

## VII. Mejorar la salud de la niñez



## VII. MEJORAR LA SALUD DE LA NIÑEZ<sup>1</sup>

### 1. OBJETIVO E INDICADORES

El cuarto objetivo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, denominado *Reducir la mortalidad en la niñez*, implica mejorar sustancialmente la salud de niños y niñas menores de cinco años, como un aporte esencial en la acumulación de capital humano para superar la pobreza. Específicamente, la meta correspondiente a este objetivo establece: *Reducir en dos tercios, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad en menores de cinco años*. Para su seguimiento, este objetivo establece tres indicadores con las siguientes definiciones:

1. *Mortalidad en la niñez*: muertes anuales ocurridas en menores de cinco años por cada mil nacidos vivos en ese mismo período;
2. *Mortalidad infantil*: muertes ocurridas en menores de un año por cada mil nacidos vivos;
3. *Vacunación contra el sarampión*: proporción de menores de un año inmunizados contra esa enfermedad.

La salud de la niñez está fuertemente asociada al nivel de desarrollo, a la pobreza, a la desigualdad y al acceso a los servicios de salud de una comunidad. Históricamente, el desarrollo económico y social, el mejoramiento de la nutrición, la disminución de la pobreza y la reducción de la desigualdad, se acompañaron de mejoras en la salud de la niñez y de reducciones importantes en su mortalidad. En la segunda mitad del siglo XX, la supervivencia infantil se vio además positivamente influenciada por factores más específicos como la reducción de la fecundidad, la adopción de políticas de género y la emigración hacia áreas urbanas con mejores servicios sociales, en particular los de salud sexual y reproductiva. También influyeron positivamente la introducción masiva de tecnologías sanitarias de bajo costo y aplicación sencilla, como las vacunas, las sales de rehidratación oral y los antibióticos de amplio espectro. Estos factores incidieron fuertemente en todas las regiones del mundo sobre la salud de la niñez y los indicadores que la miden. De esta forma, en dos a tres décadas, aun países con relativamente bajo nivel de desarrollo, pudieron mejorar la supervivencia infantil hasta alcanzar niveles cercanos a los experimentados, pocas décadas antes, únicamente por países con mayor nivel de desarrollo. A través de una amplia gama de proyectos y programas, particularmente en el suministro de agua potable y saneamiento, desde su creación el BID ha apoyado fuertemente los esfuerzos de los países de América Latina y el Caribe, dirigidos a modificar las determinantes de la salud infantil.

La medición de la salud de la niñez, al igual que la mayoría de las determinaciones del estado de salud de un grupo poblacional, se efectúa generalmente por su pérdida, es decir registrando los episodios de enfermedad o, en casos extremos, de muerte. Es conveniente recordar que la salud, en la definición adoptada por la comunidad internacional en ocasión de la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), requiere más que la simple ausencia de enfermedad. La salud es un estado completo de bienestar psíquico, físico y

1. Este capítulo fue preparado por José Solari.

social, que posibilita el pleno desarrollo de la persona humana. En consecuencia, los indicadores de mortalidad en la niñez, complementados por la tasa de inmunización contra el sarampión, propuestos para este objetivo de desarrollo, deben considerarse tan sólo como una expresión *mínima* de salud infantil. Estos indicadores tienen valor en tanto reflejan simultáneamente, mejoras iguales o superiores en las demás dimensiones que afectan a la salud infantil: el crecimiento pondero-estatural; el desarrollo neuro-psíquico y de la capacidad de aprendizaje; el crecimiento afectivo y la capacidad de insertarse en la familia y la comunidad; entre otros.

Por lo tanto, el mejoramiento de la salud infantil no está necesariamente garantizado por el alcance de la meta propuesta y de sus tres indicadores. Se requiere para ello una mejora generalizada en el estado de salud infantil del cual estos índices constituyen tan sólo la forma, acordada internacionalmente, de medir ese progreso en forma estandarizada y comparable.

## 2. DIAGNÓSTICO

### *Calidad de los datos*

Las tasas oficiales de mortalidad infantil y de mortalidad en la niñez se basan en registros de estadísticas vitales de cada país, con grados variables de cobertura, procesados por diversos organismos internacionales, principalmente por la División de Población de las Naciones Unidas. En América Latina y el Caribe, el subregistro en los sistemas nacionales de defunciones oscilaba, a fines de la década de 1990, entre el 1% y el 45%. Si bien los datos nacionales son ajustados posteriormente de acuerdo con el grado de subregistro, los valores absolutos resultantes constituyen tan sólo una estimación de la realidad.

En contrapartida, en varios países de la región, particularmente en aquellos con estadísticas vitales menos confiables, se han realizado estimaciones de parámetros de salud materna e infantil, a partir de censos de población y de encuestas especiales (Encuestas Nacionales de Demografía y Salud). En consecuencia, se han logrado generar datos para la región bastante consistentes en cuanto a tendencias, pese a lo cual las cifras absolutas no tienen el mismo grado de confiabilidad.

Por su parte, las coberturas de vacunación contra el sarampión se basan en información de los programas nacionales de inmunizaciones. El alto nivel de cobertura y efectividad alcanzado por esos programas, bajo el liderazgo desde 1975 del Programa Regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), otorga mayor confiabilidad a los datos sobre sarampión, tanto en los valores absolutos como en las tendencias.

### *Comparación con otras regiones*

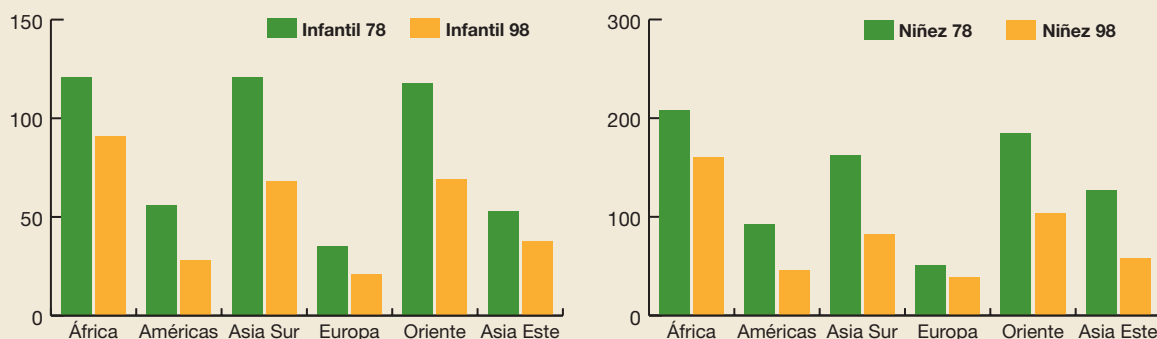
La mortalidad en la niñez, tanto en el primer año de vida como en los cuatro subsiguientes, disminuyó globalmente en un 33% entre 1978 y 1998, constituyendo un avance muy significativo de la salud pública mundial.

El cuadro 1 presenta la mortalidad infantil durante los años 1978 y 1998 (dos primeras columnas) experimentadas por las seis regiones del mundo en que está organizada la Organización Mundial de la Salud. También presenta, para los mismos años, la probabilidad

**CUADRO 1.**  
**TENDENCIAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y DE PROBABILIDAD DE MORIR**  
**ANTES DE LOS CINCO AÑOS DE EDAD**  
**(POR CADA MIL NACIDOS VIVOS, POR REGIÓN Y SUBREGIONES DE LA OMS, 1978-98)**

| Región/Año                   | Infantil 78 | Infantil 98 | Dif. % | Niñez 78 | Niñez 98 | Dif. % |
|------------------------------|-------------|-------------|--------|----------|----------|--------|
| <b>África</b>                | 121         | 91          | -24,8  | 208      | 161      | -22,6  |
| <b>Américas</b>              | 56          | 28          | -50,0  |          |          |        |
| Altos ingresos               |             |             |        | 18       | 8        | -55,5  |
| Medios/bajos ingresos        |             |             |        | 93       | 46       | -50,5  |
| <b>Asia Sudoriental</b>      | 121         | 68          | -43,8  |          |          |        |
| India                        |             |             |        | ---      | 89       | ---    |
| Otros medios/bajos ing.      |             |             |        | 163      | 83       | -49,0  |
| <b>Europa</b>                | 35          | 21          | -40,0  |          |          |        |
| Altos ingresos               |             |             |        | 18       | 8        | -55,5  |
| Medios/bajos ingresos        |             |             |        | 51       | 39       | -23,5  |
| <b>Mediterráneo Oriental</b> | 118         | 69          | -41,5  | 185      | 104      | -43,8  |
| <b>Pacífico Occidental</b>   | 53          | 38          | -28,3  |          |          |        |
| Altos ingresos               |             |             |        | 22       | 9        | -59,0  |
| China                        |             |             |        | ---      | 48       | ---    |
| Otros medios/bajos ing.      |             |             |        | 127      | 58       | -54,3  |
| <b>Total</b>                 | 87          | 57          | -34,5  | 124      | 83       | -33,0  |

Fuente: The World Health Report 1999, OPS, Anexos estadísticos, cuadros 1 y 5.



de morir antes de los cinco años (cuarta y quinta columnas), por regiones o grupos de países agrupados por su nivel de ingresos, de cada una de esas seis regiones. La tercer y la sexta columnas registran la disminución porcentual experimentada en cada uno de los indicadores, por la región o subregión durante esos veinte años. Las gráficas adjuntas al cuadro permiten visualizar la evolución de ambas variables en el período.

Si bien se registraron mejoras significativas en todas las regiones, éstas varían de magnitud de una región a otra. En efecto, en mortalidad infantil la región de las Américas (Norte, Central, Sur y Caribe) registró la mejora más voluminosa con una reducción del 50%, en tanto África experimentó un avance de sólo el 25%. En cuanto a la probabilidad de morir antes de los cinco años, se presenta un panorama similar: algunas subregiones experimentaron progresos de hasta un 59% en tanto otras mejoraron sólo un 22%. Puede observarse que estas diferencias de resultados no están asociadas al nivel de ingreso de los países: se registraron porcentajes similares de reducción tanto en grupos de países con ingresos altos como en países con ingresos medios y bajos. Específicamente, la subregión América Latina y el Caribe, registrada en el cuadro en el renglón “Medios y bajos ingresos” de la región de las “Américas”, redujo durante las últimas dos décadas del siglo XX la probabilidad de morir en la niñez en un 50,5%. Una reducción similar se operó en la mortalidad infantil de la subregión (no mostrada en el cuadro).

### Metas de mortalidad en la niñez e infantil para América Latina y el Caribe

109

El cuadro 2 presenta la evolución de la mortalidad infantil y en la niñez en América Latina y el Caribe entre los años 1990 y 2000 sobre la base de datos de la Organización Panamericana de la Salud. El cuadro presenta asimismo las metas que la región se comprometió a alcanzar en ambos indicadores en el año 2015 como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Dichos valores resultan de disminuir las cifras observadas en 1990 en dos tercios. Finalmente se presenta la reducción porcentual experimentada por el conjunto de países de la región entre 1990 y 2000.

**CUADRO 2.**  
**MORTALIDAD EN LA NIÑEZ E INFANTIL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**  
**(POR CADA 1000 NACIDOS VIVOS)**

|                     | 1990-91 | 2000-01 | Meta al 2015 | Reducción década 90-00 |
|---------------------|---------|---------|--------------|------------------------|
| Mortalidad en niñez | 54,1    | 42,4    | 18           | 21,6%                  |
| Mortalidad infantil | 42,4    | 33,3    | 14           | 21,5%                  |

Fuente: “Salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio”, borrador interno para discusión, Área de Gobernanza y Política, OPS/OMS, 2003.

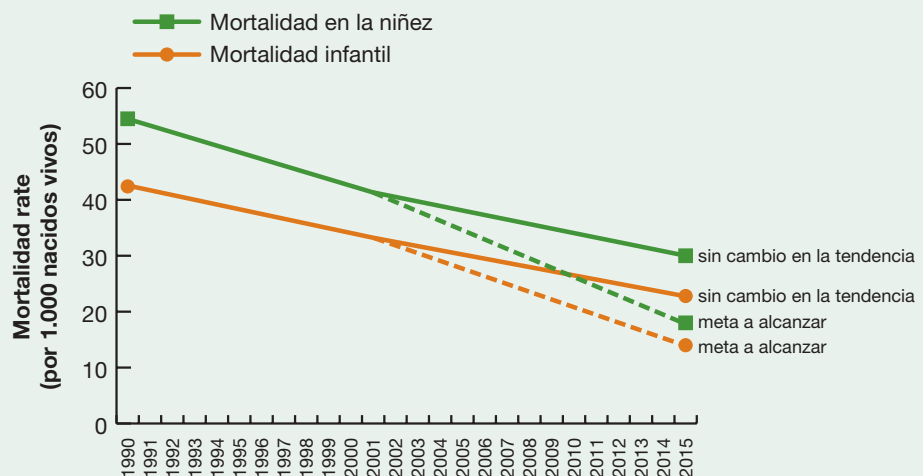
El cuadro refleja algunos elementos que merecen ser destacados. Primero, la salud infantil continuó mejorando francamente durante la década pasada, manteniendo la tendencia de décadas anteriores. Segundo, las metas resultantes para el año 2015 son ambiciosas, en tanto están constituidas por valores absolutos muy bajos. Por último, según esta estimación, el ritmo de progreso exhibido por la región en los últimos diez años, siendo

importante no es suficiente, para que la misma alcance las metas de salud infantil acordadas en el compromiso del milenio. En efecto, de mantenerse la tendencia observada, se obtendría al año 2015 una reducción en ambos indicadores del orden del 54% (21,5% x 2,5), algo inferior a los dos tercios que establece el objetivo de salud infantil en la Declaración del Milenio.

Debe señalarse que estas cifras, elaboradas por la Organización Panamericana de la Salud, difieren de las estimaciones realizadas por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). En efecto, en su *Informe del Desarrollo Humano 2003*, este organismo sostiene que la tasa de mortalidad en menores de cinco años en América Latina y el Caribe, bajó de 56 ( en lugar de 54 como estima la OPS) por mil nacidos vivos en 1990 a 35 (en lugar de 42,4) por mil nacidos vivos en 2001. Ello implicaría una reducción del 37,5% (en lugar del 21,6%) en diez años, por lo que de mantenerse esa tendencia, se superaría largamente, según el PNUD, la meta propuesta hacia el año 2015.

En función de que los datos no son enteramente confiables y de que la Organización Panamericana de la Salud, como organismo regional especializado en salud, posee un conocimiento más detallado de la región, entendemos preferible trabajar bajo el escenario presentado por esa organización. En consecuencia, la gráfica 1 muestra la aceleración que deberían experimentar la evolución de ambos indicadores para que la región alcance la meta del milenio al año 2015.

**GRÁFICA 1. EVOLUCIÓN REQUERIDA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA ALCANZAR LAS METAS DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ E INFANTIL, 1990-2015.**



Fuente: "Salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio", borrador interno de discusión, Área de Gobernanza y Política, OPS/OMS, 2003.

En cuanto al tercer indicador de salud infantil, es decir la protección contra el sarampión, la región experimentó un fuerte progreso en la década pasada. En 1994 los países se comprometieron en forma conjunta, a interrumpir en el año 2000 la transmisión autóctona

## VII. MEJORAR LA SALUD DE LA NIÑEZ

de esa enfermedad. Dicho objetivo fue alcanzado. Bajo la conducción del Programa Regional de Inmunizaciones de la Organización Panamericana de la Salud, los países implementaron una estrategia consistente en: (i) intensificar la vacunación mediante jornadas nacionales y campañas casa por casa; y (ii) mantener altas coberturas de vacunación en menores de cinco años. Como resultado, la cobertura de vacunación rutinaria contra el sarampión aumentó durante el período, pasando del 80% en 1994 al 94% en 2000. La incidencia anual de la enfermedad, para la región en su conjunto, tuvo una evolución muy positiva, bajando del entorno de 150 mil casos por año al inicio de la década, a alrededor de 500 casos en total diez años más tarde. Puede afirmarse que la región ha alcanzado la meta con relación a este indicador, planteándose de aquí en más el desafío, en vista del riesgo de casos importados de otras regiones, de mantener ese logro.

### ***Diversidad entre países***

La situación de salud de la niñez, medida por el riesgo de morir durante el primer año o antes de cumplir 5 años de edad, varía marcadamente entre los países de la región (y como se apreciará en la sección siguiente, entre diferentes grupos poblacionales al interior de los mismos). Si bien la confiabilidad de los datos impide asegurar que el orden resultante de las cifras, sea el que corresponde a la realidad, es indudable que las diferencias de casi diez veces entre los países en ambos extremos de la distribución, marcan realidades de supervivencia infantil y de la niñez muy diferentes. El cuadro 3 presenta los datos disponibles más recientes de promedios nacionales en ambos indicadores, indicándose en la segunda columna a qué año pertenece el dato de mortalidad infantil. La tercer columna presenta la mortalidad en la niñez, en tanto la siguiente registra el mismo indicador con el rango de variación, sólo para la población masculina. Asimismo, se presenta la proporción de la mortalidad en la niñez que ocurre durante la infancia, es decir en los primeros doce meses de vida. Puede notarse que el rango de la estimación es bastante amplio, lo que evidencia la baja calidad de la información.

El riesgo de morir durante la infancia y la niñez va disminuyendo a medida que aumenta la edad. Así es mayor en la primer semana que en el primer mes, en éste que en el primer año y durante éste que en los cuatro años siguientes. En consecuencia, se ha observado consistentemente en distintas regiones del mundo que, a medida que desciende la mortalidad en la niñez, la proporción de ésta debida a muertes infantiles, tiende a aumentar. Los datos presentados en el cuadro no reflejan la evolución esperada. Es probable que las marcadas variaciones observadas estén reflejando problemas con la calidad de los datos. Esas limitaciones se ven reflejadas asimismo, en el rango de incertidumbre de la mortalidad en varones. La región tiene mayor experiencia de medir la mortalidad infantil que la de la niñez. En consecuencia, son más confiables los datos de mortalidad infantil, por lo que los valores de mortalidad en la niñez estarían subestimados, sobre todo en la mitad superior del cuadro.

El mismo presenta un gradiente casi sin interrupciones en la situación de salud infantil por lo que no surgen en forma evidente, grupos diferenciados de países. Haití, Bolivia y Guyana son los que presentan peor situación relativa en tanto Cuba, Costa Rica y Chile detentan los niveles más altos de salud infantil. La mayor parte de los nacimientos de la región ocurre en los países

en situación intermedia, donde se ubican, entre otros, Brasil, México, Perú y Colombia, con tasas de mortalidad en la niñez entre 30 y 50 muertes por cada mil nacidos vivos.

La Organización Panamericana de la Salud está identificando un conjunto de países en los cuales el mejoramiento de la salud infantil, en función de la realidad observada, requeriría un esfuerzo especial de cooperación técnica y financiera. En función del nivel de endeudamiento (países HIPC) y de las bajas probabilidades de alcanzar los ODM de salud, los países a los cuales la OPS asignaría prioridad en esta área, serían: Bolivia, Haití, Guyana, Nicaragua y Ecuador.

**CUADRO 3.**  
**MORTALIDAD INFANTIL Y MORTALIDAD EN LA NIÑEZ POR MIL NACIDOS VIVOS**  
**EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

| País          | Infantil | Año  | Niñez | Niñez varón<br>(incertidumbre) | Infantil/Niñez% |
|---------------|----------|------|-------|--------------------------------|-----------------|
| Haití         | 80,3     | 95-0 | 111,5 | 120 (110-135)                  | 72,0            |
| Bolivia       | 66,0     | 02   | 72,2  | 91 (81-101)                    | 91,4            |
| Guyana        | 54,0     | 00   | 70,3  | 75 (66-84)                     | 76,8            |
| Perú          | 33,4     | 00-5 | 52,2  | 52 (48-56)                     | 63,9            |
| Ecuador       | 24,9     | 01   | 54,6  | 40 (36-44)                     | 45,6            |
| Guatemala     | 39,0     | 97-1 | 54,3  | 58 (53-63)                     | 71,8            |
| R. Dominicana | 31,0     | 02   | 53,3  | 52 (48-58)                     | 58,2            |
| Honduras      | 34,0     | 96-0 | 48,0  | 42 (38-46)                     | 70,8            |
| Nicaragua     | 35,0     | 01   | 45,2  | 50 (46-54)                     | 77,4            |
| Paraguay      | 19,8     | 01   | 45,2  | 37 (33-42)                     | 43,8            |
| Brasil        | 28,3     | 00   | 45,5  | 47 (38-57)                     | 62,2            |
| Belice        | 21,2     | 00   | 42,2  | 30 (26-35)                     | 50,2            |
| El Salvador   | 35,0     | 93-8 | ---   | 42 (38-46)                     | ---             |
| México        | 22,4     | 01   | 34,4  | 26 (19-36)                     | 65,1            |
| Colombia      | 20,4     | 00   | 32,8  | 31 (28-34)                     | 40,5            |
| Surinam       | 13,7     | 01   | 29,1  | 34 (30-39)                     | 47,0            |
| Jamaica       | 19,9     | 98   | 24,7  | 29 (25-32)                     | 80,6            |
| Panamá        | 14,4     | 02   | 26,9  | 35 (30-40)                     | 53,5            |
| Argentina     | 16,3     | 01   | 23,2  | 23 (20-27)                     | 70,2            |
| Bahamas       | 12,7     | 01   | 24,5  | 24 (20-28)                     | 51,8            |
| Venezuela     | 17,7     | 01   | 22,3  | 22 (21-24)                     | 79,4            |
| Uruguay       | 13,5     | 02   | 15,3  | 20 (18-23)                     | 88,2            |
| Chile         | 8,9      | 00   | 13,7  | 11 (9-13)                      | 64,9            |
| Costa Rica    | 11,2     | 02   | 12,2  | 13 (9-17)                      | 91,8            |
| Cuba          | 6,5      | 02   | 9,6   | 10 (9-11)                      | 67,7            |
| Total         | 25,6     |      | 39,3  |                                | 65,1            |

Fuente: "Situación de Salud en las Américas 2003: Indicadores Básicos de Salud", OPS/OMS y "The World Health Report 2000", OMS (estimación de Mortalidad en la Niñez en varones).

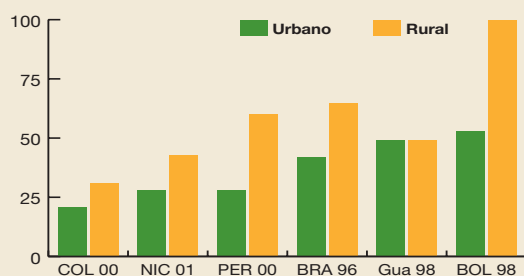
**Diferencias al interior de los países**

Hasta este punto se han presentado tan sólo promedios regionales y nacionales, sin entrar a la variabilidad observable al interior de los países por grupos poblacionales, conformados de acuerdo con los determinantes de la salud infantil. Si bien ello permite identificar países prioritarios para la cooperación internacional, los promedios nacionales esconden situaciones muy diversas al interior de los países que también requieren atención especial, tanto de la cooperación internacional como de las autoridades nacionales.

En primer término, puede observarse que los promedios nacionales de mortalidad infantil emergentes de las Encuestas de Demografía y Salud (cuadro 4), son consistentemente

**CUADRO 4.**  
**MORTALIDAD INFANTIL EN LOS DIEZ AÑOS ANTERIORES A LA**  
**ENCUESTA DE DEMOGRAFÍA Y SALUD, SEGÚN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS**

|                  |              | Colombia<br>(2000) | Nicaragua<br>(2000) | Perú<br>(2000) | Brasil<br>(2000) | Guatemala<br>(2000) | Bolivia<br>(2000) |
|------------------|--------------|--------------------|---------------------|----------------|------------------|---------------------|-------------------|
| <b>Zona</b>      | Urbana       | 21                 | 28                  | 28             | 42               | 49                  | 53                |
|                  | Rural        | 31                 | 43                  | 60             | 65               | 49                  | 100               |
| <b>Edad mat.</b> | Menos 20     | 31                 | 42                  | 52             | 57               | 71                  | 97                |
|                  | 20-29        | 21                 | 29                  | 40             | 44               | 41                  | 67                |
|                  | 30-39        | 26                 | 42                  | 41             | 51               | 43                  | 72                |
| <b>Educación</b> | Sin educ.    | 42                 | 54                  | 73             | 93               | 56                  | 113               |
|                  | Primaria     | 28                 | 35                  | 54             | 49               | 47                  | 88                |
|                  | Secundaria   | 21                 | 23                  | 30             | 28               | 41                  | 77                |
|                  | Superior     | 14                 | 16                  | 20             | (9)              | ---                 | 30                |
| <b>Atención</b>  | Ninguna      | (44)               | 66                  | ---            | (207)            | 63                  | 118               |
|                  | Pre o parto  | 30                 | 50                  | ---            | 63               | 36                  | 62                |
|                  | Pre y parto  | 15                 | 16                  | ---            | 20               | 36                  | 38                |
| <b>Etnia</b>     | Indígena     |                    |                     |                |                  | 56                  |                   |
|                  | Ladino       |                    |                     |                |                  | 44                  |                   |
|                  | <b>Total</b> | 24                 | 35                  | 43             | 48               | 49                  | 73                |



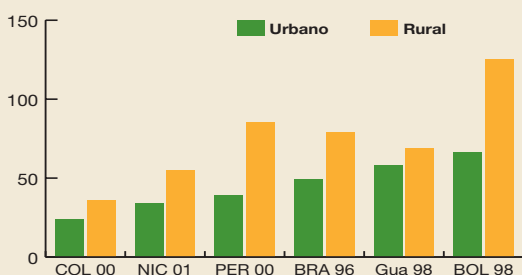
Nota: Las cifras en paréntesis reflejan tasas basadas en menos de 500 observaciones.

Fuentes: Encuestas Demográficas y de Salud de los países y años indicados.

**CUADRO 5.**  
**MORTALIDAD EN LA NIÑEZ (MENORES DE CINCO AÑOS) DURANTE DIEZ AÑOS PREVIOS,**  
**SEGÚN ALGUNAS CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS**

|                  |              | Colombia<br>(2000) | Nicaragua<br>(2000) | Perú<br>(2000) | Brasil<br>(2000) | Guatemala<br>(2000) | Bolivia<br>(2000) |
|------------------|--------------|--------------------|---------------------|----------------|------------------|---------------------|-------------------|
| <b>Zona</b>      | Urbana       | 24                 | 34                  | 39             | 49               | 58                  | 66                |
|                  | Rural        | 36                 | 55                  | 85             | 79               | 69                  | 125               |
| <b>Edad mat.</b> | Menos 20     | 33                 | 54                  | 68             | 66               | 90                  | 109               |
|                  | 20-29        | 24                 | 38                  | 56             | 51               | 54                  | 83                |
|                  | 30-39        | 31                 | 49                  | 60             | 62               | 57                  | 94                |
| <b>Educación</b> | Sin educ.    | 44                 | 72                  | 106            | 119              | 79                  | 132               |
|                  | Primaria     | 33                 | 43                  | 76             | 58               | 60                  | 120               |
|                  | Secundaria   | 24                 | 26                  | 40             | 32               | 42                  | 93                |
|                  | Superior     | 15                 | 19                  | 24             | (9)              | ---                 | 33                |
| <b>Atención</b>  | Ninguna      | ---                | 95                  | ---            | ---              | ---                 | 160               |
|                  | Pre o parto  | ---                | 58                  | ---            | ---              | ---                 | 87                |
|                  | Pre y parto  | ---                | 21                  | ---            | ---              | ---                 | 47                |
| <b>Etnia</b>     | Indígena     |                    |                     |                |                  | 79                  |                   |
|                  | Ladino       |                    |                     |                |                  | 56                  |                   |
|                  | <b>Total</b> | 28                 | 45                  | 60             | 57               | 65                  | 92                |

114



Nota: Las cifras en paréntesis reflejan tasas basadas en menos de 500 observaciones.  
Fuentes: Encuestas Demográficas y de Salud de los países y años indicados.

más altos que los registradas en el cuadro 3. En parte eso se debe a que, para obtener muestras de tamaños adecuados, las encuestas estiman la mortalidad sobre la base de la experiencia de los encuestados en los diez años precedentes a la realización de la misma. En consecuencia, en la medida en que la tasa de mortalidad desciende en el tiempo, la experiencia de los diez años previos arroja un valor superior a la estimación puntual del último año. En segundo término, debe señalarse que las encuestas de demografía y salud, pese a basarse en la apreciación y en el recuerdo del entrevistado, los cuales introducen cierto margen de error, tienen un grado de certeza superior a las estadísticas vitales nacionales, aun corregidas por subregistro. En consecuencia, los datos del cuadro 4 son bastante confiables.

Puede apreciarse en el cuadro que, con la única excepción de Guatemala, la tasa de mortalidad infantil de los nacidos de madres residentes en el medio rural es muy superior a la que presentan quienes nacen de madres residentes en áreas urbanas. Las diferencias más significativas se presentan en Bolivia y Perú donde el riesgo de morir antes del primer año de vida es prácticamente el doble en el medio rural. Igualmente la edad de la madre, su nivel de educación, el pertenecer a una etnia indígena y el no haber recibido atención prenatal y/o durante el parto, se asocian a una mortalidad infantil más elevada. Existen vínculos importantes de estas variables entre sí, por lo que cada una de ellas incluye parcialmente el efecto de las demás.

Se desprende de estos datos que, para mejorar la salud infantil en la dimensión propuesta por los Objetivos de Desarrollo del Milenio, todos los países de la región independientemente de su nivel promedio, deberían otorgar prioridad a los grupos poblacionales en peor situación sanitaria ya sea de base geográfica (en particular a la población rural), de origen étnico o por su condición socioeconómica. A vía de ejemplo es necesario considerar, en lo geográfico, situaciones tales como el Noreste de Brasil, la costa de Colombia sobre el océano Pacífico o la de Honduras sobre el océano Atlántico; en lo étnico las poblaciones indígenas en los países centroamericanos y andinos y las poblaciones afrodescendientes en Brasil y los países de la cuenca del Caribe, y en lo socioeconómico, las poblaciones marginadas y en situación de pobreza. En términos generales se requiere una focalización importante de los esfuerzos en el medio rural, donde claramente se concentran muchas de las desventajas mencionadas.

### 3. DESAFÍOS

La desigual situación de salud de la niñez latinoamericana y caribeña, tanto entre los países como al interior de cada uno de éstos, refleja la desigualdad en la distribución de bienes e ingresos. En términos generales, a mayor nivel de pobreza menor nivel de salud infantil.

Hacia finales de los años noventa un recién nacido en el quintil de ingreso más bajo tenía, en promedio en la región, casi tres veces más riesgo de morir antes del primer año de vida que aquél nacido en el quintil de ingresos más alto (42,0 y 14,5 por mil nacidos vivos respectivamente). Para alcanzar la meta de reducir al año 2015 en dos tercios la mortalidad en menores de cinco años es necesario, pues, concentrar los esfuerzos en los hogares más pobres en todos los países de la región. Los instrumentos de focalización de programas sociales, usados extensivamente en las iniciativas apoyadas por el BID, constituyen un elemento esencial para lograr esa reducción.

#### ***Principales determinantes e intervenciones***

Las intervenciones necesarias para reducir la mortalidad en menores de cinco años de edad, varían a medida que ésta descende desde el entorno de los 100 hasta los 10 por mil nacidos vivos, no existiendo un punto claro de inflexión. Esas variaciones son aplicables tanto a nivel de país como de grupos poblacionales al interior de éstos, lo que requiere la

adaptación de la respuesta al perfil epidemiológico de la niñez en cada país y, dentro de éstos, en cada población objetivo.

En los niveles más elevados de mortalidad predominan ligeramente los fallecimientos luego del primer año de vida debidos a factores infecciosos y parasitarios sobre un trasfondo de malnutrición. Las siguientes acciones aplicadas a los segmentos de mayor riesgo, han demostrado poseer alta efectividad y costo accesible, y por tanto, ser útiles para contrarrestar los factores dominantes en el rango alto de la mortalidad de la niñez (por encima de las 30 muertes por mil nacidos vivos):

- el aprovisionamiento de servicios de agua potable de calidad y saneamiento;
- la nutrición correcta incluyendo la lactancia materna exclusiva por seis meses y el aporte de micronutrientes;
- el espaciamiento de los nacimientos mediante servicios de salud sexual y reproductiva de calidad;
- la inmunización oportuna contra las enfermedades evitables por ese medio;
- el combate a las diarreas mediante medidas de higiene del hogar y de los alimentos y el suministro de sales de rehidratación oral;
- el manejo de las infecciones respiratorias agudas mediante la disminución de la contaminación ambiental y el uso de antibióticos de amplio espectro.

La estrategia de atención integrada de las afecciones prevalentes de la infancia (AIEPI) en el marco de la atención primaria de salud, propuesta por UNICEF y la OMS y promovida en la región por la OPS, ha demostrado ser una respuesta organizada eficaz para enfrentar estos desafíos.

Por su parte en el rango inferior de la mortalidad en la niñez (inferior a 20 por 1.000 nacidos vivos), predominan los fallecimientos en las primeras cuatro semanas de vida debidos a factores congénitos y perinatales. En consecuencia, los países de la región, particularmente aquellos que presentan tasas relativamente bajas de mortalidad en la niñez, han venido complementando su respuesta para adaptarla a esas variables dominantes.

Chile, a vía de ejemplo, aplicando una estrategia de esa naturaleza, logró disminuir su mortalidad en menores de cinco años desde 21,7 a 14,0 por mil nacidos vivos entre 1988 y 1999. Las acciones emprendidas por la autoridad sanitaria con este fin consistieron en la expansión de algunos programas y el lanzamiento de otros. Los principales fueron:

- expansión del programa de atención perinatal, incluyendo unidades de cuidados intensivos neonatales;
- creación del programa de enfermedades respiratorias incluyendo fisioterapia, esteroides, internación breve, broncodilatadores y uso racional de antibióticos;
- ampliación de la capacidad instalada de corrección quirúrgica de cardiopatías congénitas;
- ampliación del programa de inmunizaciones para incluir la inmunización contra *Hemophilus Influenza* tipo B.

Los investigadores atribuyen la disminución observada de la mortalidad infantil de 16,0 en 1988 a 8,9 por mil nacidos vivos en 1999 a estas intervenciones mencionadas en virtud de que las tasas específicas de mortalidad por estas causas, han disminuido francamente en los diez años analizados. El costo operativo anual promedio de estos cuatro programas ascendió a US\$ 58 por recién nacido por año, una suma razonable para países de mediano nivel de desarrollo.

En su progreso hacia la meta de reducir la mortalidad en la infancia y en la niñez en un 66% en los próximos trece años, a medida que se vaya modificando el perfil epidemiológico, la mayoría de los países de la región deberán incorporar progresivamente acciones dirigidas a abatir la mortalidad perinatal y neonatal. Ello representará desafíos institucionales, económicos y tecnológicos para los cuales los países requerirán decisión política y el apoyo de la comunidad internacional.

### 4. ESTRATEGIA DEL BID

La estrategia del BID en esta área incluye acciones de salud y saneamiento, acciones directas de salud y acciones indirectas de salud.

#### ***Acciones de salud y saneamiento***

Desde sus inicios el BID ha acompañado y financiado acciones emprendidas por los países para mejorar la salud infantil y reducir la mortalidad en la niñez, particularmente en los sectores más pobres. Merece particular destaque en ese sentido la importante contribución del Banco al progreso de la región en acceso a servicios de agua potable y saneamiento.

#### ***Acciones directas de salud***

Desde el inicio de la cartera de proyectos de salud en 1973 hasta el 2002, fueron aprobados 57 préstamos específicos de salud por un monto de US\$ 2,4 mil millones. El mayor crecimiento, tanto en el monto como en el número de préstamos, se produjo durante el período 1992-2001. Específicamente el Banco está contribuyendo a la mejora de la salud infantil mediante diversos tipos de proyectos entre los que se cuentan los proyectos de salud pública, en particular de nutrición; los de atención primaria de salud; y los de aseguramiento de servicios materno-infantiles.

A vía de ejemplo, entre los proyectos de salud pública está el Programa de Nutrición Básico de Guyana por US\$ 6,4 millones, cuyo objetivo es mejorar la situación nutricional de poblaciones carenciadas. Para ello implementa dos componentes: uno de nutrición infantil, que incluye entre otras acciones, la transferencia de recursos a las madres para la compra de alimentos condicionada a la concurrencia de éstas con sus hijos a servicios de salud para su control; y otro de reducción de anemia, que incluye la entrega de suplementos nutricionales a embarazadas, madres y niños en riesgo así como acciones de educación para la salud.

Entre los proyectos de atención primaria de salud puede mencionarse el de Reformas a la Atención Primaria de Salud de Paraguay por US\$ 39 millones, cuyo objetivo es implementar un Plan Nacional de Promoción y Prevención de Salud Materno-infantil, ampliando la cobertura y mejorando la calidad de los servicios al nivel primario para la población en situación de pobreza, incluyendo inmunizaciones, educación para la salud y otras intervenciones.

*Servicios Materno-Infantiles.* El proyecto “Desarrollo del Sector Salud/Seguro Materno-Infantil” en Perú aprobado en 1999 por US\$ 125 millones busca reducir las barreras económicas y culturales para incentivar la utilización de servicios de salud materno-infantil al mismo tiempo que intenta mejorar la oferta y la calidad de dichos servicios (atención prenatal, obstétrica y postnatal, y la atención integral a las enfermedades de la infancia –estándares AIEPI–). Con el fin de hacer sostenibles estos esfuerzos, el proyecto busca fortalecer procesos de descentralización, modernización institucional y mejora de la gestión en las diferentes instituciones de salud.

*Desarrollo Infantil Temprano.* En Nicaragua el Banco está financiando el programa de “Atención Integral a la Niñez II” por un valor de US\$ 27,8 millones cuyo fin es proporcionar cuidado integral a menores de 6 años en municipalidades pobres y en extrema pobreza. Las acciones comprendidas son: (i) capacitación a mujeres embarazadas y lactantes sobre cuidado del niño; (ii) referencia de mujeres a servicios de atención prenatal; (iii) acciones para el desarrollo infantil temprano; (iv) monitoreo del crecimiento y desarrollo; (v) consejería a padres sobre cuidados del niño, nutrición, higiene, prevención de violencia y salud reproductiva; (vi) entrega de complementos alimenticios para niños en riesgo y para mujeres embarazadas.

### ***Acciones indirectas de salud***

En un enfoque más amplio los *proyectos de reforma de salud* apoyados por el Banco también contribuyen al logro de la meta de mejorar la salud de la niñez. En ese marco, estos proyectos contribuyen por medio de la identificación de acciones prioritarias, la focalización del gasto sanitario público en las poblaciones más carenciadas, el fortalecimiento institucional para el cumplimiento de las funciones esenciales de los ministerios de salud, en particular la vigilancia epidemiológica, y en general, la mejora de la eficiencia del sector.

A través de sus préstamos de emergencia social, el Banco apoya a los países de la región a *proteger el gasto social prioritario* en los grupos de menor ingreso en momentos de crisis y estabilización macroeconómica. Préstamos de este tipo en Bolivia y Brasil aprobados en 2001 por US\$ 50 y US\$ 2.200 millones, respectivamente, permitieron proteger servicios de atención primaria (salud de familia), paquetes básicos de servicios (materno-infantil), programas de inmunizaciones y nutricionales. Por su parte, los préstamos para los fondos de inversión social, a través de los cuales se financian pequeños proyectos de construcción de infraestructura y de provisión de servicios sociales básicos de salud, educación, agua y saneamiento, han jugado un rol importante en la provisión de servicios básicos de salud

materno-infantil, incluyendo capacitación a parteras, inmunizaciones y nutrición, para las poblaciones más desatendidas. Este tipo de proyectos se ha realizado en casi todos los países de la región, entre ellos, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Honduras, Haití, Nicaragua y Venezuela (el total del aporte del Banco para los fondos sociales de los países antes mencionados aprobados entre 1994 y 1999 sumó US\$ 355,7 millones).

Como respuesta a los efectos de la pobreza y la inequidad el Banco apoya iniciativas de *inversión en capital humano*, como el programa Oportunidades (anteriormente llamado PROGRESA) en México. En el año 2002, el BID aprobó la primera fase de un préstamo por US\$ 1.000 millones. Este programa busca romper el ciclo de la pobreza asegurando oportunidades de educación, salud y nutrición para las familias en extrema pobreza. En el campo de la salud, las madres reciben una transferencia de dinero a cambio de llevar a sus hijos a consultas regulares en los centros de salud donde se les entrega un paquete básico de servicios (que incluye monitoreo del crecimiento y vacunación), y por asistir a capacitaciones sobre salud, nutrición e higiene (por ejemplo: sobre puericultura y la importancia de la lactancia materna exclusiva de 0 a 6 meses). Además, las madres embarazadas o lactantes y los niños menores de dos años reciben suplementos alimenticios. En el año 2000, una evaluación de impacto sobre PROGRESA, al cabo de 18 meses de ejecución, reveló que el programa aumentó significativamente la utilización de servicios preventivos en clínicas públicas, a la vez que disminuyó las consultas por servicios curativos. El número de hospitalizaciones de niños y niñas entre 0 y 2 años disminuyó en un 58%. Además, las intervenciones en salud tuvieron un impacto significativo en el crecimiento de los niños entre los 12 y los 36 meses, así como en la reducción de probabilidades de malnutrición extrema.

## 5. CONCLUSIÓN

Desde todos estos ángulos el BID es un socio activo de los países de la región en su progresión hacia la meta de mejorar la salud infantil.

Hasta la fecha el BID ha hecho un esfuerzo por contribuir a la resolución de los problemas de salud, en particular a la reducción de la mortalidad infantil y de la niñez, de los países de América Latina y el Caribe desde diversos frentes: financiando intervenciones directas para mejorar la salud de las madres y sus hijos, promoviendo cambios estructurales en los sistemas de salud que permitan llegar a las poblaciones más desprotegidas con servicios de calidad, y contribuyendo a la reducción de la pobreza y la inequidad a través de la inversión en capital humano.

Para el logro de los objetivos del milenio sobre mortalidad infantil, el BID puede colaborar activamente con los países poniendo sus servicios financieros y de asistencia técnica al servicio del mejoramiento de: los sistemas de información; la efectividad de las intervenciones de salud; el alcance de las poblaciones más necesitadas (especialmente aquellas que son excluidas a razón de su nivel socioeconómico, raza o etnia, y ubicación geográfica); el fortalecimiento de la capacidad institucional de los ministerios de salud; y el apoyo a modelos de gestión más eficientes.

