

La mortalidad en la niñez, un tema de prioridad a nivel internacional

Mortality in childhood, a priority theme at the international level

Marbelis Orbea López*

ARTÍCULO ORIGINAL | Recibido: 15 de agosto de 2019
Aceptado: 2 de octubre de 2019

Resumen

En la actualidad la protección a la infancia es un tema muy debatido en el contexto internacional debido a la influencia de las desigualdades sociales sobre el bienestar de los niños/as y sus familias. Organismos internacionales reconocen serios problemas como el desigual acceso a la educación, la salud, el agua potable, las condiciones de las viviendas y el medioambiente en el que se desenvuelven los infantes, entre otros factores que inciden en su adecuado desarrollo y, también, en sus probabilidades de sobrevivencia.

El presente artículo se propone una actualización acerca de la evolución de la mortalidad en la niñez a nivel mundial, haciendo énfasis en la región de América Latina dentro del panorama internacional.

Palabras clave

Mortalidad en la niñez, mortalidad infantil, mortalidad del menor de cinco años, transición de la mortalidad en la niñez, transición epidemiológica en la niñez.

Abstract

At present, child protection is a hotly debated issue in the international context due to the influence of social inequalities on the well-being of children and their families. International organizations recognize serious problems such as unequal access to education, health, drinking water, housing conditions and the environment in which infants develop, among other factors, which affect their proper development and, also, in their chances of survival.

This article proposes an update about the evolution of childhood mortality worldwide, making the Latin American region a part of the international scene.

Keywords

Mortality in childhood, transition of mortality in childhood, epidemiological transition in childhood, infant mortality, mortality of children under five.

* Centro de Estudios Demográficos (CEDEM), Universidad de La Habana, Cuba. marbelis@cedem.uh.cu

Introducción

La mortalidad es un fenómeno demográfico muy abordado en la literatura contemporánea relacionada con los estudios de población. Este marcado interés está ligado a la concepción de la vida como el bien más preciado, de ahí el consecuente esfuerzo de todos por tratar de postergar la muerte y disminuir al máximo su incidencia individual y social. Su medición y análisis es del interés de múltiples sectores o campos de acción, como puede ser el sector de la salud, la seguridad social y las políticas sociales en general.

Dentro de la mortalidad, se le debe otorgar especial atención a aquella que compete a niños, adolescentes y jóvenes, debido a la alta sensibilidad que el fenómeno entraña, no solo para la sociedad de manera general sino para las familias de manera particular.

Como ha observado correctamente el Sistema de las Naciones Unidas, la mortalidad en la niñez¹ es un indicador relevante del nivel de desarrollo social de un país. Refleja la disponibilidad, la utilización y el acceso a los sistemas de salud por parte de la población y, particularmente, de las madres, los niños y las niñas, así como la situación nutricional de los mismos.

En la Agenda 2030, el objetivo 3 de Desarrollo Sostenible (ONU, Objetivos de Desarrollo Sostenible, s.a.) enuncia que en el mundo:

- Todos los años mueren alrededor de cinco millones de niños antes de cumplir los cinco años de edad.
- A pesar de los avances, la mortalidad de niños menores de cinco años sigue siendo elevada en África Subsahariana y en Asia Meridional donde cuatro de cada cinco muertes de los menores de cinco años ocurren en estas regiones.
- Los niños que nacen pobres tienen casi el doble de probabilidades de morir antes de los cinco años que los de las familias más ricas.

- Los hijos de madres que han recibido educación, incluso las madres con solo educación primaria, tienen más probabilidades de sobrevivir que los hijos de madres sin educación.

Por otro lado, la mayoría de estos niños viven en países en desarrollo y mueren como resultado de una enfermedad o una combinación de ellas que se pueden evitar con métodos ya existentes y de bajo costo (CEPAL/UNICEF, 2011, p. 5).

Según Aslam y otros (2014) se estima que once millones de niños menores de cinco años murieron en 2015 a nivel mundial, en su mayoría por causas prevenibles como el sarampión y tétanos, hasta la marginación social, desnutrición, falta de saneamiento básico, carencia de agua potable, entre otras. La mayoría de estas muertes son sufridas en países en vías de desarrollo y las dos terceras partes se producen solo en diez países, en su mayoría de África Subsahariana (Aslam y otros, citados en Córdova y Nicolaeva, 2015).

En América Latina aproximadamente 20,8 niños por cada mil nacidos vivos mueren antes de los cinco años (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2018), situación que es factible de modificar sensiblemente si se compara con los países desarrollados, o con algunos países de la región donde mueren cerca de seis niños por cada mil nacidos vivos, antes de cumplir los cinco años de edad.

Si bien muchos han sido los programas que organismos nacionales e internacionales han llevado a cabo en beneficio de la salud y la sobrevivencia infantil, millones de niños y niñas continúan viviendo y muriendo en condiciones de desnutrición y mala salud (CEPAL/UNICEF, 2011).

Se podría decir que un momento decisivo a nivel mundial en los temas referidos a la atención y protección del desarrollo de los infantes fue la aprobación de la Convención de los Derechos del Niño,² dado que, en la actualidad, millones de

¹ Entiéndase por mortalidad en la niñez aquella que ocurre antes de cumplir los 5 años de edad exacta. También se le puede denominar mortalidad preescolar o mortalidad temprana. En tanto, la mortalidad infantil es definida como aquella que ocurre desde el nacimiento hasta el primer año de edad exacta.

² Tratado de las Naciones Unidas. Primera ley internacional sobre los derechos del niño y la niña jurídicamente vinculante, es decir, de estricto cumplimiento o de carácter obligatorio. Esta ley establece que todos los niños, las niñas y los adolescentes –individuos en edades inferiores a los 18 años– tienen iguales derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales (UNICEF, 2005).

niños/as tienen vidas más seguras, saludables y plenas que antes de que se aprobara dicha Convención en 1989.

De conformidad con el artículo 6 de la Convención, los Estados partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida y se comprometen a garantizar en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño. El artículo 24 trata sobre el derecho que asiste a niños y niñas a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a acceder a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud, así como a asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de los servicios sanitarios (UNICEF, 2005).

Con posterioridad a la aprobación de la Convención se sucedieron otras acciones, tales como:

- La Cumbre Mundial en Favor de la Infancia, en 1990, en la que se acordaron una serie de metas para ser alcanzadas en el año 2000.
- La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, en 1994, donde se ratifican y amplían las metas para el año 2000.
- La Cumbre del Milenio, en 2000, donde se establece el objetivo de reducir la mortalidad infantil con una nueva meta a alcanzar en 2015.
- La proclamación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, con sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en septiembre de 2015.

En la actualidad la protección a la infancia es un tema muy debatido en el contexto internacional debido a la influencia de las desigualdades sociales sobre el bienestar de los niños/as y sus familias. Se reconocen serios problemas sociales como el desigual acceso a la educación, la salud, el agua potable, las condiciones de las viviendas y el medioambiente en el que se desenvuelven, entre otros factores, que inciden en su adecuado desarrollo y, por qué no, en sus probabilidades de sobrevivencia.

Transición de la mortalidad y transición epidemiológica en la niñez

Entre las teorías de población, la más difundida hasta la actualidad resulta ser la teoría de la transición demográfica. Esta fue esbozada como un intento teórico de interpretación general del

proceso de cambio de la población en los países occidentales (Bueno, 2003) y consiste esencialmente en el paso de los niveles de fecundidad y mortalidad altos y sin control, a niveles bajos controlados, a través de un período intermedio dentro del cual el descenso de la mortalidad antecede al de la fecundidad, generando un crecimiento rápido de población (López, 1973).

Los cambios en el patrón de mortalidad fueron acompañados a su vez por cambios en el patrón de las causas de muerte. Con la cada vez menor incidencia de la mortalidad por causas infecciosas y parasitarias y del aparato respiratorio –que afectaban principalmente a los niños– las probabilidades de morir, tanto de menores de un año como de menores de cinco años fueron las primeras en mostrar un descenso y, como consecuencia, ello produjo los mayores aportes al aumento de la esperanza de vida (Chackiel, 2004).

Los primeros intentos para cuantificar la mortalidad infantil aparecen por primera vez durante el siglo XVII. En 1661 John Graunt,³ al estudiar la mortalidad en Inglaterra, concluyó que un tercio de todas las muertes inglesas se hallaban por debajo de los 5 años (Graunt, citado por Riverón, y Azcuy, 2001).

Según Riverón y Azcuy (2001), Louis Rene Villerme⁴ fue el primero en aplicar los datos de salud a los problemas sociales y tuvo la habilidad de vincular la mortalidad con las situaciones sociales a través de las estadísticas. En 1822 descubrió la relación entre el ingreso promedio y la tasa de mortalidad y, a mediados del siglo, toda Europa aceptaba la tasa de mortalidad como indicador de pobreza y de condiciones ambientales deplorables.

A finales del siglo XIX, la mortalidad infantil desplazó a la tasa de mortalidad como indicador de salud y bienestar social. William Farr,⁵ estadístico de salud inglés señaló que la tasa de mortalidad

³ Londres (1620-1674). Fue un demógrafo inglés a quien se considera el primer demógrafo, el fundador de la bioestadística y el precursor de la epidemiología.

⁴ Francia (1782-1863). Precursor de los primeros mapas epidemiológicos que usaban métodos cuantitativos y análisis epidemiológicos.

⁵ Inglaterra (1807-1883). Epidemiólogo. Fue pionero en la recolección de datos estadísticos sobre enfermedades y mortalidad.

infantil era más adecuada, pues los niños menores de un año eran más sensibles a las enfermedades comunes y a las condiciones ambientales. A partir de entonces la percepción de los cambios demográficos hizo de la salud del niño un tema político importante y, en los albores del siglo XX, la tasa de mortalidad infantil captó el orgullo y los temores de los líderes políticos y de la salud.

En las primeras décadas del siglo XX no se publicaba ningún informe de mortalidad infantil sin que apareciera la cita “la mortalidad infantil es el índice más sensible que poseemos de la administración sanitaria y de bienestar social” (Riverón y Azcuy, 2001) y la mortalidad infantil fue el centro de los esfuerzos de cada nación para mejorar la salud y el bienestar de su población.

A comienzos del siglo XX la muerte de recién nacidos y niños pequeños era muy común en todo el mundo. Morir durante la infancia era entonces tan frecuente que casi todas las familias eran afectadas. Las altas tasas de mortalidad producida por la diarrea, el paludismo, el sarampión, la neumonía, la viruela, la tuberculosis y las diversas formas de desnutrición afectaban a una gran proporción de la población mundial.

Durante los decenios de 1950, 1960 y 1970 se realizaron numerosos esfuerzos para controlar algunas enfermedades. La más satisfactoria de las campañas fue la iniciativa para erradicar la viruela, cuyos excelentes resultados fueron clave para el posterior diseño del programa preventivo de salud pública, posiblemente el más exitoso de la historia: el Programa Ampliado de Inmunización, que se inició en 1974. Mediante él se aspiraba a vacunar a los niños contra seis enfermedades⁶ durante su primer año de vida. Cuando se empezó a ejecutar el programa, menos del 5% de los niños del mundo estaban vacunados contra ellas.⁷

En 1982 UNICEF encabeza la *revolución de la supervivencia infantil* y se concentra en cuatro intervenciones de bajo costo, conocidas en conjunto como estrategia GOBI: vigilancia del crecimiento

para evaluar el estado nutricional, terapia de rehidratación oral para tratar la diarrea infantil, lactancia materna para garantizar la salud de los niños pequeños, e inmunización contra seis enfermedades mortales de la niñez. Posteriormente, la estrategia GOBI agregó tres componentes –alimentos complementarios, espaciamiento de los nacimientos y alfabetización de la mujer– y se convirtió en estrategia GOBI-FFF (UNICEF, 2008).

La estrategia GOBI recibió apoyo de las principales iniciativas dirigidas por la OMS, como el Programa Ampliado de Inmunización y otros programas para el control de las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas. Esos esfuerzos, indudablemente, contribuyeron al descenso de la mortalidad entre los menores de cinco años de todo el mundo: de 115 por 1 000 nacimientos vivos en 1980, a 93 en 1990, o sea, una reducción del 19% en el transcurso de diez años (UNICEF, 2008). Mientras, alrededor de 1980, la mayoría de los países de Europa transitaban por debajo del umbral de los diez decesos por cada mil nacidos vivos.

A partir de 1990, los países intensificaron los esfuerzos con el fin de reducir tanto la mortalidad infantil como la de menores de cinco años. Los organismos internacionales concordaron en la necesidad de abordar las inequidades observadas en la mortalidad temprana en el mundo. Así, tanto en la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, como en la formulación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se han planteado metas específicas vinculadas a la reducción de la muerte temprana.

Además, en el Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo sobresalen como parte de las metas: “Disminuir en una tercera parte las tasas de mortalidad de niños menores de un año y las de menores de cinco años –o hasta 50 y 70 defunciones por 1000 nacidos vivos, respectivamente, si ello representa una tasa de mortalidad menor–, tomando como referencia los valores observados en 1990” (CEPAL, 1996, p. 37).

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio incluyeron como uno de sus objetivos centrales la reducción de la mortalidad de los niños menores de cinco años (objetivo 4) y la meta de “reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años” (meta 5).

⁶ Difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión y tuberculosis.

⁷ Las estadísticas más recientes indican que las tasas de inmunización a nivel mundial, medidas por la cobertura de vacunación contra la difteria, el tétanos y la tos ferina –DPT1– son actualmente superiores al 91% (UNICEF, 2017b).

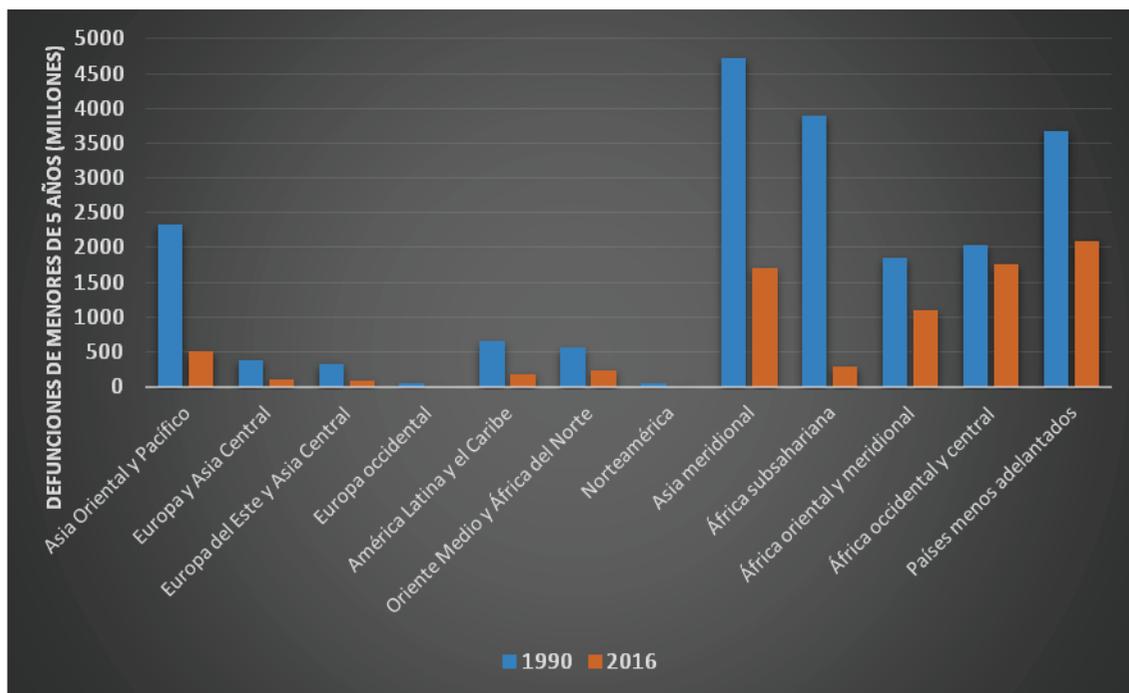
Según las tendencias observadas en los últimos años, la mortalidad de los menores de cinco años ha descendido a nivel mundial. En 2006, por primera vez, la cifra total de muertes anuales entre los niños y niñas menores de cinco años fue inferior a los 10 millones, al situarse en los 9,7 millones. La proporción fue de 72 muertes por cada 1 000 nacidos vivos, un 23% menos que en 1990. Esto representó una reducción de un 60% de la tasa de mortalidad en la infancia desde 1960 (UNICEF, 2008).

La publicación del Estado Mundial de la Infancia en 2008 fue dedicado a la supervivencia Infantil. A partir de ella se conoció que, desde 1990, la tasa de mortalidad de menores de cinco años de China

descendió de 45 muertes por cada 1 000 nacidos vivos a 24 por cada 1 000, una reducción de un 47%; y que Etiopía había logrado reducir esa tasa en casi un 40%. La tasa de mortalidad de menores de cinco años de la India se redujo en un 34% y, además, seis países consiguieron reducir sus tasas en un 50%, aun cuando seguían siendo elevadas: Bangladesh, Bhután, Bolivia, Eritrea, Nepal y la República Popular Democrática Lao.

El descenso ha sido notable si se tiene en cuenta que en el período 1990-2016 se disminuyó en más de la mitad, pasando de 12 598 000 defunciones de menores de cinco años en 1990 a 5 642 000 en 2016 (Figura 1).

Figura 1. Defunciones de menores de cinco años por regiones. 1990 y 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de UNICEF (2017a).

De acuerdo con el Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez,⁸ la tasa

de mortalidad de los niños menores de cinco años disminuyó un 53% entre 1990 y 2015, pasando de 91 muertes por cada 1 000 nacidos vivos a 43%. A nivel mundial la proporción en que se redujo anualmente esa tasa, en promedio, pasó de un 1,8% de 1990 a 2000 a un 3,9% de 2000 a 2015, aunque esto fue insuficiente para lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio número 4, que exigía una disminución anual del 4,3% durante todo el período. Sin embargo, en 2015, entre las regiones

⁸ El Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Infantil (IGME), creado en 2004 para informar sobre los progresos hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, actualiza anualmente las estimaciones de la mortalidad de menores de 1 año y de menores de 5 años para la UNICEF, la OMS y otros organismos internacionales.

en desarrollo, Norte de África, Asia Oriental y América Latina y el Caribe alcanzaron la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en cuanto a reducir la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años en dos tercios o más (Dhrifi, 2018).

A pesar del enorme progreso que representan, estas cifras aún suscitan indignación. Actualmente, la muerte de un niño/a es un fenómeno raro y, muchas veces accidental en todos los países desarrollados, sin embargo, la mortalidad del menor de cinco años continúa siendo elevada en algunas regiones del mundo y la mayoría de los decesos son debido a malas condiciones durante el embarazo y el parto o a enfermedades infecciosas que pueden ser prevenidas o tratadas.

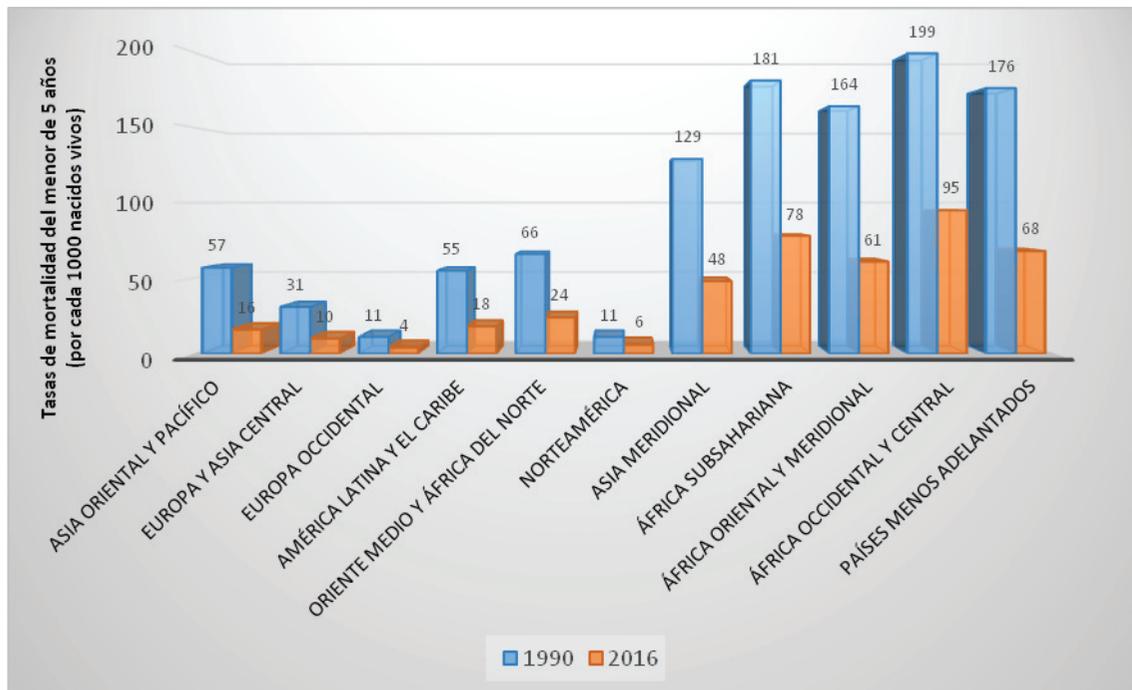
Según cifras oficiales publicadas por las Naciones Unidas (UNICEF, 2017a), en el año 2016 aproximadamente 5 642 000 infantes murieron antes de alcanzar su quinto cumpleaños. Si estas muertes

se relacionan con el número de nacidos vivos y se interpretan en términos de tasa quiere decir que en el mundo ocurrieron, aproximadamente, 41 fallecimientos de menores de cinco años por cada mil nacidos vivos (UNICEF, 2017a, p. 155). De ellos, cerca de 2 860 000 acontecieron en la región del África Subsahariana, para una tasa de mortalidad del menor de cinco años de 78‰ en esa región.

Dentro del África Subsahariana el área más crítica es África occidental y central que mostró valores de muertes de menores de cinco años aproximados a 98‰ en 2015 y 95‰ en 2016, lo que significa que uno de cada 10 niños/as muere en esa área antes de su quinto cumpleaños.

Por otro lado, las regiones de Europa y Asia Central; Asia Oriental y Pacífico; América Latina y el Caribe mostraron tasas de 10‰, 16‰ y 18‰ respectivamente, y Norteamérica con el valor más bajo de 6‰.⁹ (figura 2).

Figura 2. Tasas de mortalidad del menor de cinco años por regiones. 1990 y 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de UNICEF (2017a).

⁹ Esto es tomando en cuenta las macrorregiones, pues el valor más bajo lo tiene Europa Occidental (4‰), que está incluida dentro de la región de Europa y Asia Central.

Las muertes neonatales¹⁰ representaron el 46% de todas las muertes de menores de cinco años, aumentando del 41% que representaron en el 2000. La tasa de mortalidad neonatal se redujo en un 49% de 37 muertes por cada 1 000 nacidos vivos en 1990 a 19 en 2016. El mayor número de muertes de recién nacidos ocurrió en el sur de Asia (39%), seguido de África subsahariana (38%). Cinco países representaron la mitad de todas las muertes de recién nacidos: India, Pakistán, Nigeria, la República Democrática del Congo y Etiopía. (UNICEF, 2017b).

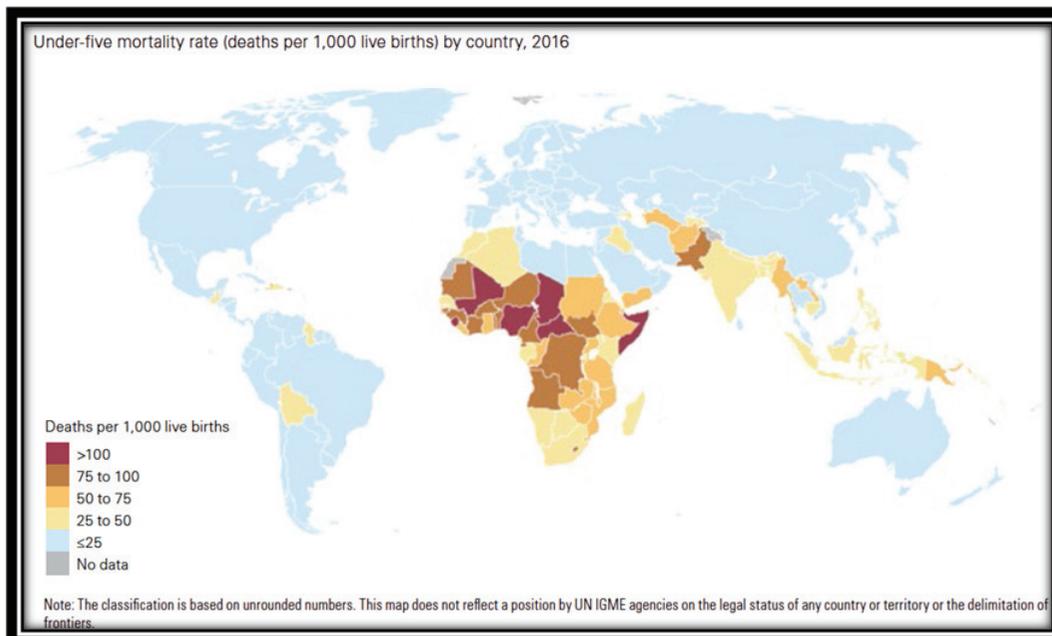
La menor mortalidad de menores de cinco años se asocia con una mayor concentración de muertes de menores de cinco años durante el período neonatal. En las regiones de Australia y Nueva Zelanda y América del Norte y Europa, donde las tasas de mortalidad de menores de cinco años son bajas, más de la mitad de todas las muertes de menores de cinco años se producen durante el período neonatal.

Al desagregar las regiones y analizar el comportamiento de la mortalidad del menor de cinco a nivel de países, se identifica que las menores tasas en 2016 (2‰) se registraron en Eslovenia, Finlandia, Islandia y Luxemburgo. Los países con tasas de mortalidad de menores de 5 años aproximadas a 3‰ fueron: Andorra, República Checa, Chipre, España, Estonia, Italia, Japón, Mónaco, Noruega, República de Corea, San Marino, Singapur y Suecia (UNICEF, 2017a, p. 156).

Por otro lado, las tasas más altas –por encima de los 100 decesos de menores de cinco años por cada 1000 nacidos vivos– correspondieron a Somalia (133‰), Chad (127‰), República Centroafricana (124‰), Sierra Leona (114‰), Malí (111‰) y Nigeria (104‰) (UNICEF, 2017a, p. 156).

En resumen, las tasas de mortalidad de menores de cinco años a nivel de países en 2016 oscilaron entre 2 y 133 muertes por cada 1 000 nacidos vivos. Ello significa que el riesgo de morir, para un niño nacido en el país con la mayor mortalidad, es aproximadamente 66,5 veces mayor que en el país con la menor mortalidad (figura 3).

Figura 3. Tasa de mortalidad del menor de cinco, por países, 2016



Fuente: UNICEF (2017b).

¹⁰ Se refiere a las defunciones ocurridas durante los primeros 28 días después del nacimiento con vida.

El Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UN IGME) reveló que en 99 países de ingresos bajos y medianos la mortalidad de niños menores de cinco años entre los nacidos en los hogares más pobres es en promedio el doble que la de los niños nacidos en los hogares más ricos, por lo que solo en 2016 se habrían salvado unos 2 millones de vidas si la mortalidad de menores de cinco años en los hogares más pobres hubiera sido tan baja como en los hogares más ricos (UNICEF, 2017b).

Al analizar el comportamiento de la mortalidad de los menores de un año, separada de la mortalidad del menor de cinco años, constatamos que la mortalidad infantil ha experimentado un notable descenso pasando a nivel mundial de 65‰ en 1990 a 31‰ en 2016, lo que implicó un mejoramiento del 52,3%.

Las regiones más favorecidas fueron igualmente Norteamérica –con una tasa de mortalidad infantil de aproximadamente 6 muertes de menores de un año por cada mil nacidos vivos–, Europa y Asia Central, Asia Oriental y Pacífico, América Latina y el Caribe, con tasas de 8‰, 14‰ y 15‰ respectivamente.

Con relación a los países, en el 2016 las tasas de mortalidad infantil más bajas (2‰) se registraron en Andorra, Chipre, Eslovenia, Estonia, Finlandia, Islandia, Japón, Luxemburgo, Noruega, Singapur y Suecia (UNICEF, 2017a, pp. 162-164). La mayoría de ellos ubicados al norte del continente europeo, a excepción de los Estados insulares Japón y Singapur, ubicados en el continente asiático.

En contraposición, las mayores tasas se concentraron en República Centroafricana (89‰), Sierra Leona (83‰), Somalia (83‰), Chad (75‰) y Lesoto (72‰); todos del continente africano (UNICEF, 2017a, pp. 162-164).

Un aspecto relevante es que el descenso de la mortalidad en la niñez ha sido más representativo en los países del Norte, coincidiendo a su vez con países desarrollados. Sin embargo, los países del Sur también han sido testigos de la disminución y si bien su caída fue más tardía, la baja ha sido más rápida en el tiempo (Pison, 2010).

Los importantes descensos en la mortalidad, principalmente en las edades tempranas, están ligados a cambios en los perfiles epidemiológicos. En la actualidad no solo se sabe cuáles son los países

y las regiones donde muere el mayor número de niños; también se sabe cuáles son sus principales causas de muerte y sus condiciones de salud (UNICEF, 2008):

- Casi el 40% de todas las defunciones de menores de cinco años ocurren durante el primer mes de vida (período neonatal).
- Alrededor del 26% de estas muertes –que representan el 10% de todas las defunciones de niños menores de cinco años– son producidas por infecciones graves.
- Una proporción significativa de esas infecciones son originadas por la neumonía y las sepsis.¹¹ Cerca de dos millones de niños menores de cinco años mueren anualmente de neumonía –más o menos uno de cada cinco fallecimientos a escala mundial–, y hasta un millón más mueren por infecciones graves, incluida la neumonía, durante el período neonatal.
- Las enfermedades diarreicas ocasionan el 17% de las muertes de menores de cinco años.
- El paludismo, el sarampión y el sida, en conjunto, son responsables del 15% de las defunciones infantiles.
- Las anomalías congénitas afectan a uno de cada treinta y tres niños. Eso tiene como resultado 3,2 millones de niños anualmente con discapacidades relacionadas con defectos de nacimiento (OMS, 2018).
- La cifra mundial estimada de niños con sobrepeso aumentó de 31 millones en 2000 a 42 millones en 2015 (OMS, 2018).

Más allá de sus repercusiones individuales, muchas enfermedades y problemas de salud interactúan, elevando las tasas de mortalidad. La desnutrición contribuye hasta al 50% de las muertes infantiles. El agua insalubre, la higiene deficiente y las condiciones inadecuadas de saneamiento no solo explican la alta incidencia de las enfermedades diarreicas, sino que contribuyen de manera importante a la mortalidad de los infantes por neumonía, complicaciones neonatales y desnutrición.

Poner fin a las muertes de recién nacidos y niños por enfermedades infecciosas prevenibles es fundamental. A pesar de los fuertes avances en la

¹¹ Grave infección bacteriana transmitida por la sangre que puede ser tratada con antibióticos.

lucha contra las enfermedades infantiles, las enfermedades infecciosas, que con frecuencia son enfermedades de los pobres y, por lo tanto, un marcador de equidad, siguen siendo altamente prevalentes, particularmente en África subsahariana y Asia meridional.

La neumonía, la diarrea y la malaria siguen siendo una de las principales causas de muerte entre los niños menores de 5 años. En 2016 las causas fundamentales a nivel mundial incluyeron complicaciones de parto prematuro (18%), neumonía (16%), eventos relacionados con el parto (12%), diarrea (8%), sepsis neonatal (7%) y malaria (5%) (UNICEF, 2017b).

América Latina en el contexto internacional

Con relación a la región de América Latina y Caribe, aun cuando todos los países han disminuido su nivel de mortalidad, el ritmo de descenso ha sido variable y su comportamiento en relación al conjunto de la región ha sido heterogéneo. Se pueden identificar de acuerdo al nivel de mortalidad infantil a países como Cuba, Chile y Costa Rica que mantienen el descenso del nivel de la mortalidad infantil y presentan las tasas más bajas. En tanto, las tasas más altas de la región corresponden al Estado Plurinacional de Bolivia y Haití, al igual que en el año 1990.

Se estima que, en el citado año, la tasa de mortalidad infantil en América Latina era de 38‰ y la tasa de mortalidad del menor de 5 de 50‰; es decir, alrededor de uno de cada 26 niños moría antes de cumplir el primer año de vida y uno de cada veinte antes de los cinco años. Al interior de la región la mortalidad temprana de los países evolucionó de distintas formas y partiendo de diversos niveles.

En la base de datos sobre *La mortalidad en la niñez en América Latina desde 1960* (CEPAL/UNICEF, 2011) se presentan estimaciones de la mortalidad en menores de cinco años según la zona de residencia y el nivel de instrucción de las madres. Ha sido tradicional incluir la distinción por zonas urbanas-rurales en el estudio de las poblaciones, lo que ha permitido documentar de manera sistemática una mayor mortalidad infantil en las áreas

rurales. Es en el medio urbano donde se han producido las mayores reducciones relativas de este indicador, ya que el descenso de la mortalidad infantil en cada país va de la mano con el proceso de urbanización (CEPAL, 2008).

Al analizar los diferenciales por áreas de residencia urbano-rural se observó que, en el Estado Plurinacional de Bolivia, de alta mortalidad, en 1970 aquella que ocurría en el área rural era 1,5 veces la del área metropolitana y, en términos absolutos, significaba diferencias de 121 muertos menores de cinco años por mil nacidos vivos. Para la misma fecha Costa Rica, país con bajo nivel de mortalidad en la región, presentaba una mortalidad del área rural más de 1,5 veces la mortalidad del área metropolitana para los menores de 5 años, pero en términos absolutos esta diferencia era de 37 muertos menores de cinco años por cada mil nacidos vivos. Por otro lado, Paraguay, Cuba y en especial Uruguay, ya mostraban cierta homogeneidad en los riesgos de muerte entre las áreas definidas como urbanas y las rurales. El Salvador, Nicaragua, la República Dominicana y Brasil presentaban tasas casi tan altas en las zonas urbanas como en las rurales.

La influencia de la escolaridad de la madre en las condiciones de salud de los niños es uno de los determinantes próximos más descritos en la literatura especializada, pues está asociada tanto a un mayor acceso a los servicios, como a la posibilidad de disponer de la información necesaria, mejores ingresos y, en general, mejores condiciones de vida; aspectos que evidentemente inciden en la mortalidad infantil.

En los años setenta del pasado siglo, la mortalidad de niños menores de 5 años en América Latina era dos, tres y hasta cuatro veces mayor cuando la madre era analfabeta o semianalfabeta que cuando había recibido al menos 7 años de educación formal, al respecto se podían señalar los casos extremos de Guatemala, Honduras y Perú, donde la probabilidad de morir de un niño menor de cinco años era más de cuatro veces la de un niño con una madre de siete años y más de estudio (CEPAL/UNICEF, 2011). Si bien la mortalidad infantil y en la niñez disminuye a medida que aumenta la educación de la madre sin distinción de condición étnica, las brechas entre indígenas y el resto de la población y entre afrodescendientes y el resto de la

población aumentan incluso en los niveles más altos de educación (CEPAL-Colección Documentos de proyectos, 2010).

Resultados de un estudio sobre *Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina* (CEPAL-Colección Documentos de proyectos, 2010) muestra una sistemática sobremortalidad de los menores indígenas respecto del resto de la población; la probabilidad de morir de menores indígenas varía según zona de residencia y pueblos e, incluso, al interior de estos; el riesgo más bajo se observa en menores que residen en las ciudades. No obstante, en algunos países la brecha entre indígena y no indígena se acentúa en los espacios urbanos. Estas brechas se mantienen incluso en países como Canadá y Estados Unidos, donde, si bien los niveles son mejores, la mortalidad no ha tenido el descenso esperado.

Si bien la mortalidad en menores de cinco años disminuyó para la década de 1990, las brechas según educación de la madre aumentaron en algunos países (CEPAL/UNICEF, 2011). Ecuador, Panamá y la República Dominicana aumentaron de forma significativa. En el período de 1970 la probabilidad de morir era de aproximadamente tres veces en el caso de Ecuador y Panamá, y de 2,5 en República Dominicana, mientras que en el período de 1990 estas probabilidades aumentaron a ocho, seis y cuatro veces más de morir de un niño con madre analfabeta o semianalfabeta que la de un niño cuya madre tenía siete años o más de educación.

Con relación a las tasas de mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en los menores de un año y en el grupo de uno a cuatro años en América, durante los primeros años de la década del 80 se destaca la alta mortalidad de los menores de un año en Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay y Venezuela, con tasas por encima de 5,0 por 1 000 nacidos vivos. La situación más crítica del grupo de uno a cuatro años se observa en Colombia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay y Perú, con cifras mayores de 6,0 por 10 000 habitantes de uno a cuatro años (Riverón, 1989).

En 2016 destacaron Haití (67‰), Bolivia (37‰) y Dominica (34‰) con las mayores tasas de mortalidad del menor de 5 años; mientras Cuba (6‰),

Chile (8‰) y Uruguay (9‰) despuntan con los valores más bajos (UNICEF, 2017b, p. 156).

En la región de América Latina y el Caribe los países con mayores tasas de mortalidad infantil fueron Haití (51‰), Dominica (31‰) y Bolivia (30‰). Los de menores tasas fueron Cuba (4‰), Chile (7‰), Costa Rica 8 (‰) y Uruguay (8‰). Tanto en el caso de las altas como en el de las bajas de tasas de mortalidad infantil, los países latinoamericanos y caribeños coinciden los de las altas y bajas tasas de mortalidad del menor de 5 años, lo cual es un indicador de que la tasa de mortalidad infantil es la que está conduciendo el comportamiento de las tasas de mortalidad del menor de 5 años en la región.

Conclusiones

- Para alcanzar en 2030 la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) referida a la mortalidad de los menores de cinco años, será necesario acelerar los progresos en varios países del mundo.
- La consecución de dicha meta reduciría el número de menores de cinco años fallecidos entre 2017 y 2030, pero si las tendencias actuales continúan, millones de niños menores de cinco años morirán en ese mismo período.
- Para prevenir estas muertes será necesario centrar los esfuerzos en el África Subsahariana y Asia Sudoriental.
- Reducir las inequidades y llegar a los recién nacidos y niños más vulnerables, así como a sus madres, son prioridades importantes para terminar con las muertes infantiles prevenibles.

Referencias bibliográficas

ASLAM, A. Y OTROS (2014). *El estado mundial de la infancia de 2014 en cifras: Revelando las disparidades para impulsar los derechos de la niñez, todos los niños y niñas cuentan*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Nueva York, Estados Unidos. [Online]. Recuperado de: http://www.unicef.org/ecuador/estado_mundial_de_la_infancia_2014.pdf

- BUENO, E. (2003). *Población y Desarrollo: Enfoques Alternativos de los Estudios de Población*. La Habana, Cuba: Centro de Estudios Demográficos (CEDEM).
- CHACKIEL, J. (2004). La dinámica demográfica en América Latina. *Serie Población y Desarrollo 52*. Santiago de Chile, Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Recuperado de: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/7190>.
- COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (CEPAL). (1996). Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo. Santiago de Chile, Chile. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/30560/S9600055_es.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- _____. (2008). Agenda Social. Panorama Social de América Latina 2007. Santiago de Chile, Chile.
- _____. (2018). *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, 2017*. Recuperado de: https://www.cepal.org/es/publicaciones/ae?utm_source=CiviCRM&utm_medium=email&utm_campaign=novedades_editoriales_enero
- CEPAL-Colección Documentos de proyectos (2010). *Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: inequidades estructurales, patrones diversos y evidencia de derechos no cumplidos*. Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- CEPAL/UNICEF (2011). *Mortalidad en la niñez. Una base de datos de América Latina desde 1960*.
- CÓRDOVA, P. Y NICOLAEVA, M. (2015). Una aproximación a los determinantes socioeconómicos de la mortalidad infantil y de niñez en Bolivia: uso de métodos indirectos de cálculo de mortalidad y análisis bivariado. *Rev. Investigación & Desarrollo*, 15(2), 41-58. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2518-44312015000200004
- DHRIFI, A. (2018). Gastos en salud, crecimiento económico y mortalidad infantil: antecedentes de países desarrollados y en desarrollo. *Revista de la CEPAL*, (125).
- LÓPEZ, N. (1973). Transición demográfica: ¿resumen histórico o teoría de población? *Demografía y economía*, 7(1), 86-95. Recuperado de: <https://estudiosdemograficosyurbanos.colmex.mx/index.php/edu/article/view/231/224>
- OMS. (2018). *Reducción de la mortalidad en la niñez*.
- ONU (s. a.). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado de: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- PISON, G. (2010). Le recul de la mortalité des enfants dans le monde: de grandes inégalités entre pays. *Population et Société*, (463).
- RIVERÓN, R. (1989). Mortalidad por enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años. Cuba 1959-1987. *Rev. Bol of Sanit Panam*, 106(2).
- RIVERÓN, R. Y AZCUY, P. (2001). Mortalidad infantil en Cuba, 1959-1999. *Rev. Cubana Pediatría*, 73(3), 143-157.
- UNICEF. (2005). *Convención sobre los Derechos del Niño*. UNICEF Comité Español. Madrid, España: Imprenta Nuevo Siglo. Recuperado de: <https://www.unicef.org/colombia/media/241/file/Convenci%C3%B3n%20derechos.pdf>
- _____. (2008). *Estado Mundial de la Infancia 2008. Supervivencia infantil*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nueva York.
- _____. (2017a). *Estado Mundial de la Infancia 2017. Niños en un mundo digital*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nueva York.
- _____. (2017b). *Levels & Trends in Child Mortality. Report 2017*.