proyectos del UNICEF que forman parte del programa en un país dado serían implementados de acuerdo a las reglas y regulaciones de UNICEF, desempeñando el Banco la función de administrador financiero del Fondo de Crédito. En lo concerniente a la implementación de proyectos apoyados por UNICEF, el prestatario, UNICEF y el banco firmarían una carta adicional, (distinta al acuerdo de préstamo entre el prestatario y el Banco, como Administrador). Esta carta adicional especificaría los papeles respectivos de cada parte y regularía el uso de los recursos locales que serían generados como resultado del acuerdo de préstamo y, si aplica, la utilización de las divisas convertibles asignadas en el préstamo del FC para implementación de proyectos.

CENTRO NACIONAL DE INVESTIGACIONES EN SALUD MATERNO INFANTIL

OFICINA NACIONAL DE PLANIFICACION

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA Y LA NIÑEZ

Reunión Sobre

Economía y Bienestar Infantil

Informe sobre el Monitoreo de las Políticas Económicas y la Salud Materno Infantil

Seguimientos de cohortes de Recién Nacidos vivos durante 1 año en las Regiones O, IV y VI

Programa

8:30	Introducción y metodología de trabajo.	H. Mendoza, Director CENISMI
8:40	La economía y la salud materno-infantil (I) Material de estudio y método Resultados	E. Ogando, MSP, CENISMI
10:00	Receso	
10:15	La economía y la salud materno infantil (II) Material de estudio y método Resultados	H. Romero, Dr. Econ, ONAPLAN
11:00	Opciones para el bienestar infantil.	M. McCabe, UNICEF
11:20	Discusión	
12:40	Conclusiones	
1:30	Fin de la Reunión	

Hotel Santo Domingo Sur, Salón Cabuya

Jueves 3 de Mayo 1990

PATROCINADORES

unicef

NESTLE DOMINICANA

REFRESCOS NACIONALES

GRUPO FINANCIERO POPULAR