

## **( tratto dal rapporto di Save The Children: La nuova sfida: dire basta alla mortalità infantile.**

Quasi 9 milioni di bambini muoiono ogni anno prima di compiere 5 anni quasi un bambino ogni tre secondi. Poco meno di 4 milioni di questi bambini muoiono nel primo mese di vita, durante il cosiddetto periodo neonatale. In particolare, quasi 3 milioni di bambini muoiono entro una settimana dalla nascita, di cui fino a 2 milioni muoiono il primo giorno di vita. Quasi tutti (il 97%) questi bambini muoiono in paesi a basso o medio reddito, soprattutto nelle comunità più povere ed emarginate di quei paesi. In Afghanistan un bambino su cinque muore prima dei 5 anni; nell'intera Africa Sub-Sahariana il dato è di uno su sette.

Ogni bambino – a prescindere da dove o da chi sia nato – ha pari diritto e merita pari dignità di vivere. E ciascuno di noi ha la responsabilità di agire.

Gli alti livelli di mortalità infantile sono riconducibili a tre ordini di problemi:

1. Esiste un esiguo numero di patologie e condizioni che sono responsabili di oltre il 90% dei decessi di bambini al di sotto dei 5 anni. Si tratta di polmonite, morbillo, diarrea, malaria, HIV e AIDS e di una serie di complicazioni che si verificano durante la gravidanza e durante o immediatamente dopo la nascita. Queste ultime incidono in maniera significativa rispetto ai decessi dei neonati. Infezioni gravi, asfissia e parti prematuri provocano l'86% dei decessi di neonati. In quasi tutti i casi, tali malattie e complicazioni sono prevenibili e curabili con interventi la cui efficacia è stata provata, ma che purtroppo sono inaccessibili per molti dei bambini più poveri del mondo.

2. Una serie di fattori di livello intermedio fanno sì che alcuni bambini siano esposti ad un maggiore rischio di contrarre queste malattie (o condizioni mediche) e influenza anche le loro possibilità di guarigione. Tali fattori comprendono: la mancanza di assistenza sanitaria essenziale o l'incapacità di molte madri e dei loro figli di accedervi; alti livelli di denutrizione materna e infantile e inadeguate pratiche di nutrimento; mancanza di accesso all'acqua potabile e di sistemi fognari sicuri; scarsa educazione materna ed un accesso limitato alla contraccezione.

3. I decessi dei bambini non sono eventi casuali al di fuori del nostro controllo. Essi sono imputabili, in gran parte, ad una strategia e a delle scelte politiche operate dai governi. Sono inoltre influenzati da fattori culturali, economici, ambientali, politici e sociali che i governi, le istituzioni internazionali, il settore privato o la società civile potrebbero contribuire a indirizzare o mitigare. Queste sono le cause implicite della mortalità infantile o neonatale

Sessantotto paesi a basso e medio reddito costituiscono il 97% di tutti i decessi di bambini. La metà di questi decessi – 4,7 milioni – avvengono in Africa, e circa 3,8 milioni di morti di neonati e bambini si verificano in Asia. Gli ultimi dati Gli alti livelli di mortalità infantile si possono spiegare

con tre livelli di cause, separati ma correlati: cause dirette della morte, cause intermedie e cause implicite.

## CAUSE DIRETTE DELLA MORTE

Un numero limitato di malattie e condizioni provoca oltre il 90% dei decessi infantili tra i bambini con meno di 5 anni. Si tratta di polmonite, morbillo, diarrea, malaria, HIV e AIDS, e una serie di condizioni neonatali che si verificano durante la gravidanza, durante e subito dopo il parto. Gravi infezioni (come setticemia, polmonite, tetano e diarrea), asfissia e parti prematuri provocano l'86% dei decessi di neonati, in quasi tutti i casi, le malattie e le condizioni mediche che uccidono i bambini sono prevenibili e curabili. La polmonite e la diarrea – che insieme provocano la morte di 3,5 milioni di bambini l'anno – sono i principali responsabili della morte dei bambini con meno di 5 anni al di fuori del periodo neonatale. Un altro milione di neonati muore per gravi infezioni, polmonite inclusa, durante il periodo neonatale. Ciò avviene malgrado la maggioranza delle infezioni sia prevenibile o curabile con antibiotici e nonostante una terapia a basso costo di reidratazione facilmente somministrata per via orale possa accelerare la ripresa dalla diarrea. L'incidenza di polmonite e diarrea potrebbe essere ulteriormente ridotta se un maggior numero di bambini fosse allattato al seno e più bambini venissero vaccinati. La malaria, che provoca il 18% dei decessi infantili nell'Africa Sub Sahariana, potrebbe essere notevolmente ridotta se tutti i bambini nei paesi ad alto rischio dormissero sotto zanzariere trattate con insetticidi, e se quelli che si ammalano fossero tempestivamente e adeguatamente curati. Immunizzare tutti i bambini contro difterite, pertosse e tetano, epatite B, poliomielite e morbillo serve a salvare vite. Immunizzare le donne in stato interessante contro il tetano salva sia la vita delle madri che dei neonati. Infatti, le conquiste nella sopravvivenza infantile nell'ultimo decennio si possono ampiamente attribuire ad una maggiore immunizzazione, insieme ad altre misure preventive. La terapia anti-retrovirale potrebbe ridurre il rischio di trasmissione del virus dell'HIV dalle madri ai neonati, un intervento essenziale considerando che oltre il 90% delle infezioni da HIV nei neonati vengono trasmesse dalla madre durante la gravidanza, il travaglio, il parto o l'allattamento al seno. La trasmissione dell'HIV da madre a figlio attualmente porta a quasi 350.000 bambini morti ogni anno. La maggior parte dei bambini con HIV e AIDS muore di polmonite o diarrea, e molti di questi episodi possono essere facilmente trattati. Le strategie di comprovata efficacia per portare molti interventi salvavita alle donne incinte e ai neonati comprendono assistenza prenatale mirata e una prima assistenza post-natale. Il rischio di morire per il neonato e per la madre potrebbe essere ulteriormente ridotto con un rapido trasferimento presso una struttura sanitaria con il personale e l'attrezzatura adeguati, se insorgono complicazioni durante il travaglio. L'assistenza specializzata durante il parto è cruciale, nonché un immediato allattamento al seno e assistenza post-natale. Tuttavia, nonostante il fatto che questi interventi provati possono salvare milioni di vite di bambini ogni anno, essi continuano ad essere non disponibili o inaccessibili per milioni di madri e per i loro bambini.

## CAUSE INTERMEDIE

Oltre alle cause dirette della mortalità infantile esiste una serie di fattori intermedi che delinea le prospettive di sopravvivenza dei bambini. Si tratta di:

- accessibilità e qualità dei sistemi sanitari di base
- pratiche nutrizionali e di allattamento
- disponibilità di acqua potabile e fognature sicure
- istruzione delle bambine
- accesso ed uso della contraccezione, ed età della donna in gravidanza.

## **Sistemi sanitari deboli**

Come minimo i sistemi sanitari dovrebbero essere attrezzati, avere il personale ed essere organizzati per far sì che interventi provati siano accessibili, in modo efficace ed equo, a quelle madri, a quei neonati e bambini che ne hanno bisogno, soprattutto a quelli provenienti dalle comunità più povere ed emarginate. Questi sistemi devono operare in quella che è definita “assistenza continua”. Esistono due dimensioni per quest’ultima – tempo e luogo. I servizi vanno forniti alle donne in età riproduttiva, dalla gravidanza al parto fino ai primi giorni e anni di vita del bambino. Inoltre devono esserci dei legami tra l’assistenza a domicilio, quella locale nella comunità e negli ospedali e altre strutture sanitarie. Tuttavia in molti paesi e comunità poveri, forti sistemi sanitari – che operano nel corso dell’assistenza continua – semplicemente non esistono. Le strutture sanitarie spesso sono troppo lontane o troppo costose per accedervi. In molti casi quelle esistenti hanno personale inadeguato e mancano di farmaci ed attrezzature essenziali. I poveri sono quindi riluttanti ad investire tempo prezioso, energie e denaro per cercare un’assistenza che potrebbe essere non disponibile o di scarsissima qualità. Altri potrebbero non riconoscere i sintomi di malattie potenzialmente gravi o potrebbero rivolgersi a guaritori tradizionali o spiritualisti. I piani e i sistemi sanitari dovrebbero, nei limiti del possibile, portare assistenza nelle comunità e nelle famiglie dove si verificano la maggioranza dei decessi materni e infantili.

Anche il costo delle cure è un problema importante. Una serie di studi ha mostrato che, con l’introduzione delle parcelle, la richiesta di assistenza primaria da parte dei poveri crolla, mentre se viene abolita la richiesta aumenta notevolmente. Ma la questione dei costi va oltre le parcelle. In molti casi, altri costi – come il trasporto, i farmaci, i pagamenti informali agli operatori sanitari, l’alloggio, il vitto e il reddito agevolati – sono maggiori dei costi diretti.

Pur esistendo pareri diversi sui metodi più appropriati per finanziare la sanità, durante il G8 2009, un consenso globale è stato riscosso nell’affermare esplicitamente l’assistenza sanitaria materna e infantile dovrebbero essere “gratuite al momento dell’utilizzo laddove i paesi hanno scelto di fornirle”. La mancanza di operatori sanitari formati ed attrezzati in molti paesi poveri è una barriera enorme per la fornitura di assistenza sanitaria efficace per madri e bambini. Ciò è ulteriormente aggravato da una distribuzione iniqua degli attuali operatori nei paesi poveri. Pochi apprezzano la prospettiva di lavorare in luoghi difficili, e conseguentemente gli operatori sono carenti soprattutto in aree urbane insicure e aree rurali lontane. Secondo le ultime stime dell’Organizzazione Mondiale per la Sanità (OMS), occorrono almeno altri 4 milioni di operatori sanitari – 1,5 milioni solo in Africa.

Nel mondo sono stati individuati 57 paesi con “carenze critiche” 36 dei quali sono in Africa.

## **Denutrizione materna e infantile**

La morte di 3,2 milioni di bambini l’anno – circa un terzo di tutti quelli che muoiono prima dei 5 anni – è associata alla malnutrizione. Un bambino è a rischio di malnutrizione già da quando è ancora nel grembo materno, una conseguenza indiretta dello scarso apporto nutritivo della madre. Globalmente ogni anno 18 milioni di bambini nascono con un peso molto basso in quanto prematuri o malnutriti durante la gravidanza. L’Asia Meridionale ha la più alta

incidenza di basso peso alla nascita – un quarto dei neonati pesa meno di 2,5 chili – nonché la più alta prevalenza di bambini sottopeso. Un bambino è quasi dieci volte più soggetto a morire se gravemente sottopeso rispetto a quelli con un peso medio per la loro età, e oltre due volte e mezza più soggetti a morire se sono anche moderatamente sottopeso. La carenza di certi micro nutrienti indispensabili può anche danneggiare la salute della madre e del figlio e incrementare il rischio di mortalità materna e infantile. Ad esempio, l'anemia interessa il 42% delle donne incinte in tutto il mondo – variando dal 24% delle Americhe al 57% dell'Africa, aumentando il rischio di parto prematuro, peso basso alla nascita, emorragia, setticemia. La denutrizione indebolisce il sistema immunitario del bambino, rendendolo più esposto alle malattie e meno capace di combattere le infezioni. Un periodo particolarmente critico per lo sviluppo cognitivo e psichico va dalle prime settimane nel grembo fino al secondo anno di vita. Se un bambino è cronicamente malnutrito o rachitico in questo arco di tempo, gli effetti sono irreversibili. Uno dei migliori strumenti per garantire la sopravvivenza di un bambino, rafforzandone il sistema immunitario e dando un ulteriore contributo alla sua salute è l'allattamento al seno. I neonati che vengono allattati esclusivamente al seno per i primi sei mesi di vita sono dieci volte meno soggetti a morire di diarrea e 15 volte meno soggetti alla morte da polmonite, rispetto ai neonati che non lo sono. Ma molte donne non conoscono i benefici dell'allattamento al seno e potrebbero introdurre altri liquidi e alimenti che non sono necessari nei primi sei mesi di vita. Altre madri devono far fronte da un lato al fatto che viene richiesto loro di lavorare, dall'altro alle mansioni domestiche come prendere l'acqua e preparare il cibo, il che riduce la frequenza e la durata dell'allattamento al seno. I neonati spesso sono affidati a parenti o nonne e solo in parte allattati al seno. Quando un bambino è nutrito con tutto tranne che con latte materno nei primi sei mesi di vita, il rischio di morte è triplicato. I dati indicano, inoltre, che le pratiche di allattamento al seno che non rispettano gli standard raccomandati a livello internazionale (relativi alla durata e alla frequenza dell'allattamento e all'introduzione di altri alimenti) causano la morte di 1,4 milioni di bambini l'anno. La pressione delle industrie di alimenti sostitutivi del latte per bambini possono scoraggiare l'allattamento al seno ed innalzare il rischio di mortalità infantile. In molte parti del mondo in via di sviluppo le condizioni generali di preparazione del latte non sono igieniche, o le madri sono costrette ad usare acqua non potabile e contaminata per preparare il latte. Per di più, il neonato perde l'immunità trasmessa attraverso il latte materno. Esiste un codice deontologico internazionale per le compagnie che stabilisce le linee guida sulla promozione del latte in polvere per neonati, ma non sempre vengono rispettate. Malgrado la sua importanza nella lotta alla mortalità neonatale e infantile, la nutrizione materna e infantile è stata trascurata da molti governi di paesi in via di sviluppo e da donatori internazionali. La situazione sta cominciando a cambiare, non solo in conseguenza della crisi del prezzo del cibo. Ora vi è una maggiore attenzione internazionale sulla sicurezza alimentare e sull'agricoltura. Le azioni necessarie per promuovere le produzioni agricole nei paesi più poveri devono essere legate a misure per garantire che le persone più povere possano acquistare o produrre il cibo di cui necessitano. I trasferimenti di contanti e i programmi di previdenza sociale hanno un ruolo cruciale da svolgere in tutto ciò. Esattamente come avviene in ambito sanitario, il sistema internazionale che si occupa di nutrizione è molto frammentato ed è necessario agire per garantire che le varie iniziative internazionali sulla nutrizione e la sicurezza alimentare siano coordinate meglio.

## **Accesso limitato all'acqua pulita e fognature sicure**

L'OMS stima che il 28% delle morti al di sotto dei 5 anni sono legate alla mancanza di fognature e acqua potabile. Una delle cause più diffuse è la diarrea,

che si diffonde rapidamente in ambienti non igienici o dove le pratiche igieniche sono scarse. Anche la mancanza di acqua pulita e fognature sicure aumenta l'incidenza di gravi infezioni respiratorie, altra causa importante della mortalità infantile. I bambini più poveri tendono ad avere accesso limitato all'acqua pulita e a strutture fognarie sicure. Nelle aree ricche delle città in Asia, America Latina e Africa Sub-Sahariana, molte famiglie hanno i bagni e condutture di acqua potabile saranno introdotte nelle loro case a prezzi contenuti dalle compagnie pubbliche. Di contro, gli abitanti delle periferie e le famiglie rurali povere negli stessi paesi praticamente non hanno strutture igieniche ed hanno accesso a molta meno acqua dei 20 litri di cui ogni persona ha bisogno quotidianamente. Di fatto, la maggioranza dell'1,1 miliardi di persone che non ha accesso all'acqua pulita, ne usa solo circa 5 litri al giorno. Le donne e le bambine portano un doppio fardello poiché, dovendo impiegare diverse ore del giorno per prendere l'acqua, non hanno accesso all'istruzione e ad altre opportunità. Mentre vi sono stati notevoli progressi rispetto alla fornitura di acqua pulita, l'investimento in fognature sicure e il progresso verso gli obiettivi internazionali sui sistemi fognari sono gravemente deficitari. Nel 2006, 2,5 miliardi di persone non avevano ancora accesso a fognature sicure. Con le tendenze attuali, l'OSM 7 relativo alla fornitura di sistemi fognari sicuri non sarà raggiunto nell'Africa Sub Sahariana fino al XXII secolo.

### **Carenza di istruzione per le bambine**

L'impossibilità delle bambine di accedere ad una scolarizzazione di buona qualità ha chiaramente conseguenze educative disastrose, ma ha anche un cattivo impatto sulla sopravvivenza materna, neonatale e infantile. I risultati di una ricerca su 35 rapporti nazionali di analisi sulla demografia e sulla sanità indicano che i bambini di madri senza istruzione sono soggetti a morire o essere malnutriti più del doppio rispetto ai figli di madri con un'istruzione secondaria o altri titoli. Le madri con alfabetizzazione e competenze istruttive limitate tendono a ricevere meno un'assistenza specializzata durante la gravidanza e il parto. In Nigeria, ad esempio, appena il 15% dei parti di donne senza istruzione viene assistito da personale medico specializzato, rispetto al 56% delle nascite tra donne che hanno completato la scuola primaria, e l'88% di quelle donne che hanno completato un'istruzione superiore. Ampliando il discorso, esistono vari modi in cui le limitate opportunità di istruzione delle bambine hanno un impatto negativo sul loro futuro e su quello dei loro figli. Per esempio non essere in grado di leggere le informazioni sulle buone prassi sanitarie, la mancanza di sicurezza in se stesse e l'autorità per prendere decisioni, ed un'incapacità di negoziare la burocrazia governativa per l'accesso ai servizi.

### **Accesso limitato alla pianificazione familiare e gravidanza precoce**

Vi è un legame molto forte tra gli alti livelli di mortalità neonatale e infantile e l'incapacità delle madri e dei loro partner di ottenere e utilizzare la moderna contraccezione. La probabilità di morire per i bambini nati meno di due anni dopo il primogenito è più del doppio di quella di un bambino nato dopo tre anni. L'uso efficace della contraccezione può aiutare le madri a controllare la fertilità e distanziare le gravidanze, in modo da rafforzare la propria salute e quella dei loro bambini. L'accesso alla contraccezione è incrementato negli ultimi decenni, ma milioni di donne che dicono di voler ritardare la gravidanza non utilizzano contraccettivi moderni. Mentre a livello globale l'uso della contraccezione moderna è del 55%, nell'Africa Sub Sahariana è in media del 16%, e in 17 paesi dell'Africa Sub Sahariana si riporta un tasso di utilizzo inferiore al 10%. I tassi di mortalità infantile e materna sono inoltre influenzati dall'età della madre. Gli ultimi dati prodotti dall'ONU indicano che la gravidanza precoce contribuisce annualmente a circa 70.000 decessi materni tra le ragazze di età compresa tra i

15 e i 19 anni, e che il rischio che un neonato muoia nel primo anno di vita è maggiore del 60% quando la madre è minorenni. Il matrimonio precoce – in genere tra una ragazzina e un uomo più grande – contribuisce ad un gran numero di gravidanze adolescenziali mettendo in grave pericolo le vite di queste giovani madri e dei loro bambini.

## **Cambiamenti climatici e disastri naturali**

I disastri legati al clima riguardano già 250 milioni di persone – circa metà delle quali sono bambini – in un anno medio. È stato stimato che, nei prossimi 20 anni, i cambiamenti climatici e altri fattori faranno aumentare il numero di persone colpite da disastri di oltre il 300%.<sup>94</sup> I cambiamenti climatici stanno già gravemente colpendo la salute e l'accesso all'acqua da parte dei bambini. Inoltre stanno aumentando l'estensione delle aree colpite, la frequenza e la gravità dei disastri, con un impatto notevole sui bambini. Alcune delle principali malattie che uccidono i bambini – incluse malaria e diarrea – risentono delle condizioni climatiche che provocano inondazioni e temperature più elevate. Ogni anno, la malaria uccide già 800.000 bambini al di sotto dei 5 anni. Le temperature in aumento incrementeranno il raggio d'azione geografico e la stagionalità della malattia. In alcune aree dove le temperature erano precedentemente abbastanza basse da tenere lontana la malaria – come gli altipiani del Kenya – la temperatura media ora è salita ad un livello che aumenta il rischio di trasmissione. Nell'insieme, tra i 260 e i 320 milioni di persone in più saranno colpiti da malaria entro il 2080 a causa della sua diffusione in nuove aree. La maggioranza dei casi di diarrea tra i bambini dipende da strutture fognarie inadeguate, scarsa igiene e acqua potabile non sicura. L'accesso all'acqua pulita costituisce già una sfida quotidiana per oltre un miliardo di persone in tutto il mondo. Se le temperature globali aumentano di 2°C, da 1 a 3 miliardi di persone in più dovranno far fronte a tale carenza idrica. Che a sua volta contribuirà alla crescente incidenza di diarrea e malattie derivate dall'accesso all'acqua. I cambiamenti climatici hanno implicazioni molto serie anche per la disponibilità alimentare e la nutrizione. Entro il 2020, i raccolti in alcune parti dell'Africa potrebbero diminuire fino al 50% e, nelle regioni tropicali e subtropicali, le coltivazioni di riso e mais potrebbero diminuire fino al 40%. A causa di questa situazione, molti paesi in via di sviluppo diventeranno ancora più dipendenti dalle importazioni alimentari e saranno ulteriormente esposti ai capricci dei mercati internazionali, con una maggiore insicurezza alimentare per i bambini più poveri e per le loro famiglie.

**OSM4 (ridurre di due terzi, tra il 1990 e il 2015, il tasso di mortalità dei bambini con meno di 5 anni)**  
**Paese o territorio Tasso di mortalità al di sotto Obiettivo di Tasso annuale medio Progresso dei 5 anni Sviluppo del di riduzione (%) verso Millennio OSM target 1990 2007 nel 2015**  
**Osservato Richiesto 1990–2007 2007–2015**

Afghanistan Nessun progresso  
Angola Insufficiente  
Azerbaijan In regola  
Bangladesh In regola  
**Benin Insufficiente**  
Bolivia In regola  
Botswana Insufficiente  
Brasile In regola  
Burkina Faso Nessun progresso  
Burundi Nessun progresso  
Cambogia Insufficiente  
Camerun Nessun progresso  
Repubblica CentroAfricana Nessun progresso  
Ciad 6 Nessun progresso  
Cina In regola  
Congo Brazzaville Nessun progresso  
, Repubblica Democratica del Congo Insufficiente

Costa d'Avorio Insufficiente  
 Gibuti Insufficiente  
 Egitto In regola  
 Guinea Equatoriale Nessun progresso  
 Eritrea In regola  
 Etiopia Insufficiente  
 Gabon Nessun progresso  
 Gambia Insufficiente  
 Ghana Nessun progresso  
 Guatemala In regola  
 Guinea Insufficiente  
 Guinea-Bissau Insufficiente  
 Haiti In regola  
 India Insufficiente  
 Indonesia In regola  
 Iraq Insufficiente  
 Kenya Nessun progresso  
 Repubblica Popolare Democratica di Corea, Nessun progresso  
 Liberia Insufficiente  
 Madagascar Insufficiente  
 Malawi Insufficiente  
 Mali Insufficiente  
 Mauritania Nessun progresso  
 Messico In regola  
 Marocco In regola  
 Mozambico Insufficiente  
 Myanmar (Birmania) Insufficiente  
 Nepal In regola  
 Niger Insufficiente  
 Nigeria Insufficiente  
 Pakistan Insufficiente  
 Papua Nuova Guinea Insufficiente  
 Perù In regola  
 Filippine In regola  
 Ruanda Nessun progresso  
 Senegal Insufficiente  
 Sierra Leone Nessun progresso  
 Somalia Insufficiente  
 Sud Africa Nessun progresso  
 Sudan Nessun progresso  
 Swaziland Nessun progresso  
 Tagikistan Insufficiente  
 Tanzania Insufficiente  
 Togo Insufficiente  
 Turkmenistan In regola  
 Uganda Insufficiente  
 Yemen Insufficiente  
 Zambia Nessun progresso  
 Zimbabwe Nessun progresso

Nota: questa tabella evidenzia i progressi per il raggiungimento dell'OSM4, classificando i vari paesi come segue:

- in regola: con un tasso di mortalità infantile inferiore a 40, oppure se il tasso di mortalità è uguale o maggiore di 40, in presenza di un tasso di riduzione dal 1990 al 2007 uguale o maggiore al 4%;
- insufficiente: con un tasso di mortalità infantile di 40 o più e con un tasso di riduzione tra il 1990 e il 2007 tra l'1 e il 3,9%;
- nessun progresso: tasso di mortalità infantile maggiore di 40 e con un tasso di riduzione tra il 1990 e il 2007 inferiore all'1%.

La mortalità infantile non è una questione nuova. Per oltre un secolo i governi, le fondazioni private, i professionisti sanitari e altri hanno cercato di ridurre il numero di bambini e neonati morti. Infatti, il forte calo dei decessi di bambini in molte parti del mondo – soprattutto nei paesi attualmente sviluppati – è oggi una delle grandi storie di successo nella sanità pubblica internazionale.

All'inizio del ventesimo secolo molti di questi paesi avevano livelli di mortalità infantile che erano addirittura peggiori di quelli dei paesi più poveri oggi. Ad esempio nel 1900 il tasso di mortalità infantile nel Regno Unito era di 140 su 1.000 nati vivi, e negli Stati Uniti era di 100. I dati attuali sono di 5 e 7. Come hanno fatto questi paesi a ridurre i rispettivi tassi di mortalità infantile? **Hanno investito nella sanità, nelle fognature e nell'erogazione di acqua pulita.** I redditi crescenti hanno portato a migliori regimi alimentari, e l'istruzione universale e un maggiore accesso alla pianificazione familiare hanno portato a famiglie più piccole, ma in miglior salute.