

# Mortalidad de la Niñez

## Objetivo 4

Meta 5

## Reducir la mortalidad de la niñez

Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

## Resumen de desempeño

Estado de las condiciones de apoyo para el logro de la meta

**Débil pero mejorando**

¿Se alcanzará la meta?

**Potencialmente**

## Diagnóstico y tendencias

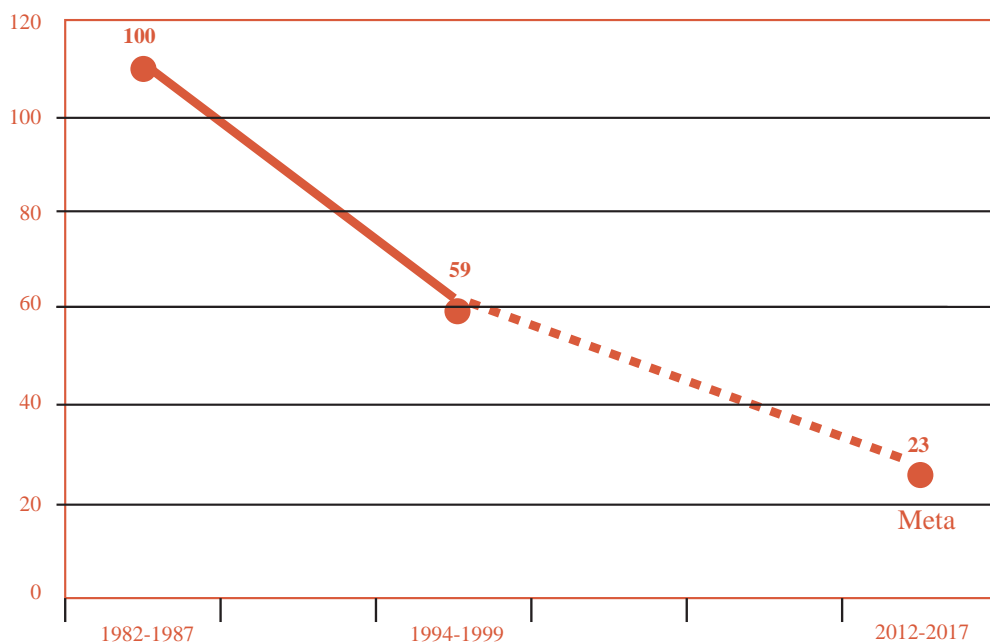
Si se mantuviera la misma tendencia de reducción de la tasa estimada de mortalidad de la niñez (niños menores de cinco años) a partir de la década del ochenta, se podría alcanzar la meta de una tasa de mortalidad de la niñez de 23 defunciones por mil nacidos vivos en el período 2012-2017. Para establecer la meta se utilizó como punto de referencia la tasa estimada de mortalidad de la niñez para el período 1990-1995, es decir, 68<sup>47</sup> defunciones por cada mil nacidos vivos.<sup>48</sup>



GRÁFICA 8

## Evolución de la tasa de mortalidad de la niñez

Tasa estimada de la mortalidad de la niñez por mil nacidos vivos (períodos 1982-87 y 1994-99, y meta 2012-17)



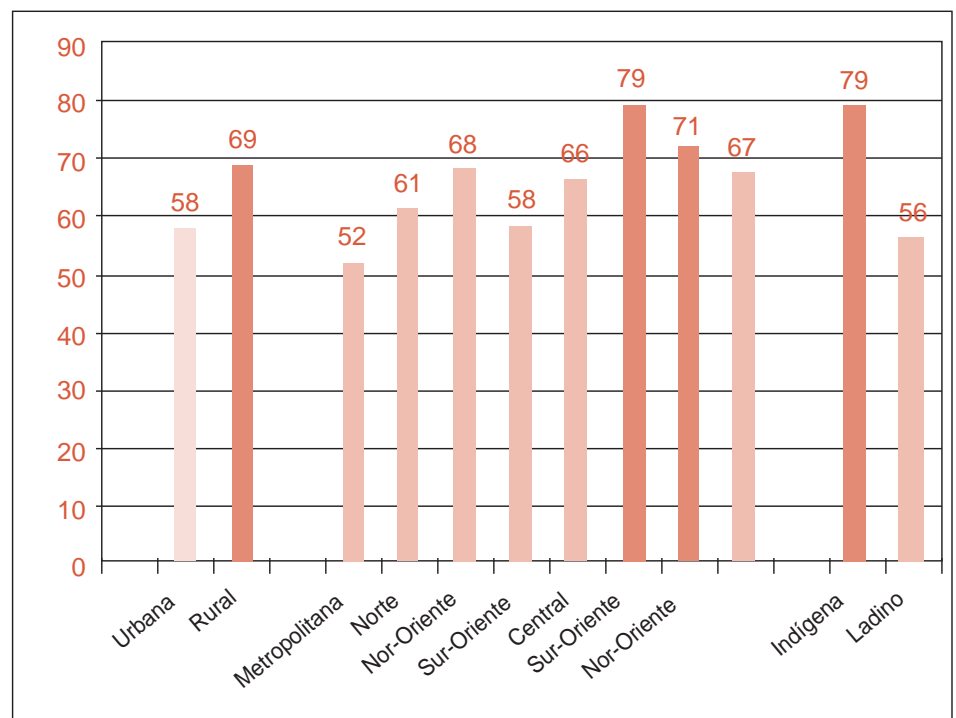
Fuente: Elaboración propia a partir de información de INE (1999). "Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999", 1999, p. 86.

La tasa estimada de mortalidad de la niñez para el período 1989-1999 fue de 65<sup>49</sup> defunciones por cada mil nacidos vivos, aunque con diferencias cuando se toman en cuenta algunas características sociodemográficas. Cuando la edad de la madre al momento del nacimiento era menos de 20 años, la tasa estimada de mortalidad de la niñez fue de 90<sup>50</sup> defunciones por cada mil nacidos vivos. Cuando nacía el séptimo hijo, la tasa estimada fue de 86;<sup>51</sup> y cuando el intervalo respecto al nacimiento anterior era menor a dos años, la tasa estimada fue de 98.<sup>52</sup> Al analizar la tasa estimada según algunas características socioeconómicas se encontró que en el área rural la tasa estimada fue de 69 mientras que en el área urbana fue de 58.<sup>53</sup> Las mayores tasas se estimaron en las regiones Suroccidente (79) y Noroccidente (71).<sup>54</sup> Si la madre era indígena la tasa estimada fue de 79 pero si era no indígena fue de 56, y si la madre no tenía ningún nivel de educación la tasa estimada fue de 79.<sup>55</sup>

GRÁFICA 9

Tasa estimada de mortalidad de la niñez para el período 1989-1999

Según características seleccionadas (defunciones por mil nacidos vivos)



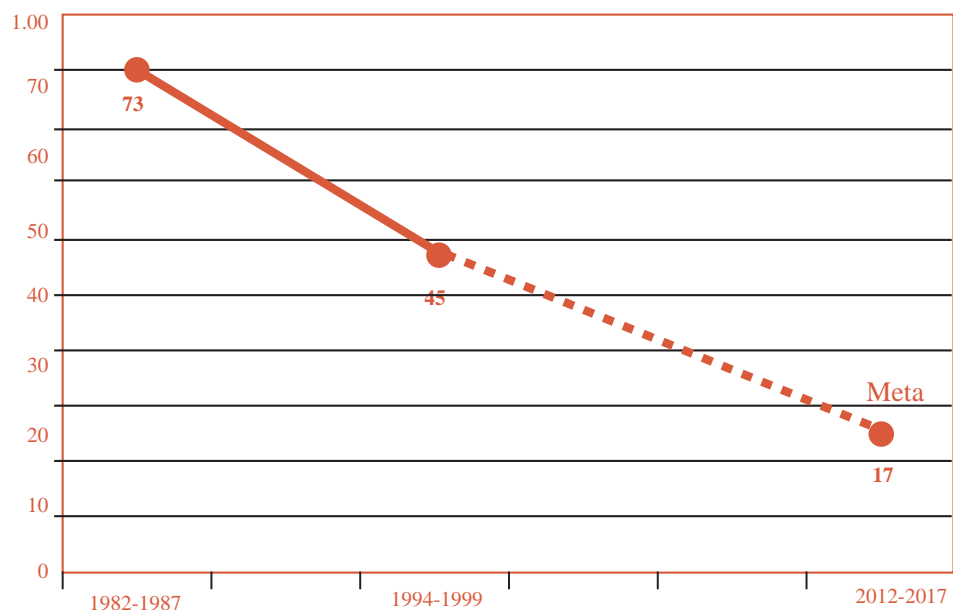
Fuente: Elaboración propia a partir de información de INE (1999). "Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999", 1999, p. 89.

La tasa estimada de mortalidad infantil (niños menores de un año) para el período 1994-1999 fue de 45<sup>56</sup> defunciones por cada mil nacidos vivos, dándose un avance respecto a la tasa estimada de 73 para el período 1982-1987.<sup>57</sup> Si se mantiene la tasa de progreso lograda por Guatemala en la tasa estimada de mortalidad infantil a partir de la década del ochenta, sería posible alcanzar la meta de una tasa de mortalidad infantil de 17 defunciones por mil nacidos vivos en el período 2012-2017.

## GRÁFICA 10

### Evolución de la tasa de mortalidad infantil

**Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos  
(períodos 1982-1987, y 1994-1999 y meta 2012-2017)**



Fuente: Elaboración propia a partir de información de INE (1999). "Guatemala: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999", Julio de 1999, pág. 86.

La tasa estimada de mortalidad infantil para el período 1989-1999 fue de 49<sup>58</sup> defunciones por cada mil nacidos vivos. No existen diferencias significativas en los niveles de mortalidad por sexo del niño. Sin embargo, al tomar en consideración características como el orden del nacimiento y la edad de la madre se observan diferencias importantes en las tasas estimadas. Así, cuando la madre tenía menos de 20 años la tasa estimada fue de 71,<sup>59</sup> y cuando el intervalo con el nacimiento anterior es menos de dos años la tasa estimada fue de 70.<sup>60</sup> Las regiones con las mayores tasas estimadas son Suroccidente (58) y Nororiente (54).<sup>61</sup> También el nivel de escolaridad de la madre y el grupo étnico influyen en forma importante en las tasas estimadas de mortalidad infantil. En el caso de las madres sin educación o indígenas la tasa fue de 56.<sup>62</sup>

Las cifras de vacunación, de las encuestas nacionales de salud materno infantil y de los datos del sistema de información oficial, muestran un aumento de la cobertura en la última década. La cobertura de DPT3 (Difteria, Tos Ferina y Tétanos, tercera dosis) en el menor de 1 año para 1987, 1995 y 2000 fue 16%, 80% y 94%, respectivamente. Esta vacuna se administra a la par de la OPV (previene Poliomiélitis). La vacuna antisarampión administrada a partir de los 9 meses también ha tenido una mayor cobertura: 68%, 83% y 88% para los mismos años, respectivamente. En cuanto a BCG (previene Meningitis Tuberculosa) los resultados de cobertura fueron 34%, 79% y 97%, según informes oficiales. No se han notificado casos de Poliomiélitis desde 1990 y de Sarampión desde 1995. También han desaparecido los casos de Tétanos en niños mayores de un mes.

Desde 1997 no se han reportado casos de Difteria y los brotes de Tos Ferina han sido acordes a las tasas de brotes correspondiente al perfil endémico esperado para dicha enfermedad.

## Políticas y programas

Los programas que directamente han contribuido a los resultados en esta meta son el Programa Nacional de Inmunizaciones, el Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas y el Programa de Enfermedades Transmitidas por Agua y Alimentos (diarreas). En 1999 se realizó un reforzamiento de la vacunación antisarampión a la totalidad de la población de 1 a 15 años, logrando que el 98% del grupo haya recibido hasta ese momento una o dos dosis de vacuna antisarampión.

A partir de 1996, el país financia sus vacunas con recursos internos.

Además, se esperaba que la implementación del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS) también haya tenido un impacto positivo en los indicadores. En particular, los servicios básicos que se prestan en el primer nivel incluyen atención integral a la mujer, atención infantil y preescolar, atención a la demanda por urgencias y morbilidad, y atención al ambiente.

Recientemente se adoptó de manera oficial por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalcientes de la Infancia (AIEPI-AINM-C), la cual se espera que contribuya a disminuir la tasa de mortalidad infantil y de la niñez menor de cinco años. Lo anterior se ha dado dentro del contexto de la Reforma del Sector Salud impulsado desde inicios de la década de 1990.

## Desafíos y prioridades

A partir de la información del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF), se estimó que se requerirían al menos unos US\$ 40 millones adicionales hasta el 2015 para incorporar a toda la población a los servicios de salud que el MSPAS ofrece actualmente. Por ejemplo, si se utiliza la SPR (previene Sarampión, Paperas y Rubéola) vial de una dosis se estimó que se requerirían un promedio de US\$ 389,000 adicionales para lograr una cobertura de 100%, en los menores de un año en el 2015; mientras que si se utiliza la MMR (previene Sarampión, Paperas y Rubéola) vial de 10 dosis se estimó que se requerirían un promedio de US\$ 335,000 adicionales.<sup>63</sup> Esta estimación se basa en información global del Ministerio de Salud pues al momento de hacer esta versión del documento no se contaba con información específica del costo de las intervenciones del ministerio identificadas para promover el logro de las metas. Los principales desafíos son contar con un presupuesto adecuado, voluntad política para que los procesos sean sostenibles, seguir avanzando en la institucionalización de los compromisos de los Acuerdos de Paz y mejorar los sistemas de información y seguimiento.

## Capacidades de evaluación y seguimiento

Elementos de capacidad de evaluación y seguimiento	Valoración		
	Muy Buena	Buena	Débil
Cantidad y regularidad de la información de las encuestas			✓
Capacidad de recolección de datos			✓
Calidad de la información de las encuestas recientes		✓	
Capacidad de seguimiento estadístico			✓
Capacidad de análisis estadístico			✓
Capacidad de incorporar el análisis estadístico a políticas, planes y mecanismos de asignación de recursos			✓
Mecanismos de monitoreo y evaluación			✓
Capacidad de reportar y diseminar la información			✓