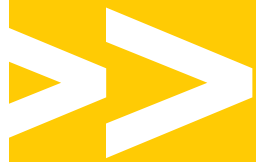


desafíos

Número 6, diciembre de 2007

ISSN 1816-7527

Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio



La reducción de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe: avance dispar que requiere respuestas variadas



NACIONES UNIDAS

CEPAL

unicef



Mortalidad infantil: progresos relativos y deudas pendientes

Sin duda, en los últimos decenios la mortalidad infantil ha descendido en el conjunto de América Latina, aun en situaciones de bajo e inestable crecimiento económico y magra reducción de la incidencia de pobreza en el promedio regional. Estos descensos en mortalidad infantil son heterogéneos entre países y, en cierta medida, la persistencia de alta mortalidad se relaciona con bajos ingresos, maternidad adolescente y falta de acceso a servicios básicos y de atención sanitaria oportuna. Por otra parte, tanto la población rural como los pueblos indígenas y afrodescendientes presentan notorios rezagos, es decir, índices generales de mortalidad infantil muy superiores al resto de la población. Además, las causas de muerte en este grupo etario van modificando su incidencia al comparar la evolución de defunciones neonatales y post neonatales.

Todo esto se analiza de manera pormenorizada y con datos actualizados en el artículo central del presente número de *Desafíos*, y constituye información estratégica para planificar políticas e intervenciones a futuro, lo que permitiría cerrar las brechas por grupo y alcanzar asimismo mayores logros generales de reducción de la mortalidad de niños y niñas menores de cinco años. Ello en función de avanzar en la Meta del Milenio correspondiente y en la agenda fijada por el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, 1994.

Consecuentes con nuestra línea editorial, hemos abierto un espacio para opiniones de adolescentes y jóvenes, así como de expertos en políticas sobre el problema, sus causas y los abordajes en relación con la mortalidad infantil. También brindamos información sucinta sobre una amplia gama de programas –diversos en sus formas de intervención– en distintos países de la región, respecto del cuidado infantil y materno infantil que redundan en reducción de la mortalidad.

COMITÉ EDITOR



02 editorial

Mortalidad infantil: progresos relativos y deudas pendientes

03 agenda

El semestre en la región

la voz de los niños, niñas y adolescentes

Prevención de la violencia infantil y protección a la niñez y adolescencia

04 análisis e investigaciones

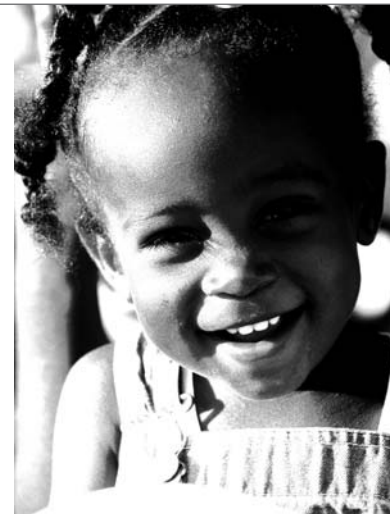
La reducción de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe: avance dispar que requiere respuestas variadas

© UNICEF / Panamá / 2006 / Gonzalo Bell



10 puntos de vista

Intersectorialidad y enfoque de participación comunitaria: elementos clave para reducir la mortalidad infantil



© UNICEF / Belice / Cesar Villar

11 aprendiendo de la experiencia

Previniendo la mortalidad infantil

12 ¿sabía usted...?

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF),
Oficina Regional para América Latina y el Caribe (UNICEF TACRO)

Comité editor:
CEPAL: Martín Hopenhayn + Sonia Montaña + Jorge Rodríguez
UNICEF: Marcela Masnatta + Susana Sottoli + Egidio Crotti
Coordinación general:
María Rebeca Yáñez

Diseño y diagramación:
Paulo Saavedra + Rodrigo Saavedra

Colaboradores:
Mariela De Jesús + Paulo Froes + Margarita Mojica +
Francisca Palma

Fotografía de Portada
© UNICEF / Costa Rica / Gonzalo Bell

Desafíos
Número 6, diciembre de 2007
ISSN versión impresa 1816 - 7527
ISSN versión electrónica 1816 - 7535

Publicación de las Naciones Unidas
© Naciones Unidas, diciembre de 2007.
Todos los derechos reservados
Contacto: desafios@cepal.org, desafios@unicef.org

El semestre en la región

>> Buenos Aires 30/15, Reunión Internacional sobre Atención Primaria en Salud

Del 14 al 18 de agosto de 2007, en el marco del próximo 30º Aniversario de la Declaración de Alma Ata (1978), se efectuó en Buenos Aires esta reunión a fin de hacer un balance y discutir los obstáculos que impiden el logro de acceso a salud para todos en el contexto de los objetivos de desarrollo del Milenio del 2000.

<http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps070814.htm>

>> III Congreso Mundial sobre los Derechos de la Infancia y la Adolescencia

Del 14 al 19 de noviembre en Barcelona, España, organizado por Obra Social Fundación "La Caixa" y con el apoyo de varias entidades, para debatir diversos temas como pobreza infantil, discapacidad, justicia juvenil, observatorios, y otros, con énfasis en los derechos de la infancia y la adolescencia.

<http://www.iiicongresomundialdeinfancia.org/index.htm>

>> Conferencia Mundial "Las mujeres dan vida: invertir en las mujeres da resultados"

En Londres, 18 al 20 de octubre, convocada por Women Deliver para observar por qué invertir en las mujeres genera múltiples ganancias, tales como: mejor educación para las niñas; retraso en la edad de matrimonio y maternidad; reducción de la mortalidad materna e infantil; mayor y mejor uso de métodos anticonceptivos; y mejores niveles de nutrición familiar.

<http://www.womendeliver.org/spanish/index.htm>

>> Seminario internacional "Cincuentenario del CELADE"

Con fines conmemorativos, el 10 y 11 de octubre de 2007 se realizó este seminario en la sede de la CEPAL, con la colaboración del UNFPA y del Gobierno de Francia y la participación de destacados especialistas en evolución de la población en la región y sus implicancias para el desarrollo económico y social.

<http://www.eclac.cl/celade/default.asp>

Documentos destacados



>> UNICEF, 2007

"Estado mundial de la Infancia 2007: La mujer y la infancia. El doble dividendo de la igualdad de género"
http://www.unicef.org/spanish/publications/index_36602.html



>> CEPAL, 2007

Panorama social de América Latina, 2007
<http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/30305/P30305.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt>



>> The Lancet; UNICEF; Save the Children; WHO; World Bank; BASICS; IPA; USAID; The Partnership for Maternal, Child and Newborn Health, 2005

"The countdown to 2015: Child survival. Tracking progress in child survival"
<http://www.who.int/pmnch/events/2005/countdown2015begin.pdf>

Prevención de la violencia infantil y protección a la niñez y adolescencia

● Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños¹

Prevenir la violencia contra las niñas, niños y adolescentes es fundamental para asegurar el pleno reconocimiento y respeto a su dignidad e integridad física. En 17 países de la región se impulsó su participación en el debate sobre el tema. En el marco de este estudio y tras un proceso de consultas nacionales, se publicó *Las voces de niñas, niños y adolescentes sobre la violencia, 2006*, donde ellos exponen estrategias para enfrentar la violencia y hacen un llamado a distintos actores sociales.

"Diseñar programas de orientación desde la escuela para padres, madres, hijos e hijas...habilitar espacios de encuentro, reflexión y diálogo con progenitores y profesores...crear mecanismos de apoyo desde la familia..." *Niñas y niños, República Dominicana*

"Pedir a los dueños que no vendan bebidas alcohólicas a niños y adolescentes...y a las autoridades que paren de dar permisos...que se respeten los horarios...ofrecer trabajos..." *Niños y niñas de Honduras*

"Orientar a los padres sobre temas de violencia: que les den pláticas, que les digan que no es buena...explicarles que no tienen derecho a maltratar..." *Niños y niñas de México*

"Hacer campañas de educación y preparar a los padres para que en vez de pegar a los niños, los eduquen...es importante la educación para prevenir la violencia..." *Adolescentes mujeres, Ecuador*

● La Juventud Opina²

En una encuesta abierta de este ciberforo (2007), se examinó el derecho a la protección y la responsabilidad de la sociedad en el cumplimiento de los derechos de niños y niñas.

Como respuesta a la pregunta ¿quién piensas que es el responsable de la seguridad de los niños y niñas?, en las 1.349 opiniones emitidas por los jóvenes se señala como principal responsable de su seguridad a la familia (26, 5%), el gobierno (11,3%), la comunidad (3,3%), la iglesia (1,4%) y las escuelas (1,3%).

La gran mayoría señaló al conjunto de estas instancias como responsables.

1.- http://www.unicef.org/spanish/protection/index_27374.html

2.- http://www.unicef.org/voy/spanish/explore/cse/explore_poll_23.php?action=results&poll_ident=26





© UNICEF / Panamá / 2006 / Gonzalo Bell

La reducción de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe: avance dispar que requiere respuestas variadas

Maren Jiménez, Oficial de Asuntos de Población, Fabiana Del Popolo, Experta en Demografía, Guiomar Bay, Experta en Demografía, Dirk Jaspers-Faijer, Director

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL

1. El estado de la mortalidad infantil en la región

Hacia 1970, uno de cada 12 niños nacidos en la región moría en su primer año de vida. En 6 de 37 países de América Latina y el Caribe la tasa de mortalidad infantil superaba los 100 por mil nacidos vivos (Bolivia, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras y Perú) e incluso alcanzaba valores cercanos o superiores a 150 por mil en dos países (Bolivia y Haití).¹

En las décadas siguientes se produjo una notable caída en la tasa de mortalidad infantil para toda la región: de 81 por mil en 1970-1975 a 38 por mil en 1990-1995 y se espera que evolucione a 22 por mil en 2005-2010. En mayor o menor medida, todos los países han experimentado una reducción significativa (véase el gráfico 1). Se estima que actualmente (2005-2010) Barbados, Cuba, Chile, Costa Rica, Guadalupe, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica y Puerto Rico presentan niveles de mortalidad infantil iguales o inferiores a 10 por mil, mientras que solo Haití, Bolivia y Guyana registran tasas de alrededor de 45 por mil. Esta reducción de los riesgos de muerte en niños y niñas ocurrió aun en condiciones persistentes de pobreza y desigualdad y de las recurrentes crisis económicas y políticas vividas por muchos países latinoamericanos en las últimas décadas. En países como Haití y Paraguay se lograron importantes reducciones de la mortalidad infantil pese a una disminución del PIB entre 1990 y 2005.

De hecho, los descensos más recientes en las tasas de mortalidad infantil no se correlacionan directamente con el nivel de crecimiento económico. Pero la magnitud de dicha mortalidad sigue siendo un indicador importante del nivel de desarrollo social y, en particular, de la disponibilidad, la utilización y el acceso a los sistemas de salud, y de la atención nutricional, sanitaria y de protección por parte de la población, sobre todo de niños, niñas y adolescentes. Este indicador evidencia el grado en que una sociedad tiene y ejerce el derecho humano más fundamental a la vida y a la salud.

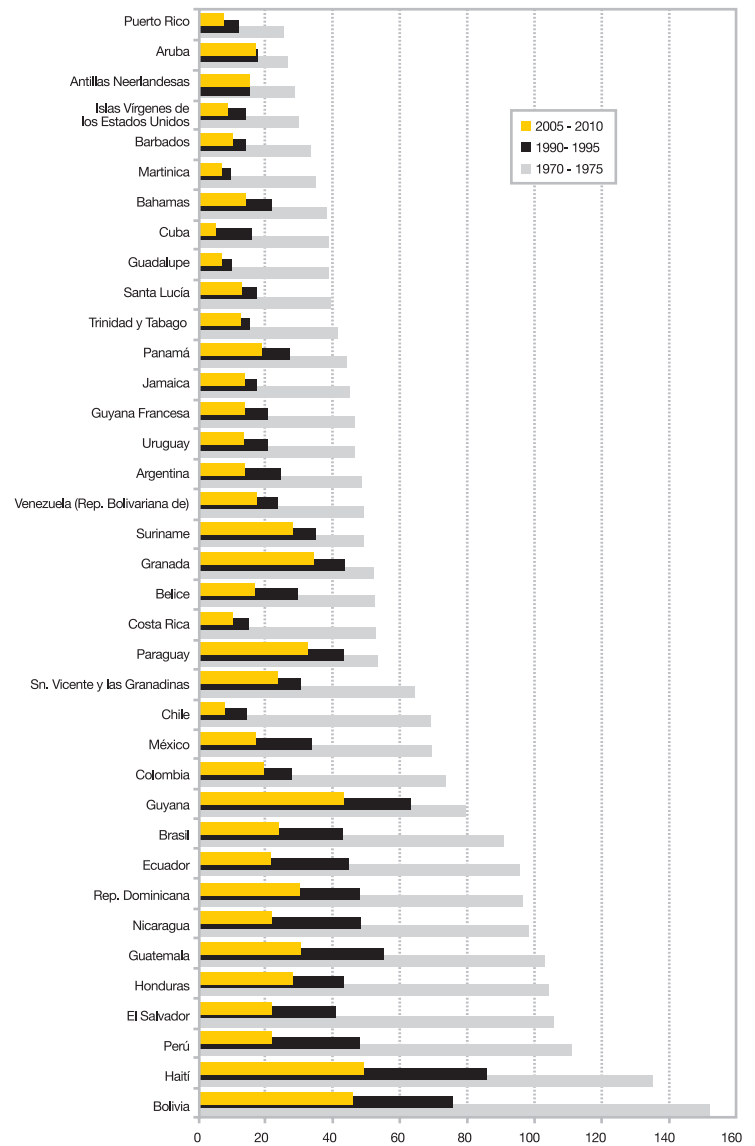
Los logros en esta materia se deben a la combinación de múltiples procesos, como el avance de la atención primaria de alto impacto y bajo costo -programas de vacunación masiva, la terapia de rehidratación oral, la lactancia materna y el control de la salud de los niños sanos- junto con cambios socioeconómicos y demográficos sostenidos, como el aumento de la cobertura de los servicios básicos especialmente de agua potable y saneamiento, el aumento de los niveles educativos de la población y el descenso de la fecundidad.

Pese a estos logros, muchos países han tenido dificultades para avanzar en el combate a la mortalidad infantil. La centralidad y vigencia de esta lucha quedaron demostradas por su inclusión específica como uno de los indicadores del objetivo 4 de desarrollo del Milenio (ODM), Meta 5, por el que los países se comprometen a reducir la mortalidad de niños y niñas en dos tercios entre 1990 y 2015.² Para encaminarse al cumplimiento de la meta y dado que

¹ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, *Observatorio Demográfico*, Año 1, N° 4, Santiago de Chile, 2007.

² Actualmente, la Meta 5 de los ODM representa la culminación de varios acuerdos internacionales sobre el objetivo de reducir la mortalidad infantil. En la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia (CMFI) de 1990 se estableció como meta la reducción de una tercera parte de la tasa de mortalidad de menores de un año o hasta 50 por mil nacidos vivos de 1990 al 2000. El Programa de Acción acordado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en 1994 y ratificada en 2004 (CIPD+10), agregó a esta meta que "para el año 2005 la tasa debería estar por debajo de 50 por mil nacidos vivos y para el año 2015 la tasa debería estar por debajo de 35 por mil nacidos vivos". Aunque muchos países no lograron cumplir con las metas establecidas por estos acuerdos, ambos favorecieron la puesta en práctica de programas de salud que apoyan el cumplimiento de la metas estipuladas en los ODM.

GRÁFICO 1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL
(Por mil nacidos vivos)

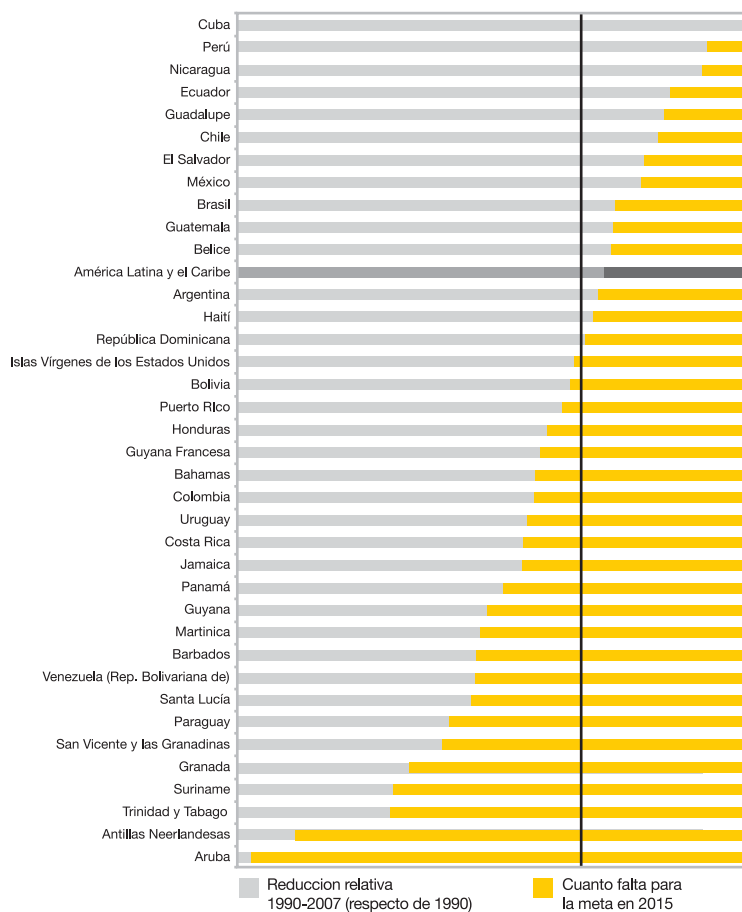


Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, *Observatorio Demográfico*, N° 2, 2007 y División de Población de las Naciones Unidas "World Population Prospects: 2006 Revision".



Las reducciones de la mortalidad infantil en la región se han producido incluso pese a la alta persistencia de la desigualdad en los países

GRÁFICO 2
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: PROGRESO EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL DE 1990 A 2007 Y REDUCCIÓN PENDIENTE HASTA 2015 RESPECTO DE LA META 5 DE LOS ODM^{a/}



Fuente : División de Población de las Naciones Unidas "World Population Prospects: 2006 Revision".
 a/ Objetivos de desarrollo del Milenio.

el lapso 1990-2007 equivale aproximadamente a dos tercios –68%– del período total contemplado hasta 2015, conforme con una progresión lineal, los países debieran haber recorrido al menos dos tercios de este trecho. Es decir, haber disminuido la mortalidad infantil un 45,3%, con lo que un descenso inferior puede considerarse un rezago.

Como se observa en el gráfico 2, de los 35 países de la región para los que se dispone de datos, en 23 las reducciones son inferiores al 45,3%, mientras que en 14 las tasas de mortalidad infantil disminuyeron más del 45%. Aunque los rezagos en algunos países pueden atribuirse parcialmente al hecho de partir de niveles bajos de mortalidad infantil (una tasa de 15 por mil o menor) –como es el caso de Barbados, Jamaica y Puerto Rico–, otros países que empezaron con tasas similarmente bajas están en línea con el cumplimiento de la meta, entre ellos Cuba, que ya la cumplió. Los cinco países que no solo registran atrasos, sino también tasas de mortalidad infantil relativamente altas –Guyana, Granada, Paraguay, Suriname, y San Vicente y las Granadinas– deberían aumentar significativamente sus esfuerzos para alcanzar la meta en 2015.

³ Naciones Unidas, *World Report on Violence against Children and Adolescents*, Ginebra, octubre de 2006.

2. Las múltiples causas de la mortalidad infantil

De acuerdo con la historia de la salud pública, en el proceso de descenso de la mortalidad infantil primero disminuyen las muertes por causas vinculadas al entorno, que se consideran fácilmente evitables e inciden mayormente durante el período post neonatal (de 1 a 11 meses de edad). Por lo tanto, en esta etapa tiende a aumentar el peso relativo de las muertes por bajo peso al nacer, malformaciones congénitas y otras enfermedades relacionadas con las condiciones del embarazo y el parto que se den principalmente durante los primeros 28 días de vida (período neonatal). La mortalidad post neonatal muchas veces se puede evitar mediante intervenciones médicas y sanitarias, tales como la terapia de rehidratación oral que disminuye la mortalidad por diarrea. Una reducción en la mortalidad neonatal, en cambio, requiere el control de otras tecnologías, particularmente de diagnóstico prenatal y de atención especializada en el período perinatal (incluye las muertes en la primera semana de vida y las muertes fetales).

En el gráfico 3 se ilustra el comportamiento de la mortalidad neonatal y post neonatal en algunos países de la región con diferentes niveles de mortalidad infantil, en dos momentos. Se aprecia el incremento relativo de muertes en el período neonatal sobre el total de mortalidad infantil, mientras esta última descende en términos absolutos.

También llaman la atención las muertes por causas externas en la infancia, que se consideran totalmente evitables. En el cuadro 1 se aprecia la situación de algunos países de la región, en que se incluye tanto el porcentaje de muertes por causas externas en los menores de 1 año, y lo mismo para los niños de 1 a 4 años como grupo de comparación. Se destaca la importancia relativa de estas muertes, especialmente entre los niños de 1 a 4 años, y el aumento de la proporción de estas defunciones entre los años analizados.

Dentro de estas muertes, para el año más reciente es posible identificar las relacionadas con agresiones y accidentes dentro de la vivienda, que representan alrededor del 50% de las defunciones por causas externas. Se trata de decesos prevenibles, pues se relacionan directamente con deficiencias en el cuidado y maltrato infantil. De hecho, cuanto más pequeño es el niño que muere por causas externas, mayor es la probabilidad de que su muerte sea causada por un miembro de la familia.³

3. Desigualdades territoriales y socioeconómicas en la mortalidad infantil

Los sistemas de registros de estadísticas vitales de la mayoría de los países no permiten el análisis de las desigualdades sociales en las tasas de mortalidad infantil, porque en el certificado de defunción no se registran indicadores socioeconómicos y educativos de la familia; por ende, los censos de población y las encuestas de demografía y salud son fuentes esenciales para examinar las diferencias en las tasas de mortalidad infantil.

En general, las diferenciales territoriales siguen siendo una importante fuente de desigualdad en las tasas de mortalidad infantil en el interior de los países, aunque en algunos casos la brecha entre el ámbito rural y el urbano ha disminuido levemente en la última década (véase el cuadro 2). Es el caso de El Salvador, donde según la Encuesta Nacional de Salud Familiar para 2002-2003, las tasas de mortalidad infantil para los



© UNICEF / Gonzalo Bell / Costa Rica

CUADRO 1
PORCENTAJE DE MUERTES POR CAUSAS EXTERNAS EN LA INFANCIA,
SEGÚN LOS GRUPOS DE EDADES (PAÍSES Y PERÍODOS SELECCIONADOS)

	Menores de 1 año	De 1 a 4 años
Argentina		
1993	5	24
2003	3	26
Chile		
1993	11	19
2003	1	36
Costa Rica		
1994	2	18
2004	2	30
Cuba		
1994	2	24
2004	3	27
Ecuador		
1994	1	10
2004	2	17
Uruguay		
1993	8	23
2001	7	21
Venezuela (Rep. Bolivariana de)		
1992	4	18
2002	4	16

Fuente: Sobre la base de estadísticas vitales de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Cuanto mejores son las condiciones de vida del hogar y la educación de la madre, notoriamente menor es la incidencia de la mortalidad infantil

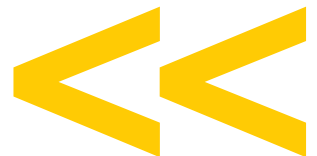
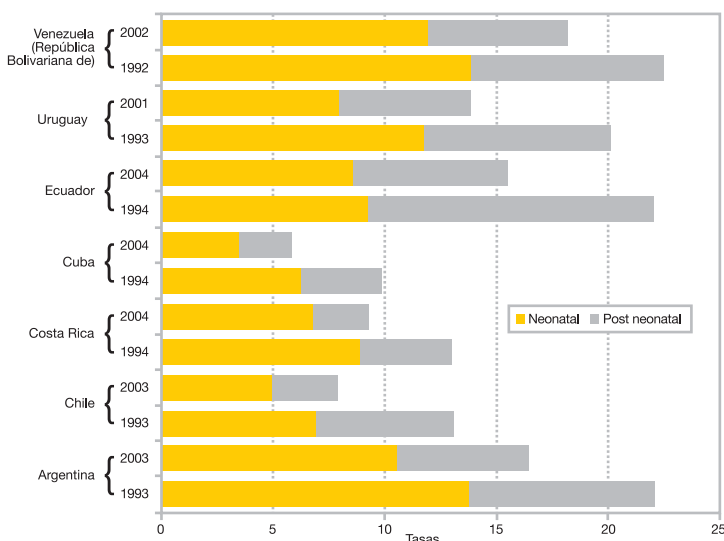


GRÁFICO 3
TASA DE MORTALIDAD NEONATAL Y POST NEONATAL
(PAÍSES Y AÑOS SELECCIONADOS)
(Por mil nacidos vivos)



Fuente: Sobre la base de estadísticas vitales de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

nacimientos ocurridos en un período de cinco años anteriores a la encuesta se igualaron en las zonas rurales y urbanas. Sin embargo, en países con altos niveles de mortalidad infantil, como Bolivia, persiste la diferencia territorial: allí la mortalidad de niños y niñas en zonas rurales en 1994 era 1,5 veces mayor que en zonas urbanas y para 2004 la diferencia solo bajó a 1,4 veces. En Haití, la brecha entre las áreas rurales y urbanas creció (de 1,1 en 1995-1996 a 1,4 en 2005-2006) debido a un descenso en la mortalidad infantil más marcada en las zonas urbanas que en las rurales.⁴

Del mismo modo, las condiciones de vida del hogar y la educación de la madre siguen teniendo un efecto clave en la mortalidad infantil; cuanto más carencias tenga el hogar y menos educada sea la madre, más elevado será el riesgo de muerte para los niños menores de un año. Como se advierte en análisis de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS por su sigla en inglés), los niños pertenecientes a los hogares más pobres (primero y segundo quintil de riqueza) y cuyas madres tienen bajos niveles de educación (educación primaria o menos) mueren antes de cumplir un año de edad con más frecuencia que los niños residentes en hogares con mejores niveles de bienes y madres más educadas (educación secundaria o más).⁵

⁴ Las cifras se refieren a los 10 años anteriores a la encuesta.

⁵ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, agosto de 2005.

4. Mortalidad infantil en pueblos indígenas y afrodescendientes: expresión de la inequidad estructural y derechos no garantizados

A nivel internacional, existe consenso en que el cumplimiento del objetivo 4 de los ODM solo será posible si se disminuyen las inequidades y los esfuerzos se concentran en reducir las tasas de los grupos más excluidos y vulnerables. Entre ellos se cuentan los pueblos indígenas y afrodescendientes. En efecto, si bien la sobremortalidad en edades tempranas se relaciona con la pobreza y con una mayor ruralidad, las desigualdades entre indígenas y no indígenas se mantienen aun controlando estos factores.⁶ Como promedio latinoamericano, la mortalidad infantil de los niños indígenas es un 60% mayor que la de los no indígenas: 48 por mil nacidos vivos comparado con 30 por mil, respectivamente; la brecha es aún mayor respecto de la probabilidad de morir antes de los 5 años de vida, con una sobre mortalidad del 70%.⁷

Al comparar los resultados de los censos de la ronda de 1990 con los de 2000 se advierte –aunque los esfuerzos son aún insuficientes para superar la disparidad– una disminución importante en la mortalidad infantil de los pueblos originarios (véase el cuadro 2). Esta reducción puede derivar de dos componentes, uno que da cuenta de una disminución real y otro que viene a ser el efecto de la menor mortalidad infantil de grupos que se declararon indígenas en el segundo censo y no en el primero, debido a cambios metodológicos y al proceso de

revitalización cultural que se viene observando. Si bien esto requiere de un análisis más profundo, por lo pronto se puede ver que no hubo logros en materia de equidad: las desigualdades se mantienen e incluso se observan leves incrementos en las zonas rurales de varios países.

A su vez, el descenso de la mortalidad infantil registrado en el total de la población indígena de cada país va de la mano del proceso de urbanización que está experimentando este colectivo, junto con el hecho de que ha sido precisamente en el medio urbano donde se observan las mayores reducciones relativas. En el caso de la población afrodescendiente, y aunque la información es fragmentaria, las inequidades son claras en Brasil, Colombia y Nicaragua, no así en Costa Rica y Honduras (véase el cuadro 2).

5. Cómo enfrentar la mortalidad infantil en la región: un fenómeno diverso que requiere respuestas diversas

La heterogeneidad de la mortalidad infantil en la región refuerza la necesidad de diseñar e implementar políticas públicas que respondan a esta diversidad. Dado que en la actualidad no hay una relación biunívoca entre crecimiento económico y descenso de la mortalidad infantil, es necesario identificar los múltiples determinantes de la mortalidad a fin de orientar y ampliar los espacios de políticas realmente efectivas para alcanzar las metas, asegurando el bienestar de los niños y la realización de sus derechos.

En un clásico estudio, Mosley y Chen muestran la importancia de las alianzas estratégicas intersectoriales de los sistemas de salud y los servicios sanitarios y habitacionales para disminuir las desigualdades en los niveles de mortalidad infantil.⁸ Proponen cinco conjuntos de determinantes próximos de la mortalidad infantil en los que hay que poner el acento.

Primero, el control de enfermedades, incluidas la atención de la salud e intervenciones básicas en salud especialmente focalizadas en los más pobres. Ello implica no solo el acceso a medidas preventivas como vacunas e inmunizaciones, sino también la disponibilidad y calidad de cuidado durante el embarazo y el parto, sobre todo para el control de la mortalidad materna y neonatal.

Segundo, la salud materna juega un papel importante en la supervivencia de los niños. Parte del descenso en las tasas de mortalidad infantil se vincula directamente a la disminución de las tasas de fecundidad, que redundan en menos partos de alto riesgo. No obstante, niños nacidos de mujeres jóvenes (menos de 19 años) y maduras (más de 40 años), de alta paridad y con intervalos de menos de 24 meses entre nacimientos, tienen un elevado riesgo de morir, lo que refuerza la importancia de la educación y el acceso a servicios de planificación familiar para que las mujeres puedan programar y espaciar sus embarazos.

Tercero, en relación con la salud materna y tal como se puede esperar, la deficiencia de nutrición –no solo para el niño, sino para la madre– también repercute notablemente en la

CUADRO 2

AMÉRICA LATINA (13 PAÍSES): TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA Y ZONA DE RESIDENCIA, CENSOS DE 1990 Y 2000
(Por mil nacidos vivos)

País	Año del Censo	Total país			Área de residencia					
		Indígena	Afro	Resto	Urbano			Rural		
					Indígena	Afro	Resto	Indígena	Afro	Resto
Bolivia	1992	104,0	---	65,9	82,7	---	52,9	121,0	---	93,8
	2001	77,7	---	50,5	67,8	---	48,1	87,8	---	57,1
Brasil	1990	61,1	63,9	39,4	76,7	59,7	36,1	56,7	73,1	50,5
	2000	39,7	40,2	26,7	37,2	37,6	24,7	41,8	48,1	35,0
Chile	2002	12,8	---	11,5	12,0	---	11,4	12,7	---	12,0
Colombia	2005	39,5	31,7	23,9	30,9	30,0	23,5	39,8	33,8	25,0
Costa Rica	2000	20,9	11,2	11,5	20,4	8,2	10,7	21,5	15,1	12,3
Ecuador	1990	101,8	---	53,3	61,5	---	39,6	108,0	---	69,4
	2001	72,2	---	30,5	42,9	---	24,7	76,6	---	39,1
Guatemala	1994	61,1	---	49,7	56,9	---	41,0	62,1	---	55,2
	2002	51,1	---	41,0	47,2	---	35,3	52,6	---	46,7
Honduras	2001	43,5	31,9	34,5	27,1	30,1	25,1	45,2	33,7	41,8
México	1990	63,8	---	36,7	48,7	---	31,1	70,8	---	49,8
	2000	42,7	---	26,2	35,4	---	23,7	47,1	---	33,3
Nicaragua	2005	34,0	38,0	26,4	24,4	24,1	18,8	39,1	47,4	33,9
Panamá	1990	72,2	---	21,6	39,9	---	17,7	75,3	---	26,0
	2000	53,5	---	17,3	31,7	---	15,7	57,5	---	19,5
Paraguay	1992	96,2	---	45,8	90,8	---	45,9	96,5	---	45,8
	2002	78,5	---	37,7	72,1	---	38,8	79,1	---	36,3
Venezuela (República Bolivariana de)	2001	44,4	---	19,6	31,9	---	19,1	58,1	---	22,6

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, procesamientos especiales de los microdatos censales.

Nota: A fin de poder hacer la comparación entre censos, la población indígena y afrodescendiente se definió a partir del criterio de autoidentificación, excepto en los casos de Bolivia, Ecuador y México, para los que se trata de hablantes de idioma indígena (solamente en el último censo se incluyó la auto-pertenencia).

⁶ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama Social 2006*, Santiago de Chile, febrero de 2007.

⁷ Del Popolo, Fabiana y Ana María Oyarce, "Población indígena de América Latina: perfil sociodemográfico en el marco de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y de las Metas del Milenio", CELADE-CEPAL *Notas de Población*, N° 79, julio de 2005.

⁸ Mosley, W. Henry y Lincoln C. Chen. "An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries", *Population and Development Review* 10 (Supp): pp. 25-45, 1984.

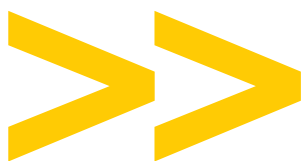
mortalidad infantil. A este respecto, la lactancia materna es sumamente importante. Según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de la mitad de las muertes debidas a diarrea e infecciones respiratorias podrían evitarse con amamantamiento exclusivo durante los primeros tres meses de vida y amamantamiento parcial durante el resto del primer año.⁹

Cuarto, las condiciones sanitarias, el manejo de los residuos y el acceso a agua potable son cuestiones críticas para el control de varias enfermedades transmisibles. El medio ambiente donde los niños y niñas habitan es un factor determinante que afecta a las tasas locales de mortalidad debido a enfermedades diarreicas y otras afecciones prevenibles.

Quinto, los accidentes y las causas violentas de muerte en niños y adolescentes, que no siempre son aleatorios e inesperados, indican un grave problema social relacionado con las características de los entornos de los niños, lo que requiere atención del sector de salud pública, así como de los mecanismos de vigilancia y protección de los derechos de los niños y niñas.

En síntesis, las marcadas brechas en las tasas de mortalidad infantil en América Latina y el Caribe señalan la interrelación entre dicho fenómeno y varios otros temas presentes en los objetivos de desarrollo del Milenio, tales como: erradicar la pobreza extrema y el hambre (objetivo 1), la educación (objetivo 2), la igualdad entre los géneros (objetivo 3), la salud materna (objetivo 5), y el combate al VIH/SIDA y otras enfermedades (objetivo 6).

El desafío para los países de la región consiste en la efectiva realización de acciones mancomunadas y complementarias, tanto intersectoriales –en las áreas de educación, salud, protección social, de género y disparidades étnicas, de atención sanitaria y medio ambiental, y otras– como en distintos niveles territoriales. La formulación conjunta de políticas que coordinen estas acciones, definan intervenciones técnicas y privilegien a las poblaciones más afectadas favorecerá las sinergias necesarias para reducir la mortalidad infantil. Ello con el objetivo último de que el derecho a la vida y a la salud sea una realidad universalmente válida para todos los niños de la región.



Aunque ruralidad y pobreza son factores de sobremortalidad en edades tempranas, las desigualdades entre indígenas y no indígenas persisten aun controlando estos factores



RECUADRO 1 POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE SALUD DE PUEBLOS INDÍGENAS

En un diagnóstico realizado recientemente por el CELADE-CEPAL se observa que varios países de la región cuentan ya con una política nacional de salud de pueblos indígenas (Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, México, Nicaragua, Panamá, Perú y República Bolivariana de Venezuela) y que la gran mayoría están implementando diversas acciones, destacándose aquellos programas centrados en aspectos específicos, como la medicina tradicional y la formación de recursos humanos.¹⁰ Si bien en varios países se destaca como un logro significativo la reducción de la mortalidad infantil y materna, únicamente Brasil presenta información que permite sustentar estos logros; cifras oficiales de la Fundación Nacional de Salud (FUNASA) indican que entre los años 2000 y 2006 la mortalidad infantil indígena descendió de un 74,6 por mil nacidos vivos a un 38,5 por mil.¹¹ Estos hechos permiten al menos dos conclusiones, por una parte, que si existe voluntad política es posible avanzar significativamente en garantizar el derecho a la salud; por otra, que la ausencia generalizada de información sistemática sobre la situación de salud y perfiles epidemiológicos de los pueblos indígenas constituye uno de los principales obstáculos para definir objetivos sanitarios y evaluar resultados en el cumplimiento de sus derechos individuales y colectivos. A ello se agrega la poca disponibilidad de recursos humanos capacitados, el escaso financiamiento, la discontinuidad en la asignación de recursos y la baja participación de los pueblos indígenas.

En el ámbito de la salud, la existencia de un estándar mínimo de derechos individuales y colectivos implica avanzar en la promoción, protección y garantía de los siguientes derechos: nivel más alto de salud física y mental mediante un acceso sin discriminación, adecuado y de calidad; salud integral indígena, que incluye uso, fortalecimiento y control de la medicina tradicional, y protección de sus territorios como espacios vitales; participación en el diseño, implementación, gestión, administración y evaluación de las políticas y programas de salud, con énfasis en la autonomía de los recursos.¹² Sin duda, esto plantea enormes desafíos para la política pública, más aún con la reciente aprobación por parte de las Naciones Unidas de la Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas del mundo.

⁹ Betrán, Ana, Mercedes de Onís, Jeremy A. Lauer y José Villar. "Ecological Study of Effect of Breastfeeding on Infant Mortality in Latin America", *BMJ Journal*, vol. 323: pp. 303-307, 2001.

¹⁰ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) *Panorama Social 2007* (en revisión editorial), Santiago, Chile.

¹¹ Estas estimaciones se refieren a la población indígena asentada en el área de cobertura de la Política Nacional de Atención de los Pueblos Indígenas de Brasil. A través de ella se define el Distrito Sanitario Especial Indígena (DSEI), como un modelo de organización territorial de servicio orientado a un espacio etnocultural dinámico, geográfico, poblacional y administrativo bien delimitado; a la fecha existen 34 DSEI, que abarcan un total de 3.751 aldeas, cubriendo una población indígena de 470 mil personas (*Panorama Social 2007*).

¹² Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Panorama Social 2007* (en revisión editorial), Santiago, Chile.



© Dr. Farmer: PIH / 2001 / Mark Rosenberg



Paul Farmer

médico y antropólogo,
Doctor Facultad de
Medicina de la
Universidad de Harvard
y cofundador de Partners
In Health (PIH)

¿Qué esfuerzos globales deben desarrollarse para fortalecer los sistemas de salud y cuál es su experiencia en el enfoque de participación comunitaria en la lucha contra la mortalidad infantil?

Los esfuerzos globales para fortalecer los sistemas de salud, sobre todo con el objetivo de reducir la mortalidad materna e infantil, continúan enfrentando desafíos que limitan la coordinación entre actores y organizaciones. Ello requiere replantear el enfoque vertical en los programas y robustecer los sistemas de salud de manera integrada y horizontal, incorporando sistemas de atención primaria de alta calidad.

Con relación al enfoque basado en la participación comunitaria, experiencias del PIH en distintos países señalan que el fortalecimiento de alianzas, principalmente con los ministerios de salud y organizaciones como compañías farmacéuticas y grupos religiosos, ha jugado un papel clave. El enfoque integral de salud incluye atención primaria y cuidado a enfermedades crónicas como VIH/SIDA y tuberculosis, así como esfuerzos orientados a las causas que agudizan las enfermedades, desde las condiciones precarias de las viviendas hasta la falta de acceso al agua potable. Al respecto, “cuando podemos contar con trabajadores de la salud comunitarios dentro de los sistemas de atención de la salud como colegas y pares, tenemos un enorme impacto en la salud”.

La experiencia del PIH podría orientar a las personas que trabajan en el sector de la salud pública para que no se dejen llevar por la paralizadora lógica del “uno u otro”. Por ejemplo, si tenemos que elegir entre expandir programas de vacunación y reducir la mortalidad materna, la supervivencia infantil se ve afectada. Por lo tanto, es necesario llamar la atención y exigir mayores esfuerzos para promover prácticas que impulsen un enfoque integral de asistencia y cuidado de la salud, que incluyan prevención, tratamiento y asistencia social en una concepción sistémica para la obtención de resultados “sostenibles”, al mismo tiempo que se brinda atención de alta calidad a cada paciente.¹

Para concluir este punto, es preciso mirar la correlación entre el más alto nivel de atención y la mayor participación comunitaria. La cuestión no es solo la falta de doctores y enfermeras, sino el mejoramiento de los niveles de cuidado y atención de los enfermos, incluidos los promotores de salud comunitarios como elementos clave del progreso de estos servicios.

Intersectorialidad y enfoque de participación comunitaria: elementos clave para reducir la mortalidad infantil



Cesar G Victora

Profesor, fundador y
coordinador del Centro
de Investigación de
Epidemiología,
Universidad Federal de
Pelotas, Brasil

¿Cómo puede fortalecerse la coordinación entre los sectores y organizaciones involucrados en la lucha contra la mortalidad infantil y cómo asegurar que las buenas prácticas sean conocidas y utilizadas?

Un desafío crucial es lograr que diferentes organizaciones, con distintas prioridades, se pongan de acuerdo en un conjunto de ellas que puedan ser desarrolladas de manera realista y en un tiempo razonable.

Las características de los sistemas epidemiológicos y de salud de cada país o región deben ser tomadas en cuenta e inicialmente deben identificarse pocas intervenciones prioritarias a desarrollar. Una vez que la cobertura universal o casi universal es alcanzada, otras prioridades pueden ser agregadas. He visto países en África que trataban de implementar 16 prácticas familiares al mismo tiempo, con el resultado de que ninguna de estas alcanzaba cobertura universal.

En relación con las buenas prácticas, es necesario identificar qué canales de provisión de servicios son más apropiados para cada tarea. En el sector salud, frecuentemente se piensa en trabajadores ubicados en las instalaciones de salud como el principal canal para proveer consejería o distribuir intervenciones como antibióticos, terapias de rehidratación oral o vitamina A. Sin embargo, en muchos lugares el acceso geográfico, financiero y temporal a dichas instalaciones es limitado. He observado grandes éxitos en mi trabajo en África y Asia debido al involucramiento de la sociedad civil –ONG, esquemas de marketing social, grupos de madres y otros– en la provisión de intervenciones de salud a la población.

Cada una de estas fuentes tiene sus propias limitaciones y es importante no ignorarlas. Por ejemplo, el sector privado, con afán de lucro, tiene su propia lógica para maximizar las ganancias financieras y las prioridades de salud. Involucrar a diferentes actores en la promoción de prácticas familiares clave, reconociendo al mismo tiempo sus limitaciones, es esencial para lograr la supervivencia infantil.

¹ Paul Farmer, Infecciones e inequidades: las plagas modernas, University of California Press, 1999.

Previniendo la mortalidad infantil

En América Latina y el Caribe, la prevención de la mortalidad infantil cuenta con un profuso acopio de programas y experiencias exitosas, que en parte explican su sostenida reducción a lo largo de décadas recientes. Esto, pese a que en el mismo período la dinámica económica de la región ha sido volátil y de bajo crecimiento, y que la pobreza es casi tan alta hoy como a comienzos de la década de 1980. Ello pone en evidencia hasta qué punto es posible intervenir oportunamente en poblaciones de mayor riesgo, utilizando los recursos adecuadamente.

Las buenas prácticas se dan en programas de la más diversa naturaleza, desde mejorar la atención al parto en zonas de difícil acceso, reforzar programas de nutrición en los primeros meses de vida, contar con sistemas ágiles de rehidratación oral y universalizar la vacunación contra enfermedades letales en niños y niñas de menor edad, hasta difundir información necesaria para el autocuidado en las familias y hacer frente a enfermedades que afectan al binomio madre-hijo/a.

A fin de ilustrar esta diversidad de programas, se presenta a continuación una variada selección de ellos en países de la región:



© UNICEF / Beice / Cesar Villar

Chile Crece Contigo, Chile

<http://www.gobiernodechile.cl/chile%5Fcrece/index.asp>



Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia destinado a acompañar, proteger y apoyar integralmente a niños, niñas y a sus familias, mediante acciones y servicios de carácter universal, focalizando "a cada quien según sus necesidades". Atiende las necesidades y apoya el desarrollo en cada etapa de la primera infancia hasta los 4 años, en el entendido que el desarrollo infantil es multidimensional y, por tanto, en él influyen aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales.

Unidos con los niños y los adolescentes.

Unidos vamos a vencer el SIDA!, Brasil

<http://www.unicef.org.br/>



Esta iniciativa agrupa al Programa Nacional de DST y SIDA, el Ministerio de Salud y UNICEF para reducir la transmisión vertical del VIH, de madre a hijo, en los próximos tres años.

Programa Materno Infantil, Cuba

<http://www.isis.cl/MujerySalud/Sexual/Documentos/doc/1412saluxenlasam%0E9ricas2006.pdf>



El programa es una de las prioridades del sector salud a la que se dedican importantes esfuerzos por parte del gobierno y las organizaciones no gubernamentales, comprometidos en mantener y mejorar los niveles alcanzados en la salud de las mujeres, niñas, niños y familias. Entre sus acciones destacan la estrategia de información, comunicación y educación; los servicios de planificación familiar y la disminución del aborto provocado; y la atención prenatal.

Las Casas de Espera Materna y la atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural, Perú

http://www.unicef.org/peru/spanish/survival_development_3521.htm



Las Casas, que se espera sean adoptadas como políticas de Estado a través del Ministerio de Salud, son establecimientos donde las mujeres que viven lejos de los centros de salud pueden alojarse para esperar el momento del parto. Asimismo, el Ministerio de Salud ha elaborado y aprobado la "Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural", con la que se procura brindar una atención efectiva, de calidad y respetuosa de las culturas andina y amazónica.

Programa de prevención de transmisión del VIH/SIDA de madre a hijo, Jamaica (PMTCT por su sigla en inglés)

<http://gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/102279470.html>



Constituye una de las prioridades del Programa Nacional de Control del VIH/SIDA en Jamaica. Entre sus logros está la atención al 90% de los pacientes de las clínicas de atención prenatal y a más del 50% de las clínicas de atención de enfermedades de transmisión sexual (STI). En 2003, la tasa de transmisión vertical ha disminuido del 25% al 10%.

■ ¿sabía usted...?

...que hacia 1970 uno de cada 12 niños nacidos en la región moría antes de cumplir su primer año de vida, lo que bajó a 81 por mil en 1970-1975, a 38 por mil en 1990-1995 y se espera que evolucione al 22 por mil en 2005-2010?

(Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, Observatorio Demográfico, Año 1, N° 4, Santiago de Chile, 2007; Observatorio Demográfico, N° 2 y División de Población de las Naciones Unidas, "World Population Prospects: 2006 Revision").

....que considerando 6 países de baja mortalidad infantil con datos disponibles en la región, el 30% de las defunciones totales de niños de 1 a 4 años se deben a causas violentas?

(Sobre la base de estadísticas vitales de la Organización Mundial de la Salud (OMS)).

....que como promedio latinoamericano, la mortalidad infantil de los niños indígenas sobrepasa en un 60% a la de los no indígenas –48 por mil nacidos vivos comparados con 30 por mil, respectivamente–, y que la brecha aumenta a 70% hasta los 5 años de vida?

(Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Panorama Social 2006, Santiago de Chile, febrero de 2007).

...que entre los factores que tienden a incidir en una mayor mortalidad infantil se cuentan el déficit en acceso a agua potable y alcantarillado de los hogares y la maternidad adolescente?

(Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Oficina Regional para América Latina y el Caribe (UNICEF TACRO), Desafíos, Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio, N° 4, Santiago de Chile, enero de 2007; y N° 5, julio de 2007. <http://www.eclac.cl/desafios/>)

6



NACIONES UNIDAS

CEPAL

unicef 

Esta publicación también está disponible en inglés y en Internet, en las siguientes direcciones: www.cepal.org/desafios y www.uniceflac.org/desafios

El documento impreso se puede solicitar a: publications@cepal.org y desafios@unicef.org

Unidad de Distribución CEPAL
Av. Dag Hammarskjöld 3477,
Vitacura, Santiago - Chile

UNICEF - Oficina Regional para América Latina y el Caribe
Centro de Documentación
Ciudad del Saber, Edificio 131
Apartado 0843-03045
Panamá, República de Panamá

Impreso en Santiago de Chile