



LXII LEGISLATURA
CÁMARA DE DIPUTADOS



Parlamento Latinoamericano

INFORME

**XVII REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE EQUIDAD Y GÉNERO, NIÑEZ Y
JUVENTUD DEL PARLAMENTO LATINOAMERICANO, CUENCA,
REPÚBLICA DE ECUADOR.**

DIPUTADA CARMEN LUCÍA PÉREZ CAMARENA

25 Y 26 DE ABRIL 2013



Parlamento Latinoamericano

**REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE EQUIDAD Y GÉNERO,
NIÑEZ Y JUVENTUD PARLAMENTO LATINOAMERICANO
– CUENCA, ECUADOR –
25 y 26 de abril de 2013**

*Lugar de la reunión: Mall El Río de Cuenca
Dirección: Mall del Río / Piazza del Río Av Felipe II y Autopista Cuenca - Azoguez.
Ubicación: CUENCA, AZUAY, Ecuador*

AGENDA

HORARIO	ACTIVIDADES	RESPONSABLE / OBSERVACIONES
MIERCOLES, 24 DE ABRIL DE 2013		
	Llegada de los Parlamentarios, Traslado al hotel	Dirección de Protocolo
JUEVES 25 DE ABRIL		
08:30 hs	Traslado de los legisladores al Lugar de la Reunión:	Dirección de Protocolo
09:00 a 10:00	Ceremonia de Inauguración	
10:00 a 11:15	INICIO DE LOS TRABAJOS DESIGNACIÓN DE UN LEGISLADOR COMO SECRETARIO REDACTOR Tema I. Estrategias de reducción de la mortalidad infantil. Expositora: Dra. Virginia Díaz, representante de Onu Mujer	
11:15	<i>Receso para café</i>	
11:30 a 13:00	Continuación de los trabajos	
13:00 a 14:30	<i>Almuerzo en el restaurante Creia</i>	
14:30 a 16:00	Continuación de los trabajos	
16:00	<i>Receso para café</i>	
16:00 a 18:00	Fin de la jornada	



Parlamento Latinoamericano

VIERNES 26 DE ABRIL		
08:30 hs	Traslado del hotel al Lugar de la Reunión:	Dirección de Protocolo
09:00 a 11:00	Continuación de los trabajos Tema II Cuidados del embarazo, parto y puerperio. Expositora: Dra. Virginia Díaz, representante de Onu Mujer.	
11:00	Receso para café	
11:30 a 13:00	Continuación de los trabajos Debate	
13:00 a 14:30	<i>Almuerzo en el restaurante Creta.</i>	
14:30 a 16:00	Continuación de los trabajos Debate	
16:00	Receso para café	
16:00 a 18:00	Fin de la jornada Acuerdos y puntos a tratar en la próxima reunión Lectura y aprobación del Acta FIRMAS.	

www.parlatino.org

Calle Principal de Amador, Edificio 1113 – Ciudad de Panamá

Tel.: (507) 512 85 00/1/2 - Directo Secretaría de Comisiones: (507) 5128507- 8521 y 8522 / <alcira@parlatino.org>

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA: Ministerio de Relaciones Exteriores de Panamá-Casilla N° 1527

Parlamento Latinoamericano – San Felipe, Calle 3ª, Palacio Bolívar, Edificio 26-Panamá 4, Panamá



LXII LEGISLATURA
CÁMARA DE DIPUTADOS

Carmen Lucía Pérez Camarena
Diputada Federal



INFORME

XVII REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE EQUIDAD Y GÉNERO, NIÑEZ Y JUVENTUD DEL PARLAMENTO LATINOAMERICANO, CUENCA, REPÚBLICA DE ECUADOR, 25 Y 26 DE ABRIL 2013.

Antecedentes

Desde 1964, el Parlamento Latinoamericano (PARLATINO), ha funcionando como un organismo regional con carácter democrático y con representación de todas las tendencias políticas existentes en la región. El PARLATINO se fundamenta en principios permanentes como la defensa de la democracia y la integración latinoamericana.

México ha formado parte de este parlamento regional desde su creación, y no sólo participa, sino que tiene un papel preponderante por el rol que juegan los parlamentos mexicanos dentro de las 13 comisiones que lo conforman y en sus organismos directivos.



Carmen Lucía Pérez Camarena
Diputada Federal

LXII LEGISLATURA
CÁMARA DE DIPUTADOS

Durante la Legislatura LXI (septiembre 2009 - agosto 2012), las comisiones permanentes del Parlamento Latinoamericano celebraron un total de 107 reuniones; además la Mesa Directiva se reunió en dos ocasiones. Los senadores mexicanos participaron en un total de 67 reuniones de comisiones. Tres comisiones realizaron encuentros ordinarios en México y un encuentro extraordinario.

Igualmente, durante esta Legislatura, el PARLATINO aprobó 10 Leyes Marco, que aborden temas de seguridad, narcotráfico, medio ambiente, entre otros.

El PARLATINO intentó posicionarse con el espacio parlamentario para la planteada Comunidad de Estados de América Latina y el Caribe (CELAC).

Prueba de ello es que en julio de 2011, el Presidente de PARLATINO Elías Castillo y la Secretaria General María de los Ángeles Moreno, firmaron una propuesta para que la CELAC tuviera aún estructura parlamentaria y que el PARLATINO se integrará como este órgano a la comunidad, como Asamblea Legislativa. La propuesta fue presentada en diciembre de 2011, durante la Cumbre Constitutiva de la CELAC. (Información tomada del documento Serie América latica y El Caribe, número 17).

En la ciudad de Cuenca, República de Ecuador, el día 25 y 26 de abril de 2013, tuvo lugar la XVIII Reunión de la Comisión de Equidad de Género, Niñez y Juventud.



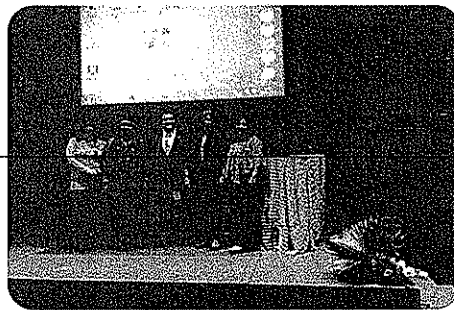


Carmen Lucía Pérez Camarena
Diputada Federal

LXII LEGISLATURA
CÁMARA DE DIPUTADOS

PARTICIPANTES EN LA XVIII

Dip. Ana María Sempértgui	Bolivia
Dip. Jorge Arturo Rojas Segura	Costa Rica
Sen. Armin E. Konket	Curazao
Sen. Eugene G. Cleopa	Curazao
Dip. Marco Nuñez	Chile
Asam. María Ángel Muñoz	Ecuador
Dip. Carmen Elena Figueroa	Salvador
Dip. Lisbeth Hernández León	México
Senadora Rosa Adriana Díaz Lizama	México
Dip. Carmen Lucía Pérez Camarena	México
Dip. Humberto Prieto	México
Dip. Graciela Matiaude	Uruguay
Dip. Daisy Tourné	Uruguay
Dip. Francisco García	Venezuela
Dip. Dalia Herminia Yáñez	Venezuela





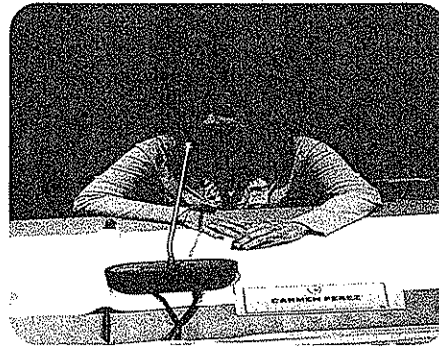
Carmen Lucía Pérez Camarena
Diputada Federal

LXII LEGISLATURA
CÁMARA DE DIPUTADOS

TEMAS DE LA AGENDA

Las y los integrantes de la Comisión de Equidad y Género, Niñez y Juventud del Parlamento Latinoamericano, nos reunimos en Cuenca, República de Ecuador, para discutir los siguientes temas:

- **ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL**
- **CUIDADOS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO**



Expositora: Dra. Virginia Gómez, Representante de ONU Mujeres.

Resumen

Avances y retos

En el caso de México las y los legisladores, destacan los grandes avances en la materia, como lo han sido la aplicación de políticas públicas encaminadas a la reducción de la mortalidad infantil.

Destaca la implementación del Programa Oportunidades, el cual atiende de manera integral esta problemática, a través de



Carmen Lucía Pérez Camarena
Diputada Federal

LXII LEGISLATURA
CÁMARA DE DIPUTADOS

diferentes vertientes. Asimismo, a través de campañas publicitarias los diversos órdenes de gobierno fomentan el consumo de calcio, ácido fólico y una buena nutrición. Se compartió la importancia de la política sobre el seguro gratuito para mujeres embarazadas y los cuidados para antes y después del mismo.

En términos de las acciones del Sector Salud, se implementó la vacunación de manera universal en el país y de manera intersectorial se implementó el Programa Piso Firme, con lo cual se disminuyen los males respiratorios e infecciones gastrointestinales.

Se propuso que se amplié el Presupuesto de manera transversal en la Políticas Públicas, del cuidado en el periodo de gestación. Además, de trabajar para reformar los ordenamientos jurídicos de todos los países, con el fin de establecer acuerdos interinstitucionales entre el poder Ejecutivo y las Organizaciones no Gubernamentales.

De igual manera, se destacó las recientes reformas a la Ley Federal del Trabajo, en donde se le concede permiso al padre por cinco días para el cuidado de su hijo. De igual manera se aborda en nuestros ordenamientos la prohibición de solicitar el certificado de gravidez y que exista la igualdad de salarios y prestaciones entre la mujer embarazada y el hombre. Eliminando además los trabajos forzados para ellas.



Carmen Lucía Pérez Camarena
Diputada Federal

LXII LEGISLATURA
CÁMARA DE DIPUTADOS



CONCLUSIONES

Analizar las políticas públicas y las estrategias de todos los países sobre el cuidado para evitar la mortalidad infantil.

Revisar los marcos jurídicos de los diferentes países sobre las normas que se están aplicando, o en su caso se deben aplicar aquellos que no los tengan sobre la mortalidad infantil.

Fomentar la Lactancia materna.

Procurar políticas públicas sobre campañas universales de vacunación, lucha contra la neumonía, diarrea y sarampión.

Leyes, políticas públicas, programas sociales sobre el combate a la pobreza, hambre, desnutrición y obesidad.

Todas las madres deben tener derecho a partos seguros, vivienda adecuada, higiene y cuidados post natales, así como un libre de violencia.

Campañas sobre concientización para el buen cuidado del embarazo y post embarazo.



Carmen Lucía Pérez Camarena
DIPUTADA FEDERAL

LXII LEGISLATURA
CAMARA DE DIPUTADOS

Políticas públicas de prevención por medio de campañas publicitarias para la educación sexual y reproductiva.

Leyes y políticas públicas de apoyos a los pueblos y comunidades indígenas en la capacidad de la mujer en el tema del embarazo, respetando sus usos y costumbres.

Elaborar estrategias de programas sociales a corto, mediano y largo plazo sobre el combate, la pobreza y a la desigualdad, así como el fortalecimiento de los sistemas de salud y planificación familiar.

Revisar las leyes laborales, educativas, de salud, así como la de Equidad y Género para contribuir y garantizar el cuidado de la mujer en el embarazo.

Llevar a cabo La interpretación permanente entre los parlamentarios de esta comisión para informar sobre los avances en cada uno de sus países para cumplir los compromisos del milenio sobre los temas de mortalidad infantil y mortalidad materna.

TEMARIO A TRATAR PARA LA PRÓXIMA REUNIÓN

1. Conciliación de la vida familiar y laboral.
2. Violencia contra la mujer de los pueblos y comunidades indígenas.
3. Regulación y Análisis sobre el mal uso de la internet y utilización como instrumento de Violencia, Explotación y Abuso Sexual, Trata y tráfico de menores.

Atentamente

Discuten temas de medio ambiente, derechos humanos y mortalidad infantil

Panamá - 26/04/13 - Las comisiones de Medio Ambiente y Turismo, Derechos Humanos, Justicia y Políticas Carcelarias y Equidad y Género, Niñez y Juventud del Parlamento Latinoamericano (Parlatino), se reúnen en Cuenca, Ecuador, para discutir temas como la reducción de la mortalidad infantil y la Carta Ambiental para América Latina y el Caribe.

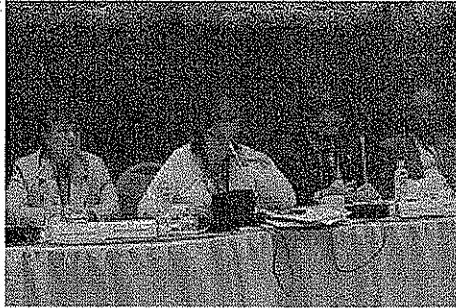


El acto inaugural de las sesiones de estas tres unidades de trabajo estuvo a cargo del arquitecto Fernando Cordero Cueva, presidente de la Asamblea Nacional de Ecuador y Presidente Alterno del Parlatino y el Dr. Paul Granda, alcalde la ciudad de Cuenca, entre otros.

Panamá - 26/04/13 - Las comisiones de Medio Ambiente y Turismo, Derechos Humanos, Justicia y Políticas Carcelarias y Equidad y Género, Niñez y Juventud del Parlamento Latinoamericano (Parlatino), se reúnen en Cuenca, Ecuador, para discutir temas como la reducción de la mortalidad infantil y la Carta Ambiental para América Latina y el Caribe.



El acto inaugural de las sesiones de estas tres unidades de trabajo estuvo a cargo del arquitecto Fernando Cordero Cueva, presidente de la Asamblea Nacional de Ecuador y Presidente Alterno del Parlatino y el Dr. Paul Granda, alcalde la ciudad de Cuenca, entre otros.



En el caso de la Comisión de Medio Ambiente del Parlatino, la primera jornada culminó con la discusión del proyecto de ley marco de los Derechos de la Madre Tierra.

La presidenta de dicha unidad parlamentaria, la diputada venezolana Ana Elisa Osorio, manifestó que en el debate se analizaron temas polémicos como los transgénicos, la contaminación, la mercantilización de los componentes de la Madre Tierra y el mal uso de los recursos.



Por su lado, los parlamentarios de la Comisión de Derechos Humanos, Justicia y Políticas Carcelarias analizan asuntos sobre la formación en derechos humanos en academias y centros de formación policial y penitenciarios y los sistemas de vigilancias de internos en los centros penitenciarios.



En tanto, la Comisión de Equidad y Género, Niñez y Juventud le correspondió estudiar estrategias de la reducción de la mortalidad infantil en la región, cuidados del embarazo y el parto.



Mortalidad infantil: progresos relativos y deudas pendientes

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

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

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

COMITÉ EDITOR

Mortalidad infantil: progresos relativos y deudas pendientes	Intersectorialidad y enfoque de participación comunitaria: elementos clave para reducir la mortalidad infantil
El semestre en la región Prevención de la violencia infantil y protección a la niñez y adolescencia	
La reducción de la mortalidad infantil en América Latina y el Caribe: avance dispar que requiere respuestas variadas	Previendo la mortalidad infantil
	

UNICEF / Panamá / Zaira / Gonzalo Bell

UNICEF / Belice / Cesar Villar

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

Comité editor:
CEPAL: Martín Hoppenhayn · Sonia Montaña · Jorge Rodríguez
UNICEF: Marcela Masmatta · Susana Sostoli · Egidio Crotti
Coordinación general:
María Rebeca Yáñez

Diseño y diagramación:
Pablo Saavedra · Rodrigo Saavedra

Fotografía de Portada
✦ UNICEF / Costa Rica / Gonzalo Bell

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

Colaboradores:
María de Jesús · Paulo Froes · Margarita Mojica · Francisca Palma

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

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

Del 14 al 18 de agosto de 2007, en el marco del próximo 30º Aniversario de la Declaración de Alma Ata (1978), se efectuó en Buenos Aires esta reunión a fin de hacer un balance y discutir los obstáculos que impiden el logro de acceso a salud para todos en el contexto de los objetivos de desarrollo del Milenio del 2000.
<http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps070814.htm>

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

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

Con fines conmemorativos, el 10 y 11 de octubre de 2007 se realizó este seminario en la sede de la CEPAL, con la colaboración del UNFPA y del Gobierno de Francia y la participación de destacados especialistas en evolución de la población en la región y sus implicancias para el desarrollo económico y social.
<http://www.eclac.cl/ceclade/default.asp>

Documentos destacados



"Estado mundial de la infancia 2007: La mujer y la infancia. El doble dividendo de la igualdad de género"
http://www.unicef.org/spanish/publications/index_36802.html



Panorama social de América Latina, 2007
<http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/30305/P30305.xml&xsl=/dds/tp/9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt>



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

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

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

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

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

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

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

La Juventud Opina²

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

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

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

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

2- http://www.unicef.org/voynspanish/explora/esc/explora_poll_23.php?action=results&poll_id=26





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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La Juventud Opina²

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

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

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

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

2.- http://www.unicef.org/vo/spanish/explor/cse/explarc_poll_23.php?action=results&poll_id=26

Del 14 al 18 de agosto de 2007, en el marco del próximo 30º Aniversario de la Declaración de Alma Ata (1978), se efectuó en Buenos Aires esta reunión a fin de hacer un balance y discutir los obstáculos que impiden el logro de acceso a salud para todos en el contexto de los objetivos de desarrollo del Milenio del 2000.
<http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps070814.htm>

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

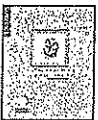
En Londres, 18 al 20 de octubre, convocada por Women Deliver para observar por qué invertir en las mujeres genera múltiples ganancias, tales como: mejor educación para las niñas; retraso en la edad de matrimonio y maternidad; reducción de la mortalidad materna e infantil; mayor uso de métodos anticonceptivos;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

Con fines conmemorativos, el 10 y 11 de octubre de 2007 se realizó este seminario en la sede de la CEPAL, con la colaboración del UNFPA y del Gobierno de Francia y la participación de destacados especialistas en evolución de la población en la región y sus implicancias para el desarrollo económico y social.
<http://www.eclac.cl/ceiade/default.asp>

Documentos destacados



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



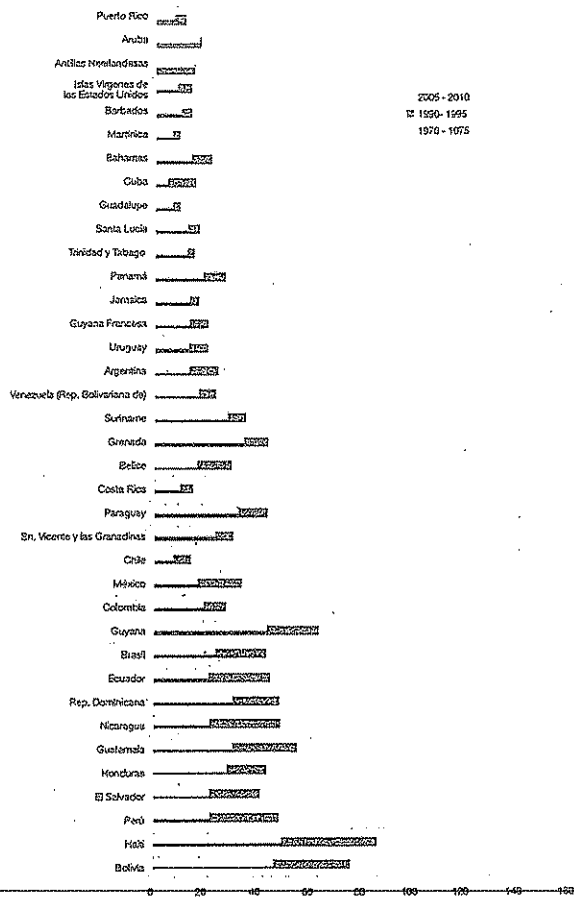
Panorama social de América Latina, 2007
<http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/5/30305/P30305.xml&xsl=/ods/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt>



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



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



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

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

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

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

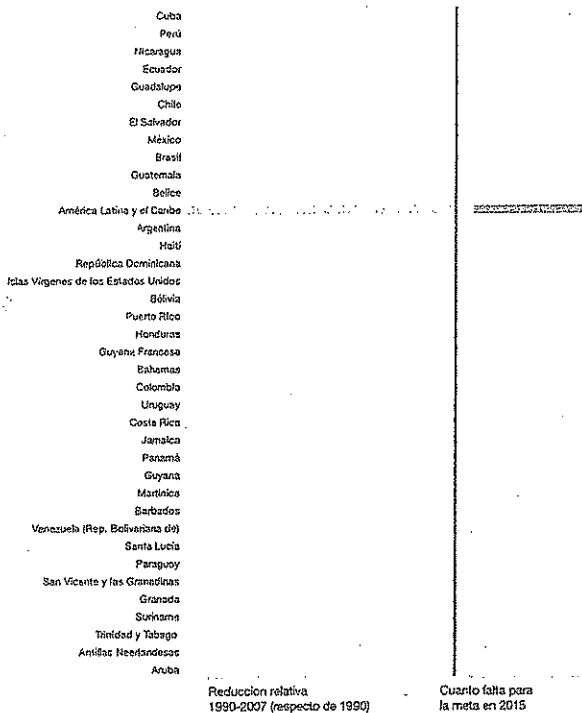
Pese a estos logros, muchos países han tenido dificultades para avanzar en el combate a la mortalidad infantil. La centralidad y vigencia de esta lucha quedaron demostradas por su inclusión específica como uno de los indicadores del objetivo 4 de desarrollo del Milenio (ODM), Meta 5, por el que los países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

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

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

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

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



Fuente: División de Población de las Naciones Unidas "World Population Prospects: 2005 Revision", of Objetivos de desarrollo del Milenio.

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

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

^{2/}Naciones Unidas, *World Report on Violence against Children and Adolescents*, Ginebra, octubre de 2006.

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

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

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

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

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

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

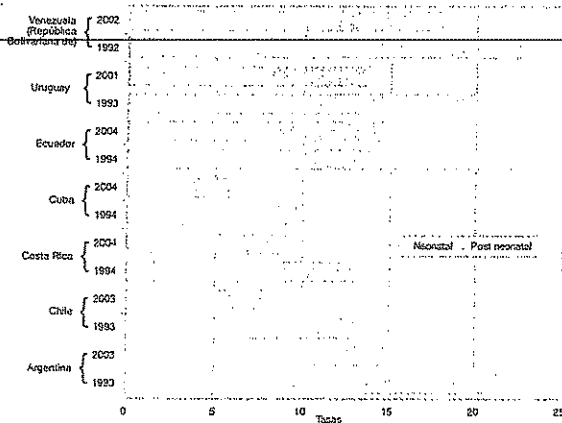


CUADRO 1
PORCENTAJE DE MUERTES POR CAUSAS EXTERNAS EN LA INFANCIA,
SEGÚN LOS GRUPOS DE EDADES (PAÍSES Y PERÍODOS SELECCIONADOS)

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

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

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



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

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

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

⁴ Las cifras se refieren a los 10 años anteriores a la encuesta. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, agosto de 2006.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CUADRO 2
AMÉRICA LATINA (13 PAÍSES): TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN
CONDICIÓN ÉTNICA Y ZONA DE RESIDENCIA, CENSOS DE 1990 Y 2000
(Por mil nacidos vivos)

País	Año	Total		Indígena		No indígena	
		1990	2000	1990	2000	1990	2000
Bolivia	1992	104,0	—	65,9	82,7	—	52,9
	2001	77,7	—	50,5	67,8	—	48,1
Brasil	1990	61,1	63,9	39,4	76,7	59,7	35,1
	2000	39,7	40,2	26,7	37,2	37,6	24,7
Chile	2002	12,8	—	11,5	12,0	—	11,4
	2006	39,5	31,7	23,9	30,0	30,0	23,6
Costa Rica	2000	20,9	11,2	11,5	20,4	8,2	10,7
	2001	101,8	—	53,9	61,5	—	39,6
Ecuador	2001	72,2	—	30,5	42,9	—	24,7
	2001	61,1	—	49,7	55,9	—	41,0
Guatemala	2002	91,1	—	41,0	47,2	—	35,3
	2001	49,5	31,9	34,5	27,1	30,1	25,1
México	1990	63,8	—	36,7	49,7	—	31,1
	2000	42,7	—	28,2	35,4	—	23,7
Nicaragua	2005	34,0	38,0	26,4	24,4	24,1	18,8
	1990	72,2	—	21,8	39,9	—	17,7
Panamá	2000	53,5	—	17,3	31,7	—	15,7
	1992	90,2	—	45,8	90,8	—	45,9
Paraguay	2002	78,5	—	37,7	72,1	—	38,8
	2001	44,4	—	19,5	31,9	—	19,1
Venezuela (República Bolivariana de)	2001	—	—	—	—	—	—

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

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

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

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

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

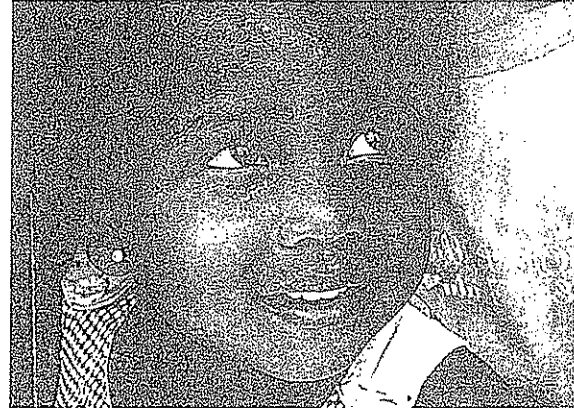
mortalidad infantil. A este respecto, la lactancia materna es sumamente importante. Según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de la mitad de las muertes debidas a diarrea e infecciones respiratorias podrían evitarse con amamantamiento exclusivo durante los primeros tres meses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

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

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

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

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



RECUADRO 1
POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE SALUD DE PUEBLOS INDÍGENAS

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

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

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

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

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

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



Paul Farmer

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

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

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

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

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

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



Cesar G. Victora

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

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

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

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

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

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

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

Previendo la mortalidad infantil

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

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

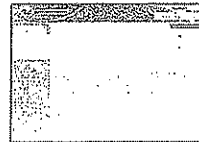
A fin de ilustrar esta diversidad de programas, se presenta a continuación una variada selección de ellos en países de la región:



© UNICEF / Better / Oscar Villar

Chile Crece Contigo, Chile

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



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

Unidos con los niños y los adolescentes.

Unidos vamos a vencer el SIDA, Brasil

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



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

Programa Materno Infantil, Cuba

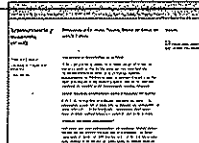
<http://www.isis.cl/MujerySalud/Sexual/Documentos/doc/1412salusexenlasam%E9ricas2006.pdf>



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

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

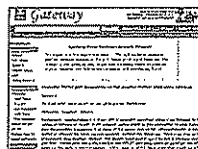
http://www.unicef.org/peru/spanish/survival_development_3521.htm



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

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

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



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



Parlamento Latinoamericano

**XVIII REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE EQUIDAD DE GÉNERO, NIÑEZ Y JUVENTUD
DEL PARLAMENTO LATINOAMERICANO, CUENCA, REPÚBLICA DE ECUADOR, 25
DE ABRIL DE 2013**

En la ciudad de Cuenca, República de Ecuador, el día 25 y 26 de abril de 2013, tuvo lugar la XVIII reunión de la Comisión de Equidad de Género, Niñez y Juventud del Parlatino en donde participaron los siguientes parlamentarios miembros:

PARTICIPANTES

Dip. Ana María Sempértgui	Bolivia
Dip. Jorge Arturo Rojas Segura	Costa Rica
Sen Armin E. Konket	Curazao
Sen. Eugene G. Cleopa	Curazao
Dip. Marco Nuñez	Chile
Asam. María Ángel Muñoz	Ecuador
Dip. Carmen Elena Figueroa	El Salvador
Sen. Lisbeth Hernández Leon	México
Sen. Rosa Adriana Díaz Lizama	México
Dip. Carmen Lucía Pérez Canarena	México
Dip. Humberto Prieto	México
Dip. Graciela Matiaude	Uruguay
Dip. Daisy Tourné, Secretaria de Comisiones	Uruguay
Diputado Francisco García	Venezuela
Dip. Dalia Herminia Yáñez	Venezuela
Expositora: Dra. Virginia Gómez	
Representante de ONUMujer	Ecuador

ASESORES:

Margarita Grimaldi	Uruguay
Juan Manuel Arraga	Uruguay

PARLAMENTO LATINOAMERICANO

Funcionaria: Alcira Revette

Panamá

TEMAS A TRATAR:

I. Estrategias de reducción de Mortalidad Infantil

II. Cuidados del embarazo, parto y puerperio

Expositora Dra. Virginia Gómez, Representante de ONU Mujer, por Ecuador

SECRETARIO REDACTOR

Senadora LISBETH HERNÁNDEZ LECONA, México

Tema I. Estrategias de reducción de Mortalidad Infantil

A continuación la Doctora Virginia Gómez, de ONU Mujer, hizo una presentación para introducir el tema de Mortalidad Infantil, presentación que se anexa a la siguiente acta.

Intervención y discusión de los siguientes Parlamentarios:

Senadora Rosa Adrian Díaz Lezama, México: Comentó sobre los éxitos de las políticas públicas implementadas en México para las mujeres embarazadas en los programas sociales como el de oportunidades, así como las campañas publicitarias sobre el consumo del calcio del ácido fólico y una buena nutrición, los programas del sector salud para la aplicación de vacunas en forma universal, el Programa de Piso Firme, que disminuye los males respiratorios e infecciones del estomago. Propone que se amplíe el presupuesto como un tema transversal en las políticas públicas del cuidado durante el periodo de gestación.

Diputada Ana María Sempertegui, Bolivia: Manifiesta que en su país se ha reducido el tema de mortalidad infantil, se ha mejorado la atención en los centros de salud, se ha implementado bono a las mujeres embarazadas, se ha promovido la lactancia y hay normas que protegen a las madres trabajadoras para tener tiempo a la lactancia, 7 horas de trabajo por una de lactancia

Diputada Carmen Lucía Pérez, México: Señala que en México las leyes laborales conceden permiso hasta por cinco días al padre para el cuidado de hijo. Solicita hacer conciencia desde el cuidado y el derecho de los niños desde su concepción.

Diputada Daisy Tourné, Secretaria de Comisiones del Parlatino comenta que a través de gestiones realizadas con ONU Mujer, se logra que a partir de esta reunión se contará con la asistencia de técnicos profesionales en materia de temas programados por la Comisión,

La Diputada Dalia Yanez de Venezuela solicita que se incorporen diferentes organismos internacionales como la ONUy la FAO, para conocer los acuerdos y beneficios relativos al tema de la comisión. Asimismo, solicitó el respeto a los usos y costumbres de las mujeres y hombres de los pueblos y comunidades indígenas, buscando estrategias en la política pública nacional e internacional para fortalecer a la mujer indígena en base a proyectos y/o programas sociales.

Los pueblos indígenas respeta a la diversidad cultural pero no estamos de acuerdo con el aborto.

La comunidad indígena ayuda y apoya cuando una madre queda sola con su hijo.

En Venezuela, existe un programa que se llama Misión Madres de Barrio, y esto consiste en que a una mujer indígena embarazada se le otorga una beca que consiste en una capacitación y formación a través de talleres, en cuanto a salud, educación, para evitar la mortalidad infantil.

Por otro lado, solicita se incluya en la próxima agenda el tema: **Contra la Violencia de las Mujeres Indígenas.**

La Senadora Lisbeth Hernández de México, propone revisar los marcos jurídicos de todos los países a favor de proteger los derechos de las niñas y los niños mediante acuerdos interinstitucionales entre los poderes ejecutivo para generar junto con las organizaciones no gubernamentales una cooperación denominada Red por los Derechos de la Infancia. Comenta que en México existen reformas constitucionales en materia de derechos humanos de la infancia, así como, la Ley para la Protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes.

Fomentar la conciencia, y la prevención para evitar que el núcleo más importante de la sociedad que es la familia se desintegre por falta de educación y comunicación.

Crear en los diferentes parlamentos las comisiones de Asuntos de la Niñez, y asuntos de la familia.

Diputado Marco Nuñez, Chile: implementar estrategias con mayor recurso y apoyo intersectorial para reducir la pobreza, procurar la equidad y la atención materno infantil, fomentar la lactancia, campañas permanentes de vacunación y de métodos anticonceptivos, fomentar la cobertura nacional de salud, así como subsidio para embarazadas, controlar la obesidad infantil.

Diputada Graciela Matiaude , Uruguay: comenta que su país ha logrado las metas y las han superado, 0,6% de tasa de mortalidad infantil. Informa que tienen una ley de parto humanizado y una ley de la interrupción del embarazo.

Diputada Daisy Tourné, Secretaria de Comisiones del Parlatino, Comenta sobre la importancia de la educación de las madres, se debe mejorar y obtener una acumulación y ganancias de políticas públicas sobre este tema.

Diputado Francisco García, Venezuela: Enfatiza sobre las políticas de orientación, campañas de conciencia, implementación de una política global y de difusión.

Diputada Carmen Figueroa, El Salvador: entre todos los países hay cosas comunes, se debe aumentar el presupuesto para los ministerios de salud y educación, así como campañas de conciencia de los programas de cuidados sobre el embarazo. Elaborar leyes que favorezcan a los derechos de los niños y mujeres.

Diputada Graciela Matiaude, Uruguay, propone discutir en las próximas reuniones el tema de la familia.

Diputada Carmen Pérez, México: refuerza la opinión de llevar el tema de la familia toda vez que considera que es el tejido social más importante de una nación.

Diputado Marco Núñez, Chile: generar estrategias a corto, mediano y largo plazo sobre pobreza y desigualdad, propone el fortalecimiento de los sistemas de salud, así como estrategias de atención primaria hasta los cinco años, reforzar la planificación familiar entre hombres y mujeres, así como la plena vacunación y un precio accesible para adquirirla y producirla, enfatiza en el cuidado post natal y pre natal.

Diputado Jorge Arturo Rojas, Costa Rica: comenta sobre la importancia de los recién nacidos sobre el consumo de agua potable, así como el alcantarillado tiene que estar en condiciones adecuadas. Mayor educación para disminuir las muertes infantiles, capacitación sexual a hombres y mujeres.

Diputada Mariángel Muñoz, Ecuador: Es un tema transversal la mortalidad infantil y hay que ver el fondo del problema para exhortar a los gobiernos que requieren visualizar y asumir el compromiso de cumplir con la legislación y las políticas públicas. Comenta sobre la ley de maternidad gratuita y la importancia de la salud gratuita.

Cuidados del embarazo, parto y puerperio.

La Dra. Virginia Gómez de ONU Mujeres, comentó que es importante implementar un registro adecuado de las mujeres que mueren en casos de maternidad, que se registre en el certificado de defunción. Todo embarazo está expuesto a riesgos, es una etapa que tiene que considerarse ser protegida. Muchas mujeres mueren durante el parto, es importante el acceso a la sangre segura y a las maniobras urgentes, prevenir la muerte materna por hemorragias, las mujeres deben tener conocimiento sobre el tema de las demoras para saber tomar decisiones prevenibles. Es importante contar con un registro de mujeres que mueren a causa del aborto.

Considerar a las adolescentes embarazadas así como, los embarazos no deseados, emplear los conocimientos de anticonceptivos. El carácter laico debe ser independiente de las políticas de Salud. Comenta sobre ejes de Políticas Públicas, ejemplo información sobre la sexualidad reproductiva, infecciones, sobre la planificación, el goce sexual, etc., campañas de salud y educación, tomar en cuenta las opiniones de los jóvenes, mejorar los servicios de salud, y comenta sobre el cambio de patrones sociales en la actualidad y hay que hablar de derechos y no de valores.

Senadora Rosa Adriana Diaz Lezama, México: Comenta sobre las políticas públicas exitosas en su país, como la gratuidad del ácido fólico, el seguro gratuito de salud para mujeres embarazadas y los cuidados para antes y después del embarazo. Se prohíbe que se exija el certificado de gravidez, existe igualdad de salario entre mujer embarazada y hombres, las prestaciones son las mismas, no existen trabajos forzados, hay descanso seis semanas, tres antes y tres después del embarazo, existe descanso para el tiempo de lactancia.

Diputada Carmen Lucía Pérez, México: se debe garantizar el cuidado de la mujer en el embarazo, procurar los valores universales como el derecho a la vida que es un derecho humano. Los abortos generan consecuencias de salud psicológica.

Diputado Marco Núñez, Chile: el cuidado del parto y puerperio es una agenda que viene de las reuniones del Cairo. Conocimiento y prevención sobre la reproducción sexual forman parte del control del embarazo así como el consumo de ácido fólico y la vigilancia de la buena marcha del embarazo. El Estado tiene que proveer profesionalmente en los países en los que el aborto es legal. Tomar en consideración las ventajas y desventajas de las cesáreas. La madre debe estar en atención médica y en descanso antes y después del embarazo.

Diputado Francisco García, Venezuela: comenta las siguientes recomendaciones: acceso al sistema de salud adecuado que lleve el control del embarazo así como el diagnóstico y tratamiento de infecciones. Aumentar el uso de anticonceptivos modernos, fortalecer los sistemas de información de la salud materna, en los hogares hay que conversar con los hijos, fomentar información verás preventiva sobre el embarazo, así como el cuidado de las mujeres de bajos recursos.

Diputada Mariángel Muñoz, Ecuador en su país hay lineamientos aprobados desde el 2008 como el sector prioritario, la protección integral de la mujer embarazada, se garantiza la no discriminación laboral. En el Código Penal existe el aborto terapéutico y el aborto para personas discapacitadas mentales, se está discutiendo en el caso de violación hasta las doce semanas.

Diputada Carmen Elena Figueroa, Ecuador: Fomentar la cultura de la prevención, evitar adicciones, todos tenemos una obligación para restablecer el tejido social que es la familia. Exhortar en la educación con verdad.

Diputada Marilyn Moses, Curazao: comenta que Holanda es un país liberal en la que se permite el aborto, generalmente son más los extranjeros que los practican. Hay que tomar en cuenta la legislación a favor de los derechos humanos.

Diputada Ana María Sempertegui, Bolivia: En fecha 26 de abril, en la reunión de la Comisión con todos los miembros presentes, propuso el tema a tratarse en la siguiente reunión sobre Regulación y Análisis sobre el mal uso de la internet y utilización como instrumento de Violencia, Explotación y Abuso Sexual, Trata y Tráfico de menores.

CONCLUSIONES:

Analizar las políticas públicas y las estrategias de todos los países sobre el cuidado para evitar la mortalidad infantil.

Revisar los marcos jurídicos de los diferentes países sobre las normas que se están aplicando, o en su caso se deben aplicar en aquellos que no los tengan sobre la mortalidad infantil.

Fomentar la Lactancia materna

Procurar políticas públicas sobre campañas universales de vacunación, lucha contra la neumonía, diarrea y sarampión.

Leyes, Políticas Públicas, y programas sociales sobre el combate a la pobreza, hambre, desnutrición y obesidad.

Todas las madres deben tener derecho a partos seguros, vivienda adecuada, higiene y cuidados post natales, así como un entorno libre de violencia.

Campañas sobre concientización para el buen cuidado del embarazo y post embarazo.

Políticas públicas de prevención por medio de campañas publicitarias para la educación sexual y reproductiva.

Leyes y políticas públicas de apoyo a los pueblos y comunidades indígenas en la capacitación de las mujeres en el tema del embarazo, respetando sus usos y costumbres.

~~Elaborar estrategias de programas sociales a corto, mediano y largo plazo sobre el combate, la pobreza y a la desigualdad, así como el fortalecimiento de los sistemas de salud y planificación familiar.~~

Revisar las leyes laborales, educativas, de salud, así como la de Equidad de Género para contribuir y garantizar el cuidado de la mujer en el embarazo.

Llevar a cabo una interrelación permanente entre los parlamentarios de esta comisión para informar sobre los avances en cada uno de sus países para cumplir los compromisos del milenio sobre los temas de mortalidad infantil y mortalidad materna.

TEMARIO A TRATAR PARA LA PRÓXIMA REUNIÓN:

1. Conciliación de la vida familiar y laboral.
2. Violencia contra la mujer de los Pueblos y Comunidades Indígenas
3. Regulación y Análisis sobre el mal uso de la internet y utilización como instrumento de Violencia, Explotación y Abuso Sexual, Trata y Tráfico de menores.

Siendo el día 26 de abril de 2013 a 11:40, estando presente la Secretaria de Comisiones del Parlatino, Diputada Daisy Tourné, se da por terminada la sesión programada

Secretarios, Asesores y Funcionarios:

Alcira Revette, Funcionaria del Parlamento Latinoamericano

Margarita Grimaldi, Asesora de la diputada Daisy Tourné, Uruguay

Juan Manuel Arraga, Secretario del Grupo Uruguayo

NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE REALIZÓ LA TRANSCRIPCIÓN DEL ACTA

Alcira Revette, Fncionaria del Parlatino

E-mail: alcira@parlatino.org/ alcirarevette@hotmail.com

Tel. (507) 512 85 07



Parlamento Latinoamericano


FIRMAS:

Sen. Clarisca N. Velásquez

Aruba


Dip. Ana María Sempértegui

Bolivia


Dip. Jorge Arturo Rojas Segura

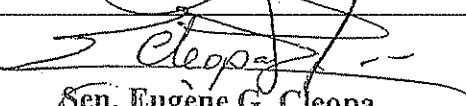
Costa Rica


~~Sen. Marilyn Moses~~

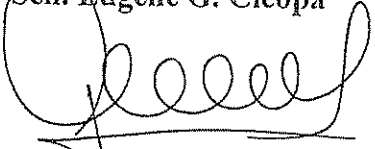
Curazao


Sen Armin E. Konket

Curazao


Sen. Eugène G. Cleopa

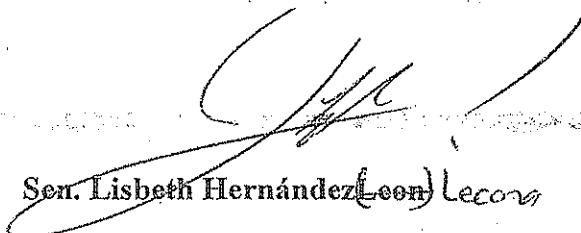
Curazao


Dip. Marco Antonio Núñez
~~Dip. Mario Bertolino~~

Chile

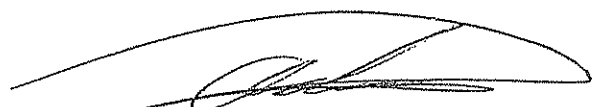

Dip. Carmen Elena Figueroa

El Salvador



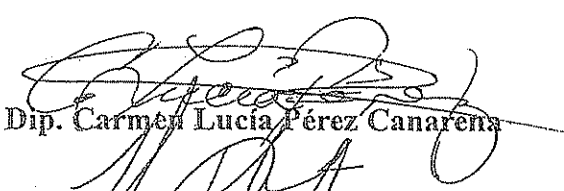
Sen. Lisbeth Hernández (Leon) Lecora

México



Sen. Rosa Adriana Díaz Lizama

México



Dip. Carmen Lucía Pérez Canarena

México




Dip. Humberto Prieto

México

Mr. Chandrikapersad Santokhi

Suriname



Dip. Graciela Matiaúde

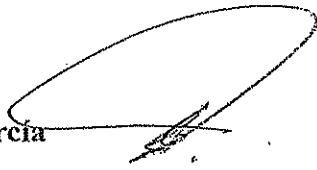
Uruguay

Dip. Daisy Tourné, Secretaria de Comisiones

Uruguay

Dip. Delsa Solórzano Bernal

Venezuela



Dip. Francisco García

Venezuela



Dip. Dalía Herminia Yáñez

Venezuela