Pediátr Panamá 2019; 48 (3): 24-28

Derecho de los niños panameños a la salud
Panamanian children's right to health

Autor: Dr. Jorge Luis Prosperi [1]

De acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño [1], los niños deben disfrutar del más alto nivel posible de salud y tener acceso a servicios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación. La CDN enfatiza en particular que los países adopten las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil, y en la niñez asegurar a todos los niños la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias. Asimismo, se asume el compromiso de combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible, el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del ambiente.

Para poner en perspectiva el estado del derecho de los niños panameños a la salud, comparto con ustedes una mirada actualizada a la situación de los indicadores relacionados con la salud de los niños panameños en las Metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio [2] y los Objetivos de Desarrollo Sostenible [3], matizando, cuando sea posible, el efecto de la pobreza multidimensional [4] en que viven los niños, niñas y adolescentes, sobre los indicadores de salud seleccionados. En todos los casos utilizaré la información más actualizada que proporcione el Instituto Nacional de Estadística y Censo. Contraloría General de la República de Panamá [5].

Los indicadores del ODM 4 y el derecho a la salud

Este objetivo tenía una sola meta, orientada a reducir la mortalidad de las niñas y los niños menores de 5 años mediante el seguimiento de tres indicadores que contribuyen a evaluar las condiciones de acceso a los servicios de salud y la situación nutricional de ese grupo de población. Veamos cómo estamos en la actualidad para cada uno de los indicadores de la Meta 4A, la cual planteaba reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años.

Indicador 4.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años

Fig.1 Tasa de mortalidad de menores de 5 años del 2004-2018

Durante el período de seguimiento de los ODM, la tasa de mortalidad de menores de 5 años mostró variaciones, fluctuando desde 24.3 en 1990, hasta 16.2 muertes por cada 1,000 nacidos vivos en el año 2015 (Figura 1). El análisis por sexo indica que la mortalidad de los hombres fue más alta que la de las mujeres y que, en algunos períodos, se observaron disminuciones importantes. Aunque mostramos una clara tendencia a la disminución y la garantía del derecho a la salud, no alcanzamos la meta estimada de 8.1 defunciones de menores de cinco años por cada 1,000 nacidos vivos en el 2015. No obstante, considero que esta meta fue demasiado ambiciosa, y requirió de una reformulación que fue renovada en la Meta 3.2 del ODS salud, la cual estableció disminuir la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos. Baste pues con subrayar que ya cumplimos la nueva meta.

Aunque hayamos cumplido la meta del ODS, es importante subrayar que las principales causas de muerte en menores de cinco años (neumonías, diarreas, desnutrición, accidentes y

[1] Pediatra. Médico Salobrista.

Pediátr Panamá 2019; 48 (3): 24-28

violencias) fueron en su mayoría evitables y en muchos casos el acceso de niños a los servicios de salud que necesitan también es limitado. Es importante destacar adicionalmente, que los datos a nivel nacional esconden las desigualdades en el derecho de los niños panameños a la salud, que se presentan entre las diferentes áreas del país, como se evidencia en la siguiente gráfica al comparar la mortalidad de menores de cinco años de acuerdo al Índice de pobreza multidimensional (IPM) para niños, niñas y adolescentes (NNA). Figura 2

Fig.2 Tasa de mortalidad de menores de cinco años relacionada a la índice de pobreza multidimensional para niños, niñas y adolescentes.

Para atender las causas de la mortalidad de menores de 5 años, y garantizar el derecho de los niños panameños a la salud, el Estado debe fortalecer el proceso de transformación del sistema público de salud, garantizando la atención gratuita, con equidad y calidad de todos los niños y niñas que acudan a las instalaciones públicas de salud; el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), que incluye una gama de vacunas gratuitas y obligatorias; la construcción y ampliación de instalaciones de salud donde sea necesario; los programas de nutrición infantil y materna, entre los que se incluye la distribución de hierro y vitamina A, el Plan Nacional de Micronutrientes, y otros proyectos dirigidos a fortalecer la salud materna y de los menores de 5 años. El gran desafío sigue siendo ampliar la cobertura, ya que algunos de los programas no cubren las áreas rurales e indígenas, donde se registran en mayor medida las causas de muerte evitables.

Indicador 4.2 Tasa de mortalidad infantil

Fig. 3 Tasa de Mortalidad en la Reública de Panamá 2004-2017 y línea de tendencia para 2018.

Aunque la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) disminuyó desde 18.9 muertes por cada 1,000 nacidos vivos en el año 1990 hasta 12.3 en 2015, no alcanzamos la meta estimada para el país, de 6.3 muertes por cada 1,000 nacidos vivos (Figura 3) , lo cual coloca en riesgo el derecho a la salud de los infantes. No obstante, al igual que para el indicador previo, subrayo que esta meta fue demasiado ambiciosa. El análisis por sexo también indicó que la mortalidad de los hombres es más alta que la de las mujeres y que, en algunos períodos, se observaron disminuciones importantes.

Las principales causas de las defunciones de los infantes (menores de 1 año) se concentraron en ciertas afecciones originadas en el período perinatal, y en las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas. Estas cifras confirman la necesidad de hacer más énfasis en el control prenatal, la educación en salud sexual y reproductiva, la nutrición de la mujer, las condiciones ambientales y el control de salud de los recién nacidos, entre otros aspectos. Para el mejoramiento del desempeño de este indicador es importante atender la necesidad de ampliar la accesibilidad y calidad de la atención de los servicios de salud, incluyendo la consejería genética.

Pediátr Panamá 2019; 48 (3): 24-28

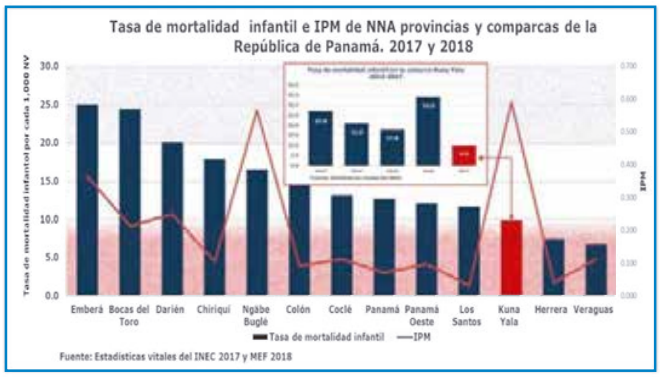

Fig.4 Tasa de mortalidad de menores de cinco años relacionada a la índice de pobreza multidimensional para niños, niñas y adolescentes por provincias y comarcas de la República de Panamá. 2017-2018

Al analizar el comportamiento del indicador por provincias y comarcas, introduciendo la situación de pobreza multidimensional, para verificar si afecta el goce del derecho de los niños panameños a la salud, llaman poderosamente la atención, y debe ser motivo de investigación adicional dos hechos que riñen con el comportamiento de este indicador: (i) no se observa la relación esperada entre la tasa de mortalidad infantil (2017) y el Índice de Pobreza Multidimensional, IPM, y (ii) la comarca Kuna Yala, consiguió disminuir "en un año" la tasa de mortalidad infantil desde 34.0 en el 2016 a 9.9 en el 2017, figura 4.

Indicador 4.3 Proporción de niños de un (1) año vacunados contra el sarampión

Este indicador representa el porcentaje de niñas y niños de 1 año de edad que han recibido al menos una dosis de la vacuna contra el sarampión, lo cual contribuye de forma importante al goce del derecho del derecho de los niños panameños a la salud. De acuerdo con el Ministerio de Salud, MINSA, en Panamá no ha habido casos autóctonos de sarampión desde 1996, aunque en el año 2011 hubo 4 casos importados (contagiados fuera del país). Esto ha sido así, porque se mantiene una adecuada cobertura de vacunación, pero anualmente se acumulan una cantidad de niños que quedan desprotegidos porque ni la cobertura, ni la efectividad de la vacuna es de 100%.

La población entre 1-4 años en Panamá es de 296 mil 313 (2016). La vacuna contra el sarampión tiene una efectividad de 95%; es decir que el 5% adecuadamente vacunado no queda protegido. La cobertura de vacunación de sarampión en Panamá en niños de 1-4 años es de 90%; por lo tanto, cada año queda 15% de esa población con susceptibilidad de desarrollar sarampión. Adicionalmente, es importante subrayar que los panameños debemos tener especial cuidado en nuestros puertos de entrada pues cada año recibimos más de 2.5 millones de visitantes con un crecimiento importante del puerto de cruceros.

I. Avances en el cumplimiento de las metas 3.1 y 3.2 del ODS sobre salud.

Meta 3.1 del ODS 3. Reducir la mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos

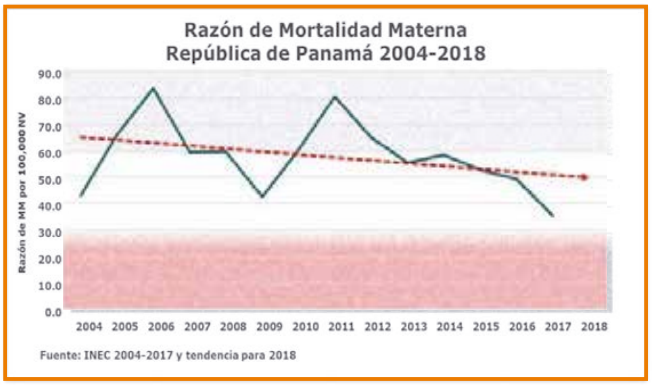

Fig 5. Razón de mortalidad materna en la República de Panamá del 2004 al 2018.

Como demuestran las cifras disponibles del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, complementadas con algunas estimaciones personales, Panamá cumplió ya con la Meta 3.1 de reducir la mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos y mantenemos una clara tendencia al descenso desde hace más de 15 años. Sin embrago, las principales causas de muerte materna son en su mayoría evitables y en muchos casos el acceso de las mujeres a los servicios de salud que necesitan, con equidad y calidad, es limitado. En los últimos nueve años casi el 40% de las muertes maternas en el país, han sido causadas por: hemorragia posparto, eclampsia y Preeclampsia y sepsis puerperal.

Pediátr Panamá 2019; 48 (3): 24-28

Es importante subrayar que, aunque estamos reduciendo la RMM, las cifras por estas causas se mantienen relativamente estables y debemos hacer más.

Fig.6 Razón de mortalidad materna por provincias y comarcas relacionados al IPM en la República de Panamá 2017.

Pero no cantemos victoria porque los avances alcanzados no son parejos en todo el territorio nacional como consecuencia de la gran desigualdad que nos caracteriza y la pobreza que genera ésta. La siguiente gráfica muestra una relación directa entre el IPM y la razón de mortalidad materna: "mientras mayor es la pobreza multidimensional, mayor es la razón de mortalidad materna".

La excepción es la comarca Ngäbe Bugle, que tiene el mayor índice de pobreza multidimensional y una razón de mortalidad materna cuatro veces menor que las demás comarcas, disminuyendo, en solo un año, un promedio histórico de 200 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos, a tan solo 83 (Figura 6). Es un dato positivo que requiere investigación. Meta 3.2 del ODS. Reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y reducir la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos. Ya me referí antes a la mortalidad de menores de cinco años, baste con subrayar que ya cumplimos la Meta establecida en el ODS. Veamos nuestra situación para la mortalidad neonatal. La siguiente gráfica Figura 7, muestra claramente que también desde hace quince años mantenemos una tendencia al descenso, cumpliendo claramente con la Meta 3.2

Fig.7 Tasa de mortalidad neonatal en la República de Panamá del 2014 al 2017 y línea de tendencia para 2018.

Sin embargo, las principales causas de muerte en menores de cinco años (neumonías, diarreas, desnutrición, accidentes y violencias) fueron en su mayoría evitables y en muchos casos el acceso de niños a los servicios de salud que necesitan también es limitado. Adicionalmente, como es el caso de la mortalidad materna y la mortalidad infantil, los avances alcanzados no son parejos en todo el territorio nacional, y algunas poblaciones corren el riesgo de no alcanzar la meta de reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos.

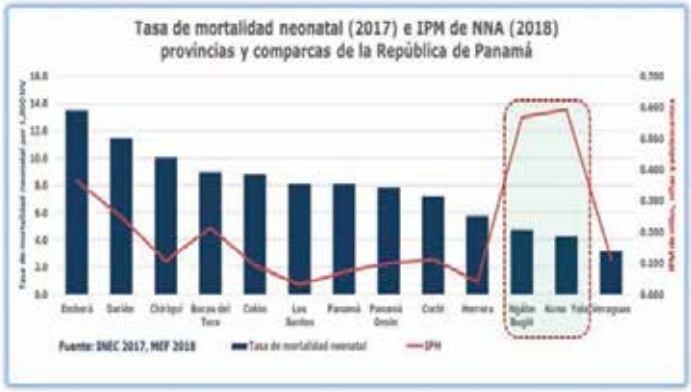

Fig.8 Tasa de mortalidad neonatal en relación al IMP de niños , niñas y adolescentes por provincias y comarcas en la República de Panamá 2018.

No obstante, al analizar el comportamiento del indicador por provincias y comarcas, introduciendo la situación de pobreza multidimensional en niños, niñas y adolescentes, llaman poderosamente la atención, y debe ser motivo de investigación

Pediátr Panamá 2019; 48 (3): 24-28

adicional dos hechos que riñen con el comportamiento de este indicador: (i) no hay relación clara entre la tasa de mortalidad neonatal (2017) y el IPM de niños, niñas y adolescentes, y (ii) las comarcas Kuna Yala y Ngäbe Buglé, teniendo el mayor IPM, tienen la menor tasa de mortalidad neonatal Figura 8.

Conclusiones

Para concluir me permito citar para Panamá, los comentarios finales que, sobre el derecho de los niños a la salud, hace el documento de la CEPAL y UNICEF, titulado "América Latina y el Caribe a 30 años de la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño".

- Panamá muestra avances importantes, como un mayor nivel de cobertura de la atención y menores barreras de acceso a los servicios de salud para la población infantil y adolescente.
- No obstante, en cuanto al acceso universal a la salud, es clave señalar que aún persisten brechas e inequidades asociadas con la etnia, el ingreso o el territorio.
- Para que la atención de la salud sea adecuada en el país, se requieren mayores esfuerzos para mejorar la calidad de los sistemas de salud, con énfasis en las desigualdades territoriales.
- Además de aumentar la cobertura y la calidad de la atención, es necesario seguir trabajando por aumentar el acceso al agua potable y al saneamiento, en tanto estos tienen una relación directa con la menor morbilidad de la población infantil.
- Además, existen temas emergentes que afectan la salud y los derechos de los niños, niñas y adolescentes, incluidas la mayor carga de las enfermedades no transmisibles y la necesidad de fortalecer los servicios de salud adolescente.

Referencias

1. UNICEF, Convención de los derechos del Niño. 2006
2. Sistema de las Naciones Unidas, Objetivo de Desarrollo del Milenio, IV Informe de Panamá 2014
3. Sistema de Naciones Unidas, Objetivos de Desarrollo Sostenible. UNDP 2015
4. MIDES, MEF & INEC (2019). Índice de Pobreza Multidimensional de Niños, Niñas y Adolescentes. Panamá 2018. Panamá, Panamá: UNICEF
5. Estadísticas vitales del Instituto Nacional de Estadística y Censo. Panamá 2017