



DESIGUALDAD Y MORTALIDAD INFANTIL

Para toda la infancia
Salud, educación, igualdad, protección
ASÍ LA HUMANIDAD AVANZA

unicef 



DESIGUALDAD Y MORTALIDAD INFANTIL

Por José Ojesto Garzón
UNICEF Panamá

El objetivo del presente artículo no es otro que servir de espacio de reflexión sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), a través del análisis del estado de la mortalidad infantil y del cumplimiento del ODM 4. Trataré de realizar un análisis en picado, desde un nivel global, pasando por el regional, y prestando especial atención al caso de Panamá, país en el que trabajo desde hace tres años, directamente vinculado a este tema. Asimismo trataré de resaltar la importancia de la inversión en la infancia y en la mujer en un desafío como este, tan ambicioso como posible. Muestra de ello, es el buen trabajo realizado ya en muchos países, entre los cuales América Latina ocupa gran protagonismo. Sin embargo, dichos avances se están produciendo de forma desigual e insuficiente, tanto entre las diferentes regiones del mundo, como dentro de ellas. Además, no debemos olvidar que la propia definición de los ODM, carece de metas vinculadas a la eliminación de la desigualdad y la exclusión, invisibilizando así gran parte de la realidad de los países.

PARTE 1

Avances si, pero insuficientes

A través del cuarto ODM los estados se han propuesto reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años entre 1990 y 2015. Los datos indican que se han producido avances mundiales en la supervivencia infantil desde 1990, pero también vemos discrepancias importantes entre regiones y países, así como dentro de los mismos países. Hoy, la probabilidad de que los niños y las niñas mueran antes de cumplir cinco años es la mitad que hace 40 años. A comienzos de la década de 1960, cerca de uno de cada cinco niños moría antes de cumplir los cinco años. En 2002, la tasa mundial de mortalidad de menores de cinco años descendió a menos de 1 por cada 12, aproximadamente un 50% de reducción. Se trata de un gran avance, sin embargo la tasa sigue siendo inaceptable.

Es inaceptable entre otras cosas porque el mundo sabe lo que hace falta para mejorar la salud y la supervivencia infantiles. Millones de niños y niñas podrían salvar su vida en los primeros años gracias a medidas básicas y rentables como las vacunas, los antibióticos, la administración de micro

nutrientes, los mosquiteros tratados con insecticida. Estas medidas deberán venir acompañadas de políticas igualmente básicas y rentables, aunque a más largo plazo, como son la mejora en el acceso y la calidad de los servicios de salud y educación para todos, a través de instalaciones, personal, programas comunitarios, que traerían de inmediato un adecuado control del embarazo, la mejora en la práctica de la lactancia materna y las pautas básicas en salud, higiene, y nutrición, y por supuesto la asistencia médica necesaria, y el mejor desarrollo para los niños y niñas del mundo.

Tras 70 años de lucha contra la mortalidad infantil hoy sabemos que es posible, los hechos lo demuestran; la administración de suplementos de vitamina A salva a un cuarto de millón de vidas al año, la terapia de rehidratación oral puede evitar un millón de muertes, los programas de inmunización protegen la vida a cerca de 4 millones de niños y niñas, las crecientes revisiones prenatales, así como la mejora en la preparación de la asistencia al parto está salvando la vida a millones de madres y recién nacidos. Países como Brasil nos han demostrado que reducir la mortalidad en dos terceras partes es posible. Entonces nos preguntaremos; ¿Cómo es posible entonces que mueran anualmente 11 millones de niños y niñas pequeños? Cómo vemos, hay iniciativas que salvan millones de vidas, sin embargo y lamentablemente, hay muchas más que las condenan. La mortalidad infantil va de la mano de la pobreza y la inequidad.

A pesar del compromiso de todos los estados para reducir la mortalidad infantil en dos terceras partes, el progreso es muy desigual. Según las proyecciones de UNICEF para el año 2002¹, año que marca la mitad del periodo, 53 países en desarrollo alcanzarán el ODM 4, mientras que 91 no lo conseguirá. Las posibilidades que tienen los niños y las niñas de sobrevivir difieren de manera considerable según donde hayan nacido;

En 2002, 7 de cada 1,000 niños y niñas en los *países industrializados* murieron antes de cumplir los cinco años. En el otro extremo, en *África subsahariana*, 174 de cada 1,000 murieron antes de cumplir los cinco años, es decir 1 de cada 6 niños. En *ECE/CEI y estados Bálticos*, con solamente ocho excepciones, la mayoría de los países no alcanzará el ODM. En *Asia meridional, Asia oriental y el Pacífico* se han logrado progresos constantes desde comienzos de 1990, pese a ello la reducción no logra garantizar el cumplimiento del ODM 4. A diferencia de la mayoría de las regiones, *América Latina y el Caribe* consiguió un buen ritmo de reducción en los 90 con una tasa del 4%, mientras que ninguna otra región alcanzó la tasa igual o superior al 3%. Pese a ello, 21 de los 37 países no llegó ni al 50% de

¹ Progreso para la Infancia, UNICEF, Septiembre 2004

reducción necesaria para alcanzar la meta². Los promedios regionales en esta región esconden disparidades considerables. Algunos países, como Cuba, Chile y Costa Rica, muestran niveles de mortalidad infantil que se acercan a los países desarrollados. Otros, como Haití y Bolivia registran tasas que llegan a duplicar el promedio regional de 25,6 por mil.

En líneas generales el progreso parece insuficiente. La meta requiere para su cumplimiento que todos los años se logre una tasa media de reducción de un 4,4%. Cada año que un país registra una tasa por debajo de ese porcentaje, necesita aumentar la tasa de reducción en los años que quedan hasta el 2015. Cuando se estableció la meta, a finales de 2000, ya era evidente que los países que no se habían mantenido firmes durante los años 90 tendrían que intensificar sus medidas entre 2000 y 2015, en algunos casos duplicando la tasa media de reducción para alcanzar el objetivo.

Las causas de la mortalidad Infantil

Alrededor de 11 millones de niños y niñas mueren cada año por causas que se podrían evitar fácilmente. Algunas muertes son el resultado directo de las enfermedades – infecciones agudas de las vías respiratorias, enfermedades diarreicas, paludismo, sarampión – y otras se deben a causas indirectas como los conflictos, la marginación y el VIH/SIDA. La desnutrición y la falta de agua potable y saneamiento contribuyen a más de la mitad de las muertes. La exclusión y la pobreza están relacionadas con todas ellas.

Profundizando en las causas de la mortalidad infantil de menores de cinco años en las diferentes regiones del mundo, vemos que *África subsahariana* presenta las peores condiciones perinatales. Estas son aún la principal causa de muerte entre los recién nacidos. Sin embargo, las infecciones y las enfermedades son las principales causantes de las muertes en menores de cinco años. La lucha contra la diarrea se ve dificultada por el decreciente acceso a agua potable, así como a infraestructura necesaria para asegurar la salud pública. El VIH/SIDA es responsable de la muerte de un 8% de los niños, más del doble del promedio mundial. La extrema pobreza tan generalizada en estos países es el primer condicionante de esta situación, traducida en la falta de servicios esenciales adecuados en el hogar, por el grave deterioro del medio ambiente, y por la falta de infraestructura en salud y recursos básicos, etc.

² Boletín Epidemiológico, Vol.22 N°2, junio 2001, OPS

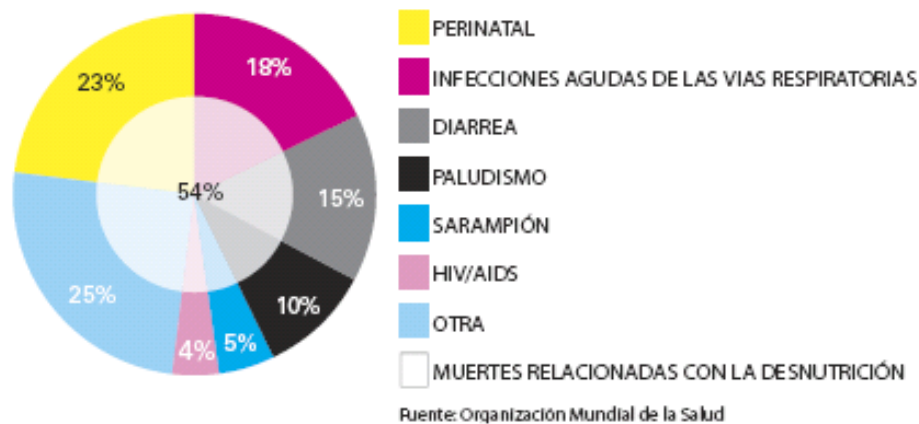
En **Asia Meridional**, la deficiente atención perinatal es la razón principal de la mortalidad de menores de cinco años, representando una tercera parte de todas las muertes. Las infecciones agudas de las vías respiratorias y las enfermedades diarreicas son las otras dos causas principales de muerte. En términos proporcionales la diarrea, como causa inmediata de mortalidad infantil, presenta sus peores tasas en esta región.

Como se dijo anteriormente, la desnutrición y la falta de agua potable contribuyen a más de la mitad de estas muertes (53%), es decir a 5,6 millones de niños y niñas cada año. *América Latina y el Caribe* también se han visto afectadas por esta tendencia. Aunque la población subnutrida se redujo de un 13% a un 10%, vimos como algunos países como Guatemala, Panamá o Venezuela muestran rezagos importantes. En cuanto al agua potable igualmente la región logró un incremento de la cobertura del 6% (del 83% al 89%)³. Pese a ello hoy viven en la región casi 80 millones de personas sin acceso a servicios de agua potable y más de 100 millones sin servicios de saneamiento.

Desgraciadamente los ODM no incluyen ninguna meta sobre la desnutrición crónica, la cual es uno de los indicadores más representativos de la extrema pobreza en esta región. La desnutrición crónica además, puede tener efectos de por vida, afectando no solo a la salud, sino también a la educación y el desarrollo integral de la niñez. Los niños y niñas desnutridos tienen menos resistencia a infecciones y más probabilidades de morir a causa de dolencias comunes de la infancia, como las enfermedades diarreicas y las infecciones de las vías respiratorias. Los que sobreviven pueden quedar atrapados en un círculo vicioso de enfermedades recurrentes y alteración del crecimiento, a menudo con daños irreversibles en su desarrollo cognitivo y social. Esto nos lleva a pensar que para alcanzar cualquiera de los ODM, es esencial afrontar el problema mundial de la desnutrición.

³ Los Objetivos de Desarrollo del Milenio tienen que ver con la infancia. Avances y desafíos en América Latina y el Caribe. UNICEF TACRO, 2005.

Muertes de menores de cinco años en los países en desarrollo, por causa, 2002



El doble dividendo de la igualdad de género

Tras un breve análisis sobre las causas de la mortalidad infantil podemos concluir que todas ellas derivan a su vez de la pobreza y la exclusión, las cuales conllevan la falta de una buena alimentación, la falta de un hogar o entorno saludable, la falta de agua potable, la falta de acceso a la salud o a la educación de calidad, y en definitiva la falta de un entorno protector. Todos estos condicionantes multiplican indudablemente el riesgo durante los primeros años de vida.

Para evitar cambiar esta situación., sería necesario en primer lugar promover un cambio de prioridades en la política de los países. En esta línea la inversión en la infancia y en la mujer es la mayor inversión que un país puede hacer no solo para salvar a sus niños, sino para desarrollar su sociedad, sus instituciones, su economía y su mercado. Así se hace imprescindible destacar el papel de la mujer en el desarrollo de los países. Kofi Annan, ex-Secretario General de la Naciones Unidas aseguraba recientemente: "Un estudio tras otro nos ha enseñado que no existe un instrumento para el desarrollo más eficaz que la autonomía de la mujer. Ninguna otra política tiene las mismas posibilidades de aumentar la productividad económica o de reducir la mortalidad en la infancia y la mortalidad derivada de la maternidad. Ninguna otra política tiene la misma fuerza para mejorar la nutrición y promover la salud, incluida la prevención del VIH/SIDA. Ninguna otra política tiene el mismo poder para aumentar las posibilidades educativas de la próxima generación..."⁴. Las mujeres son las cuidadoras principales de los niños, las que pasan más tiempo con ellos, y por lo tanto las que los crían y enseñan

⁴ Prologo del Estado Mundial de la Infancia 2007, UNICEF

durante sus primeros años de vida, especialmente en las sociedades más tradicionales y patriarcales (la gran mayoría). Para los niños y niñas, las personas más importantes en el mundo no son los dirigentes políticos ni los directores de los organismos de desarrollo, sino sus padres, madres y cuidadores, que toman todos los días decisiones domésticas fundamentales.

Muchas investigaciones demuestran que los hombres y las mujeres no tienen las mismas prioridades en casa, ni en la administración de los recursos. Las mujeres, por lo general consideran más importante el bienestar, y utilizan su influencia y los recursos que controlan, para promover las necesidades de la familia, en especial de los niños⁵. Es por ello que el bienestar de la mujer interfiere directamente en el bienestar de los niños y niñas. Las mujeres sanas, instruidas, y con poder, tienen más posibilidades de criar hijos e hijas sanos, educados y seguro de si mismos.

En esta línea está demostrado que el índice en los menores de cinco años disminuye a la mitad entre las madres con educación primaria. Las investigaciones muestran que las mujeres con estudios son menos propensas a morir de parto y más proclives a enviar a sus niños y niñas a la escuela. Además, las mujeres suelen ser las primeras en reconocer las enfermedades infantiles y procurar su tratamiento (visita al médico, compra de medicamentos, etc.). Diversos estudios de casos particulares llevados a cabo en el mundo en desarrollo indican que las mujeres que tienen una mayor influencia sobre las decisiones domésticas pueden mejorar considerablemente la situación alimentaria de sus hijos e hijas. Valga como ejemplo el estudio llevado a cabo por el Instituto Internacional de Investigaciones sobre Política Alimentaria, según el cual si los hombres y las mujeres tuviesen la misma influencia en la toma de decisiones, la incidencia de bajo peso entre los niños y niñas menores de tres años en Asia meridional descendería hasta 13 puntos porcentuales, lo cual significaría 13,4 millones menos de niños y niñas desnutridos en la región; en África subsahariana, otros 1,7 millones de niños y niñas estarían adecuadamente alimentados⁶.

En definitiva, y en conclusión diríamos que cuando las mujeres carecen de derechos humanos, y permanecen excluidas de la toma de decisiones tanto en el hogar, en el lugar de trabajo, y en el ámbito político, sus países sufren las consecuencias.

⁵ Estado Mundial de la Infancia 2007: La mujer y la Infancia. UNICEF.

⁶ Estado Mundial de la Infancia 2007: La mujer y la Infancia. UNICEF.

UNICEF y la mortalidad infantil

Tras 70 años de vida, UNICEF continúa en la vanguardia de la supervivencia y el desarrollo de la infancia. UNICEF fue creado en 1946, directamente vinculado a la supervivencia infantil, con el propósito de apoyar a los niños y niñas europeos víctimas de la Segunda Guerra Mundial. Pese a que a finales de la década de los 50 amplió su mandato, confirmando además su existencia como órgano permanente, UNICEF mantuvo sus siglas originales hasta el día de hoy; Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, como vemos totalmente relacionadas con la supervivencia infantil. En el año 1959 la Asamblea General aprueba la Declaración de los Derechos del Niño, centrada en el derecho a la educación, la atención de la salud y la nutrición. Esta fue en 1989 con la Declaración de los Derechos del Niño, la cual fue ratificada por 192 estados (ninguna otra convención o tratado ha tenido tantas ratificaciones en la historia). Años antes, en 1982 se produjo la llamada *revolución por la supervivencia y el desarrollo de los niños*. UNICEF puso en marcha una campaña global para salvar la vida a millones de niños y niñas mediante programas de lucha contra la deshidratación causada por la diarrea, de inmunización infantil y de apoyo a la lactancia materna y a la nutrición adecuada.

En la actualidad UNICEF, en su misión de promover los derechos de la infancia ha definido cinco prioridades estratégicas para el periodo 2006-2009 (Médium Term Strategic Plan), entre las cuales está la supervivencia y el desarrollo. El resto de las prioridades son la Educación básica e igualdad de género, el VIH/SIDA, la protección frente a la violencia, la explotación y el abuso, y por último la promoción de políticas y alianzas a favor de los derechos del niño.

Centrándonos en los aportes concretos de UNICEF en la lucha contra la mortalidad infantil, destacaría en primer lugar, la introducción y generalización de tecnologías baratas y de fácil acceso. Entre ellas destacamos los programas de inmunización, la distribución de Vitamina A, y la terapia de rehidratación oral (ORS). Como adelanté al inicio del artículo, estas tecnologías han salvado y continúan salvando la vida de millones de niños y niñas al año.

Más allá de lo que estos programas pudieran parecer, la acción de UNICEF en materia de mortalidad y supervivencia se caracteriza por su integralidad. El enfoque de derechos arranca desde el principio de integralidad, interrelacionando todos los derechos entre si, de forma que la violación de uno de ellos impacta directamente en todos los demás. De la misma forma, no se entiende la realización de uno de ellos sin la consecución del resto. En esta línea, la primera prioridad estratégica de UNICEF es: *Supervivencia*

infantil y desarrollo, siendo el Desarrollo Integral Temprano de la Infancia una de las áreas temáticas de mayor incidencia en este área. Esta nos confirma que el mejor comienzo de la vida de los niños requiere intervenciones en muchos campos distintos tales como la nutrición y la lactancia materna, la higiene y el buen uso del agua, la protección y el buen trato, las prácticas de buena crianza, la adecuada educación y estimulación desde los primeros meses, etc. Este área se enfoca en el fortalecimiento de la familia y la comunidad para mejorar el cuidado y la crianza de los niños y niñas, construyendo además una capacidad en los países para sostener el impacto de las intervenciones.

Por último y enfocándonos en la última de las prioridades estratégicas, es decir la *Promoción de las Políticas y Alianzas en favor de los Derechos del Niño*, concluiría que el trabajo de UNICEF no se puede entender desde proyectos aislados, sino a través de políticas nacionales, los sistemas, las instituciones, y la gestión presupuestaria de tal forma, como dije anteriormente, que cualquier acción pueda llegar a ser sostenible más allá de la vida de un proyecto o de una legislatura.

PARTE 2

Panamá, todo un reto por delante

Cuando se planteó la idea de escribir este trabajo sobre el ODM 4, nos pareció interesante acercarnos a la realidad de los países en desarrollo ante dicho reto, y más concretamente desde un país que en líneas generales pareciese bien encaminado, y sin embargo pudiese exhibir las luces y las sombras de los propios ODM, revelándolos como lo que son; un acuerdo de mínimos, un primer paso colectivo. En este sentido, Panamá parecía reunir las condiciones.

Me permito comenzar este capítulo dedicado a Panamá con dos párrafos referidos a las notas personales tomadas a mi llegada al país, a principios de 2004. Espero que esta primera foto de Panamá ayude al lector a comprender la dimensión de la inequidad y su importancia en el desarrollo del país;

Si me pidiesen describir a Panamá con una sola palabra lo haría con un simple signo de interrogación. No he parado de hacerme preguntas desde el

día, o más bien la noche en que llegue a este país, hace ya casi tres años. Aún no me había bajado del carro que me transportaba desde el aeropuerto de Tocumen hacia la ciudad y ya estaba inquietado al contemplar la cantidad y altura de los rascacielos de Paitilla y la zona bancaria, como si se tratase de una broma, un decorado, que en absoluto me esperaba en un país centroamericano. Asimismo me deslumbró la suntuosidad y lujo descarado de sus carros que, como yates rodantes, fondeaban en la puerta de cualquier restaurante o parking antisísmico de cualquier abarrotado mega mall de la ciudad. ¿Qué había venido yo a hacer a este próspero país? ¿Cómo sería la gente de este pequeño, húmedo y cálido istmo?, ¿Mirarían al norte o mirarían al sur? ¿O simplemente se mirarían a si mismos?, ¿Cuáles serían sus preocupaciones?, ¿Cuáles serían los problemas cotidianos de la política nacional?, ¿Sería el Canal un beneficio para todos?, ¿Realmente es un país tan desarrollado como parece?

La verdad es que eran muchas preguntas para ser respondidas a corto plazo, sin embargo el sol de la mañana siguiente ya dejó entrever algunas de las respuestas, o parte de las realidades de este lindo y castigado país. Aquellos grandes rascacielos me revelaron su cartón piedra, y no me refiero a sus fuentes de financiación, sino a su patio trasero. Las barriadas de San Sebastián y Bocalacaja, dignas de cualquier suburbio de Nairobi, resisten en el subsuelo del barrio más rico de la ciudad, pared con pared, cristal con fango, caviar con hambre, champagne con agua contaminada, blanco con negro (o indígena). Era evidente, los datos tan solo lo confirmaron; Panamá es un país muy centralizado, cuya economía de servicios gira directa o indirectamente en torno al Canal. Panamá posee la quinta sociedad más desigual de Latinoamérica. Eso quiere decir que el 20% más rico tiene un ingreso familiar 32 veces más alto que el 20% más pobre, pero además con una peculiaridad; Panamá tiene tan solo 3, 300,000 habitantes. No hay que ser muy ilustrado para calcular que su presupuesto nacional, de 6,600 millones de dólares al año, dividido entre el número de habitantes, nos sale a 2,000 dólares que cada uno de los ciudadanos tendría en acciones dentro de dicho presupuesto. Lastimosamente no todos son considerados ciudadanos con derechos.

La inequidad o la mala distribución de los recursos, es el factor más determinante de la pobreza y de las barreras a un desarrollo sostenible en Panamá. El mayor reto que enfrenta el país para superar la pobreza no descansa solamente en el aumento del gasto público y la inversión social, sino en la racionalización del gasto y en una inversión verdaderamente estratégica, que asegure que los recursos lleguen a los más pobres, y contribuyan realmente a cambiar sus vidas. Los más golpeados son como siempre los más débiles; los niños, las niñas, los indígenas y los afro-

descendientes. Un 36,8%⁷ de los panameños es pobre, y más de medio millón de personas (16,6% de la población) se encuentra en situación de extrema pobreza, es decir subsistiendo con menos de 1,4 dólares diarios⁸. En las áreas indígenas la situación rebasa con creces la línea de la vergüenza; casi la totalidad de sus habitantes es pobre (98,4%), encontrándose además casi todos en extrema pobreza (90%).

El efecto más devastador de la inequidad es la ausencia de una casa, una educación y una salud de calidad para todos. Las poblaciones excluidas ni siquiera pueden disfrutar de esos derechos. Cuando hablamos de salud de calidad nos referimos a multitud de factores tales como instalaciones adecuadas, fácilmente accesibles, suficiente personal bien formado y actualizado, prestando una buena atención, medicamentos accesibles, programas comunitarios de información y capacitación suficientemente divulgados (educación sexual, parteras, higiene y tratamiento del agua, lactancia materna, etc.), acceso a los alimentos, etc. Les invito a profundizar en este tema a través de uno de los indicadores más significativos en los análisis sobre el estado de salud de la población; la mortalidad infantil, la cual además posee gran importancia política y estratégica, dada la incidencia de esta, en la esperanza de vida. De esta forma, las mejoras en la esperanza de vida, reflejan en sentido amplio, el impacto de los esfuerzos por reducir la mortalidad infantil, y todos los factores relacionados con ella.

Las tasas de mortalidad infantil (TMI) han disminuido increíblemente en Centroamérica desde los años 60, pasando de 80 por 1000 nacimientos vivos a un 65 en el periodo 1980-85, y a un 35 en el año 2000. Pese a este gran avance, los promedios suelen enmascarar las importantes diferencias existentes en el interior de los países. Esta es sin duda una de las grandes carencias en la formulación de los ODM, pese a ello y ateniéndonos a los números absolutos, las tendencias actuales apuntan hacia un cumplimiento de la meta en el año 2045, 30 años después de lo acordado, lo cual se traduce en un costo humano de 41 millones de muertes infantiles más⁹.

En esta línea, el Segundo Informe de los ODM en Panamá¹⁰ subraya la ausencia de avances significativos en la reducción de la mortalidad infantil, y las serias dificultades que enfrenta el país para conseguir esta meta¹¹. La tasa de mortalidad de menores de 5 años, ha mostrado un lento dinamismo; de 24,3 en 1990 a 20,8 en 2003, llegando en algunas regiones a superar los

⁷ MEF. Principales resultados de la Encuesta de Niveles de Vida-2003. Edición revisada. Junio de 2005

⁸ MEF. Principales resultados de la Encuesta de Niveles de Vida-2003. Edición revisada. Junio de 2005

⁹ Alianza Española contra la Pobreza www.rebelateconlapobreza.org

¹⁰ Objetivos de Desarrollo del Milenio. Segundo Informe. Gabinete Social de la República de Panamá, Sistema de Naciones Unidas. Panamá, Septiembre 2005.

¹¹ Meta n°5 de los ODM: "Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años".

50 por mil, y por lo tanto igualando a países como Bangladesh o Bolivia (55,4 en la Comarca Ngöbe-Bugle), lo que indica que los avances no parecen suficientes para lograr la meta de 8.02 para el año 2015. Los otros dos indicadores de esta meta no son más esperanzadores; La Tasa de Mortalidad Infantil (menores de 1 año) tampoco va por el camino de alcanzar su objetivo, y la cobertura de vacunación contra el sarampión en vez de incrementarse ha disminuido considerablemente (de 96,7% en el 2000, a 83,3% en 2003). El informe incorpora además la recomendación de incorporar la multiculturalidad entre los principios de la oferta sanitaria.

En mi propósito de hacer la mejor foto de la inequidad, así como del significado de esta significa en la vida cotidiana de muchos panameños, me dirigí a la Comarca Indígena Ngobé-Buglé con destino a Soloi, Corregimiento del Distrito de Besigó, en el cual se encuentra uno de los centros rurales de salud más importantes. El intransitable camino ya hablaba por si solo, el cual tras innumerables barrancos, agujeros, escarpadas pendientes y lodazales, nos condujo al centro de salud situado en la entrada de la comunidad (Posteriormente me enteré que las obras de la carretera ya están aprobadas, y que esta sería construida en el 2007). Cien metros antes de llegar, me llamó la atención un grupo de jóvenes que bajaba la colina cargando un enfermo, el cual colgaba de una improvisada camilla hecha con dos palos y una red. Me pregunté cuántas horas llevarían caminando. La falta de acceso a los centros de salud hace que muchas mujeres tengan a sus hijos en casa, en condiciones de alto riesgo. Yeisi García, enfermera encargada del Centro, me comentó que al menos la mitad de las mujeres de la Comarca no son atendidas por personal capacitado sino por sus mamas, abuelas, tías, maridos e incluso por ellas mismas. El acceso también impide que muchas de ellas puedan trasladarse para hacer sus revisiones, en muchos casos de vital importancia.

Una vez superado el acceso, era evidente la falta de recursos materiales y humanos. Los propios profesionales del centro me revelaron la falta de personal en el centro, así como su necesidad de capacitación permanente, la cual habiendo escuchado también a algunas madres necesita realmente de un enfoque multicultural. A pesar de ello los partos han aumentado en los centros de salud y en los hospitales. Sin duda, el ingente trabajo realizado por los responsables del Ministerio de Salud en este área está dando sus frutos, sin embargo no podemos sentirnos del todo satisfechos; estadísticas recientes revelan un creciente deterioro de la mortalidad materna en Latinoamérica desde el año 1990, exacerbado en áreas rurales e indígenas, pese al aumento de los partos en centros sanitarios. Panamá no escapa de esta tendencia.

El Ministerio de Salud es consciente de ello, y ha puesto en marcha iniciativas de emergencia con buenos resultados, como el programa de localización de mujeres en avanzado estado de gestación, ubicadas en áreas inaccesibles. Estas, tras ser localizadas, son monitoreadas y acompañadas a los centros o a las casas de espera. Otra de las iniciativas interesantes es el programa de formación de parteras dirigido a aumentar la cobertura en lugares de difícil acceso. Ya se han formado 300 mujeres, sin embargo este número es insuficiente para cubrir las necesidades. Según algunos profesionales con los que conversé, el programa ha quedado sin seguimiento. De todas formas, más allá de las posibilidades de estas buenas prácticas, no dejan de ser iniciativas de transición. La calidad de la atención sanitaria debería comenzar por la cobertura y calidad de los centros de salud, la cual depende en gran medida de sus profesionales. El corregimiento de Soloi es afortunado en ese sentido; parece que muy pronto comenzará la construcción de su centro materno infantil, el cual espero que se complete con una buena dotación de profesionales. Lamentablemente pocos corregimientos de la Comarca tienen centro de salud, y tan solo uno goza de un centro materno infantil.

Otro factor no menos decisivo es la ausencia de una educación de calidad, significativa, inclusiva, y participativa. Sin duda una educación de calidad promoverá una escuela que se adapte al niño, y no que el niño se adapte a la escuela. La incidencia de la pobreza total en este país entre las personas de 10 años y más, que no saben leer y escribir (71.8%), es más de dos veces que en aquellas que leen y escriben (30.3%)¹². Panamá casi ha alcanzado la educación primaria universal, sin embargo esto no parece ser suficiente para desarrollar el conocimiento, la creatividad, y la capacidad de innovación necesaria.

La población indígena ni siquiera tiene la alfabetización asegurada, y por lo tanto carece de la primera piedra para salir de la pobreza. En la Comarca Ngobé-Buglé solo alrededor de la mitad de la población está alfabetizada (54,1%)¹³. La educación para la salud, y en concreto la educación sexual, y las pautas saludables, podrían en poco tiempo dar la vuelta a esta situación. La falta de estas en la familia o en el colegio genera problemas tan relevantes como el alto número de embarazos adolescentes, el número de hijos por mujer, las enfermedades víricas, el rechazo de los anticonceptivos, las malas prácticas durante el embarazo y el parto, o las infecciones provocadas tanto por la mala nutrición, por la ingestión de agua no potable, como por la ausencia de hábitos saludables. La falta de higiene tanto en las personas

¹² MEF. Principales resultados de la Encuesta de Niveles de Vida-2003. Febrero de 2005

¹³ Objetivos de Desarrollo del Milenio. Segundo Informe. Gabinete Social de la República de Panamá, Sistema de Naciones Unidas. Panamá, Septiembre 2005.

(lavarse las manos), como en sus viviendas; sucias, poco aireadas, y ahumadas permanentemente multiplica enormemente el número de infecciones respiratorias y diarreas, las cuales precisamente son una de las principales causas de enfermedad y muerte entre los niños y niñas entre 0 y 5 años.

El Ministerio de Salud ha promovido buenos programas comunitarios, como por ejemplo el programa de promotores de salud, que lleva la información necesaria a las comunidades en su idioma, facilitando actividades de captación, atención primaria, registro, control de vacunas, etc., asimismo se inició un programa de salud sexual reproductiva en los colegios. Sin embargo la cobertura de estos programas es limitada, como lo es también su presupuesto. La prevención y la promoción, en teoría el fuerte de la salud pública, son las áreas con más carencias financieras. Yeisi, la enfermera del Centro que entrevisté, insistía en la imposibilidad de trabajar en prevención con el presupuesto actual, el cual a duras penas llegaba para atender a los enfermos.

Entre los grandes temas tampoco debemos olvidar la desnutrición, la cual incide decisivamente en la mortalidad. No en vano más de la mitad de las muertes infantiles en Latinoamérica y el Caribe son causadas directa o indirectamente por el hambre y la desnutrición¹⁴. La disponibilidad de alimentos ha disminuido en los últimos años, debido al incremento de su precio, los bajos salarios y el alto desempleo. Prueba de ello es la incidencia de bajo peso entre los niños menores de 5 años. Panamá es el único país de todas las Américas cuya tasa media anual de reducción (de bajo peso) no ha variado e incluso ha empeorado¹⁵. De esta forma, persisten regiones con niveles de desnutrición entre el 55% y el 72% (Kuna Yala, Darien, etc.), con una alimentación basada en arroz, frijoles, yuca, guineo, maíz y café, donde rara vez se come proteína animal, y tan solo el 50% tiene agua potable.

Dos programas recientemente iniciados por el Gobierno muestran ya buenos resultados. Tanto el programa "Red de Oportunidades", como el desarrollado por la Secretaría Nacional para el Plan Alimentario Nacional "SENAPAN", transfieren bonos alimenticios condicionados, aliviando las carencias nutricionales, y consiguiendo además aumentar la matrícula escolar, la asistencia a los centros de salud, la cobertura de vacunación, el registro de nacimientos, etc. Pese a los buenos resultados, parece que el problema radica tanto en su perfil asistencialista, como en su falta de sostenibilidad. Sin duda se trata programas que suman en el camino hacia el desarrollo, sin embargo este está más cerca de la calidad de la educación, y la calidad de la

¹⁴ Informe Anual de la FAO 2005: "El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo".

¹⁵ Progreso para la Infancia. Un balance sobre la Nutrición. UNICEF. Abril 2006

oferta sanitaria, que con la cantidad de matrícula escolar, o el número de visitas al médico.

En conclusión y continuando con la reflexión sobre los programas de lucha contra la pobreza, dirigidos en parte al cumplimiento de las Metas del Milenio, hay que destacar los buenos resultados obtenidos, los cuales sin duda están consiguiendo al menos aliviarla. Sin embargo tanto la pobreza como la mortalidad infantil, necesitan ser abordadas de forma integral, y sólo serán combatidas eficientemente a través del desarrollo social, la modernización de las instituciones y la cultura de rendición de cuentas. Asimismo dependerán de las prácticas democráticas que garanticen los derechos, incluyendo la participación ciudadana, de las inversiones a largo plazo, de la inclusión de las Comarcas Indígenas en la política nacional (¿Son o no son parte de Panamá?), etc. Es una lástima que los Objetivos del Milenio carezcan de metas relacionadas con la igualdad. Sin un compromiso de todos los países para acabar con los niveles de desigualdad que poseen, va a ser realmente difícil que estos bajen sus niveles de pobreza, o al menos lo hagan de forma sostenida, y por lo tanto no solo alcancen las Metas del Milenio, sino logren mantenerlas.