

Informe sobre Equidad en Salud 2016:

Análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas

RESUMEN



© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF

Informe sobre Equidad en Salud 2016: Un análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas. Resumen.

Noviembre 2016
Ciudad de Panamá, Panamá

Foto de portada: © UNICEF / UNI100388 / LeMoyné

UNICEF
Oficina Regional para América Latina y el Caribe
Calle Alberto Tejada, Edificio 102, Ciudad del Saber
Panamá, República de Panamá
Apartado Postal 0843-03045
Teléfono: (507) 301-7400

www.unicef.org/lac

Twitter: <https://twitter.com/uniceflac>

Facebook: <https://www.facebook.com/UnicefLac>

ISBN: 978-92806-4846-1

Este informe conjunto refleja las actividades de los organismos individuales en torno a un tema de preocupación común. Los principios y las políticas de cada organismo se rigen por las decisiones pertinentes de su órgano de gobierno.

Cada agencia implementa las intervenciones descritas en este documento conforme a dichos principios y políticas y en el ámbito de su mandato.

Esta publicación puede ser reproducida para su uso en la investigación, la promoción y la educación solamente, siempre que la fuente sea reconocida (UNICEF). Esta publicación no puede ser reproducida para otros fines sin la previa autorización por escrito de UNICEF.

Los permisos serán solicitados a la Unidad de Comunicación: comlac@unicef.org.

Introducción	2
¿Qué es la equidad en salud?	3
Inequidades en salud en América Latina y el Caribe: un ciclo intergeneracional	3
Importancia de la equidad en salud para lograr la cobertura sanitaria universal, el derecho humano a la salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible	4
Lo que no sabemos: en qué aspectos centrar la investigación	4
Equidad en salud reproductiva	7
Uso de métodos anticonceptivos	7
Gráfico 1. Relación entre la riqueza del hogar, el lugar de residencia y la educación de las mujeres y las necesidades anticonceptivas desatendidas en América Latina y el Caribe	7
Infecciones de transmisión sexual	8
Prevención y tratamiento del cáncer	8
Equidad en supervivencia materna	9
Mortalidad y morbilidad materna	9
Gráfico 2. Mortalidad materna en la región de América Latina y el Caribe	9
Recuadro 1. La desigualdad de ingresos entre países: mortalidad materna	10
Causas directas e indirectas de muerte materna y la calidad de la atención en salud	11
Muerte fetal	11

Equidad en salud materna	12
Atención prenatal	12
Gráfico 3. Desigualdades en la asistencia a un mínimo de cuatro consultas prenatales en América Latina y el Caribe	12
Partos atendidos por personal calificado	13
Gráfico 4. La atención prenatal y los partos atendidos por personal calificado van de la mano	13
Gráfico 5. Desigualdades en la atención del parto por personal calificado en toda América Latina y el Caribe	14
Gráfico 6. En toda América Latina y el Caribe, las mujeres indígenas y afrodescendientes registran menores tasas de utilización de los servicios de atención prenatal, partos atendidos por personal calificado y atención de seguimiento.	14
Gráfico 7. Progreso en la cobertura de salud materna para las mujeres indígenas en México y Perú	14
Cesáreas	15
VIH y sífilis durante el embarazo	15
Equidad en supervivencia neonatal	15
Recuadro 2. Desigualdad por ingresos nacionales: mortalidad neonatal	16
Equidad en salud neonatal	17
Bajo peso al nacer	17
Atención posnatal para madres y recién nacidos	17
El registro del nacimiento y el derecho a la identidad	18
Gráfico 8. Inequidades en la atención posnatal en Panamá, según el grupo étnico	18
Gráfico 9. Inequidades en el registro de nacimientos en América Latina y el Caribe	18
Equidad en la supervivencia infantil	18
Mortalidad infantil	19
Gráfico 10. Mortalidad de lactantes y menores de cinco años en países de América Latina y el Caribe, 2015	19
Recuadro 3. Inequidad por ingreso nacional: mortalidad en niños menores de cinco años	20

Equidad en salud infantil	21
Vacunación	21
Neumonía	21
Gráfico 11. Inequidades en la búsqueda de asistencia ante síntomas de neumonía	22
Asma	22
Enfermedades diarreicas	22
Gráfico 12. Porcentaje de la población que tiene acceso a fuentes de agua mejoradas, por residencia urbana o rural, en países de América Latina y el Caribe, 2015	23
Gráfico 13. Porcentaje de la población que tiene acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas, por residencia urbana o rural, en países de América Latina y el Caribe, 2015	24
Enfermedades transmisibles	24
Equidad en nutrición	25
Lactancia materna	25
Crecimiento infantil y malnutrición	25
Gráfico 14. Guatemala, Bolivia, Honduras y Haití llevan la carga de la malnutrición en América Latina y el Caribe	26
Sobrepeso y obesidad	27
Gráfico 15. La pobreza, la residencia rural y el bajo nivel de educación están vinculados con una mayor prevalencia del retraso del crecimiento en los países de América Latina y el Caribe	27
Deficiencia de micronutrientes y anemia	28
Equidad en salud adolescente	28
Matrimonio e iniciación sexual precoces	28
Servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes	28
Embarazo en la adolescencia	28
Vulnerabilidad, autonomía y estilo de vida	30
Uso de sustancias: alcohol, tabaco y drogas ilícitas	30
Sobrepeso y sobrenutrición en la adolescencia	30
Vulnerabilidad y VIH en jóvenes	30

El género y la epidemia del VIH	31
Transición de la niñez a la adolescencia con el VIH	31
La adolescencia LGBT y la discriminación	31
Equidad en materia de violencia y salud	32
La violencia contra los niños con discapacidad	32
Abuso sexual	32
Violencia a manos de la pareja durante el embarazo	32
Discriminación y maltrato en los centros de salud	32
Violencia urbana	32
Una Promesa Renovada para las Américas: un llamado a la acción	34
Anexo. Indicadores clave incluidos en los análisis de la equidad en salud	37
Referencias	39

Introducción

Introducción

Durante el último decenio, América Latina y el Caribe han registrado ingresos cada vez mayores y los países de la región han mejorado sustancialmente la cobertura de salud de las personas que viven en la pobreza, así como los resultados en salud de la mayoría de sus poblaciones. Según el Banco Mundial, 19 de los 33 países de América Latina y el Caribe ahora pertenecen a la categoría de países de ingresos medianos altos.² No obstante, el progreso ha sido desigual, y los promedios nacionales de ingresos e indicadores sociales revelan grandes desigualdades entre los países y dentro de ellos. Esto es muy claro en lo relativo a la salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y la adolescencia.

En el caso de muchos países de América Latina y el Caribe, el inicio de los esfuerzos para lograr la cobertura y el acceso universales a la salud se remonta a los años 1990. En los dos últimos decenios, pocos países han implementado reformas a los sistemas de salud que fomenten la inclusión, la participación de los ciudadanos y el acceso equitativo a la atención en salud. A pesar de los avances, sin embargo, en la mayoría de los países de la región aún hay grandes inequidades en relación con el estado de salud y la cobertura de las intervenciones de salud, ya que existen grandes diferencias en los resultados según el nivel de riqueza, la educación, la ubicación geográfica, el género, el origen étnico o la edad de las personas.

Contamos con el saber necesario para reducir e incluso eliminar estas inequidades. Las intervenciones del sector de la salud que favorecen a los pobres han conseguido mejorar la equidad y el progreso general en materia de salud al acortar las brechas existentes en el acceso a los servicios de salud y el estado de salud. Pero fortalecer los sistemas de salud y mejorar la cobertura no basta para mejorar el bienestar sanitario y social de las poblaciones. Como señala la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, “el desarrollo sostenible parte de la base de que la erradicación de la pobreza en todas sus formas y dimensiones, la lucha contra la desigualdad dentro de los países y entre ellos, la preservación del planeta, la creación de un crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible y el fomento de la inclusión social están vinculados entre sí y son interdependientes”.³

Una Promesa Renovada para las Américas es un movimiento que busca reducir las profundas inequidades en la salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y adolescente que persisten en América Latina y el Caribe. Colabora con las principales partes interesadas regionales, incluidos gobiernos, organismos internacionales de desarrollo, representantes de la sociedad civil, instituciones académicas, el sector privado, instituciones profesionales y organizaciones no gubernamentales para catalizar y apoyar las iniciativas de los países para reducir las brechas en el acceso a la atención de la salud de calidad. Como movimiento regional, Una Promesa Renovada para

las Américas trabaja en coordinación con la iniciativa mundial Una Promesa Renovada. Una Promesa Renovada para las Américas es una iniciativa conjunta del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Banco Mundial.

Mientras los países resuelven la forma de aplicar la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible con el fin de lograr los Objetivos del Desarrollo Sostenible, es vital que las prioridades nacionales y los objetivos de desarrollo para los próximos 15 años tengan en cuenta las inequidades actuales en materia de salud en América Latina y el Caribe, reflejen las necesidades de las poblaciones más vulnerables y se basen en datos actualizados. A fin de contribuir con estos esfuerzos, UNICEF se asoció con el Grupo de Colaboración de la Universidad de Tulane para la Equidad en Salud en América Latina con el objetivo de examinar las pruebas disponibles sobre las inequidades en materia de salud en la región. El informe resultante, denominado *Informe sobre Equidad en Salud 2016: análisis de las inequidades en Salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y adolescente en América Latina y el Caribe para la formulación de políticas*,⁴ se basa en más de 700 fuentes, incluida una revisión de los resultados publicados en investigaciones y encuestas de hogares (demográficas y de salud, de indicadores múltiples por conglomerados, de salud reproductiva y otras encuestas nacionales) llevadas a cabo desde 2008 hasta 2014, para contar con pruebas sobre las inequidades actuales en materia de salud y poner de relieve la necesidad de obtener mejores datos, en particular dentro de los países a nivel subnacional.

El presente informe resume las conclusiones de la versión completa del *Informe sobre Equidad en Salud 2016*⁵ e ilustra las inequidades en salud que afectan a niños, niñas, mujeres y adolescentes en América Latina y el Caribe, con el fin de proporcionar a los responsables gubernamentales de formular políticas, las organizaciones no gubernamentales, los asociados de la sociedad civil, las comunidades y todas las partes interesadas en los derechos de niños, niñas, mujeres y adolescentes las pruebas pertinentes que necesitan para reconocer y ocuparse de esas inequidades.

¿Qué es la equidad en salud?

El concepto de equidad en salud se basa en la premisa de que “idealmente todos deben tener una oportunidad justa de lograr su pleno potencial de salud y, de forma más pragmática, que nadie debe estar en desventaja para alcanzar ese potencial, si esto puede evitarse”⁶. Dado que estas inequidades son evitables, reducirlas

se torna una cuestión de justicia social.⁷ Las inequidades en materia de salud se refieren a las diferencias en la salud que son “sistemáticas, evitables e injustas”⁸ y que impiden a los individuos y las comunidades alcanzar su pleno potencial en salud.

Inequidades en salud en América Latina y el Caribe: un ciclo intergeneracional

América Latina y el Caribe es una región marcada por grandes desigualdades sociales entre personas ricas y pobres, con niveles altos y bajos de educación, de zonas urbanas y rurales y de grupos étnicos dominantes y minoritarios. Las personas que viven en la pobreza, las minorías étnicas y otros grupos de población que se han mantenido al margen del desarrollo económico y humano a menudo carecen de acceso a servicios de salud y, en consecuencia, no pueden alcanzar el mismo grado de resultados en salud que quienes se han beneficiado con el desarrollo.

A pesar de que muchos países de América Latina y el Caribe han procurado ampliar los servicios de salud para las poblaciones pobres y vulnerables, las inequidades en salud siguen siendo generalizadas en la región, especialmente para las mujeres, los lactantes y los niños. El análisis de encuestas nacionales de hogares, estimaciones epidemiológicas mundiales y estudios realizados anteriormente en toda la región reveló que las inequidades que padecen ciertos grupos demográficos no se limitan a un único problema de salud, sino que afectan a las mujeres y los niños durante toda su vida.

La salud de las embarazadas y las mujeres en edad de procrear a menudo afecta directamente la salud de sus hijos y esto crea un ciclo en el que las inequidades en salud permanecen concentradas en ciertas poblaciones por generaciones.

En toda la región, las mujeres y los niños de las poblaciones de bajos ingresos tienen más probabilidades de enfrentar inequidades en salud durante toda la vida. Después del parto, los recién nacidos de familias más pobres tienen menos probabilidades de que se registre su nacimiento que los recién nacidos de familias ricas. Sin registro de nacimiento, estos bebés se ven privados del derecho humano fundamental de existir legalmente, y con frecuencia enfrentan dificultades para acceder a los sistemas de salud y educación a lo largo de su vida. Después del primer año de vida, los niños que viven en países de bajos ingresos tienen mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas, incluidas algunas enfermedades respiratorias como neumonía y asma, así como diarrea y enfermedades transmitidas por el agua, debido a la falta de agua potable, saneamiento e higiene adecuados, a lo que se suman los retos cada vez mayores que plantean las enfermedades

transmitidas por vectores, como el dengue, el chikunguya y el zika. Estos niños tienen menos probabilidades de ser atendidos cuando se presentan los síntomas. El quintil de riqueza también influye en la desnutrición, por ejemplo, en Guatemala, donde las probabilidades de los niños de los grupos demográficos más pobres de presentar retraso del crecimiento son cinco veces mayores que las de los niños de familias ricas.

Después de llegar a la adolescencia, las niñas de las poblaciones más pobres tienen más probabilidades de asistir a sistemas educativos de baja calidad, tener que trabajar para colaborar con sus familias y enfrentar obstáculos para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva. Sin una perspectiva brillante para su futuro, estas niñas vulnerables pueden quedar embarazadas muy jóvenes. La necesidad no atendida de acceder a servicios de planificación familiar también es considerablemente mayor entre las mujeres adultas pobres. Durante el embarazo, las mujeres de bajos ingresos suelen recibir atención prenatal menos adecuada que las mujeres más ricas y también es menos frecuente que den a luz con asistencia de un profesional calificado. Estos dos factores, sumados al nivel de educación de la mujer, afectan la probabilidad de supervivencia tanto de las mujeres como de sus hijos.

Las mujeres de minorías étnicas con frecuencia padecen exclusión social y económica, una situación de desigualdad que produce inequidades en salud en distintos momentos a lo largo de sus vidas, especialmente durante el embarazo y el parto. Las poblaciones indígenas y afrodescendientes en particular presentan mayor prevalencia de embarazo en la adolescencia que los promedios nacionales. Los embarazos en la adolescencia no solo están asociados a un mayor riesgo de complicaciones perinatales, sino que las hijas de madres adolescentes tienen mayores probabilidades de convertirse ellas mismas en madres adolescentes, creando así un ciclo intergeneracional que dificulta el desarrollo de sus propias capacidades humanas.

Importancia de la equidad en salud para lograr la cobertura sanitaria universal, el derecho humano a la salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible

A pesar de que varios países de América Latina y el Caribe han promulgado medidas para lograr la cobertura sanitaria universal, los informes nacionales y regionales indican que la equidad en salud sigue siendo una meta no alcanzada y un impedimento para hacer realidad cobertura sanitaria universal, un movimiento iniciado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2005 “para contribuir a la satisfacción de las necesidades de atención sanitaria de la población, la mejora de la calidad de esa atención, la reducción de la pobreza, el cumplimiento de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los que Gráfico en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y la salud para todos”⁹ Ahora que los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) definen el rumbo para el período 2015-2030 y los gobiernos resuelven reducir las desigualdades dentro y entre los países (ODS 10), lograr la igualdad de género (ODS 5), garantizar una vida saludable (ODS 3) y fomentar la inclusión social (ODS 16), es el momento oportuno para centrar la atención en las disparidades en el acceso a los servicios de salud y en los resultados en salud en los distintos gradientes sociales, en lugar de centrarse en cumplir metas que solo representan promedios nacionales, con el fin de reducir y eliminar las brechas de equidad en salud existentes. El impulso a la equidad en salud se ha dado también en otras iniciativas mundiales, tales como la Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes, lanzada en septiembre de 2015 por la OMS.¹⁰ Después de todo, las poblaciones excluidas “ofrecen más posibilidades de alcanzar resultados favorables en materia de supervivencia y desarrollo.”¹¹

Contamos con los conocimientos necesarios para lograr estos objetivos. Las intervenciones del sector de la salud que favorecen a los pobres han conseguido mejorar la equidad y el progreso general en materia de salud al acortar las brechas existentes en el acceso a los servicios de salud y el estado de salud. Pero fortalecer los sistemas de salud y mejorar la cobertura no basta para mejorar el bienestar sanitario y social. Como señala la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, “el desarrollo sostenible parte de la base de que la erradicación de la pobreza en todas sus formas y dimensiones, la lucha contra la desigualdad dentro de los países y entre ellos, la preservación del planeta, la creación de un crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible y el fomento de la inclusión social están vinculados entre sí y son interdependientes.”¹²

A los efectos de producir información sobre la equidad en salud que sea útil para los responsables de formular políticas, se deben reunir y analizar datos que puedan desglosarse al nivel administrativo más bajo, preferentemente de forma anual. En algunos países, como Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay, se han puesto en marcha iniciativas nacionales para medir y monitorear la equidad en la salud. Pero como muestra el *Informe sobre Equidad en Salud 2016*, se necesitan mayores esfuerzos para entender la magnitud de las inequidades en salud con sistemas de recopilación de datos mejorados para la formulación de políticas.

Lo que no sabemos: en qué aspectos centrar la investigación

Se presentan varios desafíos comunes al estudiar las inequidades en la salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y adolescente en América Latina y el Caribe. Uno de los desafíos principales es la falta de datos recopilados sistemáticamente y desglosados por estrato socioeconómico para monitorear mejor las tendencias en equidad en salud, además de la falta de investigación para contar con información clave que permita centrarse mejor en los grupos de población que tienen los peores resultados en salud. Si bien muchos de los temas tratados en el *Informe sobre Equidad en Salud 2016* han sido objeto de amplios estudios internacionales, se necesita más información sobre el estado de los problemas en América Latina y el Caribe y la mejor manera de abordarlos dentro de la región. Los estudios que efectivamente se ocupan de los problemas de salud importantes en la región no suelen tener en cuenta la perspectiva de la equidad en salud.

Es preciso investigar más sobre las inequidades en salud que afectan en particular a las minorías étnicas, como las poblaciones indígenas y afrodescendientes. Pese a que las pruebas indican que las minorías

étnicas pueden sufrir muchas inequidades, estas poblaciones han quedado en gran medida excluidas de los mecanismos de recolección de datos, los estudios sobre la calidad de la atención y el monitoreo de sus tendencias de salud, a nivel nacional e internacional. Por ejemplo, en la región, solo Costa Rica y Guyana reúnen, analizan y comunican datos de forma sistemática sobre el grupo étnico con el que se identifican las mujeres y sus hijos en las encuestas de hogares representativas de la población nacional. Belice, Panamá y Suriname también reúnen estos datos de forma sistemática, pero solo de la persona cabeza de familia. Algunos países reúnen información sobre etnicidad, pero no la publican, y otros países no reúnen ninguna información de este tipo. Es fundamental contar con información sobre sus dificultades y progresos para que estas comunidades participen activamente en los diálogos que servirán de base para formular políticas y hacer inversiones públicas, y medir su impacto.

A los efectos de superar el desafío de reducir las inequidades en la salud para mujeres, niñas y niños en América Latina y el Caribe, es preciso desarrollar un proceso coherente de cambios sociales y

estructurales fundamentales. Las pruebas presentadas en el *Informe sobre Equidad en Salud 2016* son solo el comienzo de este proceso de cambio, ya que no basta con sensibilizar sobre las inequidades en salud que afectan a las poblaciones marginadas. Se necesitan otras medidas para que estos parámetros se traduzcan en mejores resultados en salud para todos.

Las medidas futuras deben incluir al menos tres procesos:

1. Promoción. Al igual que este informe, otros sistemas de información sobre la equidad en la salud deben difundirse entre las principales partes interesadas, como los gobiernos, los donantes, las organizaciones no gubernamentales, las instituciones de investigación, las poblaciones beneficiarias y las organizaciones de la sociedad civil.

2. Medición y monitoreo. Deben elaborarse mediciones coherentes sobre la inequidad y seguirse de cerca en toda la región con el fin de monitorear las mejoras y los avances.

3. Establecimiento de estrategias multisectoriales. Los sectores clave como la salud, el medio ambiente, la educación, la industria y la energía están interconectados y las sinergias entre ellos tienen el potencial de tener un impacto significativo en la reducción de las inequidades en salud en América Latina y el Caribe.

© UNICEF/UNI7791/Pirozzi



Hallazgos importantes sobre las
inequidades en salud

Hallazgos importantes sobre las inequidades en salud

Equidad en salud reproductiva

La fecundidad ha disminuido constantemente, al menos desde la década de 1970, en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, sobre todo debido a un mayor acceso a los métodos anticonceptivos modernos. Aunque la fecundidad y el embarazo no deseado han disminuido progresivamente en general en toda la región, las mujeres vulnerables enfrentan diversos obstáculos para acceder a servicios habituales de salud reproductiva, lo que genera una necesidad desatendida de opciones de anticoncepción, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual y cáncer no diagnosticados.

Uso de métodos anticonceptivos

Las desigualdades en el nivel de riqueza y educación, junto con el origen étnico, afectan la capacidad de las mujeres de acceder a métodos anticonceptivos modernos, opciones de anticoncepción de emergencia y aborto seguro. Esto, a su vez, crea diferencias en los resultados en salud entre diferentes grupos socioeconómicos, en los que las mujeres vulnerables son las más afectadas, con embarazos no deseados e inoportunos, complicaciones relacionadas con el aborto y muerte por abortos practicados en condiciones de riesgo.

En todos los países con datos disponibles, la prevalencia de necesidades anticonceptivas desatendidas es mayor entre las mujeres de los hogares más pobres y entre las mujeres menos instruidas, aunque los niveles actuales en algunos países demuestran que es posible hacer frente a estas inequidades persistentes. (El gráfico 1 ilustra la relación entre la riqueza del hogar, el lugar de residencia y la educación de las mujeres y las necesidades anticonceptivas desatendidas en la región.)

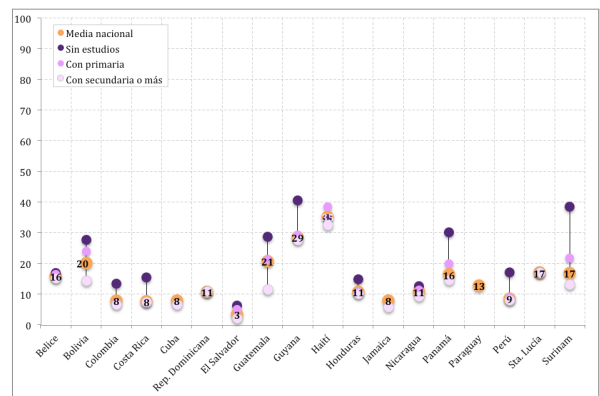
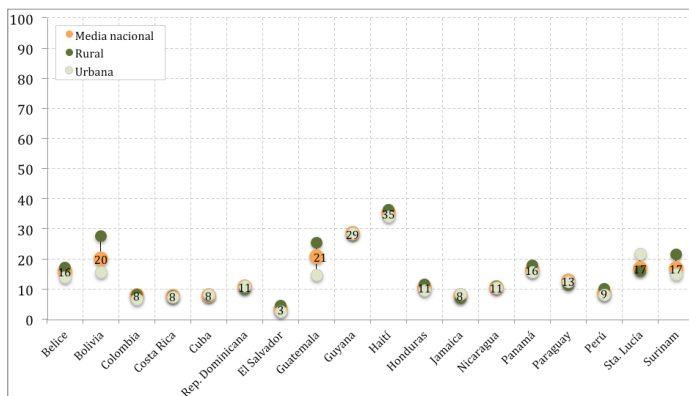
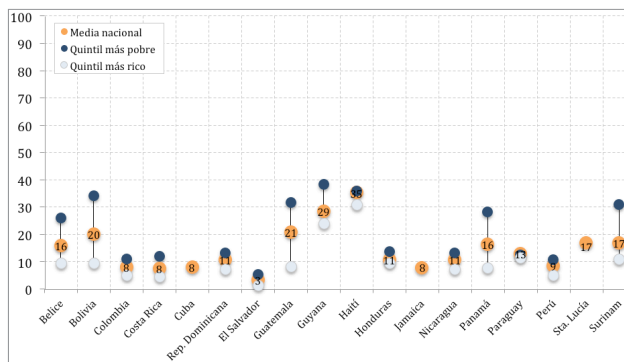
Los resultados del período 2008-2014 demuestran que:

- Las mujeres del quintil más pobre tienen necesidades anticonceptivas desatendidas cuatro veces más altas que las del quintil más rico en El Salvador, Guatemala, Bolivia y Panamá.
- En Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Panamá, Perú y Suriname, las mujeres sin instrucción tienen al menos dos veces más necesidades anticonceptivas desatendidas que las mujeres con educación secundaria o superior.

Las brechas existentes en el acceso a métodos anticonceptivos eficaces y al aborto en condiciones seguras son muy injustas. En particular, las mujeres de poblaciones indígenas que habitan en zonas rurales o apartadas no tienen acceso integral a educación y

Gráfico 1. Relación entre la riqueza del hogar, el lugar de residencia y la educación de las mujeres y las necesidades anticonceptivas desatendidas en América Latina y el Caribe

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con necesidades anticonceptivas desatendidas (para espaciar y limitar los nacimientos) en América Latina y el Caribe según la riqueza del hogar, el lugar de residencia y el nivel de estudios, encuestas de hogares, 2008-2014



Fuente: Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, Encuestas de Salud Reproductiva y otras encuestas nacionales, 2008-2014.

servicios de salud reproductiva prácticos, económicos o adecuados desde el punto de vista cultural.

Infecciones de transmisión sexual

La desigualdad de género contribuye a profundizar la vulnerabilidad de las mujeres a contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual; las mujeres indígenas y las que viven en la pobreza son particularmente vulnerables debido a que la desigualdad de género se combina con la exclusión y la discriminación socioeconómica y el acceso limitado a servicios de salud que atiendan específicamente sus necesidades. Esto indica que las políticas para aumentar la equidad social y el acceso a los servicios de salud pueden mitigar la transmisión del VIH y otras infecciones en la región.

Prevención y tratamiento del cáncer

En los últimos diez años, las cifras de incidencia y mortalidad del cáncer de mama han aumentado en América Latina y el Caribe, y esta enfermedad se ha convertido en la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres de la región, con un estimado de 43.200 muertes al año.¹³ La mayoría de los países de la región han creado programas o políticas para detectar, diagnosticar y tratar el cáncer de mama, que en gran medida se han incorporado a los servicios

existentes de atención primaria o de salud de la mujer. A partir de 2012, todos los países de la región han incorporado exámenes de mamas en las estrategias nacionales de salud, y muchos ofrecen mamografías gratuitas. Sin embargo, el bajo nivel de instrucción y riqueza y la pertenencia a una minoría étnica se asocian a una menor realización de mamografías y otros exámenes. La falta de suministros y equipos y la escasez de personal calificado son los principales obstáculos que limitan la eficacia de los programas de detección del cáncer de mama y producen un acceso desigual al diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama.

El cáncer de cuello uterino es otro motivo de gran preocupación, con 68.800 casos nuevos y 28.600 muertes por año en América Latina y el Caribe.¹⁴ La infección por el virus del papiloma humano (VPH) es la causa principal del cáncer de cuello uterino y, en la región, la transmisión del VPH se ha asociado a una iniciación sexual temprana y a un número elevado de parejas sexuales. Es posible que las mujeres de minorías étnicas enfrenten más obstáculos para participar en programas de detección del cáncer y presenten una incidencia de cáncer de cuello uterino y una mortalidad relacionada más altas que otros grupos. Algunos estudios indican que las mujeres afrodescendientes e indígenas tienen menos probabilidades de

© UNICEF/UNI119890/LeMoyne



realizarse exámenes para el diagnóstico precoz del cáncer que otras mujeres y que es probable que las mujeres que viven en zonas rurales enfrenten obstáculos geográficos al diagnóstico y el tratamiento curativo, que suelen ofrecerse en zonas más urbanas y pobladas.

Se necesitan más programas para atender las necesidades específicas de las mujeres desfavorecidas en relación con el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama y de cuello uterino. Las políticas de salud deben considerar ampliar la cobertura de los planes de salud pública para disminuir la inequidad en el acceso a exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento.

Equidad en la supervivencia materna

Mortalidad y morbilidad materna

Entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en América Latina se redujo en un 52%, de 124 a 69 por cada 100.000 nacidos vivos, y en el Caribe en un 37%, de 276 a 175 por cada 100.000 nacidos vivos.¹⁵ Esto significa que la región no logró alcanzar el Objetivo 5 de Desarrollo del Milenio, que indicaba una reducción del 75% de la mortalidad materna entre 1990 y 2015.

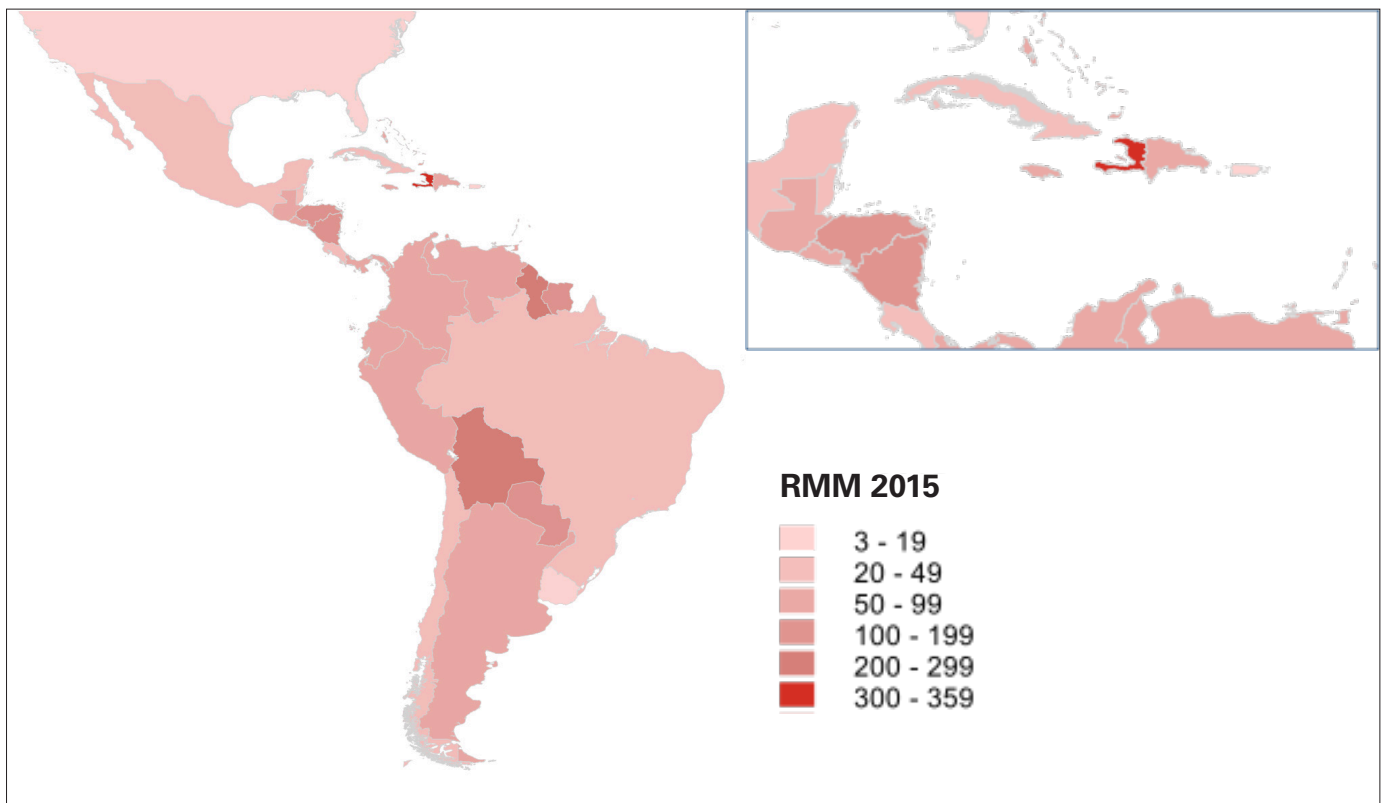
Gran parte del progreso relativo se ha atribuido a los esfuerzos nacionales y regionales dedicados a ampliar el acceso y la calidad de los servicios de salud materna y reproductiva, así como a las mejoras en el saneamiento, la nutrición, la educación y otros determinantes de la salud. Aun así, se estima que 7.300 mujeres murieron por causas asociadas a la maternidad en América Latina y el Caribe en 2015.¹⁶ (Ver en el gráfico 2 un mapa de las disparidades en la razón de mortalidad materna en los países de la región.)

Las estadísticas regionales de 2008 a 2014 no muestran las desigualdades en los resultados en salud materna que existen entre y dentro de los países de América Latina y el Caribe:

- En el Caribe, la razón de mortalidad materna va desde 27 por cada 100.000 nacidos vivos en Barbados y Granada, hasta 39 en Cuba, 92 en República Dominicana y 359 en Haití.
- En América Central, la razón de mortalidad materna va desde 25 en Costa Rica hasta 50 en Nicaragua.
- En América del Sur, Uruguay (15) y Chile (22) tienen razones de mortalidad materna menores a 25, mientras que en Bolivia este valor es 206 y en Guyana 229.

Gráfico 2. Mortalidad materna en la región de América Latina y el Caribe

Razón de mortalidad materna (muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos) en la región de América Latina y el Caribe (2015)*



* Este mapa no refleja la posición de UNICEF o sus asociados sobre la situación jurídica de ningún país o territorio ni el reconocimiento de ninguna frontera.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, UNICEF, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Banco Mundial, Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015, Ginebra: OMS, 2015.

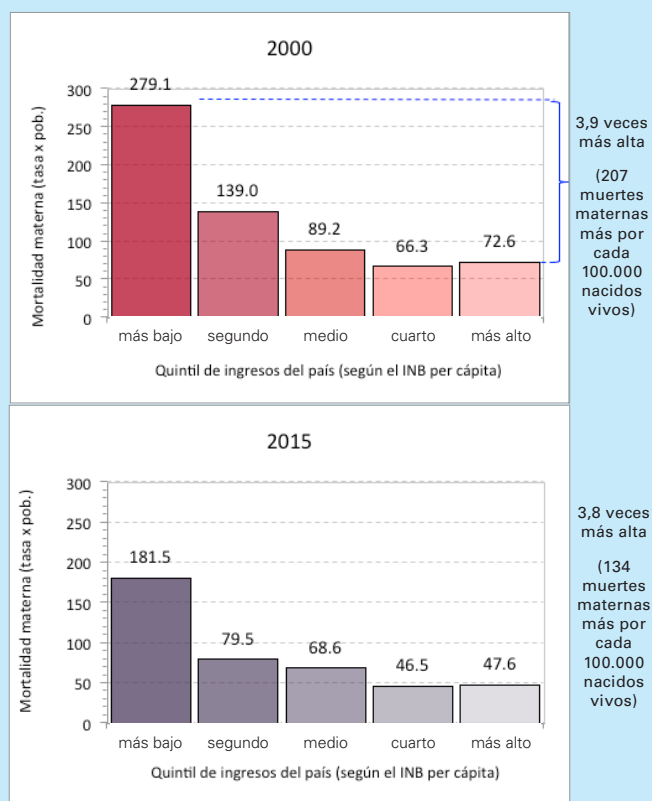
Recuadro 1. La desigualdad de ingresos entre países: mortalidad materna

Diferencias absolutas y relativas

El efecto de la desigualdad de ingresos en la mortalidad materna se puede observar en los países de la región de América Latina y el Caribe. Usando el ingreso nacional bruto (INB) per cápita en valores constantes como indicador socioeconómico para definir subgrupos de países por nivel de ingresos, en 2015 hubo en promedio 134 muertes maternas más por cada 100.000 nacidos vivos en los países en el 20% más bajo de la distribución por ingresos que en los países en el 20% más alto. En términos relativos, el riesgo de morir en el año 2015 debido a una causa relacionada con la maternidad en los países en el 20% más bajo de la distribución por ingresos era 3,9 veces más alta que en el grupo de países en el 20% más alto. En el año 2000, la diferencia absoluta era mucho mayor: 207 muertes maternas más por cada 100.000 nacidos vivos, mientras que la diferencia relativa era aproximadamente la misma (3,8 veces).

Gradiente de mortalidad materna en América Latina y el Caribe

Diferencias relativas (y absolutas) en la mortalidad materna por ingresos en 2000 y 2015



Índice de concentración de muertes maternas

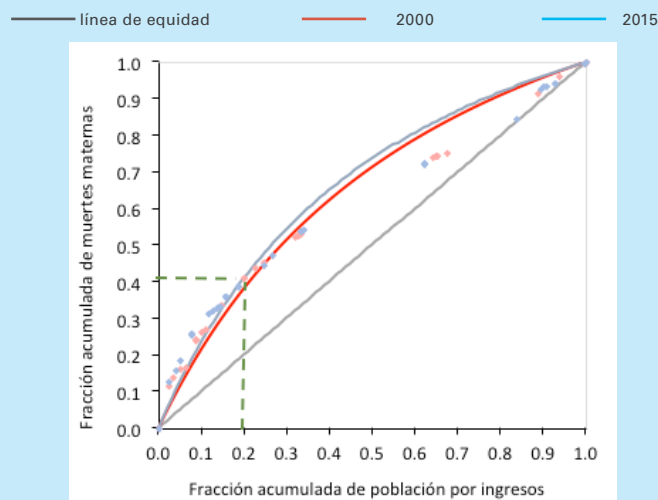
El índice de concentración es una medida relativa de las inequidades en salud que cuantifica el gradiente de salud en subgrupos con un orden natural, en este caso los países ordenados según sus ingresos nacionales. Indica el grado en que un resultado en salud se concentra entre los socialmente desfavorecidos o favorecidos.

El índice de concentración de muertes maternas en la jerarquía de ingresos de los países de América Latina y el Caribe en 2015 fue -0,33, lo que indica un nivel alto de inequidad, desproporcionadamente

concentrado en los países más pobres. Por ejemplo, los países que están en el quintil más bajo de ingresos (esto es, Haití, Honduras, Nicaragua, Bolivia, Guyana y Guatemala), que representaban el 11,7% de la población regional de nacidos vivos, concentraban hasta un 41% de todas las muertes maternas, mientras que los países en el quintil superior de la distribución por ingresos (es decir, Panamá, Uruguay, Chile, Bahamas, Argentina y Trinidad y Tobago), que representaban el 10,6% de la población regional de nacidos vivos, concentraban el 8% de todas las muertes maternas. El índice de concentración de muertes maternas en 2000 era de -0,29, lo que indica un leve aumento en la inequidad relativa en los últimos 15 años.

En resumen, el análisis de las desigualdades de ingresos y la mortalidad materna en los países de la región muestra que entre 2000 y 2015 hubo una reducción sustancial de la desigualdad absoluta sin una reducción simultánea de la desigualdad relativa. Lo primero puede explicarse por la reducción simultánea y sustancial de la tasa de mortalidad materna promedio a lo largo del período: la tasa de mortalidad materna regional disminuyó de 99,4 a 67,7 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en los países evaluados entre 2000 y 2015. No obstante este progreso innegable, el estancamiento o incluso el aumento de la desigualdad relativa significa que el ritmo de progreso en reducir la mortalidad materna fue mayor en los segmentos más favorecidos de la población (de acuerdo con la distribución de ingresos) que en los segmentos más desfavorecidos, donde se concentra desproporcionadamente la carga de mortalidad materna.

Curva de concentración de muertes maternas por ingresos en países de América Latina y el Caribe



Fuentes de los datos: Los datos de mortalidad materna corresponden a 2015 Trends and levels of maternal mortality de la OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2015. Los datos sobre el INB per cápita provienen de la serie sobre el índice de desarrollo humano del PNUD, basada en el índice de desarrollo de riqueza del Banco Mundial, los principales agregados de la base de datos sobre cuentas nacionales la División de Estadística de las Naciones Unidas y Perspectivas de la economía mundial del FMI, consultado el 1 de julio de 2015.

Causas directas e indirectas de muerte materna y la calidad de la atención en salud

La gran mayoría de las muertes maternas en América Latina y el Caribe se pueden evitar con atención obstétrica de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio. Los abortos practicados en condiciones de riesgo son una causa importante de morbilidad y mortalidad materna en toda la región.

Las causas directas representan aproximadamente el 81% de las muertes maternas en América Latina y el Caribe.¹⁷ Estas causas incluyen: hipertensión arterial, hemorragias, aborto y sepsis, entre otras causas. Las restantes muertes maternas se deben a causas indirectas, principalmente el VIH, afecciones cardiovasculares, anemia y otras enfermedades preexistentes, como el paludismo y la tuberculosis.¹⁸ La región se destaca por la proporción anormalmente alta de mortalidad materna debida a trastornos hipertensivos del embarazo como la eclampsia y la preeclampsia. Los datos indican que las mujeres de poblaciones pobres y marginadas tienen mayor riesgo de padecer y morir por una causa relacionada con la maternidad. Algunos estudios realizados en Ecuador, México, Brasil y Perú, entre otros, han relacionado la preeclampsia, la eclampsia o los trastornos hipertensivos, y su correspondiente morbilidad, con una posición socioeconómica más baja, un origen étnico mixto, incluida la afrodescendencia, y la residencia en una zona rural.

Estas muertes evitables siguen concentradas en ciertas poblaciones desfavorecidas de mujeres que no tienen acceso equitativo a servicios adecuados de atención en salud materna y reproductiva. Así, un

examen de las causas de la mortalidad y morbilidad materna revela las desigualdades económicas, sociales y de género fundamentales que se extienden a toda América Latina y el Caribe y aporta argumentos de peso a favor de la justicia social y la equidad de género.

Los mecanismos por los cuales las poblaciones vulnerables de mujeres tienen mayores probabilidades de morir o padecer enfermedades a causa de la maternidad se ilustran mejor con el "marco de las tres demoras".⁹ De acuerdo con este modelo, los resultados en salud materna se ven amenazados por tres demoras durante el trabajo de parto y el parto: demora en buscar atención, demora en acceder a un servicio de salud y demora en recibir el tratamiento necesario en el servicio de salud.

Estas tres demoras afectan particularmente a las mujeres de bajos ingresos, de escasa instrucción, de zonas rurales y de etnias minoritarias, quienes también pueden desconfiar de los servicios médicos debido a experiencias negativas anteriores o carecer de recursos financieros para cubrir los gastos directos e indirectos de la atención. Como resultado, es posible que estas mujeres mueran fuera de un centro de salud, lleguen a los servicios de salud con trastornos graves con pocas posibilidades de supervivencia o mueran sin ser atendidas dentro de un establecimiento de salud.

Muerte fetal

En 2015, la tasa de mortinatalidad en América Latina era de aproximadamente 8,2 por cada 1.000 nacidos vivos, lo que equivale a un total de unos 91.000 nacidos muertos en ese año. Los estudios en

© UNICEF El Salvador/2007-473/G. Bell



América Latina han demostrado que los principales factores de riesgo asociados con la muerte fetal son la falta de atención prenatal y el tamaño pequeño del feto para la edad gestacional. Las mujeres que no asisten a consultas prenatales tienen cuatro veces más riesgo de muerte fetal que las que registran cinco o más consultas.

Equidad en salud materna

Las mujeres con desventajas socioeconómicas suelen tener menos contacto con el sistema de salud durante uno de los períodos más críticos de su vida: el embarazo y el parto. Los datos indican que las mujeres desfavorecidas tienen menos acceso a todas las opciones de consultas prenatales y asistencia en el parto, pero preocupan en particular los niveles muy bajos de utilización de los servicios de atención en salud en el período cercano al nacimiento, el momento más vulnerable para la madre y el recién nacido. Los servicios de obstetricia deben estar disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, e incluir la posibilidad de referencia en caso de emergencias y complicaciones obstétricas. Los servicios de obstetricia de calidad son un componente fundamental para mejorar los peores resultados en salud, incluida la mortalidad materna, que presentan las mujeres más vulnerables.

Atención prenatal

La OMS recomienda un mínimo de cuatro consultas prenatales para ayudar a las mujeres a prepararse para el parto y comprender las señales de alarma durante el embarazo y el nacimiento. Las consultas prenatales pueden servir para suministrar suplementos de micronutrientes, tratar la hipertensión arterial para prevenir la eclampsia, vacunar contra el tétanos, hacer pruebas del VIH y dar medicamentos para prevenir la transmisión perinatal del VIH.

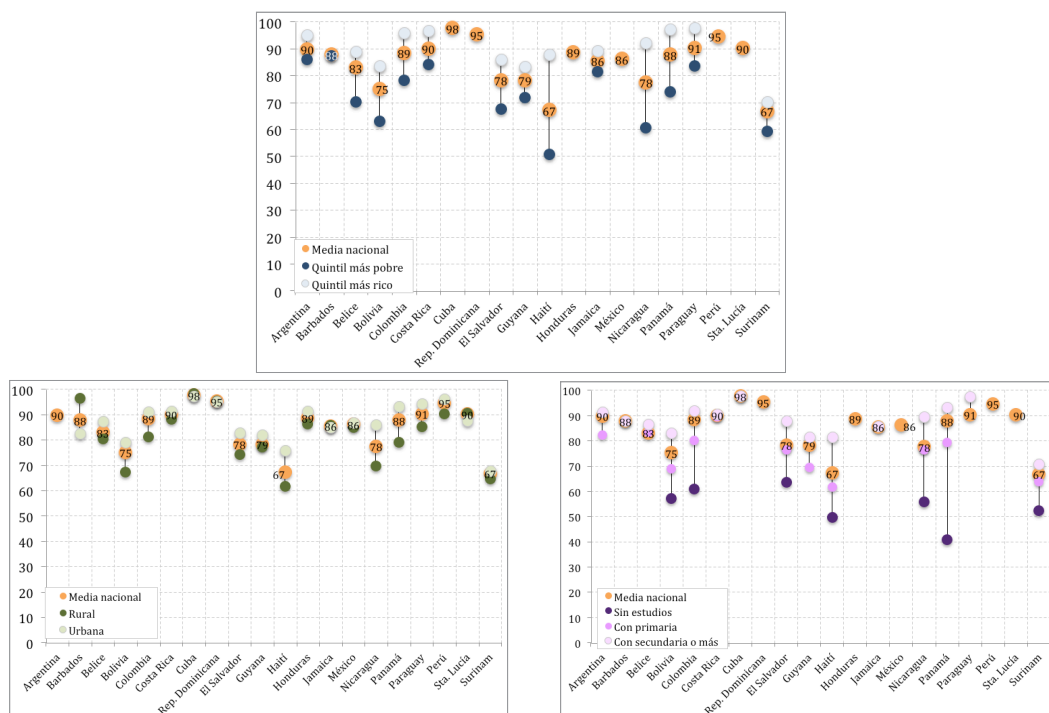
A pesar de que, en promedio, el 90% de las mujeres en América Latina y el Caribe registran al menos cuatro consultas prenatales, se observan grandes diferencias en los datos del período 2008-2014. El gráfico 3 ilustra las desigualdades entre los países de la región según la riqueza del hogar, el lugar de residencia rural o urbano y el grado de educación de la madre.

- La riqueza es un determinante importante. En Haití y Nicaragua, se registra una diferencia de más de 30 puntos porcentuales entre las mujeres más pobres y las más ricas con al menos cuatro consultas prenatales. En Bolivia y Panamá, la brecha es de unos 20 puntos porcentuales.
- Las mujeres de las zonas rurales asisten a menos consultas prenatales que las mujeres de las zonas urbanas, en particular en Bolivia, Haití, Nicaragua y Suriname, donde entre el 62% y el 70% de las mujeres rurales registran al menos cuatro consultas prenatales, mientras que los promedios urbanos van desde el 68% al 86%.
- En Colombia, Haití, Nicaragua y Panamá, el porcentaje de mujeres que tienen educación secundaria o superior y asisten al menos a cuatro consultas prenatales es 30 puntos superior al de las mujeres sin instrucción que registran el mismo número de consultas.

Los estudios indican que las embarazadas de grupos étnicos minoritarios tienen acceso desigual a la atención prenatal. En Brasil, varios estudios han advertido que las mujeres afrodescendientes registran menos consultas prenatales de las recomendadas y tienen menos probabilidades de pasar por los procedimientos y exámenes prenatales recomendados, y la atención que reciben es de menor calidad. Se han documentado resultados similares para las mujeres indígenas de Guatemala, especialmente las que no hablan español.

Gráfico 3. Desigualdades en la asistencia a un mínimo de cuatro consultas prenatales en América Latina y el Caribe

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con un nacido vivo en los últimos dos a cinco años que asistieron al menos a cuatro consultas prenatales con un profesional de la salud en países de América Latina y el Caribe, por riqueza, lugar de residencia y nivel de estudios, encuestas de hogares, 2008-2014



Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, Encuestas de Salud Reproductiva y otras encuestas nacionales, 2008-2014.

Es probable que los obstáculos que impiden a las mujeres indígenas y afrodescendientes recibir atención prenatal estén vinculados a tendencias más amplias de discriminación y vulnerabilidad que afectan a estas poblaciones. Además del uso desigual de la atención prenatal, las estadísticas no reflejan la calidad de esos servicios, pero algunos estudios muestran que las mujeres más pobres reciben atención prenatal deficiente.

Partos atendidos por personal calificado

La atención prenatal mejora los resultados en salud materna y perinatal, entre otras formas, promoviendo la utilización de personal calificado y centros de salud para el parto. Los partos atendidos por personal calificado se han vinculado con mejores resultados en salud materna y neonatal; dado que la mayoría de las muertes maternas se dan por complicaciones obstétricas, la presencia de personal calificado para el parto y servicios institucionales proporciona un entorno más seguro para el manejo de las emergencias. La atención prenatal no solo puede aumentar la confianza de las mujeres en los servicios de salud materna, sino que puede educarlas sobre cuándo buscar atención médica en caso de emergencia.

Los principales obstáculos para obtener asistencia calificada en el parto en América Latina y el Caribe incluyen la menor disponibilidad de personal médico en las zonas rurales y de bajos ingresos; las grandes distancias a los centros de salud y las dificultades logísticas para llegar a ellos; los costos asociados a la atención y la percepción de que los centros de salud tienen servicios de mala calidad o no atienden bien. Las mujeres indígenas en diversos países de América Latina tienen menos probabilidades de que las asista personal calificado en el parto. En toda la región, las mujeres que asisten al menos a cuatro consultas prenatales tienen muchas más probabilidades de dar a luz con personal calificado para el parto. El gráfico 4 ilustra esta relación en siete países, y el gráfico 5 presenta las desigualdades en la asistencia calificada durante el parto por riqueza del hogar, lugar de residencia rural o urbana y educación de la madre. El gráfico 6 muestra las menores tasas de utilización de atención prenatal, asistencia calificada durante el parto y atención de seguimiento que registran las mujeres indígenas y afrodescendientes en ocho países.

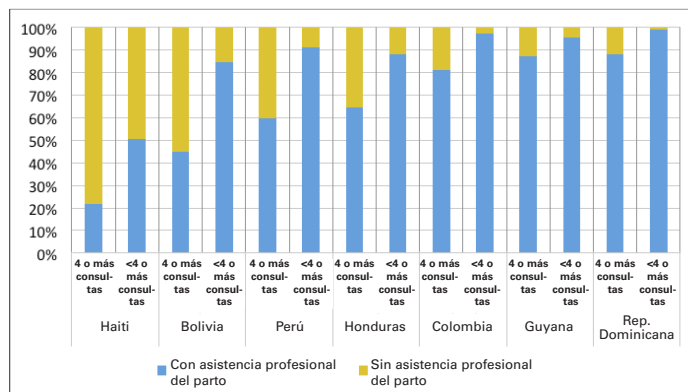
Para el período 2008-2014, los resultados muestran que:

- Las desigualdades en la utilización de personal calificado para atender los partos son particularmente notorias según el quintil de riqueza. La brecha entre las más pobres y las más ricas es de 75 puntos porcentuales en Guatemala, 69 en Haití, 42 en Bolivia y 41 en Honduras. En Perú, a pesar de registrar un 90% de partos atendidos por personal calificado, las mujeres del quintil más pobre están rezagadas 32 puntos porcentuales con respecto a las del quintil más rico.
- Las mayores diferencias entre las mujeres de zonas rurales y urbanas se encuentran en Guatemala (41 puntos porcentuales), Haití (35 puntos porcentuales) y Bolivia (26 puntos porcentuales).
- Existen grandes brechas en la utilización de personal calificado para atender el parto según el nivel educativo de la madre, particularmente en Guatemala (65 puntos porcentuales), Panamá (56), Haití (47) y Honduras (41).

Los partos atendidos por personal calificado entre las mujeres indígenas en México y Perú han aumentado durante el último decenio, como muestra el gráfico 7. Aunque las brechas se han estrechado,

Gráfico 4. La atención prenatal y los partos atendidos por personal calificado van de la mano

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con un nacido vivo en los últimos dos años, por tipo de asistencia en el parto, entre las que asistieron al menos a cuatro consultas durante el embarazo en Bolivia, Colombia, República Dominicana, Guyana, Haití, Honduras y Perú, encuestas de hogares, 2008-2013

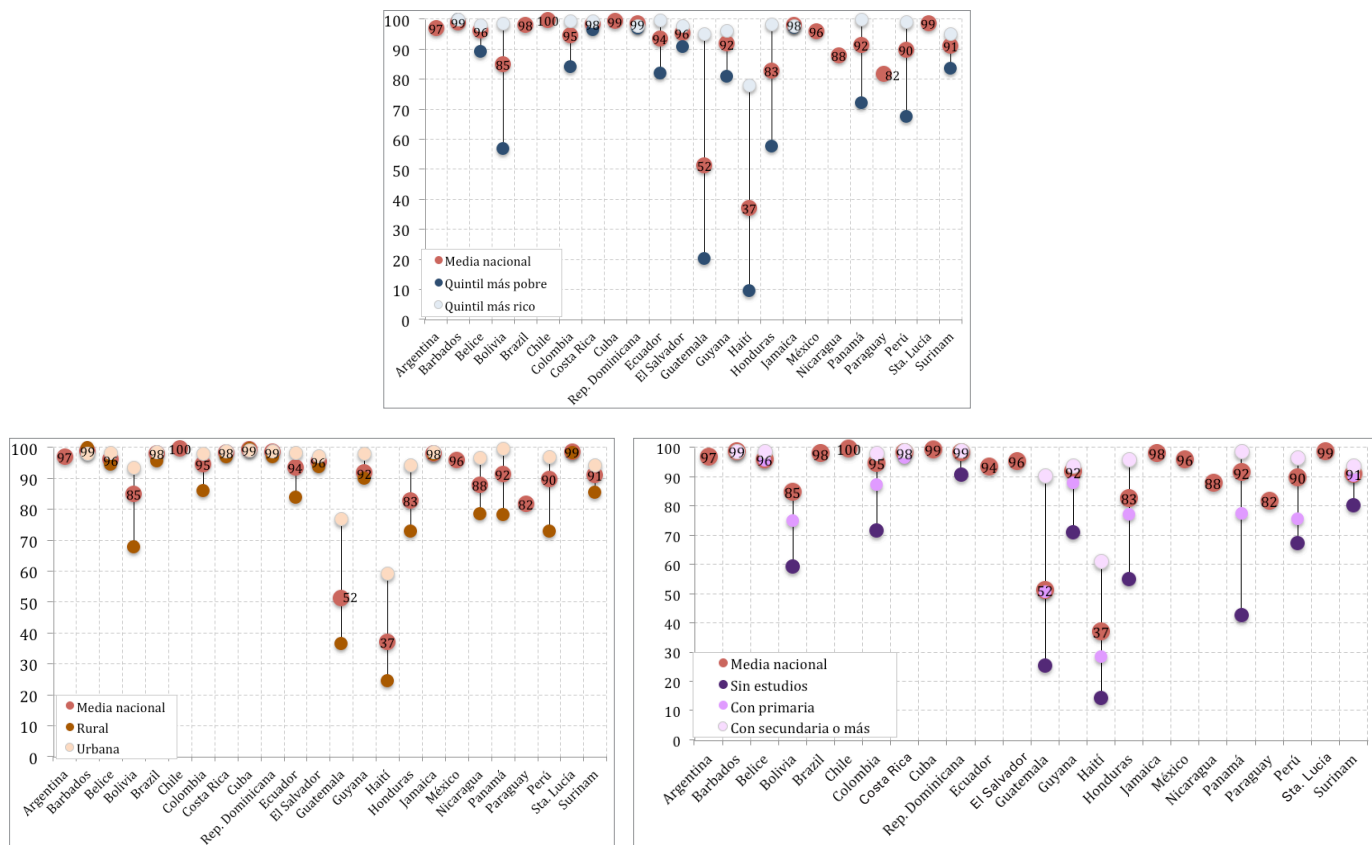


Fuente: Encuestas de Demográficas y Salud de Honduras (2012), Haití (2012), República Dominicana (2013), Perú (2012), Bolivia (2008), Colombia (2010) y Guyana (2009).



Gráfico 5. Desigualdades en la asistencia del parto por personal calificado en toda América Latina y el Caribe

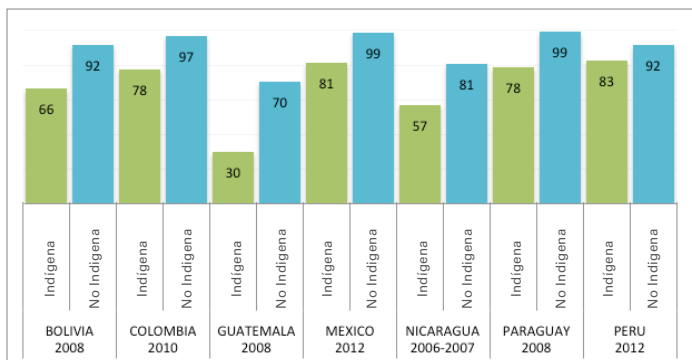
Porcentaje de niños nacidos vivos en los últimos dos a cinco años en partos atendidos por personal calificado en los países de América Latina y el Caribe, por riqueza, lugar de residencia y nivel educativo, encuestas de hogares, 2008-2014



Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, Encuestas de Salud Reproductiva y otras encuestas nacionales (2008-2014).

Gráfico 6. En toda América Latina y el Caribe, las mujeres indígenas y afrodescendientes registran menores tasas de utilización de los servicios de atención prenatal, partos atendidos por personal calificado y atención de seguimiento

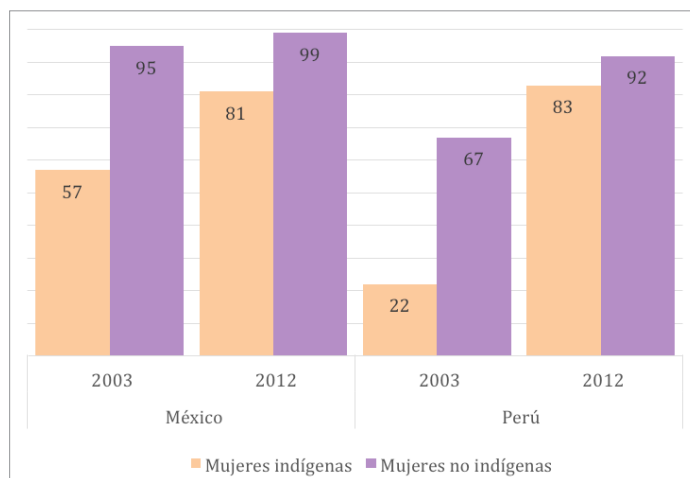
Porcentaje de mujeres indígenas y no indígenas con partos atendidos por personal calificado en Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay y Perú, 2004-2012



Fuente: Castro, A., Savage, V., Kaufman, H., Assessing Equitable Care for Indigenous and Afrodescendant Women in Latin America. Pan Am J Public Health, 2015, basado en CEPAL. Guaranteeing Indigenous People's Rights in Latin America. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2014.

Gráfico 7. Progreso en la cobertura de salud materna para las mujeres indígenas en México y Perú

Porcentaje de mujeres con partos atendidos por personal calificado en México y Perú, por condición indígena, 2000-2012



Fuente: Análisis basado en The Millennium Development Goals Report 2015. Nueva York: Naciones Unidas, 2015.

en las minorías étnicas de estos países persisten considerables desigualdades en materia de salud.

Cesáreas

En los embarazos y partos con complicaciones médicas, las cesáreas son cirugías vitales que ayudan a asegurar resultados óptimos de salud materna y perinatal. Un porcentaje de nacimientos por cesárea por debajo del 5% puede significar que no se practican todas las cesáreas que se necesitan.²¹ En toda América Latina y el Caribe, las cesáreas han aumentado rápidamente, excepto en Haití, donde algunas mujeres y recién nacidos pueden sufrir complicaciones e incluso morir por no tener la oportunidad de una cesárea.

Sin indicación médica, las cesáreas en realidad pueden tener consecuencias negativas para la salud tanto de las embarazadas como de sus recién nacidos.²² Una proporción alta de nacimientos por cesárea significa que muchas de estas cirugías se realizan sin necesidad médica. Esto lo confirma un estudio realizado en 2009 en ocho países de América Latina que reveló que el 45% de todas las cesáreas no tenía justificación médica.²³

En el período 2008-2014, Haití es el único país de la región con un porcentaje (6%) de nacimientos por cesárea inferior al 10%. Este porcentaje es aún más bajo en el caso de las mujeres más pobres (1%, con una variación del 1% al 8% en los cuatro grupos de ingresos más bajos), de zonas rurales (3%) y sin instrucción (1%) o solo con educación primaria (4%).

VIH y sífilis durante el embarazo

La atención prenatal inadecuada o inaccesible limita el acceso de las mujeres a las pruebas diagnósticas de la sífilis y el VIH durante el embarazo. Además de enfrentar problemas estructurales dentro de los sistemas de salud materna, las mujeres con VIH o sífilis también pueden evitar la atención prenatal institucional o no revelar su estado de enfermedad. La desigualdad en el acceso a pruebas diagnósticas y tratamiento del VIH y la sífilis durante el embarazo se observa predominantemente en las mujeres con bajos niveles de educación y en las más pobres.

Se estima que el 75% de las embarazadas de América Latina y el Caribe se realizó una prueba del VIH y que el 79% de las que recibieron atención prenatal se realizó una prueba de la sífilis en 2014.²⁴ El 81% de las que resultaron seropositivas recibió tratamiento antirretroviral para proteger su salud y prevenir la transmisión perinatal del VIH.²⁵

La mayoría de los países no informan acerca del tratamiento de la sífilis. La sífilis es una infección de transmisión sexual crónica, a menudo latente, con fases clínicamente reconocibles; si no se trata, puede derivar en enfermedades neurológicas y cardiovasculares. Las embarazadas con sífilis (materna o gestacional) no tratada pueden transmitir la infección al feto en el útero o por contacto directo con las lesiones durante el parto; la sífilis congénita consiguiente es la forma más frecuente de infección neonatal transmitida por vía perinatal en el mundo.

América Latina y el Caribe es la región con la mayor prevalencia de sífilis en el mundo, con hasta el 25% de los 2 millones de casos anuales de sífilis gestacional.²⁶ El nacimiento de miles de niños con VIH y sífilis congénita indica la falta de atención prenatal adecuada, la escasez de suministros (pruebas y reactivos de VIH y sífilis, equipo para cesáreas) y medicamentos (antirretrovirales, penicilina), la centralización de los servicios de laboratorio y especializados tales como la obstetricia de alto riesgo y el diagnóstico y tratamiento del VIH, y la falta de coordinación (incluida la referencia a un especialista y la contrarreferencia de la paciente al médico remitente) entre los proveedores de atención obstétrica y de diagnóstico y tratamiento del VIH.

Los obstáculos en el ámbito asistencial impiden que se hagan pruebas de VIH y sífilis como procedimientos de rigor a las embarazadas, se demore en dar los resultados de las pruebas, se interrumpa el seguimiento de la profilaxis y el tratamiento, y se pierda el contacto con los niños expuestos al VIH o la sífilis y sus madres. Estas carencias se dan en contextos de infraestructura limitada y programas no coordinados de salud, que son lo habitual en la mayoría de los entornos de ingresos bajos y medianos.

Equidad en la supervivencia neonatal

Un recién nacido, o neonato, es un niño menor de 28 días de edad. En América Latina y el Caribe, se estima que unos 102.000 recién nacidos de hasta 27 días murieron en 2015, lo que se traduce en una tasa regional de mortalidad neonatal de 9 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, una cifra menor a las 255.000 muertes neonatales o tasa de mortalidad neonatal de 22 en 1990.²⁷

A nivel mundial, la mortalidad neonatal también ha disminuido con el tiempo, pero, como la supervivencia de los niños de 28 días de edad sigue mejorando más rápido que la supervivencia de los recién nacidos, la proporción de muertes de niños menores de 5 años que se producen durante los primeros 27 días de vida ha ido en constante aumento y se prevé que siga aumentando. En América Latina y el Caribe, las muertes neonatales representaban el 52% del número total de muertes de niños menores de 5 años en 2015, un aumento con respecto al 41% en 1990. De acuerdo con datos de 2015, las complicaciones derivadas del parto prematuro en América Latina, como en el resto del mundo, fueron la principal causa de las muertes neonatales, seguida por las anomalías congénitas, las complicaciones relacionadas con el parto y la sepsis.

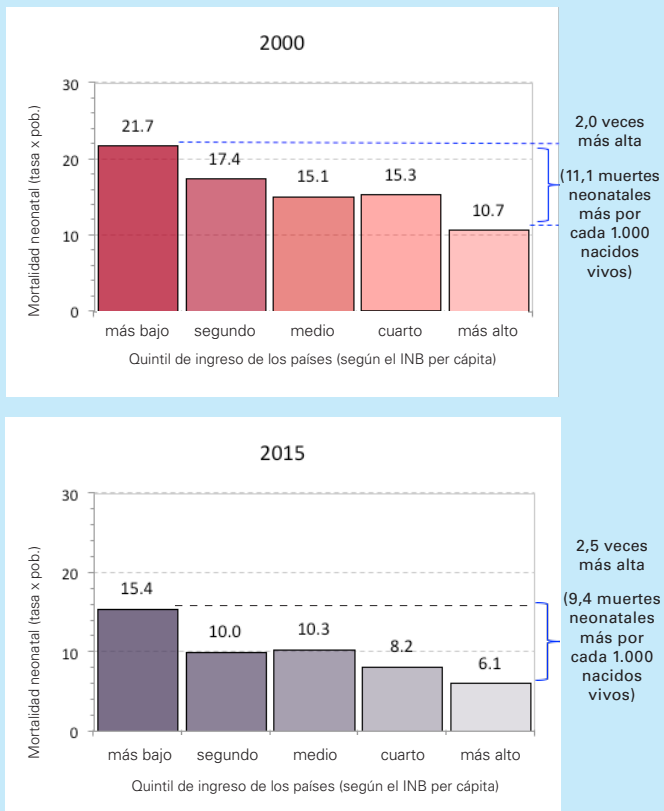
Recuadro 2. Desigualdad por ingresos nacionales: mortalidad neonatal

Diferencias absolutas y relativas

La relación entre la desigualdad de ingresos y la mortalidad neonatal se puede observar en los países de la región de América Latina y el Caribe. Usando el INB per cápita en valores constantes como indicador socioeconómico para definir subgrupos de países por nivel de ingresos, en 2015 hubo en promedio 9,4 muertes neonatales más por cada 10.000 nacidos vivos en los países que se encuentran en el 20% más bajo de la distribución por ingresos que en los países que están en el 20% más alto de la distribución por ingresos. En términos relativos, en 2015 el riesgo de un recién nacido de morir durante los primeros 28 días de vida en los países en el quintil de ingresos más bajo era 2,5 veces más alto que en el grupo de países en el quintil de mayores ingresos. En el año 2000, la diferencia absoluta era mucho mayor: 11,1 muertes neonatales más por cada 10.000 nacidos vivos, mientras que la diferencia relativa era menor (2 veces).

Gradiente de mortalidad neonatal en América Latina y el Caribe

Diferencias absolutas y relativas por nivel de ingresos en la mortalidad neonatal en 2000 y 2015



Índice de concentración de muertes neonatales

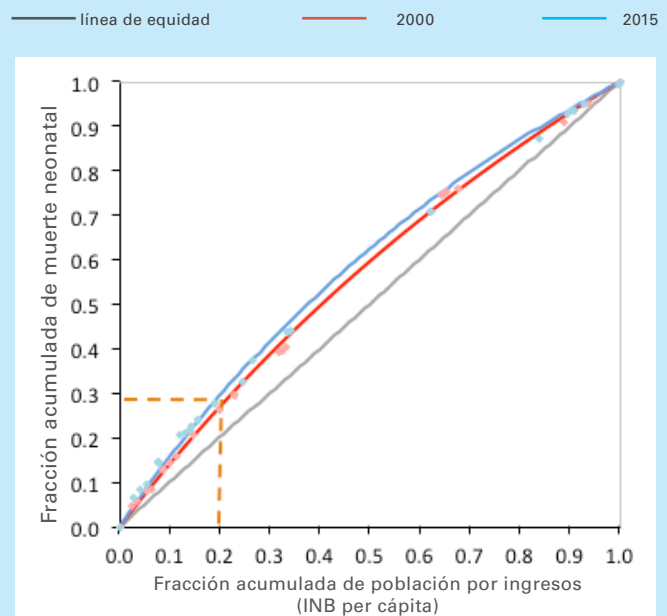
El índice de concentración es una medida relativa de las diferencias que cuantifica el gradiente de salud en subgrupos con un orden natural, en este caso los países ordenados según sus ingresos nacionales. Indica el grado en que un resultado de salud se concentra entre los desfavorecidos o favorecidos.

El índice de concentración de la mortalidad neonatal en 2015 fue -0,17, lo que indica desigualdades de más entre los países de la región. Por ejemplo, los países de la región que se encuentran en el quintil de ingresos más bajo (de donde proviene el 13% de los nacimientos regionales)

concentran el 29% de las muertes neonatales, mientras que los países que están en el quintil de ingresos más alto de la distribución regional (de donde proviene el 10% de los nacimientos regionales) concentran el 13% de todas las muertes neonatales. En cuanto a la tendencia en el tiempo, el índice de concentración aumentó apenas de -0,13 a -0,17 entre 2000 y 2015, lo que indica un leve aumento en la desigualdad relativa en los últimos 15 años.

En resumen, el análisis de la desigualdad en los ingresos y la mortalidad neonatal en los países de la región muestra que entre 2000 y 2015 hubo una reducción escasa de las brechas de desigualdad absoluta, sin una reducción simultánea de la desigualdad relativa. La tasa de mortalidad neonatal promedio en el período disminuyó de 14,7 a 9,3 muertes neonatales por cada 1.000 nacidos vivos en los países evaluados entre 2000 y 2015, lo que explica la leve reducción de la brecha de la desigualdad absoluta entre los quintiles de ingresos más altos y más bajos. El leve aumento del gradiente y la brecha de desigualdades relativas significa que el ritmo de progreso en reducir la mortalidad neonatal fue mayor en los segmentos más favorecidos de la población (de acuerdo con la distribución de ingresos) que en los segmentos más desfavorecidos, donde aún se concentra desproporcionadamente la carga de mortalidad neonatal.

Curva de concentración de las muertes neonatales por ingresos en los países de América Latina y el Caribe



Fuentes: Los datos sobre mortalidad neonatal provienen del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez. Los datos sobre el INB per cápita provienen de la serie sobre el índice de desarrollo humano del PNUD, basada en el índice de desarrollo de riqueza del Banco Mundial, los principales agregados de la base de datos sobre cuentas nacionales la División de Estadística de las Naciones Unidas y Perspectivas de la economía mundial del FMI, consultado el 1 de julio de 2015.

En comparación con el promedio regional de 9 por cada 1.000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad neonatal más alta del período 2008-2014 se registra en Haití, con un valor estimado de 25,4 por cada 1.000 nacidos vivos. Sin embargo, Bolivia presenta las brechas más grandes dentro de un país: entre las mujeres sin instrucción de Bolivia, la tasa de mortalidad neonatal es 66, o sea, tres veces mayor que entre las mujeres con el nivel educativo más alto; y la tasa de mortalidad neonatal entre las más pobres es tres veces mayor que entre las más ricas del país (50 y 17 por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente). También hay una brecha considerable entre los entornos rural y urbano en Bolivia, con una tasa de mortalidad neonatal de 40 en las zonas rurales y de 23 en las zonas urbanas.

Al igual que en Bolivia, la tasa de mortalidad neonatal en el período 2008-2014 era tres veces mayor entre los recién nacidos en los hogares más pobres que entre los hogares más ricos de República Dominicana (26), El Salvador (13) y Guatemala (25).

Entre los países con diferencias relativas importantes en el mismo período según el nivel de educación se encuentran El Salvador (donde la tasa de mortalidad neonatal es tres veces mayor en los recién nacidos cuyas madres no tienen educación que entre aquellos cuyas madres tienen estudios secundarios o superiores) y Perú, Guatemala y Colombia, donde es dos veces mayor.

Los estudios demuestran que las poblaciones indígenas y afrodescendientes tienen tasas de mortalidad neonatal más altas que otros grupos de población. El descenso de la mortalidad neonatal en Brasil ha sido menor en las poblaciones afrodescendientes que en otros grupos. Las diferencias en la mortalidad neonatal se han atribuido en parte a la pobreza, la atención prenatal inadecuada y la desigualdad socioeconómica.

La pobreza afecta tanto el contexto en el que nace el niño como la calidad de la atención en el nacimiento. Un estudio de las desigualdades socioeconómicas y de salud en Brasil y otros países, centrado en datos desde 1990 hasta el 2010, reveló que la mortalidad de los menores de un año se redujo considerablemente y que las desigualdades relacionadas con los ingresos en la mortalidad de los menores de un año también se redujeron sustancialmente. Algunos de los principales factores que han contribuido a estas mejoras en Brasil fueron la creación de un sistema unificado de salud nacional con un enfoque en la atención primaria de salud y la incorporación de programas específicos por enfermedad, la mejora de las condiciones sociales en el país (crecimiento económico, reducción de las desigualdades de ingresos, educación de las mujeres, fecundidad) y las intervenciones llevadas a cabo en otros sectores diferentes a la salud (transferencias en efectivo condicionadas y agua y saneamiento).

Equidad en salud neonatal

Durante los primeros 28 días de vida, un niño corre el mayor riesgo de morir. Es entonces fundamental que en este período se le brinden lactancia y cuidados adecuados, para aumentar sus probabilidades de supervivencia y sentar las bases para una vida saludable, atendiendo las causas de la mortalidad neonatal y otros factores críticos, como el bajo peso al nacer, la lactancia materna y los cuidados posnatales. El registro del nacimiento es otro paso importante en la vida de los recién nacidos, para que puedan hacer valer su derecho a un nombre y a la nacionalidad.

Bajo peso al nacer

El bajo peso al nacer se define como un peso inferior a 2.500 gramos o 5,5 libras al momento del nacimiento. Se debe al nacimiento prematuro (definido como el nacimiento antes de las 37 semanas de gestación) o a un crecimiento fetal restringido. Un niño que nace con bajo peso tiene aproximadamente 20 veces más probabilidades de morir que otro recién nacido con mayor peso. El bajo peso al nacer está relacionado con problemas a lo largo de la vida, desde la morbilidad y mortalidad fetal y neonatal hasta la inhibición del crecimiento y el desarrollo cognitivo y enfermedades crónicas en etapas posteriores. La incidencia del bajo peso al nacer está subestimada, dado que más de la mitad de los niños nacidos en todo el mundo no son pesados al nacer (datos de 2011), lo que refleja una atención neonatal deficiente. Por lo tanto, el porcentaje de recién nacidos que son pesados al nacer es un indicador esencial de equidad en la atención neonatal.

En todos los países que disponen de datos desglosados, el porcentaje de niños que fueron pesados al nacer en 2008-2014 es más alto entre aquellos cuyas madres pertenecen al quintil más rico, viven en zonas urbanas y tienen educación secundaria o superior. Además:

- En Haití, solo un cuarto (24%) de los recién nacidos son pesados al nacer. Los países que tienen los porcentajes más bajos son Bolivia (72%), Suriname (81%), Nicaragua (82%), Honduras (83%) y Guyana (84%).
- En Haití, los recién nacidos que pertenecen al quintil más rico tienen siete veces más probabilidades de ser pesados al nacer que los que pertenecen al quintil más pobre, y los recién nacidos de zonas urbanas tienen el triple de probabilidades de ser pesados al nacer que los de zonas rurales.
- Los recién nacidos cuyas madres tienen educación secundaria o superior tienen cuatro veces más probabilidades de ser pesados al nacer que aquellos cuyas madres no tienen educación en Haití, y dos veces más probabilidades en Bolivia y Panamá.

Atención posnatal para madres y recién nacidos

La atención posnatal es esencial, tanto para la salud de la madre como de su recién nacido. La mitad de las muertes neonatales y el 25% de las muertes maternas ocurren durante el trabajo de parto, el parto y las 24 horas siguientes; para el final de la primera semana después del parto, esos porcentajes aumentan a dos tercios y al 60%, respectivamente. Mediante las intervenciones que se brindan en la atención posnatal, es posible detectar complicaciones y promover prácticas saludables.

Existen grandes variaciones entre países en el porcentaje de recién nacidos que recibieron atención en los dos días siguientes al nacimiento durante el período 2008-2014. Los porcentajes más bajos se registraron en Haití, donde variaron de solo el 9% al 20% de los recién nacidos en los cuatro grupos de ingresos más bajos. Las mayores diferencias entre los más pobres y los más ricos se registraron en Bolivia (46 puntos porcentuales), Haití (35), Honduras (24) y Panamá (24). Además:

- La atención posnatal es más baja para los recién nacidos de zonas rurales, y la cobertura más baja de todas se registró en los recién nacidos rurales de Haití (14%). Las brechas más amplias ocurren en Bolivia (26 puntos porcentuales), Paraguay (21), Panamá (18), República Dominicana (16), Haití (15) y Honduras (14).

- En todos los países, la atención posnatal es menos frecuente en los recién nacidos cuyas madres carecen de educación, particularmente en Haití (9%). La diferencia entre los recién nacidos cuyas madres no recibieron educación y aquellos cuyas madres recibieron educación secundaria o superior llega a 51 puntos porcentuales en Panamá, 39 en Bolivia, 29 en Honduras, 22 en El Salvador y 20 en Perú.
- En Panamá, el 100% de los recién nacidos afrodescendientes recibe atención en los dos días siguientes al nacimiento, pero los niños indígenas están 30 puntos rezagados, dado que solo el 70% recibe atención posnatal. Véase el gráfico 8.

El registro del nacimiento y el derecho a la identidad

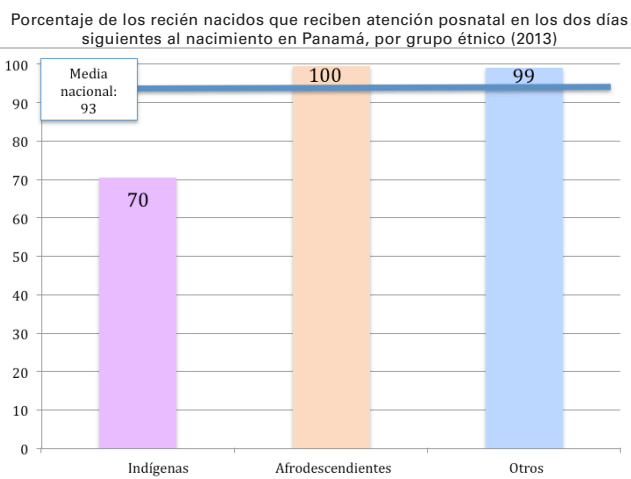
El registro del nacimiento constituye un reconocimiento legal de la existencia de una persona y hace factible el derecho humano fundamental a tener un nombre y una nacionalidad. El registro y el certificado de nacimiento que lo acompaña permiten que una persona ejerza sus derechos más básicos y se acoja a beneficios como el acceso a los sistemas de educación y salud y la participación en los procesos políticos. UNICEF halló que, hasta 2014, el 8% de los niños de 0 a 4 años de América Latina y el Caribe (unos 4 millones de niños) no habían sido registrados al nacer.

Pese a tener resultados de registro de nacimientos más favorables en comparación con otras regiones del mundo, en América Latina y el Caribe hay considerables inequidades entre los países y dentro de ellos. Los nacimientos registrados en 2013 variaron del 76% de la población de niños menores de cinco años en Bolivia y Paraguay al 100% en Argentina, Costa Rica, Cuba y Uruguay. Existen inequidades entre los países debido a obstáculos geográficos, económicos, sociales, culturales e institucionales a la accesibilidad, lo que ocasiona diferencias considerables dentro de la región. Véase una ilustración de las inequidades de la región por riqueza del hogar en el gráfico 9.

Para el período 2008-2014 se extrajeron las siguientes conclusiones:

- La prevalencia más baja de registro de nacimientos se registra en el quintil más pobre de la República Dominicana (65%) y de Haití (71%). Es también en esos dos países donde las diferencias entre los más pobres y los más ricos son mayores: varían de 33 puntos porcentuales en la República Dominicana a 21 en Haití.
- La cobertura del registro de nacimientos es más alta en la población más rica en todos los países.
- En la mayoría de los países, la cobertura es inferior en los niños rurales. Las mayores diferencias registradas son de 16 puntos porcentuales en México, 8 en Haití y 5 en República Dominicana.
- Solo Argentina, Belice, Costa Rica, El Salvador, Panamá y Surinam cuentan con datos completos sobre el registro de nacimientos según el nivel educativo de la madre. Las diferencias registradas en esos países son pequeñas, salvo en Panamá, donde el 82% de los hijos de madres sin instrucción son registrados al nacer: 15 puntos por debajo de la cobertura de los hijos de madres que tienen educación secundaria o superior.
- En Paraguay, el 70% de los niños cuyas familias hablan guaraní en el hogar están registrados, 17 puntos porcentuales por debajo de las que hablan guaraní y español y 24 puntos por debajo de las que hablan solo español.

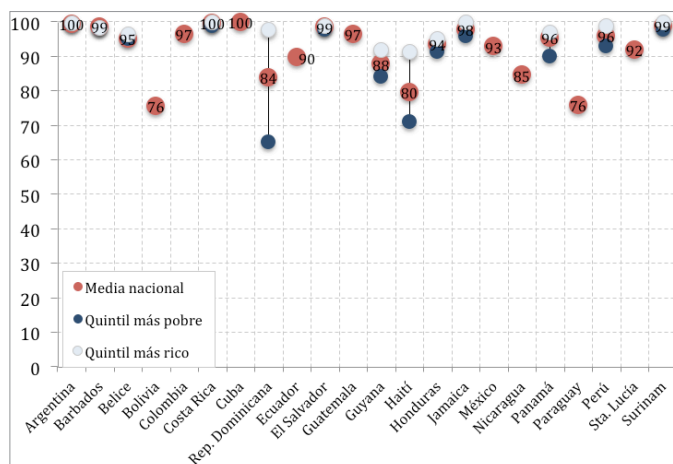
Gráfico 8. Inequidades en la atención posnatal en Panamá, según el grupo étnico



Fuente: Análisis basado en la Encuesta de indicadores Múltiples por Conglomerados realizada en Panamá, 2013.¹

Gráfico 9. Inequidades en el registro de nacimientos en América Latina y el Caribe

Porcentaje de los niños de 0 a 4 años registrados al nacer según el quintil de riqueza, 2008-2014



Fuente: Análisis basado en eEncuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, Encuestas de Salud Reproductiva y otras encuestas nacionales, 2008-2014.

Equidad en la supervivencia infantil

Ayudar a los niños a sobrevivir y prosperar implica reducir las causas de la mortalidad en los lactantes y los niños menores de cinco años por medio de la vacunación, el saneamiento y la higiene mejorados para combatir la diarrea, la atención de los niños enfermos, en especial los que tienen neumonía y otras infecciones respiratorias, y la lucha contra las enfermedades transmisibles.

Las poblaciones indígenas de América Latina y el Caribe pueden tener menos acceso a los servicios de agua potable y saneamiento, lo que aumenta la prevalencia de las enfermedades diarreicas en los niños indígenas. Las malas condiciones de vida, la nutrición inadecuada y la alta exposición a infecciones generan una alta

carga de morbilidad en lactantes y niños, eso incluye infecciones del aparato respiratorio superior e inferior. Estas poblaciones también experimentan inequidades en la probabilidad de acceder a una atención de salud apropiada.

Mortalidad infantil

En América Latina y el Caribe, se estima que 196.000 niños menores de cinco años murieron en 2015 (una mortalidad de niños menores de cinco años de 18 por cada 1.000 nacidos vivos). De estos, el 85% (167.000 niños) tenían menos de un año (una mortalidad de lactantes de 15 por cada 1.000 nacidos vivos).²⁸ El gráfico 10 muestra el desglose por país comparado con los promedios nacionales.

Para el período 2008-2014, las principales diferencias en la mortalidad infantil y la mortalidad de niños menores de cinco años se registran entre distintos quintiles de riqueza y niveles educativos.

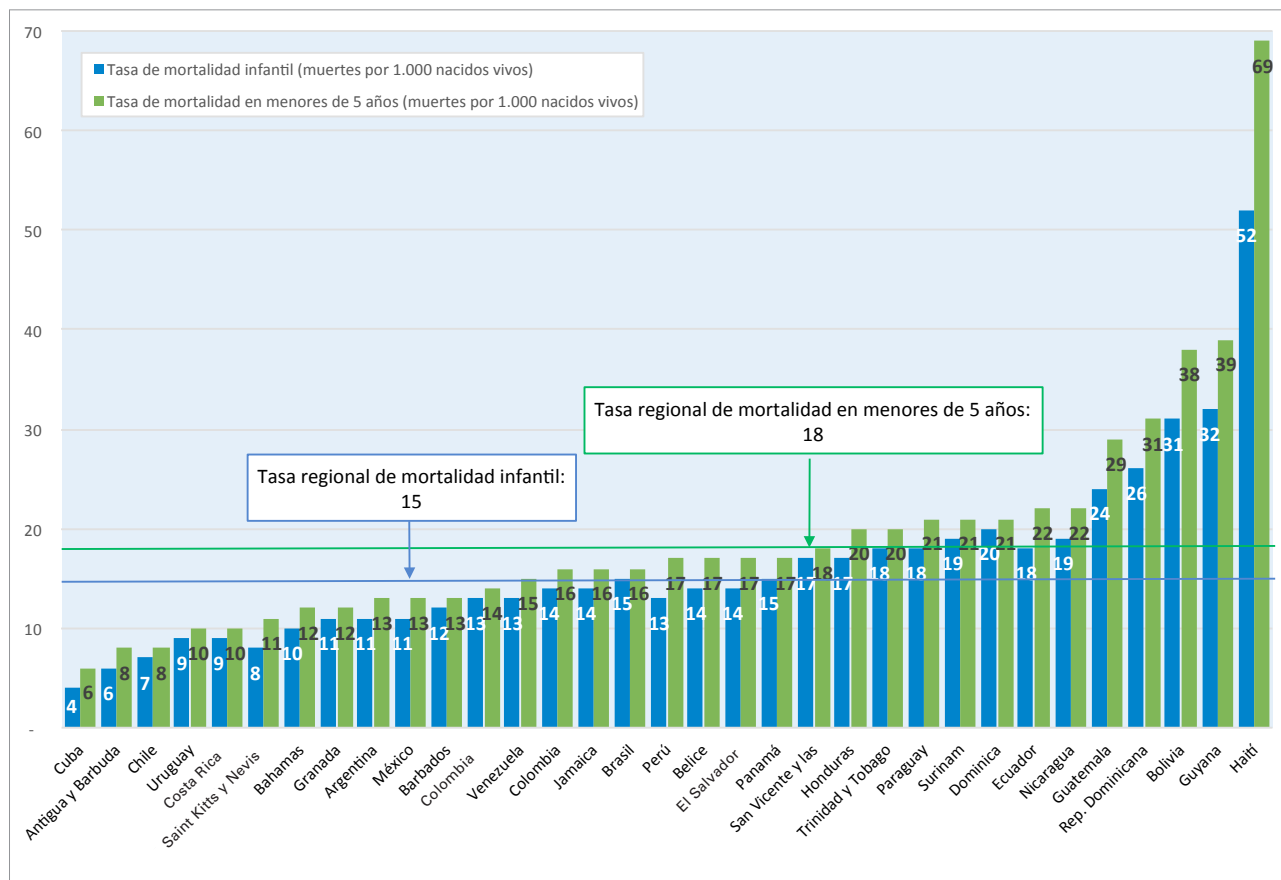
- En países que cuentan con datos desglosados: la mortalidad infantil es más alta en los lactantes bolivianos cuyas madres no tienen educación, pertenecen al quintil más pobre o viven en zonas rurales; en los lactantes dominicanos cuyas madres no tienen educación, y en los lactantes haitianos cuyas madres no tienen educación o pertenecen al quintil más pobre. La mortalidad más alta de niños menores de cinco años en países que cuentan con datos desglosados se registra entre los niños más pobres de Bolivia y Haití.

- La diferencia de mortalidad entre los lactantes cuyas madres no tienen educación y aquellos cuyas madres tienen educación secundaria o superior es de hasta siete veces en El Salvador, tres veces en Bolivia, Guatemala, Colombia y República Dominicana, y dos veces en Perú.

Cuba, Chile y Costa Rica son ejemplos de países donde la inequidad se ha reducido junto con la brecha entre los más ricos y los más pobres, principalmente mejorando el acceso de las mujeres a la educación y ampliando la cobertura de las intervenciones de salud pública.

Sin embargo, aunque las tasas de mortalidad siguen disminuyendo en América Latina, la inequidad sigue siendo un problema de salud importante. Hay evidencias de que la cobertura de las iniciativas de salud materno-infantil favorece a las mujeres que están en mejor posición socioeconómica, que son las que se benefician de los programas nuevos.

Gráfico 10. Mortalidad de lactantes y menores de cinco años en países de América Latina y el Caribe, 2015



Fuente: Análisis basado en UNICEF. Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report 2015. Nueva York: UNICEF, 2015³⁰⁴ y UNICEF. Levels & Trends in Child Mortality Report 2015. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. Nueva York: UNICEF, 2015³⁰³

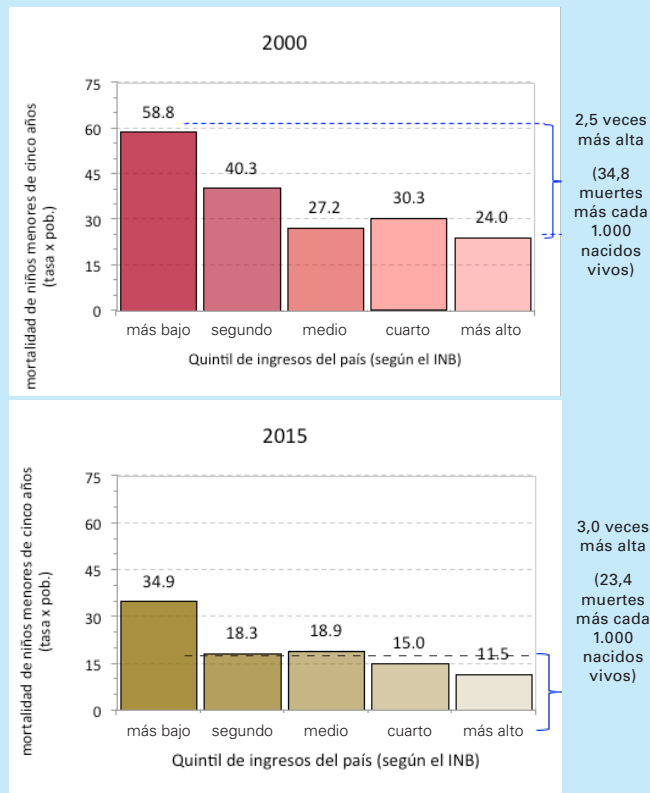
Recuadro 3. Inequidad por ingreso nacional: mortalidad en niños menores de cinco años

Diferencias absolutas y relativas

En países de toda América Latina y el Caribe se puede observar la inequidad de ingresos reflejada en la mortalidad de niños menores de cinco años. Utilizando el PNB por habitante en términos constantes como indicador socioeconómico para crear subgrupos de países por ingresos, se constató que en 2015 hubo en promedio 23,4 muertes más de niños menores de cinco años por cada 1.000 nacidos vivos en aquellos países que se encuentran en el 20% inferior de la distribución de ingresos que en los países que se encuentran en el 20% superior. En términos relativos, en 2015, el riesgo de que un niño muriera antes de cumplir los cinco años en países que están en el quintil más bajo de ingresos era el triple que en el grupo de países del quintil más alto. En 2000, la diferencia absoluta era mayor (34,8 más muertes por cada 1.000 nacidos vivos) y la diferencia absoluta era menor (2,5 veces).

Gradiente de mortalidad de niños menores de cinco años en América Latina y el Caribe

Diferencias relativas (y absolutas) en la mortalidad de niños menores de cinco años por ingresos en 2000 y 2015.



Índice de concentración de muertes de niños menores de cinco años

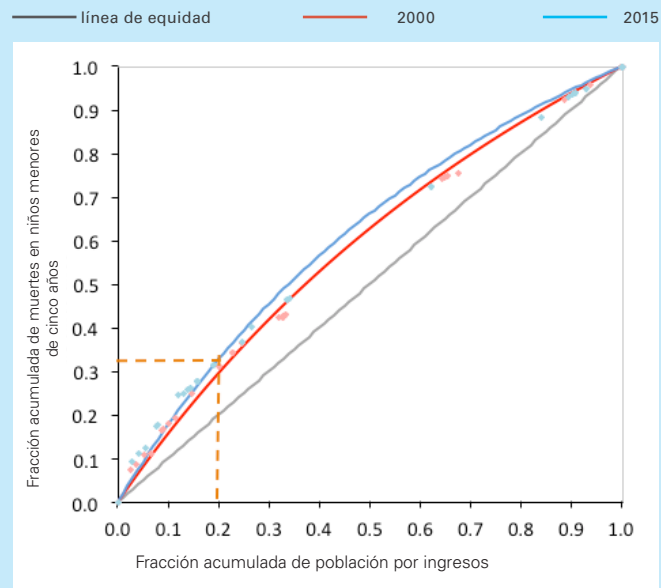
El índice de concentración es una medida relativa de las diferencias que cuantifica el gradiente de salud en subgrupos con un orden natural, en este caso, los países ordenados según sus ingresos nacionales. Indica el grado en que un resultado de salud se concentra en la población desfavorecida o en la favorecida.

El índice de concentración de las muertes en menores de cinco años a través de la jerarquía de ingresos de los países de América Latina y el Caribe fue de -0,22 en 2015, lo que denota una alta desigualdad,

concentrada desproporcionadamente en los países más pobres. Por ejemplo, los países situados en el quintil inferior de la distribución de ingresos, que en este análisis representan el 12,8% de la población de nacidos vivos de la región, concentraron hasta el 33% de todas las muertes de menores de cinco años, mientras que los países situados en el quintil superior de ingresos, que representan el 10,6% de la población de nacidos vivos de la región, concentraron el 11% de todas las muertes de menores de cinco años. El índice de concentración de muertes en menores de cinco años en 2000 fue -0,17, lo que indica un incremento de la desigualdad relativa en los últimos 15 años.

En resumen, el análisis de las desigualdades de ingresos en la mortalidad en niños menores de cinco años entre los países de la región revela que, entre 2000 y 2015, hubo una reducción sustancial de la desigualdad absoluta, con una reducción simultánea de la desigualdad relativa. Lo anterior puede explicarse por la reducción sustancial en la mortalidad promedio en niños menores de cinco años a lo largo del período: la mortalidad de niños menores de cinco años en la región disminuyó de 32,0 a 18,8 muertes cada 1.000 nacidos vivos en los países estudiados entre 2000 y 2015. A pesar de este notable progreso, el aumento de la desigualdad relativa implica que el ritmo de progreso en la reducción de la mortalidad en niños menores de cinco años fue mayor en los segmentos más favorecidos de la población (según la distribución de ingresos) que en los segmentos más desfavorecidos, en quienes la carga de la mortalidad en niños menores de cinco años sigue desproporcionadamente concentrada.

Curva de concentración de muertes de menores de cinco años por ingresos: países de América Latina y el Caribe



Fuentes de los datos: Para la mortalidad en niños menores de cinco años, estimaciones del Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, 2015. Para el PNB por habitante, la serie del Índice del Desarrollo Humano del PNUD, basada en el Índice de Desarrollo Mundial del Banco Mundial, los principales agregados de la base de datos de cuentas nacionales de la División de Estadística de las Naciones Unidas y las Perspectivas de la Economía Mundial del FMI, consultados el 1 de julio de 2015.

Equidad en salud infantil

Vacunación

El programa ampliado de vacunación se puso en marcha en América Latina y el Caribe en 1977. El programa se centró en seis enfermedades y contemplaba la aplicación de cuatro vacunas diferentes: la vacuna contra el sarampión; la vacuna combinada contra la difteria, la tosferina y el tétanos (DPT); la vacuna antituberculosa (BCG) y la vacuna oral contra la poliomielitis.²⁹ En ese entonces, solo del 25% al 30% de los niños de la región recibían esas vacunas. Para 2013, se habían eliminado de la región la polio, el sarampión y la rubéola, y hubo reducciones en la morbilidad y la mortalidad por enfermedades que podían prevenirse con vacunas.

Persiste el desafío de que todos los niños y niñas tengan igual acceso a los servicios de vacunación. En 2012, el 50% de los 14.715 municipios de América Latina y el Caribe declaró que su cobertura de las tres dosis de la vacuna DPT (DPT3) era inferior al 95%, y el 23% declaró que era inferior al 80%, lo que los coloca en riesgo de resurgimiento de enfermedades prevenibles por vacunas que han sido eliminadas o erradicadas o están bajo control epidemiológico. Desde los años 80, se han promovido jornadas nacionales de vacunación y otras estrategias verticales, basadas en campañas, para contribuir a ampliar la cobertura.

En toda la región, las mayores brechas en la inmunización con las vacunas BCG, DPT3 y antisarampión en el período 2008-2014 se registraron entre distintos niveles de riqueza y de educación.

- Las diferencias más amplias en la cobertura de la vacuna BCG entre grupos ocurren en Haití, donde el 74% de los más pobres y el 91% de los más ricos están vacunados, y donde el 69% de los niños cuyas madres no tienen educación están vacunados, frente al 89% de aquellos cuyas madres tienen educación secundaria o superior.

- Las mayores diferencias en la cobertura de DPT3 se registran entre los más ricos y los más pobres de Suriname, Panamá, Haití y la República Dominicana, y entre los más y los menos educados de Haití, Colombia y Panamá.
- Asimismo, las mayores brechas en la cobertura de la vacunación contra el sarampión ocurren entre los más ricos y los más pobres de Guyana, Panamá y Suriname, y entre los más y los menos educados de Colombia y Haití.

Neumonía

La neumonía es la principal causa de muerte en los niños de 1 a 59 meses de edad en América Latina y el Caribe y es responsable del 10% de todas las muertes en ese grupo de edad.³⁰ Las muertes por neumonía se concentran en los niños más pobres. Dado que la gestión eficaz de casos es una estrategia importante para reducir la morbilidad y mortalidad relacionadas con la neumonía en los niños, la inequidad en el acceso a la atención médica por neumonía es un factor que explica la diferencia en los resultados en materia de salud.

Para el período 2008-2014, las mayores diferencias en la asistencia por un profesional de la salud de los niños que presentaban síntomas de neumonía se registraron entre distintos niveles de riqueza y de educación. Los hijos de madres sin instrucción son llevados a un centro de salud con menos frecuencia cuando presentan síntomas de neumonía que los de las madres que tienen educación secundaria o superior. El gráfico 11 muestra las desigualdades según la riqueza del hogar, la residencia urbana o rural y la educación de la madre en los países de la región.

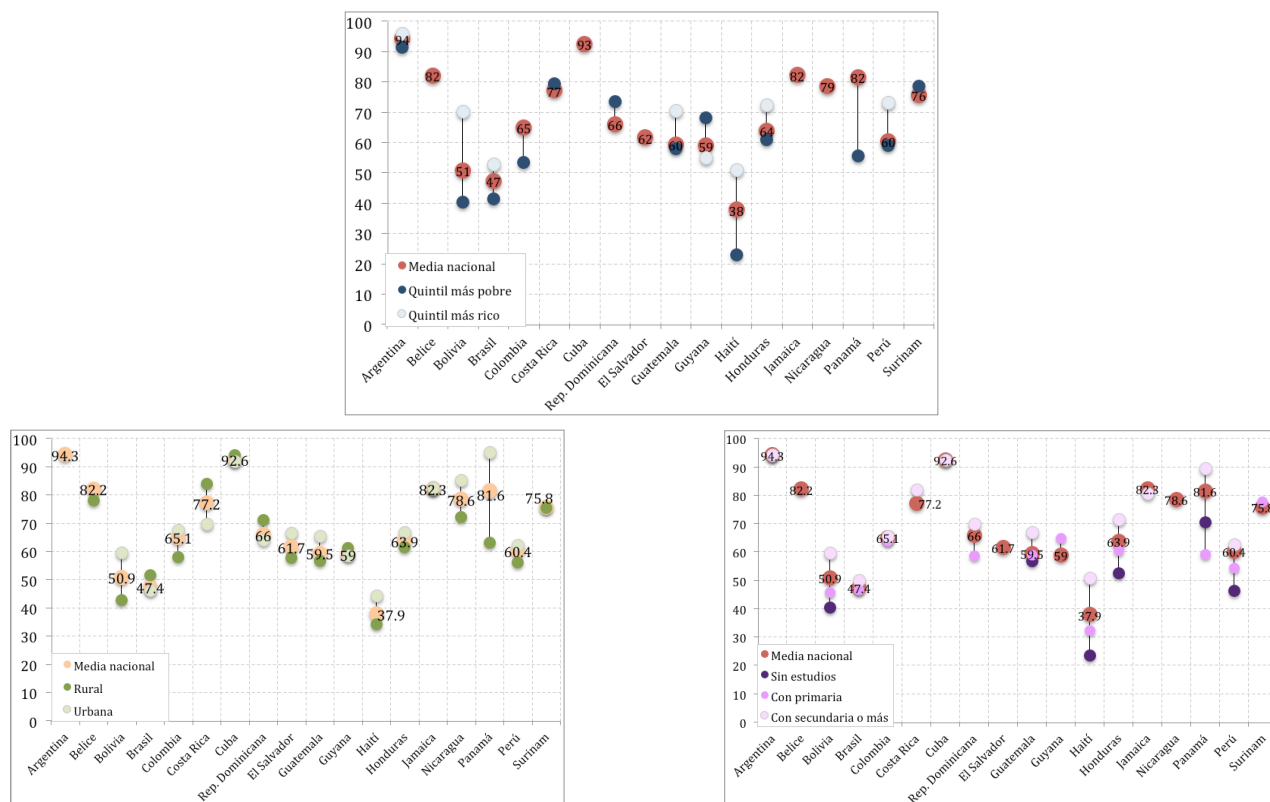
- Haití tiene la prevalencia más baja de asistencia médica de los niños con síntomas de neumonía: 38% en total, 51% en los niños de los hogares más ricos y 23% en los niños de los hogares más pobres. La misma cobertura y brecha se observa entre los niños cuyas madres tienen educación secundaria o superior y aquellos cuyas madres no tienen educación.

© UNICEF/UNI64495/LeMoyné



Gráfico 11. Inequidades en la búsqueda de asistencia ante síntomas de neumonía

Porcentaje de niños menores de cinco años con síntomas de neumonía que son llevados a un profesional de la salud en países de América Latina y el Caribe, por riqueza, lugar de residencia o educación de la madre, según encuestas de hogares de 2008-2014.



Fente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, Encuestas de Salud Reproductiva y otras encuestas nacionales, 2008-2014

Asma

El asma en América Latina es un problema de salud pública creciente que es más común en las poblaciones urbanas pobres; entre los niños de la región, el asma es en general no atópica (no alérgica) y ha sido vinculado con la exposición a la suciedad doméstica, la malnutrición, la obesidad y el estrés psicosocial, factores que también se relacionan con la pobreza y la inequidad. Hay poca información actualizada sobre la carga y el impacto de las enfermedades alérgicas en los adultos y los niños de cualquier país de América Latina. Los pobres urbanos de esta región experimentan la prevalencia más alta de asma porque residen en viviendas hacinadas y de mala calidad, con poco o ningún acceso a servicios básicos como el agua limpia, el saneamiento y los recursos de atención médica.³¹

Enfermedades diarreicas

La diarrea es la tercera causa de mortalidad en los niños de 1 a 59 meses en América Latina y el Caribe.³² La falta de higiene y de acceso al saneamiento, redes cloacales y agua potable no contaminada se ha vinculado con la mortalidad infantil, las infecciones diarreicas y parasitarias y la malnutrición.

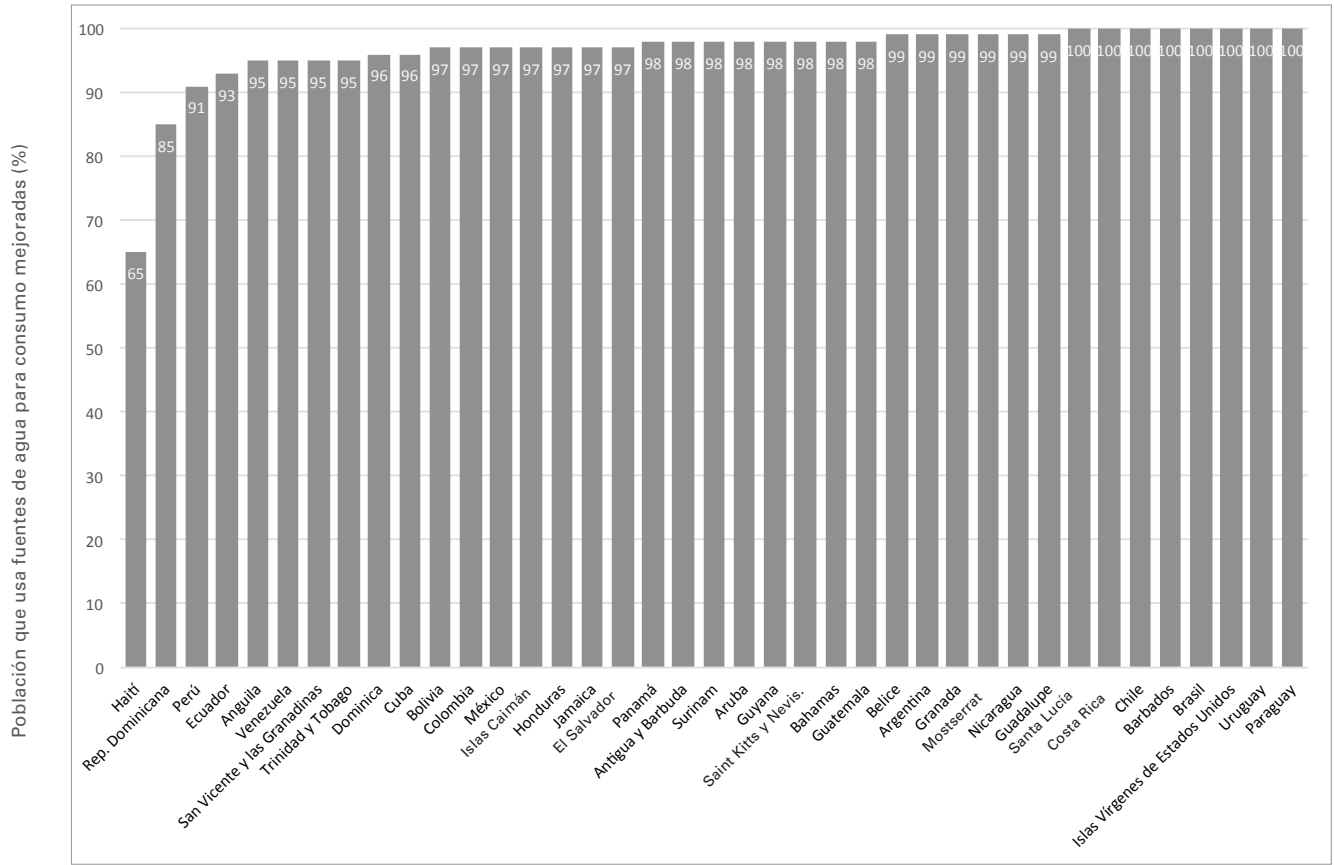
En América Latina y el Caribe, en 2015 el 95% de la población de la región tenía acceso a fuentes mejoradas de agua para consumo (agua corriente o acceso a una fuente pública); de ese porcentaje, el 97% vivía en zonas urbanas y el 84% en zonas rurales. Además,

las instalaciones de saneamiento mejorado, que UNICEF y la OMS describen como aquellas que impiden de manera higiénica el contacto de las personas con los excrementos humanos, llegaron al 83% de la población en 2015, con mayor acceso para la población urbana (88%) que para la rural (64%). Los gráficos 12 y 13 ilustran el acceso por país a instalaciones mejoradas de agua y saneamiento en toda la región, desglosado entre la residencia rural y urbana.

Las inequidades en el acceso a servicios de agua potable y saneamiento están relacionadas con la pobreza. Un estudio ecológico realizado en 2008 en 21 países de América Latina y el Caribe reveló una mortalidad promedio del 6% por enfermedades diarreicas agudas en niños menores de cinco años. El porcentaje correspondiente a Costa Rica fue del 1%, y el de Guatemala, 13%. El mayor acceso al agua potable y el saneamiento mejorados se relacionaron con una mortalidad más baja en los niños de uno a cinco años de edad. Aunque el acceso al agua de consumo mejorada es alto en la mayoría de los países de la región, la calidad del agua disponible sigue siendo un problema en muchos países.

Gráfico 12. Porcentaje de la población que tiene acceso a fuentes de agua mejoradas, por residencia urbana o rural, en países de América Latina y el Caribe, 2015

Urbano



Rural

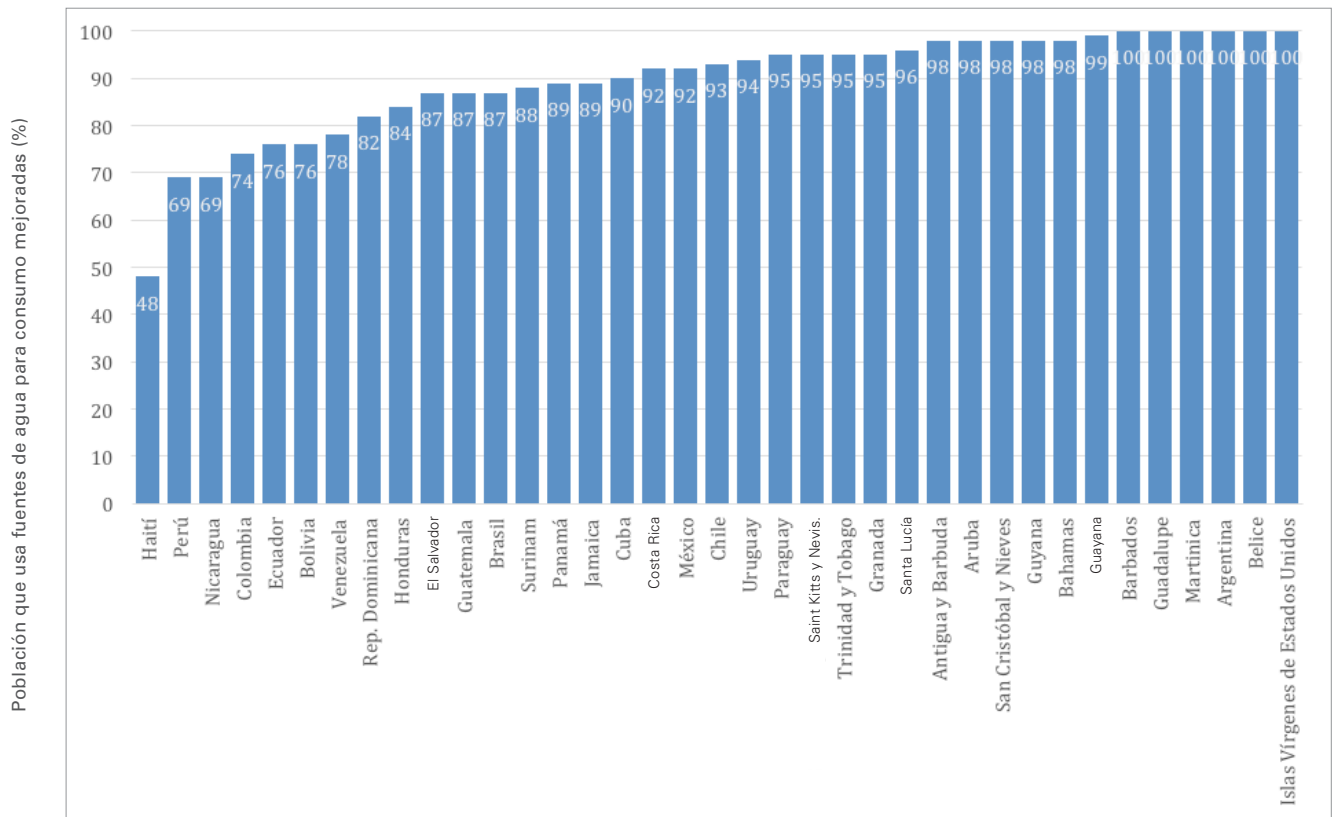
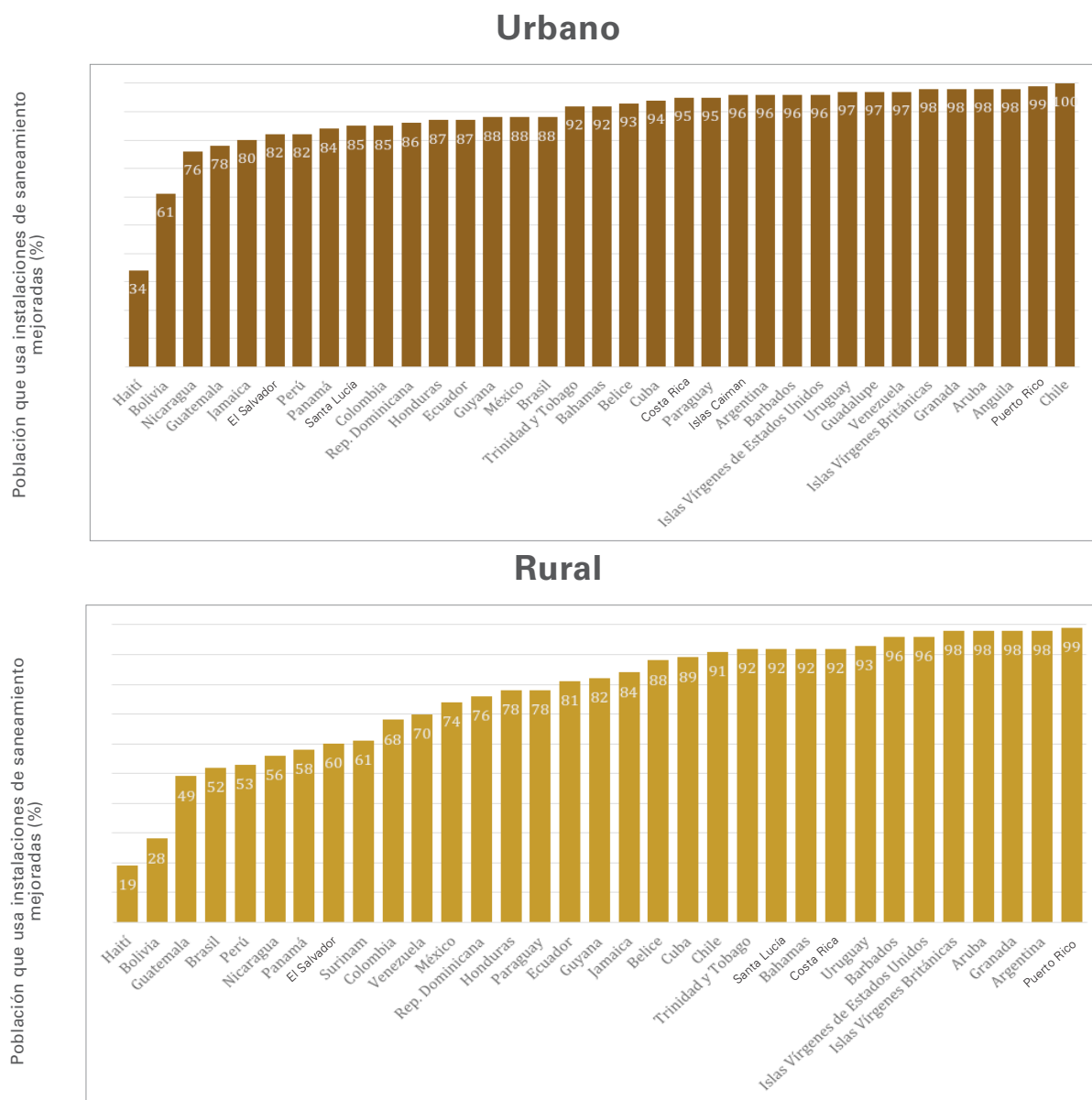


Gráfico 13. Porcentaje de la población que tiene acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas, por residencia urbana o rural, en países de América Latina y el Caribe, 2015



Fuente: Análisis basado en UNICEF, OMS. Progress on Sanitation and Drinking Water – 2015 update and Millennium Development Goal assessment. Nueva York: UNICEF y Organización Mundial de la Salud, 2015.

Enfermedades transmisibles

Las enfermedades transmisibles siguen siendo un importante problema de salud pública en América Latina y el Caribe que afecta principalmente a los sectores más pobres de la población. En Haití, la incidencia de la tuberculosis es siete veces superior a la del resto de la región y el Caribe es la segunda zona del mundo más afectada por el VIH. América Latina también está afectada por enfermedades infecciosas desatendidas, que son las más comunes entre los pobres. La carga total de estas enfermedades en la región puede exceder la carga de morbilidad de la malaria o la tuberculosis y, según ciertas estimaciones, del VIH también.

La mayor incidencia de enfermedades transmitidas por vectores está cobrando víctimas en la región. Enfermedades como el dengue, el chikunguya y el zika afectan principalmente a las poblaciones más desfavorecidas, que tienen más probabilidades de ser afectadas por la proliferación de criaderos de mosquitos debido a la falta de saneamiento y a la pobreza extrema. Además, ante los síntomas de dengue, por ejemplo, esas poblaciones pueden tener dificultades para recibir un diagnóstico y tratamiento oportunos y, como resultado, su enfermedad puede progresar hasta etapas más graves que pueden terminar en la muerte.

Equidad en la nutrición

Una buena nutrición es la base de la supervivencia, la salud y el desarrollo del niño. Los niños bien nutridos pueden crecer y aprender mejor, participar en sus comunidades y contribuir a ellas, y resistir a enfermedades, desastres y otras crisis. Garantizar la buena nutrición del niño implica prevenir, reconocer y tratar la malnutrición, incluidas las deficiencias de micronutrientes, y atender el creciente problema del sobrepeso y la obesidad en los niños y jóvenes.

Lactancia materna

Las directrices internacionales sobre prácticas óptimas de alimentación del lactante y el niño pequeño incluyen el inicio de la lactancia materna en la hora siguiente al nacimiento, y la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida y su continuación hasta los dos años de edad o más, junto con alimentos seguros y apropiados para la edad a partir de los seis meses. En América Latina y el Caribe, el 49% de los recién nacidos empiezan a ser amamantados en la hora siguiente al nacimiento.

En contraste con los indicadores de utilización de servicios y resultados en salud, en general, las mujeres más pobres, con menos escolaridad, rurales e indígenas empiezan a amamantar más temprano y lo hacen por más tiempo. Sin embargo, esto no es motivo de complacencia, ya que existen pruebas de que esta prevalencia se está reduciendo.

La duración y la exclusividad de la lactancia materna en América Latina y el Caribe en 2008-2014 varían según numerosos factores, como la posición socioeconómica, la educación y la geografía.

- La prevalencia más baja del inicio temprano de la lactancia materna se registra en las mujeres más ricas de El Salvador (21%) y Brasil (27%). En El Salvador y en Perú, las mujeres que pertenecen al quintil más pobre empiezan a amamantar tempranamente con el doble de prevalencia que las más ricas: 71% frente al 35% en Perú, y 42% frente al 21% en El Salvador. Aunque en la mayoría de los países la prevalencia del inicio temprano de la lactancia natural es más alta en las mujeres más pobres que en las más ricas, en Colombia ocurre lo contrario: esa prevalencia es del 62% en las mujeres de los hogares más ricos, frente al 51% en las mujeres de los hogares más pobres.
- En Bolivia, República Dominicana, Honduras, Panamá y Suriname, la prevalencia del inicio temprano de la lactancia materna es más alta en las mujeres que no tienen estudios y en aquellas que tienen solo educación primaria que en las que tienen educación secundaria o superior.
- En Guatemala y Panamá, la prevalencia del inicio temprano de la lactancia materna es más alta en la población indígena que en otros grupos (60% en Guatemala y 63% en Panamá). En Panamá, esa prevalencia es del 41% en los recién nacidos afrodescendientes, 22 puntos por debajo de la prevalencia en los niños indígenas y 2 puntos por debajo que en otras etnias.

Crecimiento infantil y malnutrición

En América Latina y el Caribe en 2015, cerca de 3,8 millones de personas tenían sobrepeso y 1,6 millones bajo peso, según la OMS. Aunque la región se destaca por sus notables avances en materia de salud y nutrición, la malnutrición sigue siendo un problema

multidimensional, con varios factores subyacentes como la pobreza y la exclusión, que generan inequidades importantes entre los países y dentro de ellos. Por ejemplo, la desnutrición afecta el desempeño académico debido al déficit causado por las enfermedades y a las limitaciones de la capacidad de aprendizaje relacionadas con un desarrollo cognitivo deficiente. Esto se traduce en mayores probabilidades de ingreso tardío a la escuela, repetición de grados, alta prevalencia de abandono y bajos niveles de escolaridad. Se estima que, en 2004, cerca de un millón de niños centroamericanos y dominicanos abandonaron la escuela debido al bajo peso; en consecuencia, los niños desnutridos tuvieron dos años menos de escolaridad que los niños que no sufrían desnutrición.³³ No se hallaron datos más recientes.

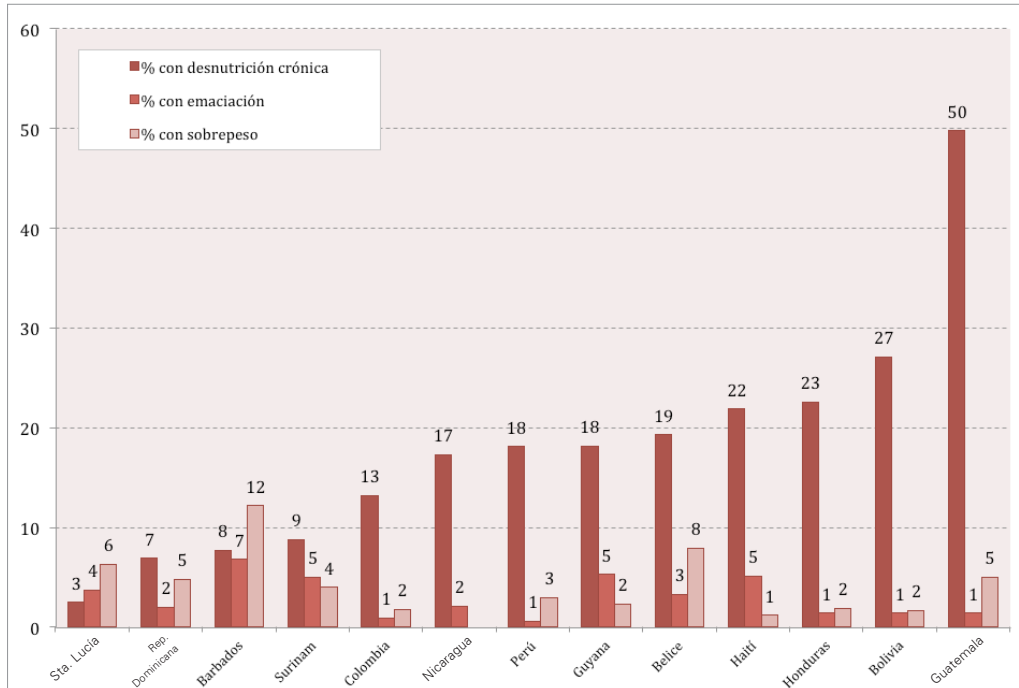
La desnutrición crónica o retraso del crecimiento (bajo peso para la edad), causada principalmente por la carencia de proteínas y energía y la anemia resultante de la deficiencia de hierro, es la deficiencia de crecimiento más común en la región. Como se muestra en el gráfico 14, los niños de Guatemala, Bolivia, Honduras y Haití son los más gravemente afectados por la malnutrición en la región. El gráfico 15 ilustra la correlación entre la pobreza, la residencia rural y los escasos grados de escolaridad materna y la prevalencia del retraso del crecimiento en la región.

© UNICEF/UNI87970/LeMoyné



Gráfico 14. Guatemala, Bolivia, Honduras y Haití llevan la carga de la malnutrición en América Latina y el Caribe

Porcentaje de los niños menores de cinco años de edad que tienen retraso del crecimiento (desviación típica inferior a -2 en la estatura para la edad, según el estándar de la OMS), emaciación (bajo peso para la estatura) o sobrepeso en 13 países de América Latina y el Caribe, 2008-2013



Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, Encuestas de Salud Reproductiva y otras encuestas, 2008-2014.

© UNICEF/UNI131911/Dormino



Los datos correspondientes al período 2008-2014 revelan lo siguiente:

- Guatemala tiene la prevalencia más alta de retraso del crecimiento en América Latina y el Caribe, y una de las más altas del mundo. En 2008-2009, el retraso del crecimiento afectó al 50% de los niños menores de cinco años, y existen grandes diferencias a este respecto entre los grupos étnicos: el 66% de los niños indígenas padecen retraso del crecimiento, en comparación con el 36% de los niños no indígenas.
- La prevalencia del retraso del crecimiento es sistemáticamente mayor en los niños más pobres que en los de quintiles más ricos. Cuanto más bajo es el quintil, más alta es esa prevalencia. La mayor prevalencia del retraso del crecimiento se registra en Guatemala, donde el 70% de los niños más pobres lo padecen (cinco veces más que los más ricos). Otros países que tienen amplias brechas entre los más pobres y los más ricos son El Salvador (siete veces) y Guatemala, Honduras y Haití (cinco veces). En Belice, Guyana y México, la prevalencia es entre tres y cuatro veces mayor, y en Barbados, Brasil, Colombia, República Dominicana y Surinam es al menos el doble.
- La prevalencia del retraso del crecimiento es mayor en zonas rurales que en zonas urbanas en la mayoría de los países. En Perú, el retraso del crecimiento tiene una prevalencia cuatro veces mayor en los niños rurales que en los niños urbanos.

- La prevalencia del retraso del crecimiento es sistemáticamente mayor en los niños cuyas madres no tienen estudios que en los niños cuyas madres tienen educación secundaria o superior. Las brechas son más amplias en Guatemala, donde el 69% de los niños con madres no instruidas sufren retraso del crecimiento (49 puntos porcentuales más y tres veces más que los hijos de las madres con mayor escolaridad), Honduras (38 puntos más y cinco veces más), Perú (36 puntos más y cinco veces más) y Bolivia (30 puntos más y cuatro veces más). La diferencia es tres veces mayor en Belice, Colombia, El Salvador y Haití.

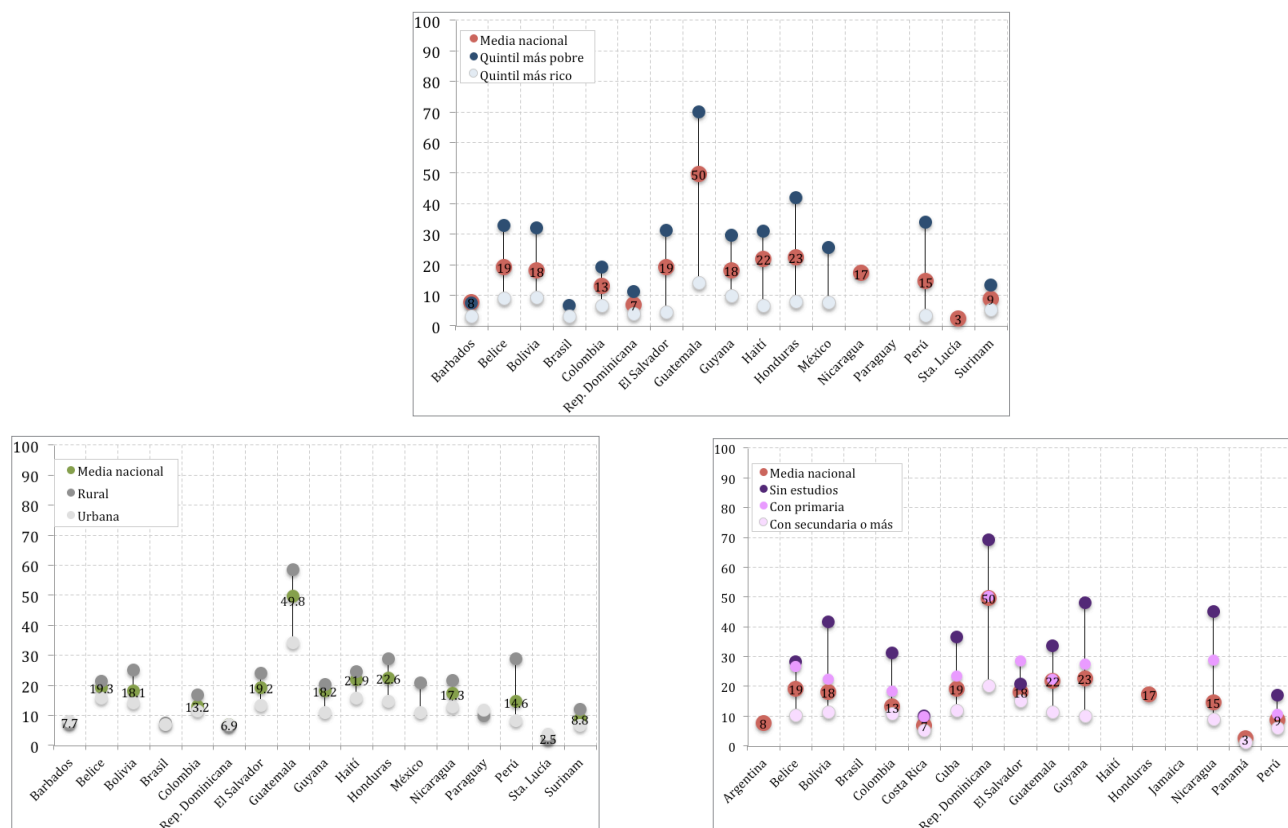
En el período 2008-2014, la mayor prevalencia de emaciación (bajo peso para la estatura) en la región se registró entre los niños más pobres de Barbados, con una prevalencia del 10%. De los 14 países con datos desglosados, la prevalencia de emaciación fue mayor entre los niños urbanos de Barbados, con el 8% (el doble que entre los niños rurales).

Sobrepeso y obesidad

Según el Banco Mundial, del 20% al 25% de los niños menores de 19 años tienen sobrepeso u obesidad en América Latina y el Caribe. En los niños menores de cinco años, la prevalencia de obesidad y sobrepeso ha aumentado rápidamente en algunos países. En la República Dominicana, se triplicó con creces entre 1991 y 2013

Gráfico 15. La pobreza, la residencia rural y el bajo nivel de escolaridad están vinculados con una mayor prevalencia del retraso del crecimiento en los países de América Latina y el Caribe

Porcentaje de niños con retraso del crecimiento (desviación típica inferior a -2 en la estatura para la edad, según el estándar de la OMS) en países de América Latina y el Caribe, por riqueza, lugar de residencia y nivel de estudios de la madre, según encuestas de 2008-2014.



Fuente: Análisis basado en Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, Encuestas de Salud Reproductiva y otras encuestas, 2008-2014.

al pasar del 2% al 7%, y en El Salvador se duplicó entre 1993 y 2008 al pasar al 3%. En el estudio realizado para la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015, la prevalencia del sobrepeso fue del 3% en Panamá, el 5% en Guatemala, el 6% en Honduras y El Salvador, el 7% en el estado mexicano de Chiapas y el 8% en Nicaragua. El sobrepeso y la obesidad están intrínsecamente interconectados con otras formas de malnutrición. Un estudio realizado en Uruguay reveló que los lactantes con retraso del crecimiento tenían el triple de riesgo de tener sobrepeso que los que no sufrían retraso, especialmente en el contexto de la pobreza.

Deficiencia de micronutrientes y anemia

Las evidencias sobre la importancia de los suplementos de micronutrientes son cada vez más contundentes. Los suplementos de vitamina A y cinc en los niños menores de cinco años reducen la incidencia de diarrea, y los suplementos de hierro en los niños menores de 12 años están relacionados con un riesgo más bajo de anemia y deficiencia de hierro. Datos recogidos en Brasil revelaron que los niños pertenecientes a poblaciones socioeconómicamente vulnerables, como las comunidades indígenas y las que viven en asentamientos rurales y en barrios marginales urbanos, tienen casi tres veces más probabilidades de ser anémicos que el promedio nacional. En América Latina, la prevalencia más baja de anemia en niños se halló en Chile y Costa Rica, mientras que Guatemala, Haití y Bolivia tuvieron la prevalencia más alta. Las inequidades también quedaron demostradas dentro de los países y entre distintas posiciones socioeconómicas, zonas de residencia y grupos de población. Estudios realizados en Brasil, Colombia y Perú hallaron una prevalencia más alta de anemia entre los niños indígenas que entre los no indígenas. Por ejemplo, los niños indígenas guaraníes en Brasil registraron una prevalencia de anemia tres veces mayor que la de los niños no indígenas en 2008-2009.

Debido a su importancia, el suministro de vitamina A se ha integrado a los servicios de salud de rutina y esta vitamina se distribuye comúnmente en el marco de los programas ampliados de vacunación. Aunque la vitamina A puede obtenerse en los centros de atención primaria de salud, el acceso es desigual en América Latina y el Caribe. En el período 2008-2014, la prevalencia de la suplementación con vitamina A para los niños menores de cinco años de edad varió entre el 73% en Honduras y el 6% en Perú.

Equidad en salud adolescente

En 2008, todos los ministros de Salud y de Educación de América Latina y el Caribe se reunieron en la Ciudad de México para discutir estrategias a fin de mejorar la salud sexual y reproductiva en sus poblaciones adolescentes. El producto de la reunión fue la Declaración Ministerial de Ciudad de México, en la que se exhortó a aumentar la implementación de la educación sexual integral en las escuelas, fortalecer servicios de salud reproductiva para adolescentes que sean adaptados a los jóvenes y accesibles, elaborar estrategias multisectoriales para reconocer y atender necesidades de salud reproductiva y sexual, y crear mecanismos para denunciar la discriminación o la atención o educación sexual de baja calidad.

Pese a la Declaración Ministerial de 2008 y a la creciente prevalencia de las políticas nacionales de educación sexual, los datos sugieren que los programas de educación sexual vigentes pueden no estar

llegando lo suficiente a los adolescentes que corren mayor riesgo de adquirir el VIH o infecciones de transmisión sexual (ITS). Una de esas poblaciones vulnerables es la de los jóvenes que no asisten a la escuela.

Matrimonio e iniciación sexual precoces

En América Latina, no hubo cambios considerables en el porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que contrajeron matrimonio antes de los 18 años desde principios de la década de 1980. Un estudio global realizado en 2012 estimó que el 18% de las adolescentes que integraban una muestra de un estudio latinoamericano estaban casadas. Investigaciones anteriores habían estimado que la prevalencia del matrimonio precoz en la región se situaba entre el 15% y el 23% en 2004 y en el 25% en 2006. Preocupa especialmente la prevalencia del matrimonio en niñas menores de 15 años del 12% en Nicaragua y del 10% en la República Dominicana, según un estudio regional de 2011. Los datos sugieren que muchas adolescentes que contraen matrimonio viven en ámbitos rurales y pertenecen a los grupos socioeconómicos más bajos.

El matrimonio precoz de las adolescentes es otra manifestación de las inequidades de género que persisten en toda América Latina y el Caribe. Las niñas que viven en uniones formales o informales tienen menos oportunidades sociales y económicas, además de mayor riesgo de tener resultados en salud negativos.

Se necesitan más esfuerzos para demorar la edad del matrimonio. Dado que la mayoría de las niñas que están en uniones precoces pertenecen a grupos desfavorecidos, esos esfuerzos probablemente requieran un examen de las desigualdades basadas en el género y una expansión de las oportunidades que tienen las mujeres en situaciones vulnerables.

Servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes

Aun no se han implementado universalmente servicios adaptados a los jóvenes en América Latina. Existen pruebas de que ciertas poblaciones vulnerables de adolescentes pueden carecer de acceso a servicios que satisfagan sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Se necesitan mayores avances para crear e implementar servicios de salud sexual y reproductiva adaptados a los jóvenes en toda América Latina y el Caribe. Para poner en práctica estos servicios hará falta una perspectiva de género y equidad que garantice a los adolescentes de diferentes grupos demográficos el acceso igualitario a la atención.

Los adolescentes indígenas de Bolivia, Guatemala, Ecuador y Nicaragua tenían una mayor necesidad insatisfecha de planificación familiar que los jóvenes no indígenas en 2010. Algunos estudios hallaron que los adolescentes indígenas tenían una probabilidad considerablemente menor de recibir educación sexual en las escuelas, en parte debido a la baja asistencia escolar. Esta falta de acceso puede deberse a una discriminación generalizada contra las personas indígenas que afecta los servicios de salud, a la falta de servicios de salud sexual y reproductiva que sean culturalmente apropiados, y a normas culturales que estigmatizan la sexualidad adolescente.

Embarazo en la adolescencia

América Latina y el Caribe, donde el 26% de los nacimientos en 2010-2015 fueron de madres adolescentes y niñas, tiene la mayor

concentración de embarazo adolescente del mundo. La tasa de embarazo adolescente (el número de nacimientos por cada 1.000 niñas de 15 a 19 años) en el período 2009-2014 fue de 74 por cada 1.000. Guyana, República Dominicana, Nicaragua y El Salvador tienen la concentración más alta de embarazo adolescente.³⁴

En el período 2008-2014:

- Las mayores brechas en la prevalencia del embarazo adolescente se registraron entre distintos niveles educativos: el embarazo adolescente es sistemáticamente más prevalente en las adolescentes que tienen menos escolaridad.
- Las segundas mayores brechas se dan entre distintos niveles de riqueza: el embarazo adolescente es sistemáticamente más prevalente en las adolescentes de los hogares más pobres, en todos los países que disponen de datos. Por el contrario, en todos los países, menos del 12% de las niñas de los hogares más ricos estaban embarazadas o habían tenido hijos.
- La prevalencia del embarazo adolescente en las poblaciones indígenas ha caído en la última década, pero todavía es en general mayor que en las adolescentes no indígenas. La prevalencia del embarazo adolescente es cinco veces mayor en las adolescentes indígenas de Costa Rica (49%) que en las no indígenas (10%), y casi el doble en Panamá (17% frente a 10%).
- Según un informe publicado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (UNFPA) en 2011, la prevalencia del embarazo adolescente en las poblaciones afrodescendientes de América

Latina y el Caribe es superior a los promedios nacionales.

Hace falta examinar más a fondo la igualdad de género en el debate sobre el embarazo adolescente en América Latina y el Caribe. Reducir el embarazo adolescente puede verse como una forma de reducir el nivel desproporcionadamente alto de pobreza que afecta a las mujeres de la región. Del mismo modo, las políticas que estimulan los logros educativos, la equidad en salud y socioeconómica y la igualdad de oportunidades pueden contribuir a reducir la prevalencia del embarazo adolescente.

Aunque todos los países de la región manifestaron su compromiso de ampliar la educación sexual para los adolescentes, las iniciativas en curso no han logrado atender plenamente las necesidades de ciertas poblaciones de adolescentes vulnerables. Se necesitan más iniciativas para brindar educación sexual integral a los adolescentes que no asisten a la escuela, viven en hogares inestables, pertenecen a etnias indígenas, tienen una orientación sexual o identidad de género diferente a la heteronormativa y tienen hijos. Esta educación sexual integral debe afrontar las desigualdades sociales y de género que subyacen a los resultados diferenciales de salud reproductiva entre los adolescentes. Si se pasan por alto las necesidades de las poblaciones de adolescentes vulnerables, esos grupos correrán mayor riesgo de tener resultados subóptimos de salud reproductiva y se perpetuarán las inequidades de salud entre diferentes grupos de población.

© UNICEF/UNI139063/Markisz.



Vulnerabilidad, autonomía y estilo de vida

La adolescencia es una etapa de mayor vulnerabilidad, en especial al abuso de sustancias, las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, y la mala nutrición, que puede conducir al sobrepeso y la obesidad permanentes. Las inequidades basadas en los ingresos, la educación, el género o el origen étnico pueden aumentar la vulnerabilidad de los jóvenes a esas condiciones, que muchas veces tienen consecuencias permanentes en su salud y bienestar.

Uso de sustancias: alcohol, tabaco y drogas ilícitas

En toda la región de América Latina y el Caribe, el consumo de alcohol, tabaco y drogas sigue concentrado en la población adolescente y joven. Aunque son más los adolescentes de mayor edad que abusan de sustancias, los datos sugieren que más adolescentes están probando alcohol, tabaco y drogas a edades más tempranas.

El consumo de alcohol, tabaco y drogas es superior en los adolescentes varones que en las adolescentes. Se ha mostrado que los niños varones de zonas rurales tienen un mayor nivel de consumo de alcohol y tabaco. La educación y la posición socioeconómica también pueden afectar las tendencias en el uso de sustancias. Un estudio mundial realizado en 2006 halló que los adolescentes de procedencia socioeconómica baja tenían más probabilidades de abusar del alcohol. En el mismo estudio, el consumo de drogas estaba asociado con la pobreza urbana en Brasil. También se halló que la pobreza era un factor de riesgo para el abuso de sustancias en Ecuador, Haití y Brasil. Además, el uso del tabaco y el alcohol se han asociado con los niveles inferiores de educación en los varones de toda la región. Los jóvenes que dicen tener bajos niveles de conexión con escuelas u organizaciones religiosas también registran mayores niveles de consumo de alcohol y drogas.³⁵

Los ambientes domésticos influyen considerablemente en los patrones de consumo y abuso de alcohol. En particular en los adolescentes que viven en la pobreza, los jóvenes cuyos padres abusan del alcohol tienen probabilidades sensiblemente mayores de abusar del alcohol. El consumo de alcohol es más alto en los adolescentes que crecieron en hogares monoparentales, dicen tener escasa conexión con sus padres y han sido víctimas de abuso doméstico durante la infancia.

El tabaquismo también está correlacionado con el hábito de fumar de los padres, el bajo nivel de educación materna, el abuso doméstico, la participación en riñas físicas, los niveles de estrés altos y vivir con una madre sola.

Al igual que ocurre con el consumo de alcohol y tabaco, el uso de drogas ilícitas es más común en los adolescentes que viven en hogares inestables y monoparentales y que se sienten desconectados de sus padres y sus comunidades.

Las iniciativas para reducir el abuso de sustancias deben ocuparse no solo del conocimiento individual, sino también de las inequidades sociales y económicas más amplias que afectan los ambientes domésticos de la población adolescente y su autonomía.

Sobrepeso y sobrenutrición en la adolescencia

La desnutrición y la obesidad coexisten en muchos países de América Latina y el Caribe, estimuladas por la infiltración de dietas con alto contenido de colesterol relacionadas con la mayor importación de productos de consumo y la reducción de la actividad física, a su vez vinculada a una rápida urbanización. El número de jóvenes obesos y con sobrepeso ha seguido aumentando rápidamente en toda la región. En 2014, la prevalencia nacional estimada de sobrepeso y obesidad en adolescentes de la región varió del 17% al 36%, y cerca de 17 millones a 21 millones de adolescentes latinoamericanos se consideraban obesos o con sobrepeso. Aun en las poblaciones tradicionalmente asediadas por la desnutrición, como los grupos indígenas marginados, la prevalencia de la sobrenutrición puede estar en aumento. En una muestra de 45 personas del pueblo indígena mbyá guaraní de diferentes partes de Argentina, el 93% presentaban alguna forma de malnutrición. Aunque el 85% de ellos padecía retraso del crecimiento, el 10% se consideraba con sobrepeso.

Vulnerabilidad y VIH en jóvenes

En los últimos 15 años, la incidencia de la infección por VIH en general ha disminuido en las poblaciones jóvenes de América Latina y el Caribe. Entre 2001 y 2012, el número de nuevas infecciones entre jóvenes de 15 a 24 años cayó un 15% en América Latina y un 55% en el Caribe. Sin embargo, el VIH sigue siendo un problema acuciante que afecta a las poblaciones jóvenes vulnerables. En 2013, unos 4.000 adolescentes vivían con VIH en Argentina, 29.000 en Brasil, 7.800 en Colombia, 5.800 en México, 3.600 en Perú, 3.000 en Guatemala y 2.300 en la República Dominicana, según encuestas de hogares. Ese mismo año, los adolescentes representaron el 7% de la población total con VIH en Haití, Guyana, Nicaragua y Paraguay. Los adolescentes también constituían el 8% de la población con VIH en Bolivia y el 10% en Honduras.

El uso del preservativo, un factor clave en la epidemia de VIH, sigue siendo bajo en los adolescentes de ambos sexos de toda la región. Entre 2009 y 2014, solo el 20% de las adolescentes de Perú, el 40% en la República Dominicana y el 39% en Honduras declararon haber utilizado un condón en su último encuentro sexual. Además, en 2013, una encuesta nacional de estudiantes brasileños de secundaria reveló que cerca de la mitad de los adolescentes sexualmente activos no habían utilizado un preservativo en su última relación sexual. Según una encuesta realizada en 2010 en el departamento de Santander, en Colombia, el 92% de las adolescentes que estaban en pareja no usaban regularmente protección contra el VIH y otras ITS.

Aunque las gestiones regionales para ampliar la educación sexual en las escuelas han hecho hincapié en el conocimiento del VIH/SIDA, éste sigue siendo incompleto en los adolescentes de ambos sexos de la región. Según las estimaciones más recientes a partir de encuestas de hogar con representación nacional, solo el 20% de las adolescentes y el 24% de sus pares varones sabían bien qué era el VIH en Bolivia y Guatemala. En Haití, esos porcentajes fueron del 32% y el 25% entre ellas y ellos respectivamente, del 29% y el 33% en Honduras y del 29% en las adolescentes en Costa Rica. En zonas con mayores niveles de conocimiento sobre el VIH, persiste una marcada diferencia entre lo que los adolescentes saben sobre los riesgos sexuales y las conductas sexuales que adoptan. Por ejemplo, en Colombia, aunque el 67% de los participantes en un estudio realizado

en jóvenes sexualmente activos dijeron haber recibido información sobre el VIH y las ITS, solo el 33% había utilizado preservativo en su último encuentro sexual.

La epidemia del VIH afecta de forma creciente a la población adolescente que está sujeta a inequidades de género, sociales y económicas en América Latina y el Caribe. Cada vez existen más evidencias de que la juventud indígena es una población vulnerable al VIH. Las iniciativas para reducir la prevalencia del VIH en la juventud de la región tendrán que atender también las inequidades sociales que alimentan esa vulnerabilidad para lograr buenos resultados. Las actividades de prevención del VIH deben procurar salvar la brecha entre el conocimiento que la población adolescente tiene del VIH y las conductas sexuales saludables, y crear contextos en que puedan asumir más autonomía en esas conductas.

El género y la epidemia del VIH

Las mujeres jóvenes de 15 a 24 años tienen 50% más probabilidades de adquirir el VIH que los varones del mismo grupo de edad.³⁶ Esta tendencia es similar en América Latina y el Caribe, donde la prevalencia del VIH y el poco uso del preservativo se concentran en general en las adolescentes. En Brasil, por ejemplo, las mujeres de 15 a 24 años son de cuatro a siete veces más propensas que los varones de esa edad a adquirir el VIH. Aunque los adolescentes varones tienen más probabilidades de ser sexualmente activos, es menos probable que las mujeres adolescentes usen condón durante las relaciones sexuales. Estas tendencias se han observado en Nicaragua, Brasil, México, Colombia y Panamá.

Es posible que estas tendencias sean una manifestación de desigualdades de género más amplias en toda la región que disminuyen la autonomía de las adolescentes al mantener relaciones y negociar el uso del preservativo. Mientras a los adolescentes varones se los estimula a tener múltiples parejas sexuales y no utilizar protección, de las mujeres se espera que se subordinen a los deseos de sus compañeros, y la sexualidad adolescente femenina es estigmatizada de muchas formas. Por consiguiente, las mujeres solteras se enfrentan muchas veces al estigma cuando buscan información o servicios relativos a la prevención del VIH.

Transición de la niñez a la adolescencia con el VIH

Aunque se ha procurado reducir la transmisión perinatal del VIH mediante iniciativas nacionales e internacionales, siguen naciendo niños con VIH en toda América Latina y el Caribe. En 2014, hubo aproximadamente 2.000 nuevos casos de VIH en América Latina y 400 en el Caribe en niños menores de 15 años, muchos de ellos adquiridos por transmisión perinatal.³⁷

El mayor acceso al tratamiento antirretroviral (ARV) y su cumplimiento han permitido que más niños sobrevivan a la adolescencia y la adultez. En la última década, casi todos los países de América Latina y el Caribe ampliaron el acceso a este tratamiento a los niños, niñas y adolescentes. Aun en los últimos cinco años, Bolivia duplicó su cobertura de tratamiento ARV para niños menores de 15 años, del 10% en 2011 al 21% en 2014. En el mismo período, la cobertura de ese grupo de edad aumentó en Haití del 18% al 34%, en Nicaragua del 22% al 36%, en México del 44% al 63% y, lo más sorprendente, en Colombia del 23% al 60%. Del mismo modo, los niveles de cobertura

del tratamiento ARV para las personas mayores de 15 años también se han ampliado casi unilateralmente en toda la región.

El estigma es un factor clave que afecta la transición de los niños con VIH a la adolescencia. Aunque los jóvenes que adquirieron la infección por vía perinatal frecuentemente son discriminados por su condición seropositiva, este estigma también es reflejo de tendencias más amplias de exclusión social que vive la población adolescente que pertenecen a grupos vulnerables. Se necesitan más esfuerzos para garantizar un acceso equitativo al tratamiento ARV en las poblaciones adolescentes y ayudar a los cuidadores a que brinden el mejor cuidado posible.

La adolescencia LGBT y la discriminación

La discriminación contra jóvenes lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGBT) es endémica en toda América Latina y el Caribe y adopta formas variadas. Principalmente, estos adolescentes padecen discriminación en el ámbito escolar. Algunos estudios han señalado que los programas de educación sexual en general no se ocupan de la orientación sexual ni de la identidad de género, y que algunos se centran exclusivamente en el embarazo adolescente en las adolescentes heterosexuales.

A veces, la población adolescente LGBT también es discriminada en los servicios de salud. Las cuestiones de privacidad y confidencialidad que disuaden a otros adolescentes de procurar servicios de salud sexual y reproductiva disuaden especialmente a los jóvenes LGBT. Existen evidencias de que los profesionales de la salud de Brasil y México no conocen las necesidades de los adolescentes LGBT y que en algunos casos manifiestan actitudes homofóbicas en el ámbito clínico, lo que limita el acceso de esos adolescentes a los servicios y la información de salud sexual y reproductiva. La cuestión de la discriminación por los profesionales de la salud es especialmente perjudicial para los adolescentes transgénero.

Aunque un creciente número de investigaciones ha permitido conocer los problemas que afectan a los jóvenes LGBT de la región, la discriminación sigue impidiendo que estos adolescentes obtengan resultados óptimos en la salud mental, física y sexual.

Dado que la discriminación permea los servicios de salud, los ámbitos educativos y el clima social (todas áreas que inciden de manera importante en la salud y el bienestar adolescente), existe una necesidad urgente de que las políticas y las investigaciones reconozcan cuáles son las necesidades de la población adolescente y que se tomen medidas para atender esas necesidades. Para combatir la discriminación contra los adolescentes LGBT y prevenir los resultados en salud injustos que experimentan, es esencial que las sociedades de América Latina y el Caribe reexaminen las inequidades de género y procuren ampliar las estrechas definiciones de identidad de género.

Equidad en materia de violencia y salud

La violencia contra los niños, el abuso sexual y la violencia de género perjudican enormemente el desarrollo físico y emocional de los niños, niñas y adolescentes y la salud y el bienestar de las mujeres embarazadas, que son víctimas de violencia a manos de sus esposos o compañeros. Con frecuencia, esa violencia es el resultado de inequidades de género, entre otras formas de inequidad.

La violencia contra los niños con discapacidad

La niñez con discapacidad que vive en la pobreza puede ser víctima de exclusión social, económica y política y enfrentar obstáculos para acceder a la atención en salud, al empleo y las oportunidades educativas. Se necesitan más resultados de investigación y mayor atención para investigar y mitigar las numerosas inequidades que enfrenta este grupo de población.

En América Latina y el Caribe, junto con la prevalencia de la pobreza, existen vínculos con la violencia y el maltrato de los niños con discapacidad que pueden adoptar la forma de discriminación, exclusión social y estigma.

Abuso sexual

Algunos estudios han vinculado el hecho de vivir en la pobreza, ser mujer, tener un bajo nivel educativo o rendimiento académico, baja autoestima y múltiples parejas sexuales y consumir tabaco o alcohol con una mayor probabilidad de experimentar violencia sexual en la adolescencia.

Los datos sugieren que los trastornos de salud mental se concentran en las adolescentes de bajo nivel socioeconómico, indígenas o de otras minorías étnicas, y en las que tienen bajo nivel educativo y viven en zonas donde hay niveles altos de violencia y las oportunidades de empleo son limitadas.

El abuso sexual es a la vez un producto de la desigualdad de género y uno de los factores que más impulsan esa desigualdad en los resultados en salud mental y reproductiva. Se necesitan más investigaciones e iniciativas programáticas para mitigar el abuso generalizado de adolescentes y ampliar los servicios para las jóvenes que ya han sufrido abuso sexual. Tales programas serán fundamentales para poder lograr la igualdad de género en los países de América Latina y el Caribe.

Los estudios han documentado una alta prevalencia de violencia sexual contra adolescentes indígenas, así como normas de género que limitan la autonomía de la mujer para negociar el uso del condón en las relaciones.

Violencia a manos de la pareja durante el embarazo

En todo el mundo, el 30% de las mujeres que alguna vez han estado en pareja han sufrido violencia física o sexual a manos de sus compañeros. Entre los adolescentes de 15 a 19 años de todo el mundo, cerca de un tercio de las chicas han sufrido violencia emocional, sexual o física ejercida por sus compañeros o esposos. La

prevalencia de la violencia a manos de la pareja varía de un país a otro. Un análisis comparativo de encuestas de población de 12 países de la región determinó que, en todos ellos, entre un cuarto y la mitad de todas las mujeres que alguna vez habían estado casadas o en unión de hecho declararon haber sufrido violencia física o sexual ejercida por su pareja, del 54% en Bolivia en 2003 al 17% en la República Dominicana en 2007.

Aunque no existen tendencias claras en los países, la violencia durante el embarazo tiende a ocurrir con más frecuencia entre las mujeres más pobres, urbanas, con menor escolaridad y en las que tienen un empleo remunerado.

Discriminación y maltrato en los centros de salud

La discriminación y la violencia por parte de profesionales de salud, un fenómeno extendido y documentado, son obstáculos que impiden a las mujeres pertenecientes a minorías étnicas acceder a servicios de salud de calidad en América Latina y el Caribe.

En especial en las zonas rurales, las mujeres dicen padecer largas esperas para obtener citas o resultados de exámenes, demoras para recibir esos resultados, equivocaciones o mal manejo de sus datos o resultados, vergüenza por tener que exponer sus partes íntimas a profesionales varones, actitud condescendiente o desconsiderada de los profesionales médicos, y falta de adecuación cultural de la conducta de los profesionales que atienden a mujeres indígenas.

Los efectos de la discriminación por parte del personal de la salud comprometen directamente el acceso al tratamiento, dado que pueden transformarse en un factor clave que disuade a las mujeres de minorías étnicas de buscar atención médica y obstaculiza la elaboración o aplicación de políticas que promuevan los derechos indígenas.

Violencia urbana

Puesto que miles de personas están afectadas por la violencia cada año, este es un problema de salud pública que merece atención urgente. La violencia en las ciudades de América Latina y el Caribe es principalmente consecuencia de las inequidades sociales y económicas que dividen a las zonas urbanas. Por tanto, las iniciativas para mitigar la violencia urbana deben considerar las desigualdades en la distribución de la riqueza, las oportunidades laborales y la vivienda de calidad, divisiones que se hacen cada vez más visibles mediante la fragmentación espacial de las ciudades.

Varios estudios indican que las personas afrodescendientes tienen más probabilidades de ser víctimas de homicidio y otros delitos violentos en las zonas urbanas de Brasil.

Una Promesa Renovada para las
Américas: un llamado a la acción

Una Promesa Renovada para las Américas: un llamado a la acción

Los hallazgos del *Informe sobre Equidad en Salud 2016: Un análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas* ponen de relieve los factores que es preciso abordar si se quiere mantener la promesa de reducir las profundas inequidades en la salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia que persisten en América Latina y el Caribe.

- La mayor parte de las diferencias encontradas en la mortalidad neonatal, de menores de un año y de menores de cinco años están relacionadas con características socioeconómicas clave, tales como la riqueza del hogar y la educación de la madre.
- La riqueza del hogar, el lugar de residencia y la educación de la madre se asocian con diferencias en la utilización de los servicios de salud en el continuo de la atención maternoinfantil y con el estado nutricional.
- La región de América Latina y el Caribe tiene la mayor concentración de embarazos adolescentes en el mundo, que afectan con más frecuencia a las niñas sin instrucción, las que viven en los hogares más pobres y las indígenas.
- Las mujeres indígenas y afrodescendientes y sus hijos registran los peores resultados en salud y el menor uso de los servicios de atención en salud. Además de exclusión social generalizada, cada vez hay más evidencias de que estos grupos sufren malos tratos en los centros de salud.

Los datos existentes analizados para el *Informe sobre Equidad en Salud 2016* indican que la medición y el monitoreo de las

desigualdades e inequidades en salud en América Latina y el Caribe aún tienen que mejorar. En este sentido, la experiencia de elaborar este informe permite recomendar estrategias que los responsables de formular políticas y los investigadores podrían usar para evaluar la equidad en salud en el futuro:

- *Indicadores integrales de la salud.* Los indicadores tradicionales se han centrado solo en los que tienen mayores impactos posibles y con frecuencia han pasado por alto indicadores que en principio permiten lograr ese impacto. Los datos relativos a procesos, productos y resultados aportarán información valiosa acerca de los factores que impulsan las desigualdades e inequidades en salud y las políticas sociales que mejor pueden hacer frente a esas causas.
- *Estratificadores pertinentes.* Si bien algunas características sociales generales, tales como la riqueza, el lugar de residencia, el grado de educación, el sexo del niño y el origen étnico, son fundamentales para comprender las desigualdades en materia de salud en los países de América Latina y el Caribe, también es importante definir y ensayar sobre el terreno estratificadores pertinentes para temas específicos que puedan servir para comprender mejor el perfil de la desigualdad de esos temas. Por ejemplo, el estado civil y la edad pueden ser estratificadores clave cuando se examina el acceso a métodos de anticoncepción, ya que pueden influir en la discriminación al buscar servicios u otros obstáculos para su acceso.
- *Fuentes de datos fiables y comparables.* La disponibilidad

©UNICEF/UNI136095/Friedman-Rudovsky



desigual de datos oportunos, fiables y comparables es uno de los principales desafíos de la región para evaluar la equidad en salud. Mientras que los censos y las encuestas de hogares son caros de desarrollar, los sistemas de registro civil, los registros institucionales y los sistemas de vigilancia a menudo carecen de datos exactos y comparables. Una opción viable para mejorar la disponibilidad de datos en la región consiste en fortalecer, modificar o expandir las fuentes de datos existentes.

- **Parámetros mixtos.** Se han desarrollado parámetros simples y complejos de las desigualdades para medir las distintas desigualdades en materia de salud. Si bien los parámetros simples son sencillos y fáciles de interpretar, solo tienen en cuenta las desigualdades entre dos subgrupos y dejan de lado el tamaño de la población y los cambios de población. Debido a la variedad de opciones y las características particulares de cada indicador de salud, debe hacerse un análisis detallado con el fin de proponer parámetros pertinentes para cada indicador y fuente de estratos

Si se quiere avanzar en lograr equidad en la salud materna, reproductiva, neonatal, de la niñez y la adolescencia en toda América Latina y el Caribe, hay tres temas centrales que requieren mayor atención. En primer lugar, en el caso de casi todos los temas incluidos en el *Informe de Equidad en Salud 2016*, las autoras detectaron la necesidad de desarrollar más estudios centrados en la equidad. Si bien numerosos informes y artículos académicos internacionales tratan temas importantes tales como la salud maternoinfantil, solo algunas de estas publicaciones los abordan desde la perspectiva de la equidad. Además, en muchos temas, como las cesáreas y la atención postnatal, los estudios sobre la equidad se mantienen centrados solo en algunos países, con frecuencia Brasil. Por tanto, es esencial continuar investigando no solo para fortalecer y ampliar los datos existentes sobre la equidad en salud, sino también para documentar cómo los obstáculos sociales, estructurales y económicos que impulsan las inequidades cambian con el tiempo. Se necesitan más investigaciones, desde estudios cualitativos comunitarios desde encuestas de población más amplias a revisiones de las estadísticas nacionales, para entender la dinámica de las inequidades en salud e impulsar el cambio necesario que permita resolver las causas de fondo.

Las inequidades en la salud que afectan a las poblaciones indígenas y afrodescendientes son otro tema fundamental que merece especial atención. Casi todas las secciones del *Informe de Equidad en Salud 2016* señalan a las mujeres, las niñas y los niños de grupos étnicos minoritarios como poblaciones en situación de exclusión social y económica en sus respectivas sociedades. Sin embargo, los sistemas de recopilación de datos nacionales e internacionales con frecuencia han pasado por alto a estas minorías, por lo que generalmente no existen datos cuantitativos sobre ellas. Es imprescindible contar con información cuantitativa y cualitativa adicional para diseñar, implementar y evaluar intervenciones dirigidas a las poblaciones de minorías étnicas. Los esfuerzos nacionales deben reconocer a los grupos indígenas como una población vulnerable distinta y obtener datos que sean comparables con otros grupos de población.

Por último, el *Informe de Equidad en Salud 2016* ha tratado de determinar esferas en las que los responsables de formular políticas y los dirigentes regionales pueden dar prioridad a la equidad en la salud materna, reproductiva, neonatal, de la niñez y de la adolescencia. Junto con esas esferas prioritarias, se necesita más investigación y documentación para conseguir que estas estrategias sean más eficaces, especialmente teniendo en cuenta que la bibliografía y el análisis de datos considerados para este informe han proporcionado poca información sobre las mejores prácticas o estrategias específicas para lograr la equidad en salud. Estas esferas que requieren más investigación se aplican a todos los capítulos del informe.

Para lograr la equidad en salud en América Latina y el Caribe se necesita un proceso acorde de cambio, en el que los responsables de formular políticas y otras autoridades den prioridad a las necesidades de salud de las poblaciones vulnerables y reduzcan las desigualdades sociales y económicas que alimentan las inequidades. El *Informe sobre Equidad en Salud 2016* representa el inicio de este proceso al identificar esferas específicas en las que las inequidades en la salud pueden abordarse. Ahora bien, los resultados del informe deben traducirse en medidas concretas que abarquen al menos los siguientes tres elementos.

Promoción por y para las mujeres, la niñez y la adolescencia.

El primer paso para mejorar la salud de las mujeres, las niñas y los niños de la región será abogar por la equidad en salud frente a los principales interesados, como gobiernos, donantes, organizaciones no gubernamentales, instituciones de investigación, asociaciones de la sociedad civil y dirigentes de las poblaciones objetivo. Como parte de las actividades de promoción, el Informe sobre Equidad en Salud 2016 debería darse a conocer a todos estos grupos de interés y utilizarse para provocar debates sobre la equidad dentro y entre estos grupos. Todas las iniciativas de discusión y promoción deben esforzarse por ser procesos inclusivos que incorporen las voces y perspectivas de las poblaciones que sufren las inequidades. La promoción de la equidad en salud requiere crear conciencia acerca de las desigualdades sociales, y éstas no pueden reducirse si las poblaciones desfavorecidas quedan excluidas de participar en los movimientos sociales o de la salud.

Medición y monitoreo. Otras esferas de acción serán el establecimiento y la recopilación de métodos normalizados que incorporen las estrategias propuestas en la primera sección de este capítulo para medir y monitorear las inequidades en salud. A estos efectos, las organizaciones nacionales e internacionales pueden encabezar esfuerzos para promover la utilización de indicadores integrales de la equidad en salud, se incorporen estos indicadores en los censos y encuestas de hogares y se reúnan datos compatibles. Con el apoyo técnico y financiero de organizaciones internacionales, los países también pueden realizar investigaciones para entender la dinámica de la inequidad específica a sus respectivas poblaciones y establecer qué poblaciones no se han beneficiado con las políticas que amplían la cobertura de atención en salud. Además, las instituciones de investigación pueden desempeñar un papel clave en reunir datos cualitativos pertinentes para entender los mecanismos subyacentes a los datos estadísticos. Todas estas estrategias no solo facilitarán la comprensión de las desigualdades

que afectan a varios países y regiones, sino que también permitirán a los responsables de formular políticas y las autoridades de la salud adaptar las iniciativas a las necesidades de sus poblaciones objetivo y contar con una referencia para evaluar el éxito de estas iniciativas.

Estrategias multisectoriales. Finalmente, las estrategias multisectoriales tienen el potencial de generar un impacto de gran alcance en mitigar las inequidades en salud en América Latina y el Caribe. Los sectores de la salud, el medio ambiente, la educación, la industria y la energía de toda la región están interconectados y con frecuencia se afectan mutuamente de forma directa. Del mismo modo, las inequidades en salud no derivan solo de problemas de salud, sino también de factores sociales, ambientales, económicos y educativos. En consecuencia, después de repasar los resultados de este informe y de otros estudios futuros, los diferentes sectores pueden colaborar para abordar en sinergia los factores que determinan las inequidades en salud desde diferentes ángulos. Tales iniciativas de colaboración son especialmente importantes, dado que muchas de las inequidades en salud analizadas en este informe derivan de desigualdades sociales profundamente arraigadas. La inclusión amplia de

diferentes sectores y perspectivas puede catalizar mejoras más amplias en la igualdad social en los países de América Latina y el Caribe.

Estos procesos proporcionan una guía general para desarrollar acciones concretas destinadas a mejorar la equidad en la salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y la adolescencia. Todos estos procesos tienen como meta no solo mejorar la equidad en los resultados en salud, sino también contribuir a reducir las desigualdades sociales y económicas que alimentan esas inequidades. Una vez más, para lograr la equidad en salud, en última instancia, se necesitan cambios estructurales globales que promuevan la igualdad social, económica y política. Sin embargo, hay acciones concretas y poblaciones específicas, como se explica en el *Informe sobre Equidad en Salud 2016*, a las que los responsables de formular políticas pueden dar prioridad para trabajar en pos de la equidad en la salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y la adolescencia.

© UNICEF Nicaragua/2015/M. García Terán



Anexo. Indicadores clave incluidos en los análisis de equidad en salud

Indicadores clave incluidos en los análisis de equidad en salud

Salud reproductiva	<p><u>1. Necesidad desatendida de anticonceptivos</u> Mujeres de 15 a 49 años con necesidad desatendida de anticonceptivos (para espaciar y limitar la concepción de hijos) (%)</p>
Salud materna	<p><u>2. Atención prenatal (al menos cuatro visitas a cualquier profesional)</u> Mujeres de 15 a 49 años que hayan tenido un nacido vivo en los últimos 2 a 5 años y hayan hecho al menos cuatro visitas prenatales a cualquier profesional de la salud (%)</p> <p><u>3. Atención del parto por personal calificado</u> Nacimientos con vida en los últimos 2 a 5 años asistidos por personal calificado (%)</p> <p><u>4. Nacimientos por cesárea</u> Nacidos vivos por cesárea en los 2 a 5 años previos a la encuesta (%)</p>
Salud neonatal	<p><u>5. Mortalidad perinatal</u> Mortalidad perinatal en los cinco años previos a la encuesta, definida como la suma de muertes prenatales o neonatales tempranas cada 1.000 embarazos.</p> <p><u>6. Mortalidad neonatal</u> Mortalidad neonatal (muertes neonatales cada 1.000 nacidos vivos)</p> <p><u>7. Lactantes pesados al nacer</u> Los últimos nacidos vivos en los dos años previos a la encuesta que fueron pesados al nacer en relación con el número total de los últimos nacidos vivos en esos dos años (%)</p> <p><u>8. Inicio temprano de la lactancia</u> Los últimos niños nacidos en los dos años previos a la encuesta que comenzaron a ser amamantados en la hora siguiente a su nacimiento (%)</p> <p><u>9. Registro de nacimientos</u> Niños de 0 a 4 años cuyo nacimiento se declara registrado (%)</p> <p><u>10. Controles posnatales para los recién nacidos</u> Últimos niños nacidos en los dos años previos a la encuesta que tuvieron su primer control posnatal en los dos días siguientes al nacimiento (%)</p>
Salud infantil	<p><u>11. Mortalidad de lactantes</u> Muertes de niños menores de un año de edad cada 1.000 nacidos vivos</p> <p><u>12. Mortalidad de niños menores de cinco años</u> Muertes de niños menores de cinco años de edad cada 1.000 nacidos vivos</p> <p><u>13. Retraso del crecimiento</u> Niños que padecen retraso del crecimiento (desviación típica inferior a -2 en la estatura para la edad, según el estándar de la OMS) (%)</p> <p><u>14. Emaciación</u> Niños que padecen emaciación (desviación típica inferior a -2 en el peso para la estatura, según el estándar de la OMS) (%)</p> <p><u>15. Sobrepeso</u> Niños con sobrepeso (desviación típica superior a +2 en el peso para la edad, según el estándar de la OMS) (%)</p> <p><u>16. Suplementos con vitamina A</u> Niños de 6 a 59 meses que recibieron suplementos de vitamina A en los seis meses previos a la encuesta (%)</p> <p><u>17. Vacuna BCG</u> Niños de 12 a 23 meses que recibieron la vacuna BCG (%)</p> <p><u>18. Vacuna DPT3</u> Niños de 12 a 23 meses que recibieron la vacuna DPT3 (%)</p> <p><u>19. Vacuna contra el sarampión</u> Niños de 12 a 23 meses que recibieron la vacuna contra el sarampión (%)</p> <p><u>20. Tratamiento de la diarrea con sales de rehidratación oral</u> Niños nacidos en los tres a cinco años previos a la encuesta que hayan tenido diarrea en las dos semanas previas a la encuesta y hayan recibido sales de rehidratación oral (%)</p> <p><u>21. Búsqueda de asistencia ante síntomas de neumonía</u> Niños nacidos en los tres a cinco años previos a la encuesta que hayan presentado síntomas de neumonía y hayan sido llevados a un establecimiento de salud (%)</p>
Salud adolescente	<p><u>22. Maternidad precoz</u> Chicas adolescentes de 15 a 19 años que hayan comenzado a procrear (%)</p>
Violencia	<p><u>23. Violencia durante el embarazo</u> Mujeres que experimentaron violencia durante el embarazo (%)</p>

Referencias

1. Dmytraczenko, T. y G. Almeida (eds.), *Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean. Evidence from Selected Countries*; 2015, Banco Mundial: Washington, D. C., y Cotlear, D., et al., *Overcoming social segregation in health care in Latin America*. The Lancet, 2015. **385**(9974): p. 1248-1259.
2. *World Bank Country and Lending Groups*, <http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups>, recuperado el 19 de junio de 2016.
3. Naciones Unidas, *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. 2015, Nueva York: Naciones Unidas.
4. *Health Equity Report 2016: Analysis of Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health Inequities in Latin America and the Caribbean to Inform Policymaking*. 2016, UNICEF y Universidad de Tulane: Ciudad de Panamá.
5. El *Informe de Equidad en Salud 2016* presenta datos sobre la mortalidad y otras estadísticas importantes e incluye la lista completa de las fuentes de los datos y los resultados citados en este informe resumido.
6. Chichead, M., *The concepts and principles of equity and health*. International Journal of Health Services, 1992. **22**(3): p. 429-445.
7. Marmot, M., Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 2005. **365**(9464): p. 1099-1104.
8. Braveman, P., *Health disparities and health equity: concepts and measurement*. Annu Rev Public Health, 2006. **27**: p. 167-94.
9. Asamblea Mundial de la Salud, *Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance*. 2005, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
10. Every Woman Every Child, *Survive, thrive, transform: The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health*. 2015, Nueva York: Naciones Unidas.
11. Chopra, M., *Addressing health systems strengthening through an health equity lens*. BMC Health Serv Res, 2013. 13 Suppl 2: p. S13.
12. Naciones Unidas, *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. 2015, Nueva York: Naciones Unidas.
13. Ferlay, J. S. I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D. M., Forman, D., Bray, F., GLOBOCAN. Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase N.º 11 [internet]. Disponible en <http://globocan.iarc.fr>, consultado el 19 de julio de 2016.
14. *Ibid.*
15. OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial, División de Población de las Naciones Unidas. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015.
16. *Ibid.*
17. Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A. B., Daniels, J., et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health* 2014; **2**(6):e323-e33.
18. Leite, R. M. B., et al., *Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil*. Cadernos de Saúde Pública, 2011. **27**: p. 1977-1985; Lumbiganon, P., et al., "Indirect causes of severe adverse maternal outcomes: a secondary analysis of the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health". *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2014. **121**(s1): p. 32-39; y Yamin, A. E., et al., *Deadly Delays: Maternal Mortality in Peru: A Rights-Based Approach to Safe Motherhood*. 2007.
19. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Social science & medicine* 1994; **38**(8): 1091-110.
20. Blencowe, H. et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet Global Health* 2016; **4**: e98-108.
21. UNICEF. *Committing to Child Survival: A Promise Renewed Progress Report 2014*. Nueva York: UNICEF; 2014.
22. Barros, F.C. y M. del Pilar Vélez, *Temporal trends of preterm birth subtypes and neonatal outcomes*. Obstetrics & Gynecology, 2006. **107**(5): p. 1035-1041, Althabe, F. y J. M. Belizan, *Caesarean section: the paradox*. 2006(1474-547X (versión electrónica)), Villar, J., et al., *Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America*. The Lancet, 2006. **367**(9525): p. 1819-1829, OMS, *WHO statement on caesarean section rates*. 2015, Organización Mundial de la Salud: Ginebra, Suiza. Leone, T., Padmadas, S. S. y Z. Matthews, *Community factors affecting rising caesarean section rates in developing countries: an analysis of six countries*. 2008(0277-9536 (versión impresa)). Camacho Claros, C., et al., *Cesáreas iterativas. Experiencia en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidí de Cochabamba 2006-2007-2008*. Gaceta Médica Boliviana, 2010. **33**(2): p. 16-20, Souza, J. P., et al., *Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health*. BMC medicine, 2010. **8**(1): p. 71, Freitas, P. F. y E. P. Savi, *Desigualdades sociais nas complicações da cesariana: uma análise hierarquizada*. Cadernos de Saúde Pública, 2011. **27**: p. 2009-2020. Garcia Cicuto, A., C. R. Leite Belisário y B. Barco Tavares, *Puerperal women's satisfaction with their delivery*. Investigación y Educación en Enfermería, 2012. **30**: p. 208-214, Boccolini, C. S., et al., *Inequities in milk-based prelacteal feedings in Latin America and the Caribbean: the role of cesarean section delivery*. 2015(1552-5732 (versión electrónica)).
23. Taljaard, M., Donner, A., Villar, J., Wojdyla, D., et al. Understanding the factors associated with differences in caesarean section rates at hospital level: the case of Latin America. 2009; (1365-3016 (versión electrónica)).
24. OPS. *Elimination of mother-to-child transmission of and syphilis in the Americas. Update 2015*. Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud; 2015.
25. *Ibid.*
26. Arnesen, L., Martinez, G., Mainero, L., Serruya, S., Duran, P., Gestational syphilis and stillbirth in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics, la publicación oficial de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia* 2015; **128**(3): 241-5.
27. UNICEF, *Levels & Trends in Child Mortality. Report 2015*. Estimaciones elaboradas por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez. Nueva York: UNICEF; 2015, y UNICEF, *Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report 2015*. Nueva York: UNICEF; 2015.

28. Ibid.
29. De Quadros, C.C.A., et al., *Expanded program on immunization, en Maternal and Child Health Activities at the Local Level: Toward the Goals of the World Summit for Children*. 1998, Organización Panamericana de la Salud: Washington D.C., págs. 141-170.
30. UNICEF. *Committing to Child Survival: A Promise Renewed*. Progress Report 2014. Nueva York: UNICEF, 2014.
- 31 Cooper P.J., Rodrigues L.C., Barreto M.L. Influence of poverty and infection on asthma in Latin America. *Current opinion in allergy and clinical immunology* 2012; **12**(2): 171-8.
32. UNICEF. *Committing to Child Survival: A Promise Renewed*. Progress Report 2014. Nueva York: UNICEF, 2014.
34. Martínez R., Fernández A. The cost of hunger: social and economic impact of child undernutrition in Central America and the Dominican Republic: CEPAL; 2008.
35. Naciones Unidas. *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*. Working Paper No. ESA/P/WP.241. Nueva York: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, 2015.
36. Anderson P. Global use of alcohol, drugs and tobacco. *Drug and Alcohol Review* 2006; **25**(6): 489-502.
37. ONUSIDA. Thematic segment: HIV, adolescents, and youth - background note. 33^{er} reunión de la Junta Coordinadora de ONUSIDA. Ginebra, Suiza, 2013.
38. OPS. *Elimination of mother-to-child transmission of and syphilis in the Americas*. Actualización 2015. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2015.

UNICEF

Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
Calle Alberto Tejada, Edificio 102, Ciudad del Saber.
Panamá, República de Panamá
Apartado Postal 0843-03045
Teléfono: (507) 301-7400
www.unicef.org/lac

unicef 
para cada niño