
Mortalidad infantil en Venezuela (2001): sus disparidades socioeconómicas y territoriales*

Andreina Gómez

Introducción

En Venezuela, a diferencia de otros países de América Latina, en los últimos años se ha contribuido poco al conocimiento sobre las condiciones de sobrevivencia en la niñez y sus disparidades sociales y territoriales. Si bien se reconoce que ellas pueden sintetizar el estado de salud, bienestar y desarrollo de la población, son escasos los estudios disponibles que sirvan de referencia a la hora de programar las intervenciones orientadas a reducir los riesgos de mortalidad temprana y las inequidades que se registran con relación a este fenómeno en ámbitos desagregados.

Este estudio ha tenido el objetivo de precisar las estimaciones de la mortalidad infantil que permitan establecer el grado de disparidad socioeconómica y territorial, mediante la derivación de una serie de índices que se han propuesto para la medición de la desigualdad en los temas de salud. A partir de estos índices que hacen posible la identificación de las situaciones extremas en los riesgos de sobrevivencia, las distancias en los niveles de la mortalidad infantil, así como su variabilidad territorial. Se busca mostrarla heterogeneidad de situaciones que permanecen ocultas tras la tasa de mortalidad infantil a nivel nacional.

En Venezuela hay dos fuentes de información que pueden usarse para el cálculo de las tasas de mortalidad infantil (TMI) a nivel de municipios: los Censos de Población y Vivienda y las Estadísticas Vitales; sin embargo el aprovechamiento de las mismas ha sido hasta ahora bastante limitado, entre otras razones, debido a problemas que confrontan estas fuentes. En este trabajo el Censo de Población y Vivienda 2001 constituye la fuente fundamental debido a que recoge información tanto de hijos sobrevivientes como de hijos nacidos vivos, insumos necesarios para la obtención de estimaciones indirectas de la mortalidad infantil mediante el método de los hijos sobrevivientes propuesto por William Brass. Adicionalmente, el censo suministra información socioeconómica individual y familiar que será utilizada para la estratificación de los municipios. Los resultados provenientes de estas estimaciones ofrecieron indicios de que existe una gran heterogeneidad por municipios, lo cual es evidente, incluso cuando se trata de entidades que han alcanzado reducir sus niveles de la TMI. Se constató la necesidad de trabajar con indicadores desagregados para reflejar más apropiadamente la realidad del fenómeno en todo el territorio nacional, y así orientar la elaboración de políticas más efectivas.

* Avances de la Tesis "Mortalidad Infantil en Venezuela: Un análisis de sus desigualdades sociales y territoriales. Censo 2001". (En preparación).

1. El derecho a la vida y la sobrevivencia infantil

La salud es un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes y servicios necesarios para sobrevivir. Si la salud es un derecho, es por tanto un deber del Estado formular políticas que permitan alcanzar su máximo goce. En nuestra Constitución (1999) se establece la garantía al derecho a la salud como obligación del Estado como parte del derecho a la vida (Art. 83 al 86).

La salud como un derecho a la vida ha estado consagrada en numerosos tratados internacionales donde los países se han comprometido en cumplir una serie de metas u objetivos con el fin de asegurar su plena efectividad, entre estas metas se ha propuesto la reducción de la mortalidad infantil. A partir de la Convención por los Derechos del Niño (1989), la Cumbre Mundial a favor de la Infancia (1990) y la Declaración del Milenio (2000) los países, entre ellos Venezuela, consignaron el compromiso de velar por la supervivencia infantil, llevando implícito la necesidad de ocuparse no sólo de la recuperación de la salud física, sino también, los aspectos preventivos y promocionales de la salud. (Freitez, et al. 2001; Naciones Unidas, 2004; UNICEF, 1990)

En las últimas dos décadas hay países donde los logros en materia de reducción de la mortalidad infantil han sido escasos y las mejoras se han alcanzado con poca participación de los sectores más desfavorecidos, con lo cual las situaciones de inequidad no se han superado e incluso en algunos casos se han tornado más visibles. Ello ha motivado que se centre mayor atención en el problema de las desigualdades sociales frente a la mortalidad temprana. Si bien la preocupación de los países por el tema de la mortalidad infantil, es recogido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio es importante señalar que el logro de la meta propuesta (meta 4)1 “sólo será posible si el grueso de la reducción futura de las muertes tempranas se concentra en los grupos más desaventajados” (CEPAL, 2006). Por tal razón, se requeriría establecer explícitamente cuál debe ser el compromiso de los países en alcanzar una disminución de la desigualdad social y territorial de la mortalidad infantil. Justamente esta ha sido una de las críticas formuladas a los ODM que no atacan el problema de las desigualdades.

En Venezuela, a diferencia de otros países de América Latina, en los últimos años se ha contribuido poco al conocimiento sobre los niveles y determinantes de la mortalidad infantil y en particular sobre las disparidades territoriales y sociales en ámbitos desagregados. Si bien se reconoce la importancia del indicador como sintetizador de condiciones de salud, bienestar y desarrollo de una población y la relevancia de contar con esta información por municipios, son escasos los estudios reportados por las universidades e instituciones de investigación en el área social y de la salud, así como por las dependencias de la administración pública. Probablemente una de las razones que se aluden es la dificultad de acceso a la información, la poca familiaridad que existe con los procedimientos de estimación indirecta que constituyen una alternativa para aproximarse al tema, aunque creemos que ello no justificaría plenamente la poca atención que ha recibido este tema.

2. Aspectos Metodológicos

Objetivo del Estudio

Este trabajo tiene como propósito determinar el nivel de la mortalidad infantil en el ámbito municipal utilizando un procedimiento indirecto a partir del Censo de Población y Vivienda 2001, basado en el método de los hijos sobrevivientes e hijos nacidos vivos. A partir de estas estimaciones se pretende establecer el grado de disparidad territorial de la mortalidad infantil mediante la obtención de una serie de índices que se han propuesto para la medición de la desigualdad en los temas de salud.

Fuentes de información y procedimientos de estimación de la mortalidad infantil

Son tres las fuentes de información para el estudio de la mortalidad infantil: las estadísticas vitales, los censos de población y las encuestas demográficas.

Las estadísticas vitales

Recogen la información proveniente de los registros de defunciones y nacimientos. A partir de esta información se puede calcular de manera directa la tasa de mortalidad infantil. En Venezuela, las estadísticas de defunciones son suministradas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el Ministerio de Salud, en tanto, que la elaboración de la información sobre los registros de nacimientos es responsabilidad del INE.

La validez de la tasa de mortalidad infantil a partir de la información obtenida de las estadísticas vitales, va a depender de la cobertura de las defunciones como de los nacimientos. Es importante destacar que una mayor cobertura en los registros de nacimientos sin una mejora en el registro de defunciones, tiende a subestimar la tasa de mortalidad infantil y, por lo tanto, parecería que la situación de ese fenómeno se ha tornado más favorable de lo que en realidad corresponde. En Venezuela la calidad de las estadísticas vitales no han alcanzado estimaciones confiables de la mortalidad infantil por unidades geográficas desagregadas, y menos aún por características socioeconómicas de la población (Romero, 1999).

Los censos de población

El censo de población juega un rol creciente en la medición de la mortalidad a causa de la inclusión de preguntas sobre hijos sobrevivientes e hijos nacidos vivos tenidos, para obtener estimaciones indirectas de la misma. A su vez, el censo recoge información socioeconómica individual y familiar que hacen posible el estudio de la interrelación entre las características demográficas y socioeconómicas de los hogares de los distintos ámbitos territoriales (Welti, 1997). Sin embargo, los censos no se encuentra exentos de limitaciones, presentan errores de cobertura y de contenido que se expresan en el grado de omisión, la subenumeración de la población y la tasa de no respuesta en las preguntas sobre hijos nacidos vivos e hijos sobrevivientes.

En Venezuela, han sido escasos los estudios donde se aproveche el censo para el cálculo indirecto de la mortalidad infantil. Realizando una búsqueda exhaustiva de la bibliografía sobre el tema, encontramos el trabajo elaborado por Dalia Romero (1999), que se planteó como objetivo utilizar el Censo de Población y Vivienda realizado en 1990 para calcular en forma indirecta la mortalidad infantil aplicando la variante del método de Brass propuesta por Palloni

& Heligman y evaluar la calidad de las estimaciones de mortalidad infantil a partir de información obtenida de las estadísticas vitales a nivel de las entidades.

Las encuestas demográficas

Las encuestas demográficas en principio, permiten la estimación la mortalidad infantil en forma directa e indirecta debido a que se incluyen preguntas que lo hacen posible. Esta fuente solamente proporciona estimaciones con representación nacional, y eventualmente, para los dominios de la encuesta si la muestra lo permite, de modo que, no es idónea para obtener tasas de mortalidad infantil desagregadas territorialmente. Sin embargo, la información que aportan las encuestas pueden ser de gran utilidad para el análisis de los riesgos de muerte en la niñez discriminados según variables socioeconómicas (nivel educativo, pobreza, residencia, condiciones sanitarias) y relacionados con el nacimiento (edad de la madre, sexo del hijo, peso al nacer, atención al parto, entre otros).

En Venezuela, en la Encuesta de Población y Familia en 1998 (ENPOFAM) se incluyó una historia de nacimientos a partir de la cual se realizó un análisis de los niveles y diferencias (características del nacimiento y según características socio-económicas) de la mortalidad infantil. (Freitez, 2001).

En cuanto a los procedimientos de estimación de la mortalidad infantil encontramos dos: directa e indirecta.

Estimación directa: la mortalidad infantil se deriva del cociente entre las defunciones ocurridas en menores de un año y el número de nacimientos vivos durante el período de referencia.

Estimación indirecta: los niveles de la mortalidad infantil, se obtienen a partir de una serie de métodos basados en la información sobre el número de hijos nacidos vivos y de hijos fallecidos recabada a través de los censos de población y las encuestas demográficas.

Uno de los métodos más utilizados es el de los hijos sobrevivientes, procedimiento propuesto originalmente por William Brass para convertir la proporción de hijos fallecidos entre todos los nacidos vivos, en estimaciones de la probabilidad de morir antes de alcanzar ciertas edades exactas (Naciones Unidas, 1986).

La información requerida para la aplicación del método es la siguiente:

- a. Población femenina por grupos quinquenales de edades (15-49 años)
- b. Número de hijos nacidos vivos clasificados por grupos de edades de las madres.
- c. Número de hijos sobrevivientes según grupos de edades de las madres.

El número de hijos vivos e hijos sobrevivientes se obtienen a partir de preguntas realizadas a mujeres mayores de quince años. Los datos obtenidos de estas preguntas permiten calcular la proporción de hijos fallecidos con respecto al total de hijos nacidos vivos según la edad de la madre.

En las últimas tres décadas este procedimiento y sus variantes han sido empleados en numerosos países con problemas en la calidad de información, esto gracias a la simplicidad y robustez del método. Además, estos métodos han permitido obtener estimaciones por desagregación geográfica y características socioeconómicas de la población (Naciones Unidas, 1986).

Las estimaciones de la mortalidad infantil a nivel municipal utilizadas en este estudio provienen de la aplicación del método propuesto por Brass con la variante de Coale y Trussell sobre la información del Censo 2001², que elaboramos en el marco del proyecto AVEPO-UNFPA para apoyar la preparación del Informe de Análisis Situación de País (ASP) del Fondo de Población de la Naciones Unidas.

Medición de la Desigualdad

En el presente estudio de la mortalidad infantil en Venezuela, las desigualdades corresponden a las brechas en la probabilidad de muerte en edades tempranas entre grupos que se diferencian por su ubicación geográfica. En vista de la importancia que ha adquirido el tema de las desigualdades sociales y su impacto en la salud, un grupo de investigadores (Schneider et al, 2002; Szwarcwald, 2002; Wagstaff, 2002) han propuesto una serie de indicadores que provienen del campo de la salud y que se han fortalecido con los avances alcanzados en economía en los estudios de las desigualdades en los ingresos.

El *primer grupo* de indicadores de la desigualdad que serán adoptados en este trabajo está constituido por una serie de medidas sencillas que se expresan como diferencias absolutas o relativas de las tasas de mortalidad infantil. Estos indicadores son los siguientes: la diferencia absoluta y la razón de tasas. A través de estos indicadores se comparan dos grupos en situaciones extremas, ya sea por clase social o dos unidades geográficas con indicadores socioeconómicos extremos. En el presente estudio de la mortalidad infantil en Venezuela, las desigualdades corresponden a las brechas en la probabilidad de muerte en edades tempranas entre grupos que se diferencian por sus condiciones socioeconómicas o geográficas (Schneider et al, 2002; Szwarcwald, 2002)

El *segundo grupo* de indicadores corresponde a medidas de la disparidad, en este caso se usa la media aritmética como el punto de referencia y la sumatoria de las diferencias absolutas entre las tasas de cada grupo de población. El coeficiente de variación que es una medida recomendada para analizar el grado de heterogeneidad espacial respecto a los indicadores sobre el estado de la salud (CEPAL, 2006). En este estudio será adoptado para verificar si en los diferentes ámbitos territoriales tienden a experimentar cierta disparidad en sus niveles.

3. La mortalidad infantil en América Latina y el Caribe: nivel descendente y desigualdad creciente

La mortalidad en edades tempranas en los países de América Latina y el Caribe ha caído durante las últimas cuatro décadas. Desde 1950-1955 a 1995-2000 ha disminuido en 74 por ciento la mortalidad infantil en la región latinoamericana. En ese período se pasó de una tasa de 128 a 32 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos. Los tres países con mayores logros son Cuba, Costa Rica y Chile, éstos alcanzaron tasas similares a las de Europa, cercanas al 10 por mil. Países como Argentina, Uruguay, Panamá y Venezuela alcanzaron tasas aproximadas de 20 defunciones por cada mil. Vale destacar que Venezuela hasta los cincuenta había alcanzado una tasa de mortalidad infantil inferior a la de Chile y Costa Rica, pero en las décadas siguientes éste país desaceleró el ritmo de descenso y perdió rápidamente su posición favorable. (Romero, 1994; Freitez, 2003; Chackiel, 2004; CEPAL, 2006).

² Una explicación detallada sobre el procedimiento utilizado y el análisis de la consistencia de los resultados se encuentra en el Capítulo Metodológico de la Tesis de Grado "Mortalidad Infantil en Venezuela: Un análisis de sus desigualdades sociales y territoriales. Censo 2001", que la autora prepara para optar al título de Socióloga.

A pesar que algunos países han logrado sostener el ritmo de reducción de la mortalidad infantil, y con ello se han acentuado las disparidades dentro de la región, en Brasil, niños que nacen en el estado con peores condiciones de bienestar tienen 4,4 veces mayor el riesgo a morir que los que nacen en el estado más aventajado; una brecha aún más alta (4,8) se registra en Panamá entre los Estados en condiciones extremas. Disparidades algo menos marcadas se detectan en Honduras, Panamá y México. Las menores disparidades se ven reflejadas entre las provincias de Chile y Costa Rica. Ver anexo 1. (CEPAL, 2006).

Con respecto a la variabilidad territorial, se verifican en Costa Rica y Chile los valores más bajos, lo que refleja una mayor homogeneidad intranacional en los niveles de riesgo frente a la muerte temprana. Cabe destacar que ambos países se distinguen en la región por su bajo nivel de mortalidad infantil como resultado de la extensión de servicios de salud y programas maternoinfantiles. Una variabilidad de mayor intensidad se constata en el interior de Brasil y Panamá, a pesar de que en los últimos años redujeron significativamente las tasas de mortalidad infantil (CEPAL, 2006).

4. La Mortalidad Infantil en Venezuela

La evolución de la mortalidad infantil en Venezuela ha ocurrido en el marco de grandes transformaciones socio-económicas. Para la década de los años treinta éste era uno de los países más pobres de la región, sus condiciones rurales y los índices de insalubridad ocasionaban la mayoría de las enfermedades de la población. La mortalidad infantil a nivel nacional era de 121,7 por mil y en algunas entidades superaba los doscientos por mil. En el curso de los años cuarenta y cincuenta la nación venezolana experimentó un proceso de modernización que se caracterizó por una economía cuyas bases se fundamentan en la explotación de petróleo y, con ello, un proceso de urbanización y migración rural-urbana, que produjo transformaciones significativas en la estructura de la población. A partir de 1950 este auge económico favoreció la acción estatal en el ámbito de la salud y en materia de saneamiento, provocando así una reducción de los focos endémicos y como consecuencia una mejora notable de las condiciones de vida de la población. Las amplias ganancias en el campo de la salud se reflejan en las tasas de mortalidad infantil nacional cuyo nivel descendió significativamente para ésta década a 80 defunciones por mil. (Bidegain 1985; Bidegain, 1989a; Romero, 1994; Freitez, 2003).

Treinta años más tarde, Venezuela afronta a una serie de desequilibrios macroeconómicos que desencadenan en una de las peores crisis de la historia, caracterizada principalmente por: la disminución del poder adquisitivo de la población, el aumento de la pobreza, el desempleo y la creciente caída de la capacidad del Estado por ofrecer servicios sociales a la población. En el curso de la década de los 80 la acción del Estado se distinguió por disminuir el gasto social en salud, hecho que contribuyó con el estancamiento y deterioro de la salud de la población, producto del detrimento de los servicios públicos de atención a la salud, y los problemas de cobertura de los programas de atención materno infantil. La tasa mortalidad infantil entre 1980 y 1995 experimenta una desaceleración de su ritmo de descenso, pasó de 32 a 24 defunciones por cada mil nacidos vivos. Entre 1995 y el año 2001 se ha observado cierta recuperación en el ritmo de disminución de la mortalidad infantil, ubicándose al inicio de esta década en 17 defunciones por cada mil nacimientos antes de alcanzar el primer año de vida (Bidegain, 1989b; Romero 1994; Freitez 2003).

Frecuentemente la tasa de mortalidad del país oculta una heterogeneidad de situaciones en el ámbito subnacional, la cual está asociada a variables socioeconómicas y de salud. Los grupos sociales con mejores índices de bienestar así como las áreas más urbanizadas han obtenido una mayor ganancia de la salud respecto a las entidades y estratos de mayor pobreza. Las diferencias regionales en la mortalidad infantil eran evidentes desde los años sesenta, entidades como Mérida, Portuguesa y Trujillo tenían tasas superiores a 100 por mil nacidos vivos, es decir, dos veces más que las tasas

registradas en estados con mortalidad más baja como el Distrito Federal. A comienzos de los ochenta se evidencia una reducción del nivel de la mortalidad en la mayoría de las entidades federales pero las diferencias entre éstas persisten, por ejemplo las tasas de mortalidad infantil del Distrito Federal se ubica en 29,9 por mil, Trujillo 47,8 por mil, Portuguesa 40,2 por mil y Delta Amacuro 56,1 por mil (Bidegain, 1985). Para el nuevo siglo el país debutó mostrando continuidad en las reducciones de las tasas de mortalidad infantil pero sin resolver el problema de las disparidades. Entidades como Apure, Delta Amacuro y Amazonas duplican la tasa de mortalidad infantil del Distrito Federal, el cual sigue reflejando el menor nivel (INE, 2002).

Si bien la observación de las desigualdades en la mortalidad infantil por entidad federal significa una ganancia en cuanto a la identificación de la diversidad de situaciones en términos geográficos (territoriales), todavía resulta insuficiente para la programación de las intervenciones en el ámbito de las políticas públicas dirigidas a incidir sobre la intensidad del fenómeno y sus factores de riesgo.

Lo que se oculta detrás de las cifras del país

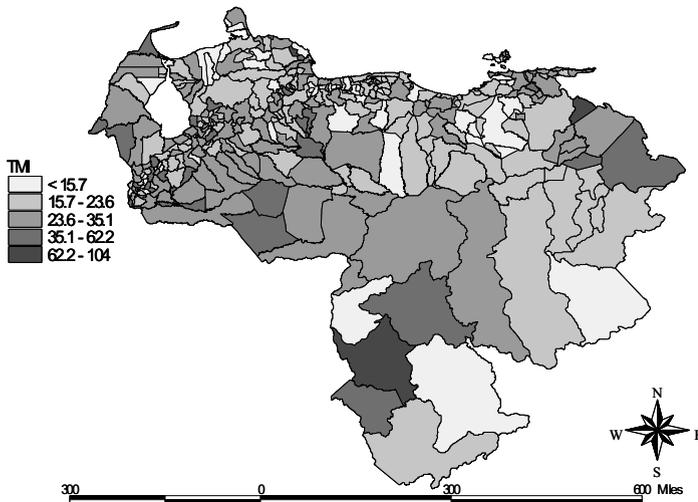
Los niveles más elevados de mortalidad infantil se observan en aquellas entidades con altos porcentajes de pobreza, como son el caso de Apure, Amazonas y Delta Amacuro. El nivel estimado para el Distrito Capital (17 por mil), donde se registran los valores mínimos, el riesgo de morir antes de cumplir un año es más de dos veces menor al que se calcula para el Estado Delta Amacuro (36,8 por mil). Una situación menos aventajada a la del Distrito Capital se identificó en Monagas, Sucre, Portuguesa, Táchira, Zulia, Trujillo y Yaracuy, cuyas tasas reflejan un riesgo de morir de 35% a 45% más intenso.

Al interior de las entidades se pueden identificar contrastes más significativos a los mostrados anteriormente (Mapa 1). El mayor grado de variabilidad territorial se aprecia en los Estados Amazonas y Delta Amacuro, ahí encontramos los municipios con las TMI más altas (104 y 84 respectivamente). En Delta Amacuro, los niños que nacen en el municipio Pedernales tienen 3,9 veces mayor riesgo de morir antes de cumplir un año que los que nacen en el municipio Tucupita donde tiene su asiento la capital; una brecha aún más alta (5,8) se detecta en Amazonas, entre los nacidos en el municipio Autónomo Atabapo y Autónomo Atures sede de la ciudad capital Puerto Ayacucho. Es de destacar que todos los municipios de estas entidades concentran importantes núcleos de comunidades indígenas.

Otra entidad muy heterogénea es Falcón, donde la diferencia entre los valores extremos de la TMI es de 60 puntos; Táchira y Mérida muestran una gran variabilidad territorial, pero mucho menos pronunciada que los casos anteriores. El coeficiente de variación en las entidades anteriormente descritas supera el 40% y lo hemos calificado en un rango de alta disparidad. Dentro de esta clasificación encontramos el Distrito Capital, que a pesar de que es la entidad que refleja las menores TMI, las diferencias entre los grupos extremos es de 29 puntos. Contrariamente, las situaciones relativamente menos heterogéneas las encontramos en Barinas, Apure y Monagas, los coeficientes de variación están por debajo del 20%.

Mapa 1

Venezuela: tasa de mortalidad infantil por municipio. Censo 2001:



Las probabilidades de morir antes de cumplir el primer año de vida, en el estado Falcón y Mérida es alto. Los niños que nacen en el municipio San Francisco del Estado Falcón es 9 veces más riesgo de morir que los que nacen en el municipio Bolívar. En el Estado Mérida en el municipio Guaraque, donde predomina la población rural, el riesgo de no alcanzar el primer año de vida es mayor que el municipio Zea donde las condiciones de urbanización son mejores. Una brecha aún más alta (10) entre sus municipios se detecta en el Estado Táchira. Disparidades menos pronunciadas se pueden observar en los estados Apure, Monagas, y Lara.

Cuadro N° 2

Venezuela. Indicadores de Desigualdad de la Mortalidad Infantil según Divisiones Administrativas Menores. Censo 2001

Entidad	Federal	Nro. de						Desviación estandar	Coeficiente de variación	
		Total	municipios	Máximo	Mínimo	Diferencia	Razón			
Alta Disparidad	Amazonas	32,4	7	83,9	14,4	69,5	5,8	36,0	28,4	79,1
	Delta Amacuro	36,8	4	104,0	26,5	77,5	3,9	41,8	31,8	76,2
	Falcón	19,8	25	67,3	7,7	59,6	8,8	21,9	14,1	64,5
	Táchira	23,2	29	47,3	4,9	42,4	9,6	24,9	10,6	42,5
	Mérida	21,3	23	40,9	4,6	36,3	8,9	22,8	9,7	42,4
	Distrito Capital ^{1/}	17,0	22	34,0	5,5	28,5	6,2	17,2	7,1	41,5
Moderadamente alta dispridad	Nueva Esparta	18,4	11	34,3	12,7	21,6	2,7	19,1	7,2	37,7
	Yaracuy	24,4	14	41,5	10,3	31,2	4,0	26,4	9,5	36,1
	Zulia	22,9	21	48,4	15,7	32,7	3,1	23,3	7,5	32,1
	Sucre	23,5	15	42,7	9,9	32,8	4,3	26,2	8,3	31,8
	Cojedes	28,0	9	40,5	15,9	24,7	2,6	29,4	9,4	31,8
	Bolívar	19,7	11	32,0	9,4	22,6	3,4	20,3	6,4	31,7
	Aragua	19,0	17	33,8	12,7	21,1	2,7	20,1	6,1	30,4
	Trujillo	24,6	20	43,4	14,7	28,7	2,9	26,2	7,9	30,0
	Vargas	18,7	11,0	34,2	6,4	27,7	5,3	22,8	6,8	29,8
	Carabobo	19,8	14	27,2	8,9	18,4	3,1	20,5	5,8	28,3
Moderada Disparidad	Lara	19,3	9	30,3	13,5	16,8	2,2	19,7	4,8	24,5
	Anzóategui	19,9	21	30,0	11,9	18,0	2,5	20,3	4,9	24,2
	Guárico	20,3	15	28,6	10,6	18,1	2,7	21,1	4,8	22,9
	Portuguesa	23,1	14	34,1	13,8	20,2	2,5	23,5	5,1	21,6
	Miranda	18,2	21	24,9	10,1	14,8	2,5	18,6	4,0	21,4
	Barinas	27,9	12	46,3	18,1	28,2	2,6	38,1	7,5	19,8
	Monagas	23,1	13	30,7	14,0	16,7	2,2	23,3	4,3	18,6
Apure	32,0	7	43,2	23,5	19,7	1,8	32,4	6,1	12,8	

^{1/}En estas entidades los indicadores se obtuvieron considerando las estimaciones de la mortalidad infantil por parroquias ya que están conformadas por un solo municipio.

^{2/} Ponderado según el peso de los fallecidos por áreas administrativas menores

Si nos detenemos a observar el Distrito Capital, la brecha entre las tasas de mortalidad infantil entre sus parroquias es alta a pesar de ser la entidad a pesar de ser la entidad con mejores niveles en las TMI. La parroquia Catedral registra la tasa más alta (34 por cada mil nacidos) y Santa Teresa y Candelaria la más baja (5,5 por cada mil nacidos).

5. A modo de síntesis y reflexión

A pesar de los logros en materia de reducción de la tasa de mortalidad infantil en las últimas décadas en Venezuela, se oculta una gran heterogeneidad de situaciones en el ámbito subnacional, la cual está asociada a variables socioeconómicas y de salud.

Este mapa de la mortalidad infantil que se tiene a partir de las estimaciones indirectas elaboradas con base al último censo, no pareciera ofrecer indicios que apunten a la existencia de una menor heterogeneidad por municipios cuando se trata de entidades federales más favorecidas en términos de sus condiciones de bienestar. Sin embargo vale advertir que, más allá del error de precisión estadística, estas estimaciones bien aportan un orden de magnitud de los diferenciales. En todo caso se precisa de un análisis más afinado en este sentido.

Es importante señalar que un acercamiento mayor a la geografía de la mortalidad infantil en Venezuela se tiene a partir de la información respectiva a nivel local. En Venezuela no contamos con estimaciones de la mortalidad infantil a niveles desagregados que permitan comparar las estimaciones obtenidas a través del censo. Se recomienda que haya un mayor esfuerzo para profundizar las tareas

orientadas a mejorar estas fuentes para recolectar información en ámbitos desagregados, ya que éstas permitirán disponer de estimaciones de la mortalidad infantil más fidedignas y, a su vez, contar con herramientas necesarias para la programación de políticas públicas dirigidas a mejorar las condiciones de bienestar de la población infantil.

Bibliografía

- AMADEO, E. (S/F). Notas sobre el concepto de pobreza. Observatorio Social, cuaderno N° 4.
- BEHM, H. (1992). Las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina. En CELADE. Serie B, N: 96. Santiago de Chile.
- BIDEGAIN, G. (1985). Evolución reciente de la mortalidad infantil. Documento de Trabajo N° 14. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello (IIES-UCAB). Caracas.
- BIDEGAIN, G. (1989a). Desigualdad social y esperanza de vida en Venezuela. Documento de Trabajo N° 34. Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales de la Universidad Católica Andrés Bello (IIES-UCAB). Caracas.
- BIDEGAIN, G. (1989b). Características y diferencias de la mortalidad infantil en Venezuela durante las dos últimas décadas. En: Lattes, A., et al. Salud, enfermedad y muerte de los niños en América Latina. CLACSO, pp 297-320.
- <http://www.unicef.org/wsc/declare.htm#Thechallenge>
- CASTAÑEDA, T. (1996). Contexto socioeconómico y causas del descenso de la mortalidad infantil en Chile. Revista Estudios Públicos, N° 64. pp 1-50.
- CELADE (1985). Mortalidad Infantil en Honduras. Serie OI, N° 39. Santiago de Chile. (pp. 50-64)
- CEPAL (2006). Desigualdades demográficas y desigualdad social: Tendencias recientes, factores asociados y lectura de política. Capítulo CELADE para el Panorama Social 2005. (On Line), Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/DesarrolloSocial/8/LCG2288PE/PSE2005_Cap3_DesigualdadDemografica.pdf (Enero, 2006).
- CHACKIEL, L. (2004). La dinámica demográfica. CEPAL, Serie de Población N° 52. (On Line) Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/7/LCL2127P/lcl2127-P.pdf> (Febrero, 2006).
- DIAZ, Y. (2003). ¿Es necesario sacrificar equidad para alcanzar desarrollo?: El caso de las inequidades en mortalidad infantil en Colombia. CEDE. (On Line), Disponible en: <http://economia.uniandes.edu.co/~economia/archivos/temporal/D2003-11.pdf> (Noviembre, 2005).
- DI BRIENZA, M. (1997). Consideraciones sobre la calidad de la información de fecundidad, Censo (1990). Mimeo de Trabajo, Departamento de Estudios Demográficos, IIES-UCAB. Caracas.
- ECHARRI C., C. (2003). Hijo de mi hija...Estructura familiar y salud familiar. El Colegio de México. México, D.F.
- FREITEZ, A. (2001). Informe ENPOFAM'98 – Encuesta Nacional de Población y Familia 1998. FNUAP. Caracas. p-98.
- FREITEZ, A; DI BRIENZA, M. Y ZUÑIGA, G. (2001). Documento Base para el Informe Nacional sobre el Seguimiento de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia. IIES-UCAB. Departamento de Estudios Demográficos. Caracas. P-65.
- FREITEZ, A. (2003). La situación demográfica en Venezuela a inicios del tercer milenio. Temas de Coyuntura, N° 47. IIES-UCAB. Caracas. pp. 45-88.
- INE (2002). Venezuela: Estadísticas Vitales, 2001. Caracas.

- INEI (1999). Perú: Mortalidad Infantil, Pobreza y Condiciones de Vida. (On Line). Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/est/lib0077/indice.htm> (Marzo, 2006).
- INEGI (2004). La Mortalidad Infantil en México 2000. Estimaciones por entidad federativa y municipio. (On Line), Disponible en: [www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/metadatos/estudios/es_61.asp?c=4713 - 27k](http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/metadatos/estudios/es_61.asp?c=4713-27k)
- METZGER, X. (2002). La agregación de datos en la medición de desigualdades e inequidades en la salud de las poblaciones. Revista Panamericana de Salud Pública 12 (6). (On Line), Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n6/a12v12n6.pdf>. Enero, 2007
- MORELOS, J. (2001). El Comportamiento de la Mortalidad Infantil en las Áreas Metropolitanas de las Ciudades de México, Guadalajara y Monterrey, 1990. Papeles de Población N° 27, México, pp. 169-205. (On Line), Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?!Cve=11202707>. Noviembre, 2005.
- NACIONES UNIDAS (1986). Manual X. Técnicas indirectas de estimación demográfica. ST/ESA/SER, A/81, New York.
- NACIONES UNIDAS (2004). Cumpliendo las metas del milenio 2004. República Bolivariana de Venezuela – Gabinete Social.
- NACIONES UNIDAS (2006). Mortalidad Infantil. (On Line), Disponible en : <http://www.undp.org/spanish/mdgsp/ODM-mortalidad.pdf>
- PEREZ, P.; BOU, N (S/F). Desigualdades en Salud: una perspectiva de desarrollo desde atención primaria. Centro de Salud Pública de Alzira. (On Line), Disponible en: <http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/6/editorial.pdf>. (Febrero, 2006)
- REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. Constitución Nacional de Venezuela. (On Line) Disponible en: <http://www.constitucion.ve/documentos/ConstitucionRBV1999-ES.pdf>. (Enero 2007).
- ROMERO, D. (1994). La Transición de la mortalidad infantil y la evolución socio-económica de Venezuela. El deterioro de en la década de los ochenta. Temas de Coyuntura, N° 45, IIES-UCAB, pp. 7-23.
- ROMERO, D y LANDMAN, C. (1999). Evaluación de la información básica para estimar la mortalidad infantil por entidad federal desde los años ochenta. Revista Venezolana de Análisis de Coyuntura, Vol. V, N° 2 (jul-dic), pp. 167-190. (On Line), Disponible en: <http://www.revele.com.ve/programas/indice/ria.php?rev=coyuntura&id=12841> (Julio,2006).
- SCHNIEDER, M. et al (2002). Métodos de medición de las desigualdades de salud. Revista Panamericana Salud Pública. Vol. 12, N° 6. (On Line) Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v12n6/a08v12n6.pdf> (Octubre, 2005).
- SZWARCWALD, C. et al. (2002). Medidas de la desigualdad en salud: la discusión de algunos aspectos metodológicos con una ampliación para la mortalidad neonatal en el Municipio de Rio de Janeiro, 2000. Cad. Saúde Publica, Rio de Janeiro Vol. 18, N° 4. (On Line) Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400005 (Octubre, 2005).
- UNICEF (1990). World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children. New York. (On Line) Disponible en: <http://www.unicef.org/wsc/declare.htm> (Abril, 2007).
- WAGSTAFF, A. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de salud. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 11 N° 5. (On Line), Disponible en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500007&lng=en&nrm=iso (Noviembre, 2005).

WELTI, C. (1997). Demografía I. México: PROLAP-IISUNAM.

ZURITA, B. et al. (S/F). Desigualdad e Inequidad en Salud. Calidoscopio de la Salud. pp 29-39. (On Line).

Disponible en: www.funsalud.org.mx/casesalud/calidoscopio/01%20Desigualdad.pdf. (Junio, 2006)

Anexo N° 1

América Latina y El Caribe: Indicadores de desigualdad de la mortalidad infantil según divisiones administrativas mayores

Países	Censos	Nivel	Nro. de					Desviación		Coeficiente de variación
		Nacional	divisiones	Mínimo	Máximo	Razón	Rango	Media	estandar	
Brasil	1991	58,2	28	30,1	117,2	3,9	87,1	59,0	23,4	39,6
	2000	41,3	28	20,0	87,9	4,4	67,9	40,1	17,4	43,4
Chile	1992	20,8	13	15,3	25,3	1,7	10,0	20,8	2,6	12,6
	2002	12,6	13	9,4	14,1	1,5	4,8	12,6	1,4	11,4
Costa Rica	1984	23,7	8	18,4	32,3	1,8	13,9	25,3	5,4	21,3
	2000	14,6	8	13,2	17,0	1,6	3,8	14,6	1,2	8,1
Ecuador	1990	65,3	22	46,9	10,0	2,2	58,1	66,3	21,7	32,8
	2001	40,6	22	27,0	73,3	2,7	46,3	40,7	11,2	27,6
Guatemala	1994	68,6	22	48,3	93,8	1,9	45,5	69,1	10,3	14,9
	2002	49	22	35,2	64,6	1,8	29,4	49,3	6,8	13,8
Honduras	1988	69,0	18	52,7	96,0	1,8	43,2	68,6	11,4	16,5
	2001	40,8	18	25,5	59,6	2,3	34,1	40,7	9,2	22,7
México	1990	45,8	32	27,5	65,3	2,4	37,7	44,6	10,0	22,4
	2000	32,7	32	20,0	44,2	2,2	24,2	30,5	6,2	20,3
Panamá	1990	31,4	9	19,1	66,3	3,5	47,2	31,4	17,3	54,9
	2000	27,0	9	17,4	48,8	2,8	31,4	27,0	10,5	38,8
Paraguay	1992	47,9	18	40,0	93,4	2,3	53,4	47,8	14,2	29,7
	2002	40,5	18	35,1	86,7	2,5	51,6	40,3	12,4	30,7

Fuente: CEPAL (2006). Desigualdades demográficas y desigualdad social: Tendencias recientes, factores asociados y lectura de política. CELADE para el Panorama Social 2005.