

demos

Jaargang 26
Maart 2010

ISSN 0169-1473

Een uitgave van het
Nederlands
Interdisciplinair
Demografisch
Instituut

Bulletin
over
Bevolking
en
Samenleving

2

NIDI

inhoud

- 1 **Kindersterfte in de wereld**
- 4 **Tussen demografie en science fiction**
- 5 Kindertal niet-westerse vrouwen daalt
- 6 **Geld maakt nog geen Nederlander**
- 6 431 gemeenten in 2010



Foto: Stock xchng/leelandit.

Kindersterfte in de wereld

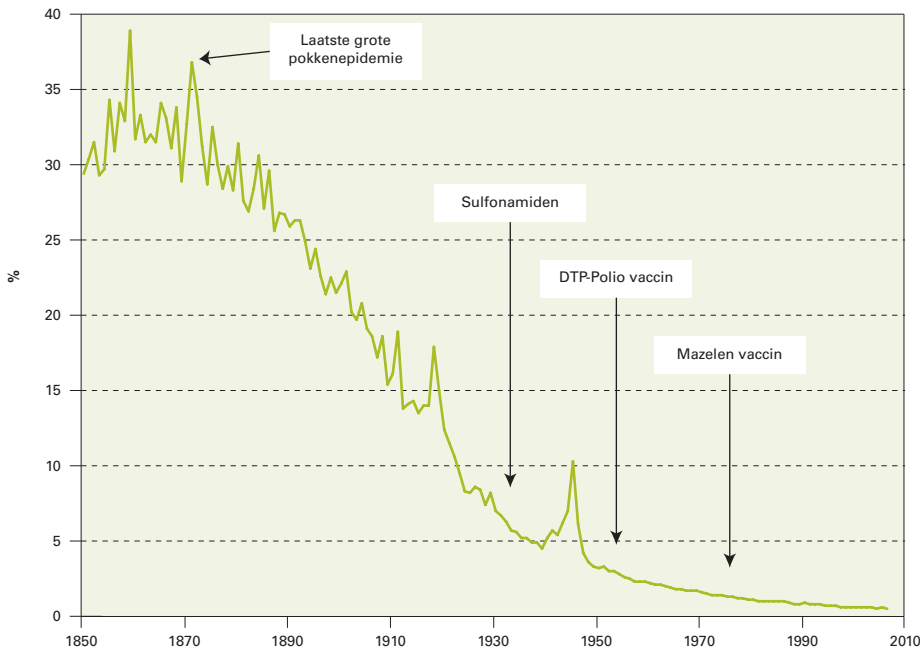
LUC BONNEUX

Globaal falen millenniumdoelstelling verhuult successen

De 'Millennium development goal 4' (MDG 4) beoogt een daling van de kindersterfte met 2/3 tussen 1990 en 2015, wat neerkomt op een wereldkindersterfte die daalt van negen procent in 1990 naar drie procent in 2015 (zie de tabel). Zonder een wonder zullen we dit doel niet halen: de kindersterfte was in 2008 nog steeds 6,5 procent. Er zullen ongetwijfeld oproepen komen om de inspanningen te intensiveren. Dit globale falen verhuult echter successen in grote delen van de wereld. Waar we falen, doen we dit als wereldgemeenschap, die er niet in slaagt om (vooral) zwart Afrika mee te trekken in de vaart der volkeren.

De vierde millenniumdoelstelling stelt dat de kindersterfte in de wereld tussen 1990 en 2015 moet dalen met twee derde, wat ongeveer overeen komt met 55 procent tussen 1990 en 2008. Dat lijkt ontzettend veel. Daarom is een grafiek toegevoegd die de Nederlandse kindersterfte toont sinds 1850 (figuur 1). Deze fluctueert aanvankelijk hevig tussen de 30 en 35 procent. In Nederland zijn deze fluctuaties vooral een gevolg van pokken- en cholera-epidemieën, die in het bijzonder jonge kinderen doden. Rond 1900 begint de kindersterfte echter zeer sterk te dalen. Tussen 1922 (tien procent) en 1981 (één procent), een periode van 60 jaar, daalde deze met 90 procent, wat sneller is dan een daling van 2/3 over tweemaal 30 jaar. Omdat de verleiding tot technologische 'quick fixes' steeds groot is, zeker bij de rijke donoren die snelle resultaten willen, zijn enkele grote mijlpalen in de kinderinfectieziektebestrijding bijgevoegd: sulfonamiden (de eerste antibiotische middelen, die in de jaren 1930 op grote schaal werden geïntroduceerd) en de grote vaccinaties. De figuur toont hoe de kindersterfte feitelijk tot onder de vijf procent was gedaald vooraleer effectieve technologie enig effect begon te hebben, een gevolg van toegenomen hygiëne, betere behuizing, grotere welvaart, gezondere voeding, enzovoort. Een goed functionerende en laagdrempelige basisgezondheidszorg is zeker belangrijk voor de kindergezondheid, omdat bijna alle fatale kinderziekten met weinig middelen zijn te voorkomen of te behandelen. Een dergelijke basisgezondheidszorg is evenwel een gevolg van een degelijk sociaal beleid. Een goed sociaal beleid voeren is de verantwoordelijkheid van het volk en zijn politici. De politieke wens uitgedrukt in toegewezen budgetten, om 'enige gezondheidszorg voor

Figuur 1. Kindersterfte in Nederland sinds 1850



allen' in plaats van 'alle gezondheidszorg voor enigen' te bieden is een belangrijke voorspeller van kindersterfte. Een arm land als Cuba slaagt er zo in om een lagere kindersterfte te bereiken dan het rijkste land van de wereld, de Verenigde Staten. Het is een trieste vaststelling dat zowel de rijkste (VS) als de grootste (India) democratie er niet in slagen om de sociale gang te volgen van dictaturen als Cuba en China.

De staat van de kindersterfte

De gegevens zijn samengevat in de tabel. Op het eerste gezicht lijkt het een kleine ramp: de wereld loopt heel ver achter op schema. De kindersterfte was in 2008 nog steeds 6,5 procent, in plaats van de gewenste vier procent als de wereld op de juiste koers zou hebben gelegen. Wie de grote regio's van de wereld bekijkt, mag toch optimistisch zijn. De geïndustrialiseerde landen hebben een zeer lage kindersterfte. Latijns Amerika en de vroegere Oostbloklanden (economisch niet bepaald een paradijs, na de implosie van het communisme) halen de tussensprint van de MDG-4 in 2008. Zij verdienen een grote onderscheiding. De landen van het volkrijke Oost-Azië en Oceanië komen dicht in de buurt en zakken al flink onder de vier procent, ook een onderscheiding waard. De Arabische wereld, inclusief Noord-Afrika, haalt de MDG-4 niet. De waargenomen daling is niet de gewenste 55 procent, maar 44 procent is zeker geen triest resultaat. Ze zullen tegen 2015 ruim onder de vier procent duiken, wat toch verdienstelijk is.

Zuid-Azië, dat onder andere India, Bangladesh, Pakistan en Sri Lanka omvat, haalt een onvoldoende. Er stierven in 2008 300.000 kinderen teveel om de MDG-4 te halen. In dit tempo wordt een kindersterfte van vier procent in 2030 gehaald in plaats van in 2015. Aan de andere kant, de kindersterfte daalde dan wel niet met de gewenste 55 procent, maar toch met bijna 40 procent. Het is niet genoeg, maar ook niet echt slecht. De achterstand is groot, maar niet dramatisch.

Afrika bezuiden de Sahara blijft het doodzieke kind van de wereld. Als de daling van de kindersterfte tussen 1990 en 2008 in hetzelfde tempo doorzet heeft zwart Afrika een eeuw nodig om een kindersterfte van vier procent te bereiken. De HIV/AIDS-catastrofe is een excuus, dat echter niet algemeen geldig is: alleen Oost- en Zuid-Afrika zijn zwaar getroffen. Figuur 2 toont dat het totaal aantal jong gestorven kinderen in Afrika zelfs is toegenomen, een combinatie van hoog blijvende kindersterfte met een hoog kindertal bij grote aantallen jonge vrouwen die het moederschap instromen.

Een gruwelijk dilemma

Van de 8,8 miljoen in 2008 overleden kinderen waren er zonder veel medische moeite 8 miljoen te voorkomen geweest. Jaar na jaar na jaar sterven miljoenen kinderen zo een volstrekt nutteloze dood. De verleiding om in te grijpen met daadkrachtige technologische ingrepen is groter dan ooit. Als we terugblikken, bereikte Nederland een kindersterfte van 14,4 procent in 1913, het cijfer van zwart Afrika in 2008. Dat was wel zonder vaccins, zonder antibiotica, zonder kennis

Kindersterfte in 1990 en 2008 naar wereldregio

	Aantallen overleden kinderen onder de vijf jaar (in miljoenen)			Kindersterfte (niet bereiken van de vijfde verjaardag)		
	1990	2008	Daling *	1990	2008	Daling *
Afrika bezuiden de Sahara	4,0	4,4	-0,4	18,4%	14,4%	22%
Noord-Afrika en Midden Oosten	0,8	0,4	0,4	7,7%	4,3%	44%
Zuid-Azië	4,6	2,9	1,7	12,4%	7,6%	39%
Oost-Azië en Oceanië	2,2	0,9	1,3	5,4%	2,8%	48%
Latijns-Amerika	0,6	0,3	0,3	5,2%	2,3%	56%
ex-Oostbloklanden	0,4	0,1	0,3	5,1%	2,3%	55%
Geïndustrialiseerde landen	0,1	0,1	0	1,0%	0,6%	40%
Wereld	12,5	8,8	3,7	9,0%	6,5%	28%

*Een daling van 2/3 in 25 jaar komt overeen met een daling met 55% in 18 jaar.

Figuur 2. Aantal overleden kinderen in miljoenen, naar wereldregio

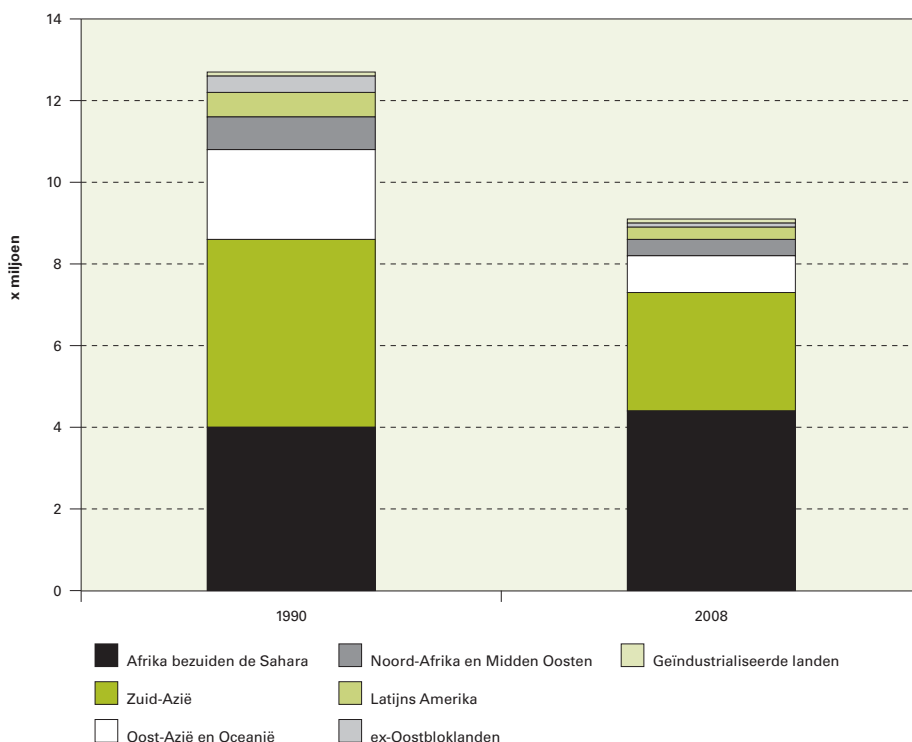




Foto: Stock xchng/Thesaint. Kinderen in Soweto.



Foto: UNFPA/Don Hinrichsen.

over orale rehydratie en met de moeder- en kindzorg van die tijd. Na de Tweede Wereldoorlog, toen antibiotica nog zeldzaam waren en de grote vaccinatieprogramma's nog moesten worden opgezet, was Nederland al onder een kindersterfte van vier procent gedoken. De landen met de hoogste kindersterfte in Afrika zijn staten in chaos, verscheurd door chronische conflicten. Twee duizend miljard dollar ontwikkelingshulp hebben daar zo weinig aan kunnen veranderen, dat kritische ontwikkelingseconomen ontwikkelingshulp zélf als één van de oorzaken aanwijzen. Een grote toevloed aan medische ontwikkelingshulp onthefte een land van de verantwoordelijkheid om zelf een degelijke gezondheidszorg te organiseren.

Tot slot

Kindersterfte was en is een indicator van menselijke ontwikkeling. Er is zeker geen tekort aan kennis of technologie om deze sterfte tot zeer lage cijfers te reduceren: we weten wat we moeten doen en hoe we het moeten doen. Het is twijfelachtig of een tekort aan middelen de belemmerende factor is voor de organisatie van een effectieve basisgezondheidszorg voor kinderen in Afrika. Hoe het ook zij, het staat als een paal boven water dat een duurzame daling van de kindersterfte alleen kan worden bereikt in een goed functionerende staat, die de verantwoordelijkheid neemt voor een toegankelijke en laagdrempelige basisgezondheidszorg ingebed in een degelijk sociaal beleid. De grote vraag voor de toekomst is daarom hoe een zich globaliserende wereld zwart Afrika kan helpen om uit het moeras te klimmen van chronische oorlog en vaak schokkend wanbeleid.

LITERATUUR:

- Easterly, W. (2006), *The White Man's Burden: Why the West's efforts to aid the rest have done so much ill and so little good*. New York: Penguin Press.
- You, D., T. Wardlaw, P. Salama, and G. Jones (2010), *Levels and trends in under-5 mortality, 1990-2008*. *Lancet* 375(9709), pp. 100-103.

- UN Millennium Project 2005: *Who's Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children*. <http://www.unmillenniumproject.org/>.

Dr. L. Bonneux, NIDI; E-mail: bonneux@nidi.nl

METEN VAN KINDERSTERFTE

Kindersterfte, de sterfte gedurende de eerste vijf levensjaren uitgedrukt als de kans om de vijfde verjaardag niet te bereiken, is niet gemakkelijk te meten in landen met onvolledige of niet bestaande bevolkingsregisters. De gepresenteerde cijfers zijn steeds het resultaat van statistische extrapolaties gebaseerd op forse aannames die veranderen over de tijd. In surveys worden jong gestorven kinderen vaak niet door de familie vermeld. Niet een hoge kindersterfte is abnormaal: het is de lage kindersterfte die we nu beleven die volstrekt onnatuurlijk is. Een natuurlijke kindersterfte ligt rond de 50 procent - de helft van de kinderen stierf vroeg. In het grootste deel van de 19^e eeuw lag de Nederlandse kindersterfte nog boven de 30 procent (zie ook figuur 1). Het was voor een moeder toen even vreselijk als nu om haar kind te verliezen, maar het was wel normaal. Volkeren die nog een zeer hoge kindersterfte gewoon zijn, beginnen kinderen pas te tellen vanaf de peuterleeftijd. De overgang van borstvoeding naar vaste voeding is heel precair. Pas als die goed is gelukt, wordt de kans dat deze kinderen ook gaan opgroeien groot. Een baby die sterft, is vergelijkbaar met een miskraam in het rijke westen: triest, maar dat is het leven nu eenmaal. De miskraam wordt snel verdrongen, het dode kind wordt als het ware uit het geheugen gewist. Erover doorvragen wordt voor de moeder als bijzonder onkies ervaren. Om daar onder uit te geraken, durven ondervragers te sjoemelen met de geboortedatum ('birth transference'). In landen zonder kalenders en bij analfabete moeders gebeurt het bepalen van de geboortedatum van een overleden kind met de natte vinger – als de enquêteur het overleden kind meer dan vijf jaar oud maakt, is hij verlost van die netelige vragen.

Het wordt nog lastiger om een overleden kind te tellen als de moeder ook is overleden. Jonge kinderen zonder hun moeder maken nauwelijks enige kans om te overleven. Als ook hun moeder is overleden, worden ze samen met hun moeder snel verdrongen uit de collectieve herinnering van de familie en verdwijnen ze uit surveys. Dit treedt op bij hoge moedersterfte en bij hoge sterfte van jonge vrouwen door AIDS en tuberculose. Bovendien wordt kindersterfte terecht gezien als maat voor ontwikkeling. Een zekere onderschatting is daarom politiek aantrekkelijk. Meer en beter uitgevoerde surveys leveren steeds betere schattingen op en de statistische methoden om gegevens uit diverse bronnen te combineren en zo te kunnen corrigeren voor moedersterfte en sterfte door HIV worden steeds preciezer. Om de trends juist te schatten moet er dan echter ook retrospectief worden gecorrigeerd ('retrofitting'), wat maakt dat historische kindersterftecijfers afhangen van de periode waarin deze schattingen zijn gemaakt. De data, aannames en resultaten zijn publiek beschikbaar (www.childmortality.org). Over de algemene trends voor grote gebieden bestaat ruime consensus.