

Reporte de avance en el ODM4 en América Latina y el Caribe. Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años. 2010

Sobre la base de: Naciones Unidas (2010). El progreso de América Latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desafíos para lograrlos con igualdad. Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

□ Introducción

Proteger la vida y la salud de los niños es una exigencia que ha quedado plasmada en diversos instrumentos internacionales, por medio de los cuales se establece como obligación del Estado hacer todo lo que sea inmediatamente posible para proteger a los niños y niñas de una muerte prevenible.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que entró en vigor en 1976, establece en su artículo 6 que el derecho a la vida es inherente a la persona humana, y que se encuentra protegido por ley. Esto implica, según lo señala el Comité de los Derechos Humanos, exigir al Estado que adopte las medidas posibles para reducir la mortalidad infantil y para incrementar la esperanza de vida, especialmente para eliminar la malnutrición y las epidemias. En ese mismo año, entra en vigor el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el que en su artículo 12 exige a los Estados Partes adoptar medidas para reducir la tasa de mortalidad y de mortalidad infantil como parte del derecho a la salud. Más tarde, en 1990, la Convención sobre los Derechos del Niño obliga a los Estados Partes a “garantizar en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño”, y en su artículo 24 presenta todas las exigencias relativas a la salud del niño y la madre, entre las que se encuentra exigir al Estado adoptar medidas apropiadas para “reducir la mortalidad infantil y en la niñez”.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio también han relevado la salud en la niñez como un tema fundamental dentro del desarrollo de las naciones. El Objetivo 4 del Milenio cuenta con una meta única y tres indicadores para monitorear sus progresos. La mortalidad en la niñez es un indicador importante del nivel de desarrollo social y de la disponibilidad, utilización y acceso a los sistemas de salud por parte de la población y especialmente de los niños, y también de su situación nutricional. Evidencia el grado en que se ejerce en una sociedad el derecho humano más fundamental, como es el derecho a la vida y a la salud concomitante (Jiménez, Del Popolo, Bay y Jaspers_Faijer 2008). Por su parte el indicador sobre porcentaje de niños vacunados contra el sarampión, permite medir la cobertura y la calidad del sistema de atención de salud en los países, siendo la inmunización un componente esencial para reducir la mortalidad de niños menores de 5 años.

□ Progresos en la reducción de la mortalidad en la niñez en América Latina y el Caribe

En el período 1990-2009 —que comprende tres cuartas partes del plazo fijado para alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio— América Latina y el Caribe muestra como región notables progresos en lo que respecta a la salud en la niñez reduciéndose apreciablemente la mortalidad infantil. En 2009, la tasa de mortalidad infantil (TMI) fue la más baja del mundo en desarrollo, y su caída más rápida que en las demás regiones.

La importante reducción de la mortalidad en la niñez se puede explicar como el resultado de la combinación de múltiples procesos, entre los que se cuentan: el avance de la atención primaria de alto impacto y bajo costo - como los programas de vacunación masiva, la terapia de rehidratación oral o el control de la salud de los niños sanos-; 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.

Cuadro 4.1
Evolución de la tasa de mortalidad infantil (Indicador ODM 4.2)

Regiones del Mundo: 1990-2009 a/
(tasa por cada 1.000 nacidos vivos)

Región geográfica	1990	2009	Evolución entre 1990 y 2009 (en porcentajes)
Mundo	63.2	46.0	-27.2
África	103.9	80.8	-22.2
Asia	61.4	39.9	-35.1
Europa	14.2	6.8	-52.1
América Latina y el Caribe	42.7	20.6	-51.7
América del Norte	8.2	5.7	-31.1
Oceanía	31.1	21.9	-29.5

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de tabulaciones de Naciones Unidas, World Population Prospects. The 2008 Revision [base de datos en línea] <http://esa.un.org/unpp/>.

a Corresponde a una interpolación lineal, elaborada por la fuente, de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad, para los quinquenios 1985-1990 y 1990-1995 (datos de 1990) y 2000-2005 y 2005-2010 (datos de 2009).

Los promedios regionales de mortalidad infantil ocultan grandes disparidades entre los países. En efecto, mientras que en un grupo de cinco países y territorios los niveles fueron iguales o inferiores a 7 por mil —Cuba, Puerto Rico, Guadalupe, Martinica, y Chile- los índices de otros 4 países sobrepasaron el valor de 30 por mil. Una tasa de mortalidad infantil de 46% en Haití, pone de manifiesto su rezago generalizado en materia de desarrollo, condición que seguramente se verá agravada tras el terremoto de 2010. Sin embargo, pese a las altas tasas de mortalidad infantil de este país y del Estado Plurinacional de Bolivia, cabe considerar que ambos países han logrado notables avances en los últimos 19 años: en 1990 la mortalidad infantil en ambos países era casi el doble de la actual.

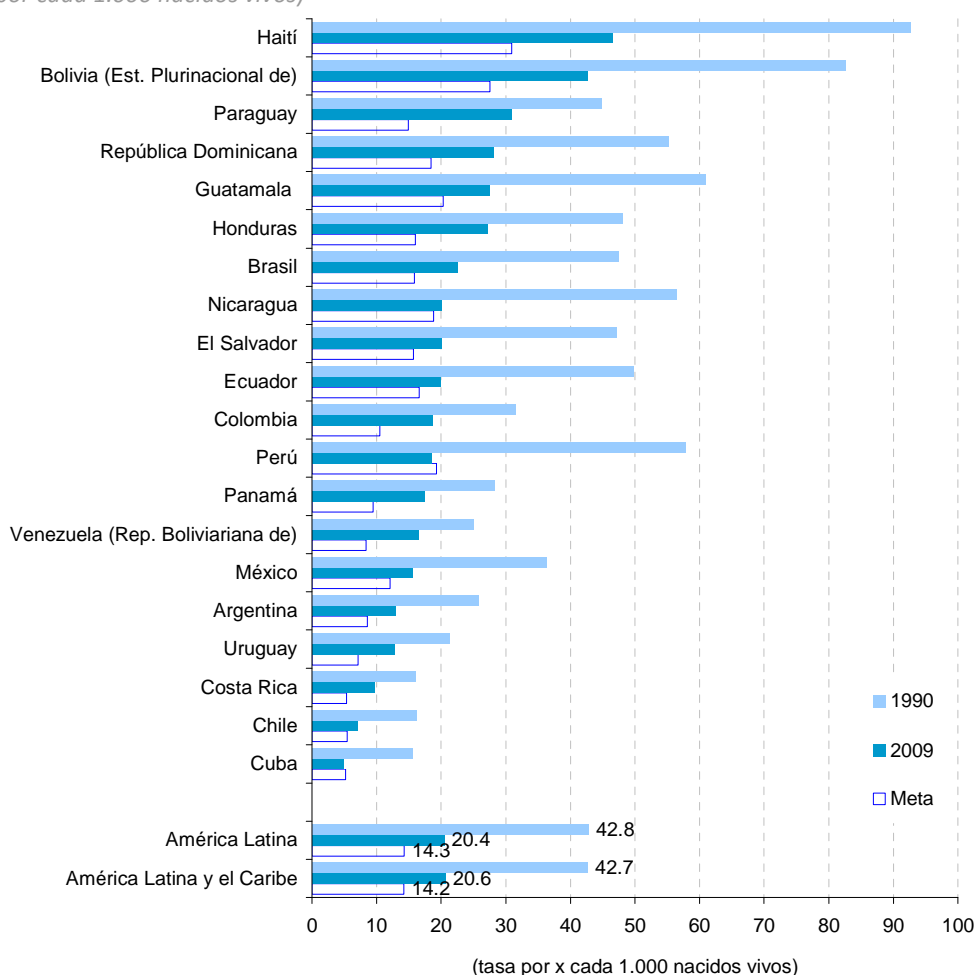
Considerando las tendencias de la tasa de mortalidad infantil estimada por CEPAL/CELADE para 20 países en América Latina, entre 1990 y 2009, la mortalidad infantil se redujo un 52,3%. En 9 países la reducción de las tasas excedió el 50%: destacan Cuba (69%) y Perú (68%), cuya reducción ya excedía en 2009 el 66.7% de las tasas de 1990. Sin embargo, la caída es inferior al 50% en 11 países, y en Costa Rica, Panamá, Paraguay y la República Bolivariana de Venezuela la reducción es inferior al 40%. Los países que en 1990 tenían valores de TMI más bajos, como Costa Rica y el Uruguay, pese a que lograron un avance inferior al requerido para estar en trayectoria de alcanzar la meta -reducir en dos terceras partes la mortalidad infantil-, presentan una reducción importante en sus tasas.

Gráfico 4.1

Tasa de mortalidad infantil (indicador ODM 4.2)

América Latina (20 países): 1990 y en 2009, y meta para 2015 a/

(tasa por cada 1.000 nacidos vivos)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), cálculos realizados por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) a partir de datos obtenidos por interpolación lineal de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad, para los quinquenios 1985-1990 y 1990-1995 (dato de 1990), 2000-2005 y 2005-2010 (dato de 2009).

a/ La meta al 2015 corresponde a un tercio de la tasa de mortalidad infantil de 1990 en cada país.

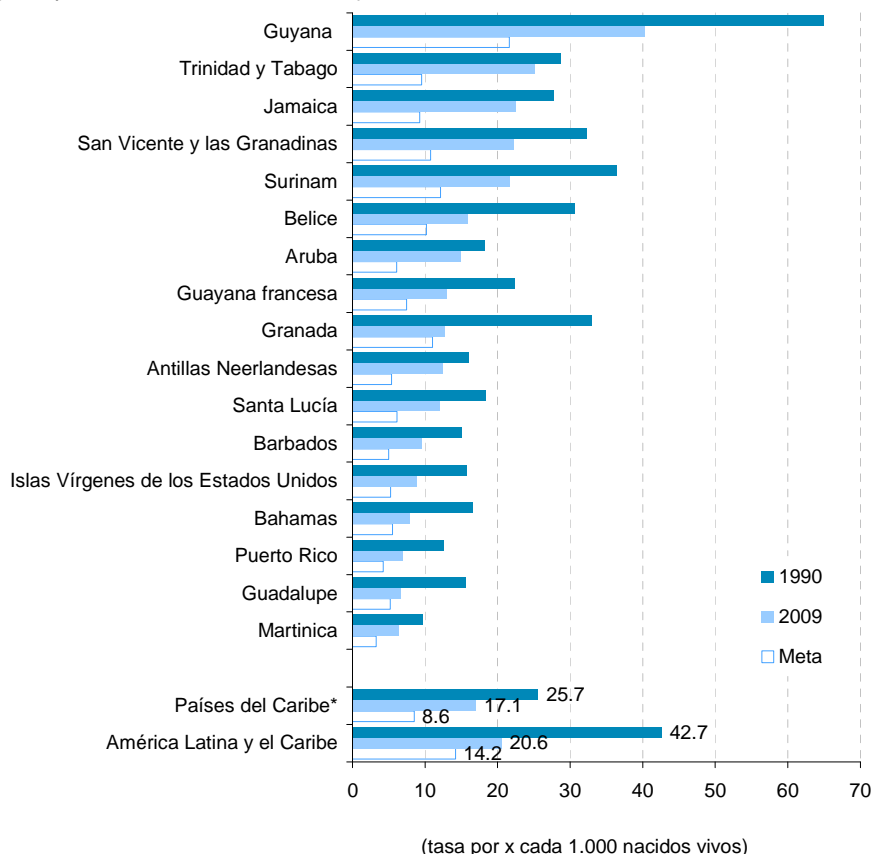
En el Caribe, muchos de los países tenían niveles de mortalidad infantil bajos en 1990, y actualmente tienen tasas menores que el promedio regional, con un promedio subregional en 2009 de 17,2% y una mediana de 13%. Pero las menores tasas de la mortalidad infantil en el Caribe son de dos territorios y un estado asociado y las mayores tasas son por lo menos 4 veces más altas que la de estos territorios. Cuando se analiza el avance logrado entre 1990 y 2009, en esta subregión es preocupante constatar que sólo ha progresado un 50% con lo cual el conjunto de la subregión no se encuentra en trayectoria de logro de la meta, dado que el tiempo transcurrido entre 1990 y 2009 representa 76% del total período 1990/2015.

Gráfico 4.2

Tasa de mortalidad infantil (Indicador ODM 4.2)

El Caribe (17 países y territorios) en 1990 y en 2009, y meta para 2015

(tasa por cada 1.000 nacidos vivos)



Fuente: División de Población de Naciones Unidas, Departamento de Asuntos y Sociales de la Secretaría de las Naciones Unidas, World Population Prospects: The 2008 Revision (en línea)..

a/ Cálculos realizados por la fuente, a partir de datos obtenidos como interpolación lineal de las estimaciones de la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad, para los quinquenios 1985-1990 y 1990-1995 (dato de 1990), 2000-2005 y 2005-2010 (datos de 2009), y 2010-2015-2020 (datos de 2015). El dato correspondiente a la meta al 2015 corresponde a un tercio de la tasa de mortalidad infantil de 1990.

Para ambas subregiones, las proyecciones de las tasas de mortalidad infantil hasta 2015 evidencian una disminución de la velocidad de reducción de las mismas. Ello puede atribuirse parcialmente a las propias mediciones ya que las estimaciones de mortalidad infantil se

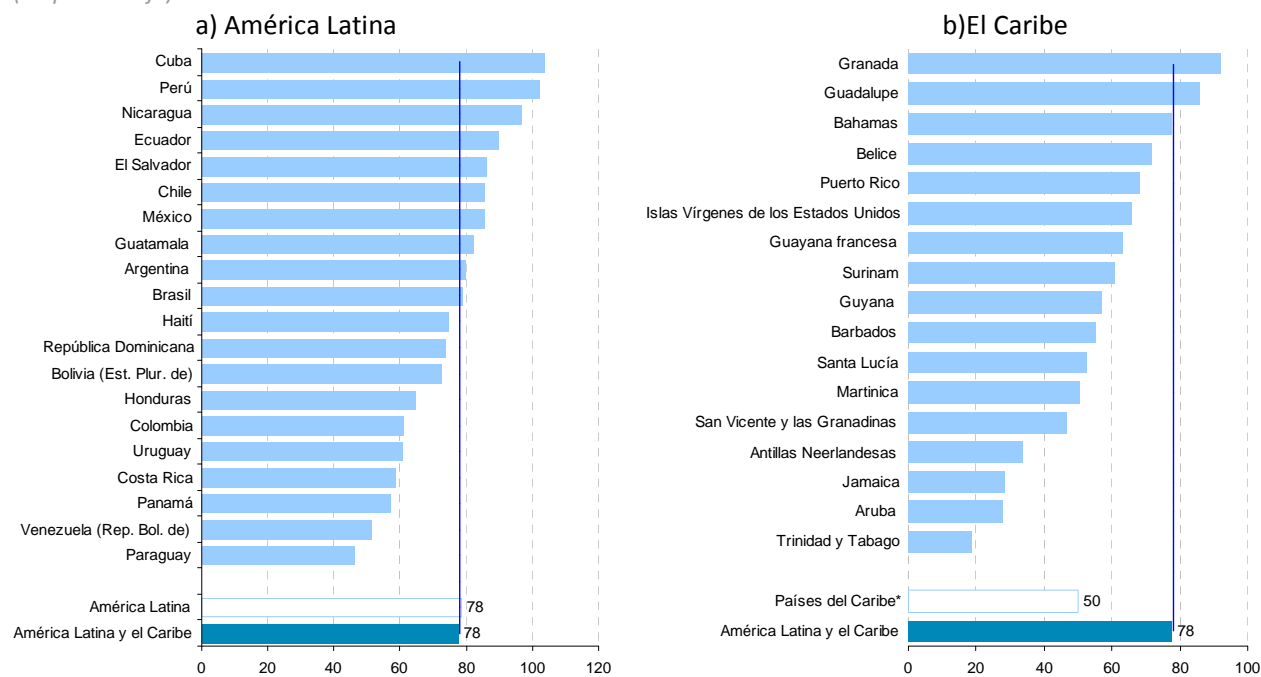
actualizaron en 2005 y las proyecciones suelen ser cautelosas respecto de disminuciones en el futuro. Por ende, aunque la medición en 2003 indicó que 12 países de América Latina y 4 del Caribe estaban en trayectoria de cumplimiento de la meta, la medición actual indica que lo están once de América Latina y tres del Caribe (Bahamas, Granada y Guadalupe). A Cuba y Perú, que ya alcanzaron la meta, se sumarían Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México y Nicaragua, además de República Dominicana en que la reducción de la mortalidad infantil desde 1990 coloca a ese país muy cerca de dicha trayectoria. Cabe notar que entre los países que han logrado avances importantes en la reducción de la mortalidad infantil se encuentran los dos más poblados de la región (Brasil y México) y que contribuyen de manera importante al progreso alcanzado por América Latina y el Caribe.

Gráfico 4.3

Progreso en la reducción de la tasa de mortalidad infantil entre 1990 y 2009 expresado como porcentaje de avance hacia la meta al año 2015 (Indicador ODM 4.2)

América Latina y el Caribe (37 países y territorios)

(en porcentaje)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de estimaciones de la mortalidad infantil realizadas por el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) y datos del Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2008 Revision (en línea)

□ Determinantes de la Mortalidad Infantil: causas de la situación regional heterogénea

Los países de América Latina y el Caribe se caracterizan por altos niveles de desigualdad social y conforman la región de mayor concentración del ingreso. La mortalidad infantil no es ajena a esta condición, pues históricamente los grupos más excluidos y vulnerables han sido los más afectados.

Existe una condición perversa en muchos de los países con alta mortalidad infantil: a los problemas sociales no resueltos se suma una baja inversión en salud que resulta en una política de salud que no invierte en la prevención de enfermedades, ni en la promoción de la salud y mucho menos en la expansión de la cobertura de los servicios de salud basados en atención primaria.

La erradicación de la pobreza extrema y del hambre tiene un impacto inmediato y directo en la reducción de la mortalidad infantil al mejorar la situación nutricional de la población infantil. La desnutrición infantil es causa de mortalidad en el primer año de vida y causa también un bajo desarrollo cognitivo en la infancia que impacta en el futuro del niño o niña disminuyendo su capacidad de competir, reproduciendo las condiciones de marginalidad en la sociedad. Hay una distribución desigual de la situación socioeconómica en el territorio y por consecuencia de la desnutrición. El mapeo de estos espacios es fundamental para la focalización del problema y su priorización. La situación socioeconómica de los hogares y de sus habitantes no sólo determina el nivel de la desnutrición crónica de los niños, sino que refleja condiciones de vida deterioradas y un medio ambiente no propicio para la salud que se caracteriza por la falta de acceso a agua segura y saneamiento básico, a una vivienda digna, a fuentes de empleo y a oportunidades educativas. La escolaridad de los padres, especialmente de la madre, influye decisivamente en el nivel y la distribución de la desnutrición crónica; los factores geográficos, culturales, étnicos e idiosincrásicos interactúan estrechamente con la distribución de estas variables socioeconómicas¹.

Los países con mayores riesgos de mortalidad infantil también son aquellos con menores ingresos, con menor proporción de mujeres alfabetizadas; con menor acceso de la población a agua potable y saneamiento básico y con un menor gasto público en salud. Estos factores son determinantes de la alta mortalidad infantil en la región, explican la variabilidad regional y ponen de manifiesto que la alta mortalidad infantil en la región es el resultado de fallas o baja inversión en programas y políticas sociales y ambientales, que aunado al bajo gasto público en salud tornan la situación social más desigual.

En todos los países siguen vigentes las diferencias en la mortalidad infantil según nivel educativo de la madre: los niños con madres con baja escolaridad mueren antes de cumplir un año de edad con más frecuencia de los niños con madres más educadas. Sin embargo en el periodo examinado, en algunos países la gran reducción de la mortalidad infantil aconteció precisamente en familias con mujeres con menor educación, tal como en Brasil y Perú, mientras otros no han avanzado con igual vigor en estrechar la brecha de mortalidad infantil según nivel educativo y en Guatemala, El Salvador, Haití y Honduras incluso la brecha se ha ensanchado.

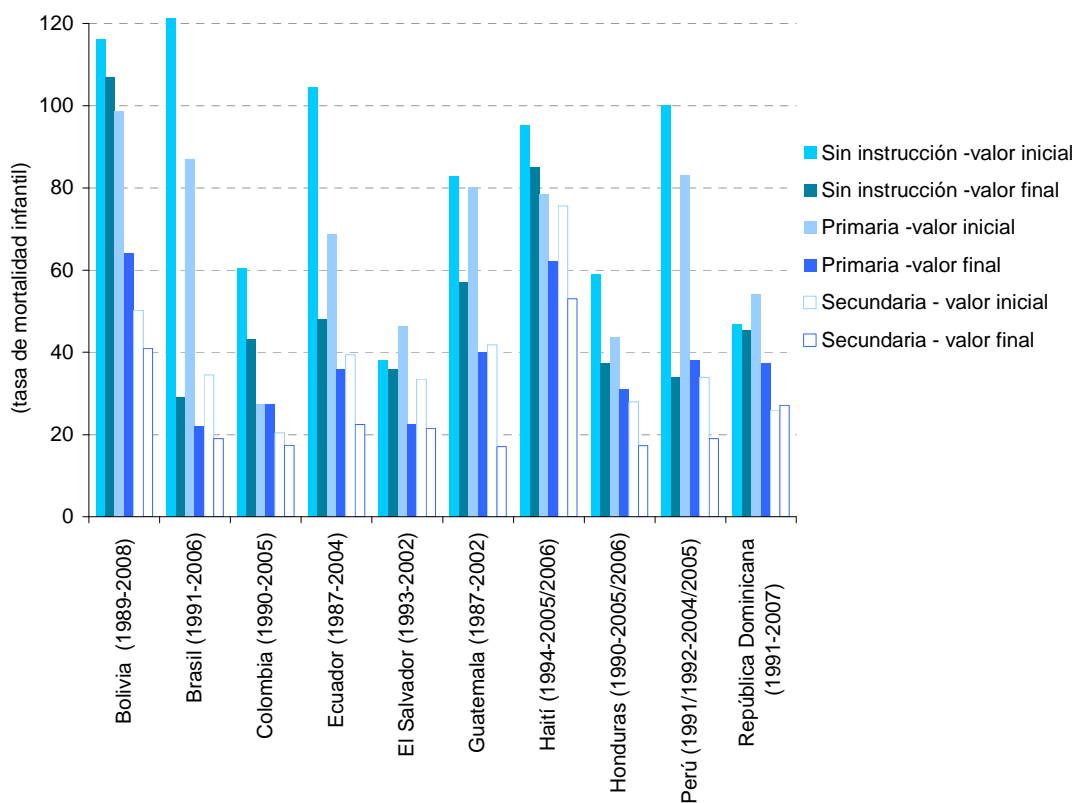
¹ Los determinantes de la desnutrición crónica analizados para un grupo de países con un análisis econométrico de las encuestas de demografía y salud se desarrollan extensamente en el capítulo IV de CEPAL (2008), *Objetivos de desarrollo del milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe*.

Gráfico 4.4

Tasa de mortalidad infantil, por nivel educativo de la madre

América Latina y el Caribe (10 países seleccionados), alrededor de 1990 y de 2005

(tasa por cada 1.000 nacidos vivos)



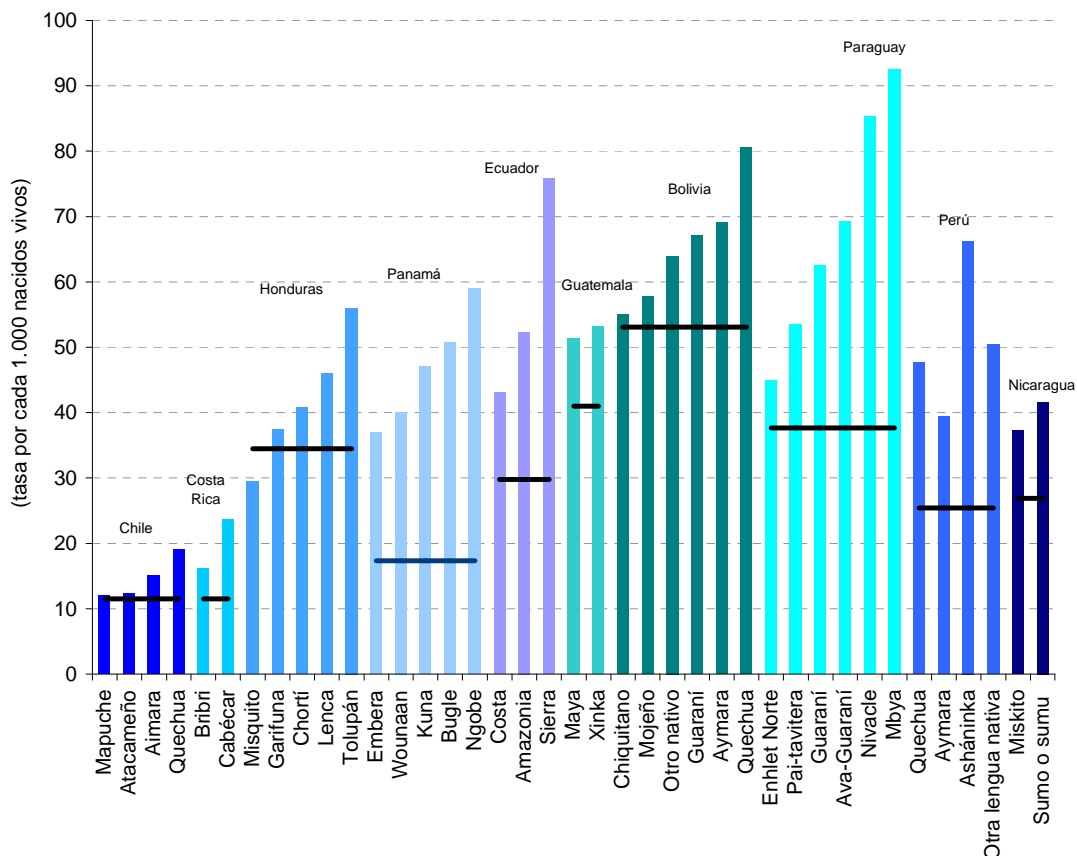
Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos del Sistema de Indicadores para el Seguimiento del Programa de Acción de la CIPD, www.cepal.org/celade e informes nacionales sobre las encuestas de demografía y salud para Bolivia (DHS 2008) y Brasil (PNDS 2006)

Por su parte, el lugar de residencia ha sido una de las más persistentes expresiones de desigualdad en materia de salud, y muchas veces se pierde de vista al considerar niveles de mayor agregación geográfica. Si se considera la zona de residencia, ocho son los países que redujeron la brecha urbano-rural; entre ellos se destaca República Dominicana, que la redujo a la mitad, mientras que en El Salvador, Colombia, Guatemala y Haití aumentó la brecha de la tasa de mortalidad infantil según área urbana-rural.

Gráfico 4.5

Tasa de mortalidad infantil, según país y pueblo indígena/lengua/familia lingüística/territorio América Latina y el Caribe (10 países seleccionados), alrededor de 2000

(tasa por cada 1.000 nacidos vivos)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, procesamiento especial de micro datos censales.

Pero como también es notorio, la mortalidad infantil de niños indígenas y afrodescendientes varía mucho según el país, lo que indica que el contexto nacional es fundamental. Las condiciones en que viven los pueblos quechua y aimara son muy distintas en Bolivia y Chile. En el primero, un niño quechua tiene cinco veces más el riesgo de morir antes de cumplir su primer año de vida que en Chile, y entre los aimara la diferencia es de cuatro veces. Tal como se observa en el gráfico VI.8, los pueblos indígenas mbya y nivacle de Paraguay y el pueblo quechua de Bolivia tienen mayores probabilidades de morir en la infancia, con cifras equiparables al promedio regional de hace 40 años. En cambio, los niños indígenas con menores riesgos son los mapuches y atacameños de Chile, con tasas de mortalidad infantil de 11 y 12,5 por mil respectivamente, y cuyos asentamientos son mayoritariamente urbanos. La mortalidad infantil también puede variar entre el mismo pueblo indígena en contextos distintos. A su vez, también difiere entre los distintos pueblos indígenas y los grupos afrodescendientes. A manera de ejemplo, de acuerdo con el censo de 2005 en Nicaragua la mortalidad infantil afectaba más a estos grupos, sobre todo en las zonas rurales y de manera variada: entre los mestizos de la costa del caribe la mortalidad era muy elevada (40,2 por mil

nacidos vivos), mientras que entre los creole era de 18,8 por 1.000. Por tanto, los programas de salud materno-infantil deben considerar la heterogeneidad entre pueblos, áreas y contextos locales, y las políticas deben tener presente la base territorial y consideraciones culturales, tanto en el ámbito rural como en las ciudades.

□ Principales causas de mortalidad en la niñez

La baja de la mortalidad infantil en la región se logró principalmente por la reducción de la mortalidad postneonatal (mortalidad en el período de 28 días de vida y 11 meses). Esto se refleja en el aumento proporcional del componente neonatal y neonatal precoz de la mortalidad infantil. Cabe señalar, sin embargo, que todavía hay una gran proporción de la mortalidad postneonatal en la región que requiere mayores esfuerzos para su reducción, especialmente en los países altas tasas de mortalidad infantil.

El acceso a nuevas vacunas, a atención prenatal de calidad y a asistencia al parto, son factores que reducen de forma importante las brechas de desigualdad existentes en un país o territorio.

El gráfico 4.6 muestra las principales causas de mortalidad en la niñez en América Latina y el Caribe. Las afecciones perinatales (el periodo que abarca cinco meses antes y un mes después del nacimiento) causan el 39% de la mortalidad en la niñez y las enfermedades transmisibles el 19%. Entre las perinatales, las causas evitables tienen un peso importante (más del 20%). Así, los problemas respiratorios del neonato contribuyen con más de la mitad de las defunciones, y la malnutrición fetal y el bajo peso al nacer, con el 12%.

Se ha comprobado que el suministro de suplementos de yodo, vitamina A y zinc reducen la mortalidad infantil o la prevalencia de enfermedades graves, o ambas. Por su parte, si los niveles nutricionales de ácido fólico de la madre son adecuados, se reduce el riesgo de mortalidad por defectos del tubo neural. De allí que las intervenciones con micronutrientes, especialmente vitamina A, hierro y zinc, hayan influido positivamente en la reducción de la mortalidad infantil.

Datos provistos por las mismas encuestas para once países de la región -el Estado Plurinacional de Bolivia (2008), Colombia (2005), la República Dominicana (2007), el Ecuador (2004), Guatemala (2002), Haití (2005-2006), Honduras (2005-2006), Nicaragua (2006), el Paraguay (2004), el Perú (2004-2006) y El Salvador (2008)- revelan que el 62% de los niños menores de 5 años recibió el esquema completo de vacunación². Cabe resaltar que países como el Estado Plurinacional de Bolivia y Nicaragua presentaron altas tasas de vacunación (79% y 85% de niños con el esquema completo de vacunación, respectivamente). En seis países en que se pudo analizar la brecha según el nivel de riqueza —el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia, la República Dominicana, Haití, Honduras y el Perú— en promedio el 49% de los niños del quintil más pobre había completado su esquema de vacunación, frente al 65% de los del quintil más rico. Nuevamente el Estado Plurinacional de Bolivia, destacó por la poca variación de la variable.

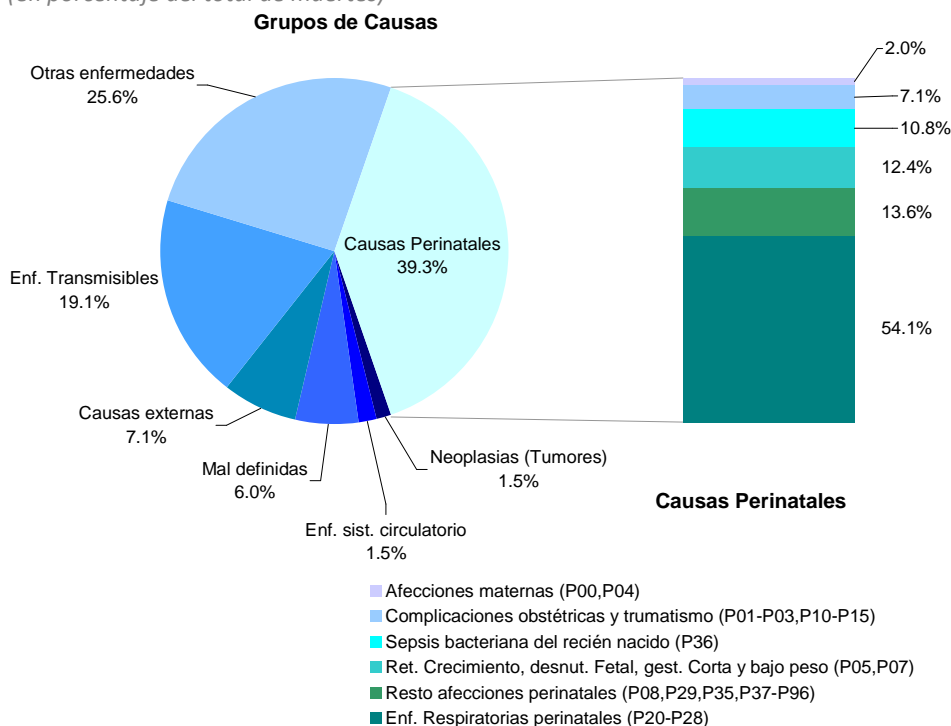
Los programas para combatir la mortalidad infantil en los países subdesarrollados se han concentrado en la neumonía, la diarrea y las enfermedades prevenibles con vacunas, que son importantes causas de muerte después del período neonatal.

² El esquema completo de vacunación consiste en una dosis de BCG al nacer, tres dosis de la vacuna antipoliomielítica y la pentavalente en el primer año de vida, además de una dosis de la triple viral en el segundo año.

También existen diferencias geográficas para este indicador —el esquema completo de vacunas—: en algunos países hubo regiones donde casi mitad de los niños no había recibido la vacunación completa, en tanto que en otras se le había administrado a cerca del 90%.

Gráfico 4.6
Principales causas de mortalidad en niños menores de 5 años de edad

América Latina y el Caribe, alrededor de 2006
 (en porcentaje del total de muertes)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), Sistema de Información de Mortalidad.

La meta 4A abarca también la cobertura de la inmunización contra el sarampión de los niños de 12 a 23 meses de edad. El sarampión, importante causa de mortalidad infantil, puede evitarse eficazmente con una vacuna relativamente económica y una revacunación posterior que proporciona protección para toda la vida. La combinación de una vacunación de rutina mejorada y la cobertura de la segunda dosis ha reducido drásticamente las muertes por sarampión en la región. Desde 1990, cuando la proporción de niños de 12 a 23 meses de edad que había recibido al menos una dosis era del 76%, la cobertura se ha incrementado constantemente, llegando al 94% en 2009, cifra que alcanza la de regiones desarrolladas (Naciones Unidas, 2008 y 2007). Sin embargo, existen diferenciales dentro de la región: en Haití la cobertura llegó apenas al 30% a principios de los años noventa y posteriormente subió, alcanzando el 58% en 2007. En el Estado Plurinacional de Bolivia subió del 50% al 80% en el desde 1990 a 2007. La cobertura es casi universal (más del 95%) en varios países —la Argentina, Cuba, Chile, Antigua y Barbuda, Dominica, Guyana, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas y Saint Kitts y Nevis—, pero en otros ha fluctuado, como en la República Bolivariana de Venezuela, donde pasó del 68% en 1990 al 88% alrededor de 2000, para luego

descender al 55% en 2007. Actualmente la mayoría de los países supera un nivel de cobertura del 80%.

Además, varias situaciones de vulnerabilidad social que contribuyen a aumentar el riesgo de mortalidad infantil son resultado de la falta de derechos sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Las mujeres con mayor número de hijos también tienen un mayor riesgo de ver a su hijo morir antes de completar un año. Esta situación de vulnerabilidad social es más frecuente cuando la fecundidad es elevada y/o es escaso el acceso a servicios de planificación familiar.

Ampliar la cobertura de atención de la salud sexual y reproductiva, incluida la anticoncepción, no solo contribuye a lograr los acuerdos establecidos en el Programa de Acción aprobado en El Cairo en 1994, sino también a cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio.