

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE "ALEIDA FERNANDEZ CHARDIET"****Morbimortalidad por EDA y su relación con algunos factores sociales políticos y económicos en las Américas**

*Dr. Miguel Angel del Toro Zamora<sup>1</sup>, Dra. Magda Emilia Alonso Cordero<sup>1</sup>.*

1. Especialista de I grado en Pediatría. Asistente

**RESUMEN.**

Las enfermedades diarreicas agudas que ocuparon el primer lugar como causa de muerte en menores de 5 años hasta la década del 60, han pasado a ocupar un lugar importante en la morbilidad infantil en Cuba, pero ya no están entre las 5 primeras causas de muerte. Esto se debe al programa de lucha contra la gastroenteritis que se inicio en 1970, así como a las transformaciones sociales, económicas y políticas a partir de 1959 se ha producido una mejoría de los servicios de salud, educación, condiciones higiénico sanitarias, calidad del agua, elevación del nivel de educación de la población y educación sanitaria para la prevención de las EDA. Esto no se comporta igual en otros países donde todavía las EDA continúan siendo un azote para la población infantil mas de 480 000 niños mueren en la región de las Américas y las EDA están entre las 5 primeras causas. Esto se asocia a mala calidad del agua y alimentos, mayor exposición a agentes patógenos, debido a pésimas condiciones de vivienda, pobreza, desempleo, analfabetismo, malnutrición. El uso de las sales de rehidratación oral han reducido el numero de muertes, pero la nutrición adecuada, saneamiento ambiental, adecuada calidad del agua, educación de la población y el manejo estándar de los casos con el uso racional de antibióticos y antiparasitarios según la OMS y su programa de control de las EDA es lo que logran avanzar rápidamente en la reducción de la morbimortalidad por EDA en las Americas y mantener la meta de salud para toda la población infantil.

Descriptores DeCS: **DIARREA INFANTIL**

**INTRODUCCIÓN.**

La dirección del Ministerio de Salud Pública ha prestado desde los inicios de la construcción del socialismo una particular atención a la aplicación en las condiciones de nuestro país, de los principios de la Salud Pública Socialista, con el apoyo más dedicado y la atención permanente del Jefe de la Revolución. La especialidad de Administración y Organización de Salud Pública nombre que se le dio en Cuba a la especialidad de higiene social y organización de Salud Pública, ha trabajado en el desarrollo de las tareas socio-higiénicas y surgió entre 1960 y 1963. En el Segundo Congreso de Administración de Salud en 1980, se promovió la discusión de problemas de higiene social <sup>1</sup>. La Higiene Social tiene un carácter de ciencia y es definida por N.A. Semashko como la ciencia que estudia la influencia de los factores sociales sobre la salud del hombre <sup>2</sup>. N. Vinogradov planteó que es la ciencia de los problemas sociales de la medicina y de los servicios de salud pública, es la ciencia de la salud pública <sup>3</sup>. La higiene social tiene siempre un carácter partidista, responde a determinados intereses de clases y refleja por tanto la salud social a través del prisma de estos intereses. De ahí que nuestra higiene social tenga un fundamento marxista leninista, se rija metodológicamente por el método universal de las ciencias, la dialéctica materialista y vincule indisolublemente la lucha por la salud del hombre a la construcción de socialismo y del comunismo. Tal posición partidista no elimina su carácter científico, porque desde las posiciones de la clase obrera puede reflejarse claramente las leyes del desarrollo social y el proceso histórico.

La salud pública se define como una actividad gubernamental y social de naturaleza multidisciplinaria y que se extiende a casi todos los aspectos de la sociedad. El estado de salud de la población constituye el objeto de estudio de la salud pública y expresa en síntesis, en un momento histórico determinado el comportamiento del proceso salud-enfermedad en la comunidad a través del grado de equilibrio que establecen los hombres entre si y con la naturaleza en el plano de la salud física, mental y social <sup>1</sup>. En él se involucran las más variadas esferas de la economía nacional y que comprenden componentes fundamentales, el nivel de salud y sus factores determinantes, entre los que tienen un peso principal los factores socio económicos y la propia organización del sistema de salud <sup>4</sup>.

El concepto de salud es aceptado como el equilibrio entre el hombre y su medio, siendo la enfermedad la resultante de un complejo de acción recíproca entre ambas, luego la salud y la enfermedad no constituyen fenómenos aislados, sino diferentes grados de adaptación del hombre a su medio. En el origen, frecuencia, distribución, mantenimiento y desaparición de cualquier desviación del equilibrio del fenómeno salud-enfermedad, participan múltiples factores condicionantes o determinantes del medio, existiendo situaciones en que no se logra un equilibrio a favor de la salud. Las relaciones entre los seres humanos, el desarrollo de sus grupos y de toda la humanidad vienen determinados, ante todo por factores sociales <sup>5,6</sup>.

La unidad salud enfermedad es parte de un mismo proceso objetivo que existe independientemente de la ciencia humana. Proceso porque la adaptación del hombre del medio en que vive, está en desarrollo constante, no es estática, ni siempre de acuerdo con las mismas exigencias, sino dinámica lo que le impone nuevas condiciones en cada momento. La unidad salud enfermedad tiene un carácter histórico, lo cual se demuestra en las diferentes concepciones que el hombre ha tenido a través de los tiempos, las que han evolucionado y se han hecho cada vez más completas, por lo que representa cada día más un proceso de complejidad creciente y hay que analizar, desentrañar, tanto las relaciones fundamentales como las no esenciales, estudiar las condiciones que rodean al individuo en una actividad compleja muchas veces hasta llegar a la causa de la enfermedad. Los factores biológicos, psicológicos y sociales siempre están presentes en cualquier enfermedad ya como elementos causales fundamentales o no, o como condiciones para su desarrollo o desaparición <sup>7</sup>.

En consecuencia el estado de salud-enfermedad es el resultado dinámico, variable y permanente, individual y colectivo de todas las influencias y determinantes genéticos y sociales que se originan en las sociedades en que vivimos y nos socializamos; influencias y determinantes que alteran nuestra ecología social y producen finalmente en el individuo, el trastorno que llamamos enfermedad o en el caso contrario la salud.

No se puede definir la salud ni la enfermedad como estados puramente biológicos y aislados en cada individuo, del ambiente de vida comunitaria. Tampoco se puede hablar de un sector salud en el desarrollo social, como si la salud fuera algo aparte y separado de la vida social, al contrario, ella puede ser el producto del desarrollo económico social, pero no de cualquier tipo de desarrollo, sino a la que corresponde a las verdaderas necesidades del hombre, que respeta el ambiente de vida y la naturaleza alcanzando equitativamente a toda la comunidad.

La OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades” <sup>7</sup>. Múltiples autores, el profesor Lambert, Milton Terris, San Martín, E. Dubos, han realizado algunas modificaciones más operacionales que se acercan más a la realidad de cada país o región por lo que no parece posible hoy definir la salud en términos absolutos y sólo objetivos; tampoco pensar que es la simple ausencia de enfermedades. La salud engloba aspectos subjetivos (bienestar mental, social, alegría de vivir), aspectos objetivos (capacidad para la función) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo) <sup>8</sup>.

En nuestra sociedad socialista la salud del hombre es patrimonio social, derecho del pueblo y deber estatal <sup>9</sup>. La constitución de la República en su artículo 49 establece el derecho que tienen todos los ciudadanos del país a que se les atienda y proteja su salud y además cómo el estado garantiza el derecho <sup>10</sup>. No es concebible la realización plena del hombre si este se encuentra enfermo <sup>1</sup>. La ciencia médica es esencial e intrínsecamente una ciencia social y en tanto esto no sea reconocido en la práctica no disfrutaremos de sus beneficios.

La consideración del hombre como un ser social y de su esencia social, ha hecho desaparecer el enfoque biológico del fenómeno salud-enfermedad para encuadrarlo en un proceso biosocial que considera a su vez a las condiciones biológicas y sociales del medio ambiente <sup>11</sup>.

La premisa fundamental de nuestro estado es el desarrollo armónico e integral de todos los ciudadanos sobre la base del mejoramiento constante del nivel de vida de todo nuestro pueblo. En el proyecto del Programa del Partido Comunista de Cuba se señala: “con amor y desvelo la revolución ha trabajado para proporcionar el desarrollo físico, intelectual y moral de la niñez, creando con este fin un complejo de instituciones y llevando a la práctica una política consecuente, cuyo objetivo esencial es que los niños vivan plenamente esa edad de oro” <sup>4</sup>. Expresiones de estos planteamientos son el comportamiento de los indicadores de salud que manifiestan el estado de salud de nuestra población y en especial de la infantil tales como: indicadores demográficos, de morbilidad e invalidez y del desarrollo físico de la población <sup>8,12</sup>; los que constituyen uno de los logros más importantes de la Revolución <sup>5,6</sup>.

Las tasas de mortalidad como indicador demográfico constituyen uno de los componentes del estado de salud de la

población. En el estado mundial de la infancia se señala que las tasas de mortalidad en menores de cinco años constituyen el indicador básico para medir los niveles y los cambios del bienestar de la infancia <sup>13</sup>. La morbilidad es uno de los elementos que permite obtener datos de interés para adoptar medidas médico-sanitarias dirigidas a una comunidad siendo su estudio de gran importancia pues sustituye al de la mortalidad como índice de la situación sanitaria de una población <sup>14</sup>.

La mortalidad infantil es considerada como un indicador que refleja la influencia de las condiciones económicas sobre la salud de la población y evalúa cualitativamente los servicios de salud <sup>15</sup>.

En Cuba se han conseguido logros importantes en la reducción de la mortalidad infantil que al cierre del 2003 y con una tasa de 6.3 por cada mil nacidos vivos ubica a nuestro país en el segundo lugar en las Américas y en la vanguardia de los países del tercer mundo y Latinoamérica <sup>16</sup>. Este impresionante descenso en las tasas de mortalidad infantil tuvo su génesis en el trabajo mancomunado e integrado de pediatras, obstetras, administradores de salud y el pueblo organizado y a partir del programa para su reducción en 1970 logra disminuir la misma en más de un 50 % como se había propuesto <sup>17</sup>. Acápites importantes de este programa fue la lucha contra las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) que se inició en el año 1962 donde Cuba compartía las características generales de América Latina. A través de este programa se logró reducir la tasa de mortalidad infantil por EDA no obstante este constituye en nuestro país un serio problema de salud, lo que conlleva seguir avanzando en la red de atención primaria ya que si bien es cierto la enorme disminución de la mortalidad por EDA en Cuba, la morbilidad se ha mantenido con escasas fluctuaciones. La mortalidad por EDA ya no constituye un problema de salud pero aún presenta el segundo lugar, sólo superado por las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), de la morbilidad pediátrica. La reducción de la mortalidad por EDA constituye un reto para Pediatras y Médicos Generales Integrales, quienes para lograrlo tienen que instrumentar un trabajo que de forma integral abarque las condiciones higiénicas sociales que favorecen su aparición <sup>18-20</sup>.

Las EDA resultan una causa importante de muerte en los países pobres. Algo más de la mitad de las defunciones por diarrea ocurren en menores de cinco años, grupo que resulta muy vulnerable a las EDA y a la malnutrición por defecto. La OMS ha planteado que en los países subdesarrollados los niños menores de cinco años presentan como promedio de 2 a 3 episodios de diarreas por año, lo que significa un estimado de 750 a 1000 millones de episodios de diarreas y con un aproximado de 4 a 5 millones de defunciones infantiles en países del tercer mundo y la causa infecciosa de muerte más frecuente en menores de 5 años en América Latina <sup>21,22</sup>.

En 1978 se puso en práctica un programa prioritario de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa de Control de Enfermedades Diarreicas Agudas (CED), en respuesta a las necesidades de países del área que tienen como objetivo disminuir la morbimortalidad por EDA en menores de 5 años mediante el manejo efectivo de la diarrea <sup>19</sup>. Para lograr una disminución notable de la morbilidad por EDA se hace conveniente y necesario el conocimiento de las condiciones higiénicas sanitarias que influyen en su aparición, así como, identificar aspectos higiénicos-sociales que constituyen factores de riesgo para su desarrollo.

Numerosos estudios han demostrado fehacientemente la relación de salud, enfermedad y muerte con variables sociales como son: ingreso económico, educación, alimentación, atención médica, saneamiento ambiental, grupos étnicos y clases sociales entre otros altamente significativos y que conforman las determinantes sociales de la morbimortalidad <sup>17</sup>.

Para algunos autores las características somáticas de los niños de un mismo país dependen considerablemente del medio social en que se desarrollan, por la esencia social del hombre. El ambiente incluye un conjunto de factores económicos, sociales y culturales que afectan al individuo y que a su vez éste los afecta de alguna manera. Así los factores socio-económicos influyen decisivamente en el desarrollo físico de las poblaciones <sup>21,23</sup>.

De un desarrollo satisfactorio de la niñez depende la capacidad intelectual y productiva de las futuras generaciones, así como la posibilidad de nuestra población del mañana de disfrutar del bienestar en todos los sentidos <sup>24,25</sup>.

En las orientaciones metodológicas del Programa Materno Infantil (PAMI) se priorizan la atención al niño de alto riesgo, contemplando el riesgo social el que se dispensariza en el nivel primario de salud, donde en el marco del Programa de Atención Integral a la Familia se pueden realizar acciones de salud integrales que rescatan al hombre como una unidad bio-psico-social en un entorno familiar y comunitario <sup>23,24</sup>.

En el proceso de salud-enfermedad-muerte, la mortalidad está dada por la frecuencia con que ocurre una enfermedad y la posibilidad de morir, ambas determinadas por variables tanto, biológicas como sociales. Numerosos estudios han demostrado fehacientemente la relación de enfermedad y muerte con variables sociales como son: ingreso económico,

educación, alimentación, atención médica, saneamiento ambiental, grupos etarios y clases sociales entre otros y que conforman las determinantes sociales de la morbilidad y la muerte <sup>26-28</sup>.

Las relaciones del hombre con su medio son de mayor complejidad que las mantenidas por otros seres vivos ya que este ha incorporado en los mismos el medio social, el cual puede desencadenar, y aún más, transformar los factores biológicos planteándose que en el curso de la evolución del hombre ha disminuido la influencia de las leyes biológicas bajo el efecto de leyes sociales. Las relaciones entre los seres humanos, el desarrollo de sus grupos y el de toda la humanidad vienen determinados ante todo por factores sociales <sup>29</sup>.

Como se observa la morbilidad por EDA como parte del estado de salud de la población íntimamente relacionado con la formación económico social tienen un carácter clasista y dependen de la base económica y de los elementos que corresponden a la súper estructura que de ellas derivan tales como los niveles de educación, higiene, salud y voluntad política. Es por ello que a diferentes niveles de desarrollo de los medios de producción y en dependencia de qué clase tenga el poder de los mismos radican los diferentes niveles de morbilidad por EDA.

Existe una marcada tendencia en la literatura occidental a presentar los factores vinculados con el individuo, con su conducta, como básicos en la determinación de la salud del hombre, con una clara orientación política ideológica, deslindar los campos de la responsabilidad estatal y la personal, hiperbolizar el individualismo y las soluciones individuales a los problemas <sup>30</sup>.

La sociedad en general ejerce su influencia sobre el individuo mediante microambientes, (la familia, relaciones laborales) que concretan y en las que se manifiestan de manera diferente las relaciones económicas sociales del equilibrio entre el hombre, distintos patógenos externos, los ambientes físicos, biológicos y sociales. Esto no quiere decir que se desconozca en modo alguno la existencia de determinantes biológicos en el proceso salud-enfermedad y muerte. Lo que se intenta hacer es articular lo biológico en un contexto social en la tesis de que las: causas sociales pueden desencadenar y transformar procesos biológicos.

En los objetivos, propósitos y directrices para elevar el nivel de salud de la población cubana para el año 2000, se plantea como tercer objetivo incrementar y mantener los logros alcanzados en el PAMI y disminuir a 0,3 la tasa por EDA para ese año <sup>31</sup>.

Los beneficios de que goza nuestro pueblo no son más que el resultado de la gigantesca obra desplegada por la revolución en el campo de la salud que aparece justamente entre sus primeras y más importantes conquistas de unánime reconocimiento mundial, el objetivo de mantener y preservar la salud del pueblo deviene una permanente tarea priorizada de nuestro país <sup>32</sup>.

Los principios de la salud pública en muchas sociedades casi nunca aparecen con claridad en su literatura, sino que quedan enmascarados detrás de una cortina de frases evasivas tales como “la libre elección de médicos”, “libre elección del trabajo”, “iniciativa personal”, “oferta de trabajo”. Todas estas justificaciones sirven para ocultar que la medicina está transformada en una mercancía que responde a la ley de la oferta y la demanda y el estado no se responsabiliza con la equidad y la salud en la medida que debe hacerlo <sup>33</sup>, manteniéndose el desnivel entre los pudientes y los menesterosos, produciendo un notable incremento de la disparidad en su estado de salud <sup>34</sup>, la búsqueda de la equidad debe comenzar con una demostración de las desigualdades existentes, y esto se puede lograr si se dispone de información para programar e implantar medidas eficaces destinadas a las poblaciones en mayor riesgo <sup>35,36</sup>. Los países de América Latina y el Caribe tienen algunas de las inequidades sociales más marcadas del mundo <sup>37,38</sup>.

La declaración de Toronto sobre la Equidad en Salud está incluida como enunciado clave de la Sociedad Internacional para la Equidad en Salud, que busca promover la equidad, denunciar la inequidad en este campo y en el acceso a los servicios de salud en el mundo entero, fomentar la diseminación de conocimiento conceptuales y metodológicos sobre temas relacionados con la equidad en materia de salud y la provisión de servicios <sup>39</sup>, garantizando salud para todos.

Por la importancia que en la práctica pediátrica y en la labor docente tienen el tema tratado, se decide proyectar y realizar este trabajo con el objetivo de conocer el comportamiento de la morbimortalidad por EDA en nuestro país y las Américas y su relación con algunos factores económicos y sociales. Para lo que se realizó una revisión bibliográfica referente a las EDA y sus determinantes biológicos y sociales, así como la interrelación que se establece entre ellos.

## **DESARROLLO.**

A partir de 1959 Cuba emprendió un camino al desarrollo que le permitió satisfacer por igual las necesidades materiales y espirituales de la población, sobre la base de una distribución más justa y equitativa de las riquezas, a diferencia del resto de los países de Latinoamérica y el Caribe. De esta forma se logró satisfacer las necesidades de salud, educación, empleo, desarrollo cultural, libertad social. El descenso de los niveles de mortalidad fundamentalmente la mortalidad infantil (MI), de 70 defunciones menores de un año por 1000 nacidos vivos, estimados para el quinquenio 1950 -1955 <sup>40</sup>, se reduce en el 2003 a 6,3 <sup>16</sup> y en especial la reducción de la mortalidad infantil por EDA no puede verse como un fenómeno aislado sino en el contexto de las transformaciones sociales económicas y políticas que han tenido lugar en nuestro país a partir de 1959.

Las EDA que ocuparon el primer lugar como causa de muerte en los menores de 5 años hasta los últimos años de la década de los 60 <sup>41</sup> han pasado a ocupar un lugar importante en la morbilidad infantil, donde ya no están entre las 5 principales causas de muertes de los menores de 5 años. En el 1962 la mortalidad infantil fue de 41.7 y la tasa por diarrea de 13.5 por 1000 nacidos vivos constituyó la primera causa de mortalidad en menores de una año, desarrollándose un programa de lucha contra la gastroenteritis, en el año 1970, con una MI de 38.7 y una tasa por diarrea de 5.5 por 1000 nacidos vivos, descendió al tercer lugar dentro de la mortalidad; en el año 1976 con una tasa de 2.1 por 1000 nacidos vivos pasa al quinto lugar como causa de muertes en menores de un año y ya desde el año 1996 desaparece dentro de las primeras causas de muerte, con una tasa para el 2003 de 0.2 <sup>41,42</sup> (tabla 1)

Tabla 1. Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas, 1970 – 2000

<b>AÑOS</b>	<b>DEFUNCIONES</b>	<b>TASAS POR 100 000 HABITANTES</b>	<b>% DEL TOTAL DE DEFUNCIONES</b>	<b>% DEL TOTAL DE DEFUNC. INFECC. Y PARASITARIAS</b>
1970	1510	17.7	2.8	38.9
1971	1533	17.6	2.9	42.1
1972	848	9.6	1.7	35.3
1973	875	9.7	1.7	36.3
1974	754	8.2	1.4	38.4
1975	637	6.8	1.3	40.4
1976	519	5.5	1.0	35.5
1977	634	6.6	1.1	37.5
1978	448	4.6	0.8	34.0
1979	361	3.7	0.7	31.7
1980	307	3.1	0.6	31.1
1981	343	3.5	0.6	27.5
1982	400	4.1	0.7	36.2
1983	385	3.9	0.7	33.5
1984	287	2.9	0.5	29.8
1985	437	4.3	0.7	37.4
1986	295	2.9	0.5	31.7
1987	346	3.4	0.5	35.6
1988	324	3.1	0.5	33.5
1989	285	2.7	0.4	32.7
1990	378	3.5	0.5	37.8
1991	433	4.0	0.6	40.8
1992	452	4.2	0.6	40.2
1993	721	6.6	0.9	47.9

1994	714	6.5	0.9	48.2
1995	604	5.5	0.8	43.0
1996	547	5.0	0.7	46.7
1997	489	4.4	0.6	46.0
1998	455	4.1	0.6	51.2
1999	382	3.4	0.5	44.6
2000	252	2.3	0.3	40.6

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Programa de Políticas.

La mayor disminución de la mortalidad infantil por EDA en al edad pre-escolar está estrechamente vinculada con el mejoramiento del estado nutricional de nuestra población infantil, coincidiendo con la mayoría de los autores que vinculan la malnutrición proteico-energética con la mortalidad por EDA <sup>43</sup>.

La salud de las personas depende de la influencia de un complicado conjunto de factores sociales, biológicos y naturales. La higiene social plantea que los factores naturales y biológicos influyen en la actividad vital del organismo del hombre tanto en condiciones normales como anormales, solamente a través de determinadas condiciones sociales. Teniendo como base este principio de la higiene social vemos como la reducción de la mortalidad infantil por EDA no puede verse como un fenómeno aislado sino en el contexto de las transformaciones sociales, económicas y políticas que han tenido lugar en nuestro país a partir de 1959. En estos 45 años se ha producido una mejoría sustancial en los servicios de salud, educación, desaparición del analfabetismo y del desempleo como fenómeno social, se han mejorado considerablemente las condiciones higiénicas sanitarias al crearse nuevas comunidades en áreas rurales y mejora de la calidad del agua de las zonas urbanas, creación y reconstrucción de acueductos y alcantarillados, de forma general todas las inversiones realizadas en el sector agua, las acciones del PAMI, la elevación del nivel de educación de la población, las acciones de educación para la salud y posteriormente la instauración en la atención primaria del modelos de atención del médico y la enfermera de la familia a los lugares más apartados del país. Se ha mejorado la educación sanitaria sobre todo en las medidas de prevención de las diarreas <sup>40,44</sup>.

A partir de 1983 se viene utilizando el suero oral para el tratamiento y prevención de las deshidrataciones por diarrea; al inicio poco empleadas por los facultativos, hasta que se logró llevar a los rincones más apartados del país, hoy se encuentran en todas las unidades pediátricas, policlínicos y consultorios del médico de la familia, tanto en zonas rurales como urbanas, produciéndose un manejo estandarizado de la diarrea complicada o no, y con el uso juicioso de antibióticos y antiparasitarios en la diarrea aguda según está establecido por la OMS y su Programa de Control de Enfermedades Diarreicas <sup>45</sup>.

Numerosos estudios han demostrado la relación existente entre la morbimortalidad por EDA y variables socio económicas, lo que ha conllevado a algunos autores a considerarla como una enfermedad de tipo social <sup>46</sup>; coincidiendo en los múltiples factores que intervienen en su ocurrencia, tales como: bajo nivel educacional de las personas que cuidan los niños, malos hábitos higiénicos, deficiente servicios sanitarios de las viviendas, bajos ingresos económicos, servicios mínimos necesarios para alcanzar un nivel de vida adecuado y hacinamiento <sup>47-49</sup>.

Como la enfermedad diarreica es considerada una enfermedad transmisible por vía digestiva no podemos dejar de considerar al agua como fuente de infección <sup>50</sup> ni pasar por inadvertidos algunos logros en el sector agua después del triunfo de la revolución los que se expondrán a continuación:

- A principio de los 60 existían en el país 300 núcleos de población urbana, de los cuales menos de la mitad, 114, disponían de suministro de agua por acueducto. Estos acueductos entregaban un estimado de 370 millones de metros cúbicos de agua anualmente a 3 millones de personas. Al concluir el 2000, disponíamos de 2 517 lugares, urbanos y rurales, con abastecimiento de agua por acueducto. La población que accede a esos sistemas de agua es de 8.3 millones, a la que suministra 1 685.9 millones de metros cúbicos anualmente.
- De los 300 núcleos urbanos existentes en esos años, sólo 12 contaban con sistema de alcantarillado, total o parcial y que evacuaban unos 200 millones de metros cúbicos anuales. Al finalizar el siglo se ha logrado que 541 lugares habitados cuenten con sistemas de alcantarillado sanitario, de los que se sirven 4.3 millones de personas (y que evacúan 577 millones de metros cúbicos de aguas residuales al año).
- Con respecto al tratamiento del agua, existían 4 plantas potabilizadoras y 24 instalaciones de cloración, 40 años

después se cuenta con 55 plantas potabilizadoras, 1 522 instalaciones de cloración; recibiendo tratamiento el 93% del agua suministrada a la población. También se cuenta con 7 plantas depuradoras de aguas residuales y 380 lagunas de oxidación.

- Se ha logrado un avance notable en abastecimiento de agua a la población rural. Desde 1980 hasta el 30 de junio de este año se han construido 3 212 sistemas de abasto rurales, que benefician a 1.8 millones de personas.

Se debe señalar que en los años 1991-1995 como resultado de la reducción paulatina en el tratamiento químico del agua de consumo, hay afectaciones negativas nuevamente, ya a partir de 1996 se comienza a restablecer el tratamiento de manera que en 1997 se logran cifras superiores al 90% en el índice de cloración, que implicó un efecto positivo en la reducción del número de atenciones médicas por edad <sup>40</sup>. Entre 1988 y 2001 se observa un notable incremento del agua que se suministra tratada a la población así como en el número de acueductos incluyendo a la población rural y el aumento del tratamiento de las aguas albañales (tabla 2)

Tabla 2. Agua y saneamiento: principales indicadores Cuba.

No.	Concepto.-	Nacional 1988	Nacional 2001
01	Agua suministrada millón m <sup>3</sup>	1252.3	1704.8
02	Agua tratada millón m <sup>3</sup>	1148.2	1578.9
03	Número de acueductos U	912	2752
04	Población urbana c/ acueducto miles	6167.4	7058.4
05	Población rural c/ acueducto miles	520.6	1070.0
06	Per cápita bruto litros/persona/día	509	574
07	Tiempo medio de servicio horas /día	15.1	11.8
08	Red de acueducto Km	13169.0	16880.8
09	Agua suministrada por pipas millón m <sup>3</sup>	4.7	5.3
10	Albañal evacuado millón m <sup>3</sup>	487.8	587.8
11	Albañal tratado millón m <sup>3</sup>	97.7	204.8
12	Número de alcantarillados U	384	559
13	Población c/ alcantarillado miles	2770.9	4206.4
14	Red de alcantarillado Km	3464.9	4635.5

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Programa de Políticas.

Los éxitos obtenidos en la reducción de la tasa de mortalidad infantil en Cuba y muy especialmente en la mortalidad por EDA se hace comparable con las tasas registradas en algunos países desarrollados no sucediendo así en los demás países en vía de desarrollo donde las EDA continúan siendo un verdadero azote para la población infantil <sup>51</sup>. Más de 480 000 niños menores de cinco años continúan muriendo cada año en la Región de las Américas, las enfermedades infecciosas, respiratorias y trastornos nutricionales son la causa del 27 % de estas muertes, continúan manteniéndose la neumonía y la diarrea entre las cinco causas principales de muertes en los niños menores de cinco años, poniéndose en evidencia las disparidades de salud entre países ricos y pobres <sup>51,52</sup>.

En los países en vías de desarrollo la elevada prevalencia de las EDA ha sido asociada a un número variable de factores entre los que predominan: la mala calidad del agua y los alimentos, la mayor exposición a agentes patógenos debido a las pésimas condiciones de vivienda, inadecuado aporte calórico dando lugar a la malnutrición por defecto persistiendo el déficit de talla para la edad lo cual refleja desnutrición crónica la forma más frecuente en la Región de las Américas, manteniendo la subregión de América Latina y el Caribe como líder con respecto a otras regiones en desarrollo del mundo. En la región 8% de los recién nacidos tuvieron bajo peso al nacer en el año 2000, sin embargo América central y el Caribe aún presentan cifras cercanas al 11%; el promedio de la lactancia materna exclusiva en la región es de 39% <sup>53</sup> encontrándose que en los países con mayor tasa de MI se registran mayor incidencia de déficits de micronutrientes.

En las diferentes tasas de mortalidad y porcentaje de defunciones por diarrea en niños menores de cinco años en 19 países de las Américas, Cuba ocupa un lugar destacado en relación con otros países desarrollados versus la situación

encontrada en otros países en vía de desarrollo. (tabla 3)

Tabla 3. Tasa de mortalidad y Porcentaje de defunciones por diarreas en niños menores de cinco años en 19 países de la América, 1995 y 1999.

País	Enterobacteriaceas			
	1995	1999	1995	1999
Brasil	20.0	2.4	14.4	2.0
Colombia	10.0	1.0	10.0	1.0
Ecuador	10.0	1.0	10.0	1.0
El Salvador	10.0	1.0	10.0	1.0
Guatemala	10.0	1.0	10.0	1.0
Honduras	10.0	1.0	10.0	1.0
Nicaragua	10.0	1.0	10.0	1.0
Panamá	10.0	1.0	10.0	1.0
Paraguay	10.0	1.0	10.0	1.0
Perú	10.0	1.0	10.0	1.0
República Dominicana	10.0	1.0	10.0	1.0
Venezuela	10.0	1.0	10.0	1.0

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Programa de Políticas.

El comportamiento de la lactancia materna exclusiva para algunos países de la Región tienen una duración muy inferior a los seis meses recomendados por la OMS, lo cual puede favorecer el incremento de las EDA, la desnutrición y la posibilidad de morir en el primer año de vida (tabla 4).

Tabla 4. Iniciación de la lactancia natural y duración media del amamantamiento en algunos países de las Américas.

País	Año	Iniciación de la lactancia natural	Duración media de la lactancia natural exclusiva	Duración media de la lactancia de cualquier tipo
		(%)	(meses)	(meses)
Bolivia	1990	86.8	2.9	11.2
Brazil	1990	83.5	1.1	7.8
Colombia	1990	85.5	2.7	11.1
Ecuador	1990	83.0	2.2	10.5
El Salvador	1990	84.0	3.0	11.7
Guatemala	1990-1999	86.5	3.0	10.8
Honduras	1990	82.7	2.1	11.2
Nicaragua	1990	82.4	3.1	12.2
Paraguay	1990	84.2	3.1	11.8
Perú	1990	86.8	2.7	10.5
República Dominicana	1990	82.2	3.6	11.8

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Programa de Políticas.

Es de todos conocidos que la lactancia materna exclusiva (LME) se asocia directamente con una reducción de la morbilidad y la mortalidad de los lactantes, pues el efecto inmunológico de la lactancia sobre el bebé lo protege de la adquisición de enfermedades y de una evolución inadecuada de las mismas.

Las desigualdades del abastecimiento de agua en algunos países seleccionados de América Latina y el Caribe entre las zonas urbanas y rurales, dependiendo directamente de los deciles de ingresos familiar, donde corresponde el primer decil, tanto para ambas zonas con menos porcentaje de hogares conectados, así como la existencia de diferencias entre las zonas urbanas y rurales. (tabla 5).

Tabla 5. Porcentaje de hogares con conexión de agua de acuerdo a deciles de ingreso (primero y décimo) y zona geográfica de asentamiento, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, circa 1999.

País	Zona	Decil 1		Decil 10	
		Urbanos	Rurales	Urbanos	Rurales
Brasil	Urbanos	85.0	75.0	95.0	85.0
Brasil	Rurales	75.0	65.0	85.0	75.0
Colombia	Urbanos	85.0	75.0	95.0	85.0
Colombia	Rurales	75.0	65.0	85.0	75.0
Ecuador	Urbanos	85.0	75.0	95.0	85.0
Ecuador	Rurales	75.0	65.0	85.0	75.0
El Salvador	Urbanos	85.0	75.0	95.0	85.0
El Salvador	Rurales	75.0	65.0	85.0	75.0
Guatemala	Urbanos	85.0	75.0	95.0	85.0
Guatemala	Rurales	75.0	65.0	85.0	75.0
Honduras	Urbanos	85.0	75.0	95.0	85.0
Honduras	Rurales	75.0	65.0	85.0	75.0
Nicaragua	Urbanos	85.0	75.0	95.0	85.0
Nicaragua	Rurales	75.0	65.0	85.0	75.0
Paraguay	Urbanos	85.0	75.0	95.0	85.0
Paraguay	Rurales	75.0	65.0	85.0	75.0
Perú	Urbanos	85.0	75.0	95.0	85.0
Perú	Rurales	75.0	65.0	85.0	75.0
República Dominicana	Urbanos	85.0	75.0	95.0	85.0
República Dominicana	Rurales	75.0	65.0	85.0	75.0

La degradación del ambiente y la persistencia de patrones de consumos insostenibles trae consigo el agotamiento de recursos, lo que afecta especialmente el acceso a agua potable y a la contaminación del agua y el aire, con el consiguiente impacto en la salud.

La séptima pandemia de cólera llegó a la Región de las Américas en 1991, los primeros casos aparecieron en la costa norte del Perú y desde allí la enfermedad se diseminó muy rápidamente, las poblaciones más afectadas fueron las que se asentaban en las zonas periurbanas de las ciudades y las rurales pobres, donde el acceso a servicios básicos tales como: los de agua potable, alcantarillado y de atención médica eran muy limitados, encontrándose una relación directamente proporcional entre ruralidad y letalidad de la entidad quedando demostrada la relación conocida entre morbilidad y mortalidad o enfermedades trasmisibles y pobreza <sup>54</sup>.

Las condiciones de vida de la población intervienen de un modo crucial en el proceso de determinación y propagación de las epidemias del cólera, lo que fue comentado por las autoridades sanitarias de países de Américas afectados como Perú, Chile, Ecuador, Colombia y Brasil <sup>55</sup>.

Los Programas de Control de Enfermedades Diarreicas han tratado de mejorar el comportamiento higiénico introduciendo distintas intervenciones tales como, educar a la familia sobre la importancia de la higiene doméstica. La promoción de una mejor higiene ha demostrado reducir a la mitad el número de enfermedades, pero si estas intervenciones fallan a menudo es porque no han sido apropiadamente diseñadas o puestas en práctica. Esto puede asociarse a la falta de comprensión que presentan las personas sobre la higiene y porque se comportan de una forma particular <sup>56</sup>.

Las creencias y actitudes culturales sobre higiene y alimentación afectan especialmente, como una persona percibe la enfermedad del niño, el cuidado de la salud, y las opciones de tratamientos disponibles y lo que decidan adonde y cuando buscar ayuda. Es importante que los padres de los niños menores de 5 años tengan conocimientos del manejo efectivo de las EDA en cuanto al tratamiento y prevención <sup>57</sup>.

Los Programas de Inmunización y de Rehidratación Oral han reducido en gran medida el número de muertes en niños menores de 5 años, pero la nutrición adecuada, el agua limpia, el saneamiento ambiental, el mejoramiento de la vivienda, el aumento del ingreso económico de la familia, la educación a los padres, siguen siendo los factores esenciales para la sobrevivencia infantil <sup>58</sup>.

El desplazamiento hacia las ciudades aumenta cada vez más, desde el año 2000 el 75% de la población de la Región vive en ciudades. Los riesgos para la salud aumentan siempre que un gran número de personas vivan en casas improvisadas o en barrios marginados sin el debido sistema de abastecimiento de agua, saneamiento ambiental y drenaje.

La desnutrición, las infecciones recurrentes sobre todo las EDA y las IRA amenazan la supervivencia de los niños pobres de las ciudades, considerándose que la pobreza afecta a un elevado porcentaje de familias en América Latina y el Caribe, estimándose en unos 150 millones de personas y afectando a la mitad de la población de las Américas. La necesidad de devengar ingresos fuera del hogar lleva a muchas madres a dejar de amamantar a sus hijos; el amparo de los pobres es a menudo deficiente y agrava los quebrantos de la salud <sup>59</sup>.

El proceso de aumentar las opciones de las personas ampliando sus capacidades esenciales y de funcionamiento es parte fundamental del concepto de desarrollo humano. Las tres capacidades esenciales para el desarrollo humano son:

- Disfrutar de una vida larga y sana.
- Poseer los conocimientos adecuados.
- Tener acceso a los recursos necesarios para alcanzar un nivel de vida aceptable.

En la perspectiva del desarrollo humano, la preocupación acerca de la equidad ocupa el primer plano sobre todo en lo referente al acceso a la educación, a la salud y a los derechos políticos independientemente del sexo, edad o grupo étnico.

El sector de la salud esta llamado a cumplir con un conjunto de funciones esenciales de promoción y prevención de la salud de la población ya que los ciudadanos tienen el derecho inalienable de recibir estas garantías y servicios por su condición de partícipes de la sociedad. Para el ejercicio efectivo de estas funciones por parte del estado en cualquiera de sus instancias resulta indispensable el desarrollo y fortalecimiento de un marco legal, normativo y regulatorio adecuado mediante el cual se facilite la colaboración efectiva para proteger la salud colectiva, sobre todo de los sectores más vulnerables y desprotegidos.

Se ha hecho necesario incluir la enseñanza y los avances científicos sobre el control de enfermedades diarreicas en los planes de estudios de las escuelas de medicina, enfermería, nutrición y otras afines e involucrar el sector privado a los institutos de seguridad social y a las organizaciones no gubernamentales para avanzar rápidamente en la reducción de la morbilidad por enfermedades diarreicas y mantener la meta de salud para todos.

## **CONCLUSIONES**

1. La morbilidad por enfermedades diarreicas ha registrado cifras descendentes en Cuba en relación al mejoramiento de las condiciones socio-económicas del país.
2. Se ha demostrado que las condiciones socio-económicas son determinantes en los niveles de morbilidad y mortalidad por EDA en la Región de las Américas.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ramos Domínguez N, Aldereguía Henríquez J. Higiene social y organización de la salud pública. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 1987.
2. Semashko NA. Ensayo sobre la teoría de la salud pública socialista. Moscú: MIR; 1947.
3. Vinogradov NA. La higiene social y organización de salud pública como ciencia: selección de artículos. La Habana: IDS; 1981.
4. MINSAP. Socialismo y modo de vida. Ciudad de La Habana: Ciencias Sociales; 1989.
5. Esquivel M. Desarrollo físico: un indicador del estado de salud y del desarrollo social de la población. Rev Cubana Med Gen Integr 1987; 2 (3): 9.
6. Granados Torraño R. El sistema hombre – sociedad – naturaleza y la salud de la población. Rev Cubana Adm Salud 1986; 12 (1): 3 – 14.
7. Aldereguía Henríquez J. Problemas de higiene social y organización de salud pública. Ciudad de La Habana: Científico Técnica; 1990.
8. Toledo Curbelo G J. Salud pública 1: generalidades de salud pública y estado de salud de la población. La Habana: Ciencias Médicas; 1999.
9. II Congreso Partido Comunista de Cuba: documentos y discursos. La Habana: Política; 1981.
10. Departamento de Orientación Revolucionaria del Comité Central del Partido Comunista de Cuba. Constitución de la República de Cuba. La Habana: Política; 1976.
11. Toledo G. Fundamentos de salud pública. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2003.
12. Verdecia Fernández F. Sociedad y salud. La Habana: Pueblo y Educación; 1986.
13. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Estado mundial de la infancia. Ginebra:OMS; 1989.
14. Astrain M E, Granados Torraño R. Orientaciones metodológicas generales para el estudio del estado de salud de la población. Rev Cubana Adm Salud. 1987; 13 (2): 211 – 59.
15. Ramos Domínguez B N, Aldereguía Henríquez J. Medicina social y salud pública en Cuba. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 1990.
16. Osa JA de la. 6,3 Mortalidad Infantil en el 2003. Granma; 2004 ene 3; 3 (col. 2).
17. Córdoba Vargas L. La Salud materno infantil en Cuba: situación actual y perspectivas. Rev Cubana Pediatr 1983; 55 (3): 877 – 8.
18. Moreno Vazquez O. Mortalidad infantil en Cuba con especial atención al recién nacido de bajo peso. Rev Cubana Pediatr 1988; 60 (6): 889 – 97.
19. OPS. Mortalidad por enfermedades diarreicas en América Latina. Diálogo sobre la diarrea. 1991; (38): 4.
20. OPS. Indicadores e información sobre las enfermedades diarreicas agudas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1991; 34 (1 - 4): 167 – 71.
21. Fall Sarr M. Estudio epidemiológico de las diarreas en niños de 0 a 5 años. Dakar Med 1989; 34 (1 – 4): 167 – 71.
22. Cobas Silva M. Algunos aspectos importantes a tener en consideración sobre la enfermedad diarreica aguda en el lactante. Rev Cubana Med Gen Integr 1990; 6 (3): 451 – 56.
23. MINSAP. Programa de atención materno infantil. Ciudad de La Habana: Departamento Materno Infantil; 1989.
24. MINSAP. Programa de atención integrada a la familia. Ciudad de La Habana: Dirección Nacional de Atención Ambulatoria; 1988.
25. Ortiz Silva D. Los factores de riesgo social: su influencia en el estado de salud durante el primer año de vida. [Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Pediatría]. Güines. Policlínico Docente Güines Norte. 1988.
26. Riveron Corteguera R. Mortalidad infantil en Cuba: análisis del programa para su reducción 1970 – 1976. Rev Cubana Pediatr 1977; 49 (3): 583.
27. Posada E. Influencia de los factores socio-económicos sobre la talla de los niños. Rev Cubana Pediatr 1984; 56 (3): 597-604.
28. Capote Mir R. La esencia social del hombre, lo social considerado como factor condicionante en el fenómeno salud-enfermedad. Rev Cubana Adm Salud 1981; 7 (1): 62-6.
29. Castell – Florit, Serrate P. Factores que influyen en la mortalidad infantil: provincia La Habana. Rev Cubana Adm Salud 1986; 12 (1): 15-9.
30. Pérez Loveller. La psiquis en la determinación de la salud. Ciudad de La Habana: Científico –Técnica; 1989.
31. MINSAP. Objetivos, propósitos y directrices para elevar el nivel de salud cubana para el año 2000. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 1992.
32. MINSAP. Principios de la ética médica. Ciudad de la Habana: Política; 1983.
33. Núñez de Villavicencio Porro. Psicología y salud. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2001.
34. Hiroshi Nakajima. Salud para todos el camino por recorrer. Revista Internacional Desarrollo Sanitario. 1988; 9 (3): 291-3.
35. Alleyne GAO. Herramientas para la búsqueda de la equidad y la justicia social para todos. Rev Panam Salud Publica 2002; 12(6): i-ii.
36. Gracia D .What constitutes a just health services system and How should scarce resources be allocate? Bulletin of

- PAHO. 1990, 24 (4): 550 – 65.
37. Alleyne GAO, Castillo – Salgado C, Schneider M C, Loyola E, Vidaurre M. Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 12 (6): 388 – 97.
  38. Deininger K, Squire L. A new data set measuring income inequality. *World Bank Econ Rev* 1996; 10: 565 – 91.
  39. OMS. Toronto Declaration on Equity in Health. *Rev Panam Salud Pública* 2002; 12 (6): 465 – 7.
  40. MINSAP. La salud pública en Cuba: hechos y cifras. Ciudad de La Habana: Dirección Nacional de Estadística; 1999.
  41. Pérez Stable M, Marante R, Falcón I M, Gómez Riera M. Gastroenteritis: experiencia durante el año 1966 en una sala del Hospital “Ángel A. Aballí”. *Rev Cubana Pediatr* 1967; 39 (3): 339 -62.
  42. MINSAP. Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas 1970 – 2000. En: Anuario estadístico de salud en Cuba (documento en línea). Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/estadisticos.2000> Acceso: 8-3-04
  43. Córdova Vargas L, Amador M. Prevención y erradicación de la mala nutrición en Cuba. *Rev Cubana Pediatr* 1978; 50 (2): 171 – 81.
  44. Riverón Corteguera R. Mortalidad por enfermedades diarreicas en menores de 5 años en Cuba 1959-1986. En: Memorias del Seminario Internacional de Enfermedades Diarreicas e Hidratación Oral. Washington,DC: OPS, UNICEF; 1990. p. 17 – 30.
  45. OPS. Enfermedades Diarreicas: prevención y tratamiento. Guatemala: PRITECH; 1995.
  46. Riverón Corteguera R, Gutierrez Muñiz JA. Las enfermedades diarreicas agudas en América Latina en el decenio 1970 – 1979: la situación de Cuba. *Rev Cubana Pediatr* 1981; 53 (5): 351 – 62.
  47. González Rodríguez M. Los factores de riesgo social, su influencia en la morbilidad por EDA en menores de un año. [Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en Pediatría]. Güines. Hospital General Docente “Aleida Fernández Chardiet”. 1989.
  48. Pupo Pupo MJ. La influencia de los factores de riesgo social en la morbilidad por EDA en menores de 5 años. [Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en MGI]. Jaruco. Policlínico “Noelio Capote”. 1994.
  49. Barrios Díaz F, Pardillo Palomino J, Palacios Pujula D. Enfermedad diarreica aguda: estudio psicosocial. *Rev Cubana Pediatr* 1979; 51 (1): 63-70.
  50. Rodríguez Hernández PA. Epidemiología para la gerencia en salud: selección de temas. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2003.
  51. Widdus R. Alianzas público privadas en pro de la salud: principales objetivos, diversidad y futuras orientaciones. *Boletín de la OMS*. 2002; 6: 1-8.
  52. OPS. Gráficos sobre la situación de mortalidad de niños menores de 5 años en la región de las Américas (en línea). Disponible en: [http:// www.paho.org](http://www.paho.org) Acceso: 5-4-04.
  53. United Nations, Administrative Committee on Coordination, Sub – Committee on Nutrition. 4<sup>TH</sup> Report on the world nutrition situation: nutrition throughout the life cycle. Geneva: ACC/SCN Secretariat; 2000.
  54. OPS. La salud en las Américas. Washington DC: OPS; 2002; Vol. 1 (Publicación Científica y Técnica No. 587).
  55. AHRTAG. El cólera en las Américas: situación de los países afectados. *Diálogo sobre diarrea*. 1991 (36): 6.
  56. AHRTAG. Diarrea y el comportamiento higiénico: aprendiendo lo que hacen las personas y el porqué. *Diálogo sobre diarrea*. 1992 (42): 2.
  57. AHRTAG. Enfoque hacia el tratamiento: cuando buscan tratamiento y de quienes. *Diálogo sobre diarrea*. 1992 (42): 6.
  58. AHRTAG. La diarrea infantil. *Diálogo sobre diarrea*. 1990 (34): 1.
  59. AHRTAG. Las diarreas y los niños de las zonas urbanas. *Diálogo sobre diarrea*. 1990 (31): 2.

## SUMMARY.

The acute diarrheic diseases which occupied the first place as death`s cause in younger ages of 5 years up to the 60`s have been passed to occupy an important place in children morbidity in Cuba, but nowadays they are not among th first five death`s causes. This is due to the program against gastroenteritis which began in 1970 together with the social,economical and political transformations since 1959 there is an improvement in healtha and education services , higienic sanitarries conditions , water quality, increasing of the educational level of the population and sanitary education for the prevention of the acute diarrheic diseases. This is not the same in other countries where the EDA continues a whip for the child population more than 490,000 children die in the Americas region and the EDA are among the first five causes. This is associated to the bad quality of water and food, high exposure to pathogenic agents due to extremely bad conditions of housing , poverty, unemployment, illiteracy and malnutrition. The use of oral rehydration salts have reduced the number of deaths but the adequate nutrition , environmental sanitation, adequate water`s quality, population`s education and standard handling of the cases with the rational use of antibiotics and antiparasitaries according to OMS and its control program of EDA is what they will advance quickly in the reduction of the morbimortality by EDA in the Americas and keep the health goal for all child population.

Subject headings: **DIARRHEA, INFANTILE**

[Indice Anterior](#)