

Salud materna y neonatal

únete por
la niñez

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2009

Agradecimientos

Este informe no hubiera sido posible sin los consejos y contribuciones de muchas personas, tanto dentro como fuera de UNICEF. Las siguientes oficinas de UNICEF sobre el terreno nos hicieron llegar importantes comentarios: Afganistán, Bangladesh, Benin, Brasil, Burundi, Chad, Côte d'Ivoire, Ghana, Guatemala, Haití, India, Indonesia, Kenya, Liberia, Madagascar, México, Marruecos, Mozambique, Nepal, Níger, Nigeria, Pakistán, Perú, República Centroafricana, República Popular Democrática Lao, Rwanda, Sierra Leona, Sri Lanka, Sudán, Territorio Palestino Ocupado, Togo, Túnez y Uganda. También se recibieron aportes de las oficinas regionales de UNICEF y del Centro de Investigaciones Innocenti. Nuestro agradecimiento más sincero a S. M. la Reina Rania Al Abdullah de Jordania, la Honorable Vabah Gayflor, Zulfiqar A. Bhutta, Sarah Brown, Jennifer Harris Requejo, Joy Lawn, Mario Merialdi, Rosa María Núñez-Urquiza y César G. Victora, por sus contribuciones especiales.

EDITORIAL E INVESTIGACIÓN

Patricia Moccia, *Editora*; David Anthony, *Director*; Chris Brazier; Marilia Di Noia; Hirut Gebre-Egziabher; Emily Goodman; Yasmine Hage; Nelly Ingraham; Pamela Knight; Amy Lai; Charlotte Maitre; Meedan Mekonnen; Gabrielle Mitchell-Marell; Kristin Moehlmann; Michelle Risley; Catherine Rutgers; Karin Shankar; Shobana Shankar; Judith Yemane

TABLAS ESTADÍSTICAS

Tessa Wardlaw, *Jefa*, Sección de Información Estadística, División de Políticas y Prácticas; Priscilla Akwara; Danielle Burke; Xiaodong Cai; Claudia Cappa; Ngagne Diakhate; Archana Dwivedi; Friedrich Huebler; Rouslan Karimov; Julia Krasevec; Edilberto Loaiza; Rolf Luyendijk; Nyein Nyein Lwin; Maryanne Neill; Holly Newby; Khin Wityee Oo; Emily White Johansson; Danzhen You

PRODUCCIÓN Y DISTRIBUCIÓN

Jaclyn Tierney, *Jefa*, Producción y traducción; Edward Ying, Jr.; Germain Ake; Fanuel Endalew; Eki Kairupan; Farid Rashid; Elias Salem

TRADUCCIÓN

Editor del francés: Marc Chalamet

Editor del español: Carlos Perellón

ORIENTACIÓN DE PROGRAMAS Y POLÍTICAS

División de Programas de UNICEF, División de Políticas y Prácticas y Centro de Investigaciones Innocenti, con un agradecimiento especial a Nicholas Alipui, *Director*, División de Programas; Dan Rohrmann, *Director Adjunto*, División de Programas; Maniza Zaman, *Directora Adjunta*, División de Programas; Peter Salama, *Director Asociado*, Salud; Jimmy Kolker, *Director Asociado*, VIH y SIDA; Clarissa Brocklehurst, *Directora Asociada*, Agua, saneamiento e higiene; Werner Schultink, *Director Asociado*, Nutrición; Touria Barakat; Linda Bartlett; Wivina Belmonte; Robert Cohen; Robert Gass; Asha George; Christine Jaulmes; Grace Kariwiga; Noreen Khan; Patience Kuruneru; Nuné Mangasaryan; Mariana Muzzi; Robin Nandy; Shirin Nayernouri; Kayode Oyegbite; David Parker; Luwei Pearson; Ian Pett; Bolor Purevdorj; Melanie Renshaw; Daniel Seymour; Fouzia Shafique; Judith Standley; David Stewart; Abdelmajid Tibouti; Mark Young; Alex Yuster

DISEÑO Y PRODUCCIÓN

Prographics, Inc.

IMPRESIÓN

Colorcraft of Virginia, Inc.

DEDICATORIA

El Estado Mundial de la Infancia 2009 está dedicado a Allan Rosenfield, MD, Dean Emeritus, Mailman School of Public Health, Columbia University, que murió el 12 de octubre de 2008. Un pionero en el sector de la salud pública, el Dr. Rosenfield trabajó incansablemente para evitar la mortalidad derivada de la maternidad y proporcionar atención y tratamiento a las madres y niños afectados por el VIH y el SIDA en entornos de escasos recursos. Prestó su energía y su capacidad intelectual a numerosos programas e instituciones innovadores, y su pasión, discreción, valor y compromiso para avanzar los derechos humanos y la salud de las mujeres en la esfera del desarrollo siguen siendo un motivo de ejemplo.

Prefacio

En el Níger se registra el riesgo más elevado para toda la vida de mortalidad materna de todos los países del mundo, 1 por cada 7. El riesgo comparable en el mundo desarrollado es de 1 por cada 8.000. Desde 1990, el año de referencia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, alrededor de 10 millones de personas han muerto debido a complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, y alrededor de 4 millones de recién nacidos han muerto todos los años durante los primeros 28 días de su vida. Los avances en la salud materna y neonatal no se han producido en paralelo con los de la supervivencia infantil, ya que la reducción de la mortalidad general de menores de cinco años entre 1990 y 2007 fue de un 27%.

El Estado Mundial de la Infancia de 2009 se centra en la salud materna y neonatal y establece cuáles son las intervenciones y las medidas que es preciso ampliar para salvar las vidas de las madres y los recién nacidos. La mayor parte de las muertes maternas y neonatales se pueden evitar por medio de intervenciones de eficacia demostrada —que incluyen una nutrición adecuada, una mejora en las prácticas de higiene, atención prenatal, la presencia de trabajadores capacitados de la salud en los alumbramientos, atención obstétrica y neonatal de emergencia, y visitas postnatales para las madres y los recién nacidos— ofrecidas mediante un continuo de la atención que relacione los hogares y las comunidades con los sistemas de salud. Las investigaciones indican que alrededor del 80% de las muertes maternas se pueden evitar si las mujeres tienen acceso a servicios esenciales de maternidad y de atención básica de la salud.

Para acelerar los progresos de la salud materna y neonatal resulta fundamental prestar una especial atención a África y a Asia. Estos dos continentes presentan los mayores problemas para la supervivencia y la salud de las mujeres y los recién nacidos, ya que allí se producen alrededor de un 95% de las muertes maternas y alrededor de un 90% de las muertes neonatales.

Dos terceras partes de todas las muertes maternas se producen en sólo 10 países; la India y Nigeria representan juntas una tercera parte de las muertes maternas en todo el mundo. En 2008, UNICEF, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial acordaron trabajar juntos

para contribuir a acelerar los progresos en materia de salud de las madres y los recién nacidos en los 25 países donde se registran las tasas más elevadas de mortalidad.

El embarazo y la maternidad prematuros representan un peligro considerable para la salud de las niñas. Cuanto más joven la niña se queda embarazada, mayores son los riesgos sanitarios para ella misma y para su bebé. Las muertes maternas relacionadas con el embarazo y el alumbramiento son una causa importante de mortalidad

para las niñas de 15 a 19 años de todo el mundo, ya que representan cerca de 70.000 muertes todos los años.

El matrimonio temprano y el embarazo, el VIH y el SIDA, la violencia sexual y otros abusos relacionados con el género aumentan también el riesgo de que las niñas adolescentes abandonen la escuela. Esto, a su vez, alimenta el círculo vicioso de la discriminación por motivos de género, la pobreza y las elevadas tasas de mortalidad materna y neonatal.

Educar a las niñas y a las mujeres jóvenes es uno de los mecanismos más poderosos para quebrar la trampa de la pobreza y crear un entorno protector para la salud materna y neonatal. Combinar las actividades para ampliar la cobertura de los servicios esenciales y fortalecer los sistemas de salud con medidas para promover la autonomía de las niñas y las mujeres y ofrecerles protección brinda la posibilidad real de acelerar los progresos.

A medida que se acerca el plazo de 2015 para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el reto de mejorar la salud materna y neonatal trasciende el cumplimiento de los objetivos; consiste en evitar una tragedia humana innecesaria. El éxito se medirá en relación con las vidas que se salven y las vidas que se mejoren.



Ann M. Veneman
Directora Ejecutiva
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



© UNICEF/H005-0653/Nicole Toutouji

CONTENIDO

Agradecimientos.....	ii
Dedicatoria	ii
Prefacio	
Ann M. Veneman	
Directora Ejecutiva, UNICEF	iii

1 Salud Materna y neonatal: situación actual.....1

Recuadros

Dificultades en el cálculo de las muertes maternas	7
Crear un entorno de apoyo para las madres y los recién nacidos por S.M. la Reina Rania Al Abdullah de Jordania, Promotora Eminente de UNICEF para la infancia.....	11
Salud materna y neonatal en Nigeria: crear estrategias para acelerar el progreso.....	19
Ampliar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Acceso universal a la salud de la reproducción para 2015	20
Hacer de la salud materna en Sri Lanka una prioridad	21
La importancia central de África y Asia en los desafíos mundiales relacionados con la infancia y las mujeres.....	22
La crisis alimentaria mundial y su efecto potencial en la salud materna y neonatal	24

Gráficos

1.1 Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud materna e infantil	3
1.2 Distribución por regiones de las muertes maternas	6
1.3 Tendencias, niveles y riesgo de por vida de mortalidad materna	8
1.4 Índices regionales de mortalidad infantil	10
1.5 Causas directas de muertes maternas, 1997–2002.....	14
1.6 Causas directas de las muertes neonatales, 2000	15
1.7 Marco conceptual de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal	17
1.8 Los precios de los alimentos han aumentado de forma acusada en todo el planeta	24

2 Crear un entorno propicio para la salud materna y neonatal.....25

Recuadros

Promover comportamientos sanos para las madres, los recién nacidos y los niños: <i>la guía Para la Vida</i>	29
Atención primaria de la salud: 30 años después de Alma-Ata	31
Abordar la carencia de personal sanitario: una intervención crucial para mejorar la salud materna y neonatal	35
Hacia una mayor igualdad en la salud de las madres y los recién nacidos por César G. Victora, Profesor de Epidemiología, Universidad Federal de Pelotas, el Brasil	38

Adaptar los servicios de maternidad a las culturas del Perú rural	42
El Sudán meridional: después de la paz comienza una nueva batalla contra la mortalidad materna	43

Gráficos

2.1 La atención continua	27
2.2 Si bien está mejorando, la situación educativa de las jóvenes sigue siendo precaria en muchas de las regiones en desarrollo	30
2.3 La igualdad entre los géneros en lo que atañe a la asistencia a la escuela ha mejorado, aunque aún hay más niñas que niños que no asisten a la escuela primaria.....	33
2.4 El matrimonio infantil presenta una incidencia elevada en Asia meridional y África subsahariana	34
2.5 La ablación/mutilación genital femenina, si bien está disminuyendo, prevalece aún en varias regiones en desarrollo	37
2.6 Madres que recibieron asistencia de personal capacitado en el parto, por quintiles de ingresos y regiones.....	38
2.7 Mujeres de Malí que realizaron tres o más visitas de atención prenatal, antes y después de la aplicación del programa acelerado de supervivencia y desarrollo infantil	39
2.8 Muchas mujeres de los países en desarrollo no tienen voz ni voto en lo que atañe a sus propias necesidades sanitarias	40

3 La atención continua a través del tiempo y del espacio: riesgos y oportunidades45

Recuadros

Erradicar el tétanos materno y neonatal	49
Trastornos de hipertensión: habituales pero complejos	53
Los primeros 28 días de vida por Zulfiqar A. Bhutta, Profesor y Director del Departamento de Pediatría y Salud Infantil de la Universidad de Aga Khan, Karachi, Pakistán.....	57
Las parteras en el Afganistán	60
Las madres canguro de Ghana.....	62
La infección conjunta por VIH y paludismo en el embarazo	63
Los desafíos que enfrentan las adolescentes en Liberia por la Excelentísima Señora Vabah Gayflor, Ministra de Género y Desarrollo de Liberia.....	64

Gráficos

3.1 Protección contra el tétanos neonatal	48
3.2 Profilaxis antirretroviral para las madres que viven con el VIH para prevenir la transmisión de madre a hijo del VIH	50
3.3 Cobertura de la atención prenatal	51
3.4 Cobertura de la atención en el parto	52

Salud Materna y Neonatal

3.5 Atención obstétrica de emergencia: cesáreas en las zonas rurales	54
3.6 Lactancia materna temprana como método exclusivo de alimentación	59

4 Fortalecer los sistemas sanitarios para mejorar la salud de la madre y del recién nacido

Recuadros

Utilización del método de detección de eslabones críticos en los sistemas de atención de la salud para evitar las muertes maternas por Rosa María Núñez-Urquiza, Instituto Nacional de Salud Pública, México	73
Nuevos rumbos en el ámbito de la salud materna por Mario Meriardi, Organización Mundial de la Salud, y Jennifer Harris Requejo, Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño	75
El fortalecimiento del sistema de salud en la República Democrática Popular Lao	76
Salvar vidas maternas y neonatales – los primeros días cruciales por Joy Lawn, Asesor Superior de Investigaciones y Política, Saving Newborn Lives/Save the Children-Estados Unidos, Sudáfrica	80
El Gobierno de Burundi se compromete a trabajar en favor de la salud maternoinfantil	83
Integración de los servicios de salud materna y neonatal en la India	85

Gráficos

4.1 Atención obstétrica de urgencia: Indicadores de procesos de las Naciones Unidas y niveles recomendados	70
4.2 Distribución de fuentes de datos clave utilizados para estimar la mortalidad materna en 2005	71
4.3 La escasez de personal sanitario calificado es muy grave, particularmente en África y Asia sudoriental	74
4.4 Adopción de políticas clave para la salud materna, neonatal e infantil por parte de los 68 países prioritarios para la Cuenta Regresiva	78
4.5 Los gobiernos de los países de Asia se encuentran entre los que menos gastan en salud en relación con el gasto público total	79
4.6 Estrategias de atención posnatal: Viabilidad y dificultades para su aplicación	81
4.7 Los habitantes de los países de más bajos ingresos pagan de su propio bolsillo la mayoría de los servicios privados de salud	82
4.8 Los países de bajos ingresos solamente tienen 10 camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes	84

5 Trabajar de manera coordinada en beneficio de la salud de la madre y del recién nacido

Recuadros

Trabajar en forma conjunta para mejorar la salud materna y neonatal por Sarah Brown, patrocinadora de The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood y esposa de Gordon Brown, Primer Ministro del Gobierno del Reino Unido.	94
Alianzas mundiales clave para la salud de la madre y del recién nacido	96
Asociaciones en favor de las madres y los recién nacidos en la República Centroafricana	99
Los organismos de las Naciones Unidas fortalecen su colaboración en apoyo de la salud materna y neonatal	102
Mejorar los sistemas de información sobre salud: Red de Sanimetría	105

Gráficos

5.1 Iniciativas mundiales clave que buscan fortalecer los sistemas de salud y ampliar la escala de las intervenciones esenciales	97
5.2 La asistencia oficial para el desarrollo destinada a la salud de la madre y del recién nacido ha aumentado rápidamente desde 2004	98
5.3 La financiación para la nutrición, la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo y la salud infantil ha aumentado sustancialmente	100
5.4 La financiación de las iniciativas sanitarias mundiales para la salud materna, neonatal e infantil se ha incrementado notablemente en los últimos años	101
5.5 Organismos coordinadores y aliados de cada componente del proceso continuo de atención de la madre y del recién nacido y funciones conexas	103

Referencias

Tablas Estadísticas

Posición de los países y territorios según su TMM5	117
Tabla 1. Indicadores básicos	118
Tabla 2. Nutrición	122
Tabla 3. Salud	126
Tabla 4. VIH/SIDA	130
Tabla 5. Educación	134
Tabla 6. Indicadores demográficos	138
Tabla 7. Indicadores Económicos	142
Tabla 8. Situación de las mujeres	146
Tabla 9. Protección infantil	150
Tabla 10. Ritmo de progreso	154

Glosario

1 Salud materna y neonatal: situación actual



Todos los años, más de medio millón de mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo y el parto y casi 4 millones de recién nacidos mueren durante los primeros 28 días de vida. Millones más sufren incapacidad, enfermedades, infecciones y lesiones. Aunque existen soluciones rentables que podrían generar mejoras rápidas, se precisan dedicación y un sentido de urgencia para ponerlas en práctica y para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud materna e infantil. El primer capítulo del Estado Mundial de la Infancia de 2009 examina las tendencias y los niveles de la salud materna y neonatal en cada una de las principales regiones, empleando las tasas de mortalidad como indicadores de referencia. Este capítulo explora de forma somera las principales causas inmediatas y subyacentes de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal, y sienta las bases para un marco de actuación que permita acelerar el progreso.

El embarazo y el alumbramiento son por lo general motivo de alegría para los progenitores y las familias. El embarazo, el alumbramiento y la maternidad en un entorno en el que se respete a la mujer pueden contribuir de forma importante a afianzar los derechos y la condición social de la mujer sin poner en peligro su salud.

El que un entorno sea propicio para una maternidad segura depende de los cuidados y de la atención que las comunidades y familias dispensen a las mujeres embarazadas y a los recién nacidos, del grado de preparación del personal sanitario y de que se disponga de instalaciones sanitarias, equipamiento y medicamentos adecuados, así como de una atención de emergencia cuando sea preciso. Muchas mujeres de los países en desarrollo –sobre todo mujeres de los países menos adelantados– dan a luz en el hogar sin contar con ningún tipo de asistencia médica; no obstante, por lo general sus bebés nacen sanos y superan las primeras semanas de vida llegando incluso al quinto año de vida o más. A pesar de la multitud de riesgos que se asocian al embarazo y el alumbramiento, la

mayoría de las madres también sobreviven. Pero los riesgos de salud relacionados con el embarazo y el parto siguen siendo mayores en los países en desarrollo que en los países industrializados. En términos generales, son especialmente prevalentes en los países menos adelantados y que tienen un nivel de renta inferior, y entre las familias y comunidades marginadas y menos prósperas. Los esfuerzos realizados a escala mundial para reducir el número de muertes relacionadas con el embarazo y el alumbramiento entre las mujeres han sido menos fructíferos que los relacionados con otros ámbitos del desarrollo humano, de modo que el hecho de tener un hijo continúa siendo uno de los principales riesgos para la salud de la mujer. Como promedio, cada día mueren cerca de 1.500 mujeres debido a complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, la mayoría de ellas en África subsahariana y Asia meridional.

La desigualdad entre los países industrializados y las regiones en desarrollo –en particular en el caso de los países menos adelantados– es tal vez mayor en lo que se refiere a la mortalidad materna que en cualquier otro aspecto.

Las cifras hablan por sí solas: según datos referidos a 2005, el riesgo que padecen de por vida las mujeres de los países menos adelantados de morir como resultado de complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto es 300 veces mayor que en el caso de las mujeres que viven en países industrializados. No existe un índice de mortalidad más desigual.

Millones de mujeres que sobreviven al alumbramiento sufren lesiones, infecciones, enfermedades y discapacidades relacionadas con el embarazo, que a menudo acarrearán consecuencias para toda la vida. Lo cierto es que la mayoría de estas muertes y enfermedades se pueden evitar: los estudios demuestran que aproximadamente el 80% de las muertes maternas podrían evitarse si las mujeres tuvieran acceso a los servicios esenciales de salud materna y a una atención sanitaria básica¹.

La cifra de muertes de recién nacidos en los países en desarrollo tampoco ha recibido la atención merecida. Casi el 40% de las muertes de menores de cinco años –lo que equivale a 3,7 millones en 2004 según estimaciones

La disparidad en el riesgo de mortalidad materna entre el mundo industrializado y numerosos países en desarrollo, en particular los menos adelantados, se designa a menudo como “la mayor división del mundo en materia de salud”.

de la Organización Mundial de la Salud— se producen durante los primeros 28 días de vida. Tres cuartas partes de las muertes neonatales ocurren durante los primeros siete días, en el periodo neonatal temprano. La mayoría de ellas son también prevenibles².

La división que existe en el número de muertes neonatales entre los países industrializados y las regiones en desarrollo es también notable. Según datos referidos a 2004, un bebé nacido en un país menos adelantado tiene 14 veces más probabilidades de morir durante los primeros 28 días de vida que uno que nace en un país industrializado.

La salud de las madres y los recién nacidos se hallan intrínsecamente relacionadas, de modo que en numerosos casos prevenir sus muertes requiere la aplicación de las mismas intervenciones. Entre ellas figuran medidas esenciales como la atención prenatal, la asistencia en el parto de personal cualificado, el acceso a una atención obstétrica de emergencia cuando sea preciso, una alimentación adecuada, la atención posnatal, la atención al recién nacido y la educación orientada a mejorar los hábitos relativos a la salud, la higiene y la lactancia, y el cuidado del bebé. No obstante, a fin de que resulten realmente eficaces y sostenibles, estas intervenciones deben implantarse en el contexto de un marco de actuación que tenga por objeto el fortalecimiento de los programas y su integración en los sistemas de salud, así como la promoción de un entorno que proteja los derechos de la mujer.

Un planteamiento orientado a la mejora de la salud materna y neona-

tal basado en los derechos humanos se centrará en la prestación de unos mejores servicios de atención sanitaria, en abordar la discriminación por motivos de género y las desigualdades existentes en la sociedad a través de cambios culturales, sociales y conductuales, entre otras medidas, y en llegar a los países y comunidades que padecen un mayor riesgo.

El Estado Mundial de la Infancia de 2009 examina la salud materna y neonatal en todo el mundo y en particular en el mundo en desarrollo, complementando el informe del año pasado sobre supervivencia infantil. Si bien el

informe hace hincapié principalmente en la salud y la nutrición, los índices de mortalidad se emplean como indicadores de referencia. África subsahariana y Asia meridional, las regiones donde se registran las cifras e índices más elevados de mortalidad materna y neonatal, reciben una atención primordial. Los hilos conductores del informe son el imperativo de crear un entorno que favorezca la salud materna y neonatal basado en el respeto por los derechos de la mujer, y la necesidad de crear una atención continuada para las madres, los recién nacidos y los niños y niñas que integre los programas de salud de la reproducción, de materni-

Gráfico 1.1

Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud materna e infantil

Objetivo de Desarrollo del Milenio 4: Reducir la mortalidad en la infancia	
Metas	Indicadores
4.A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	4.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años
	4.2 Tasa de mortalidad infantil
	4.3 Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión
Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la salud materna *	
Metas	Indicadores
5.A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.	5.1 Tasa de mortalidad materna
	5.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado
5.B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva	5.3 Tasa de uso de anticonceptivos
	5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes
	5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas)
	5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

* El marco revisado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Cumbre Mundial de 2005, cuya nueva lista oficial de indicadores entró en vigor en enero de 2008, ha añadido una nueva meta (5.B) y cuatro nuevos indicadores para el seguimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5.

Fuente: Naciones Unidas, Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Sitio web oficial de los indicadores de los ODM, <<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators%2fOfficialList.htm>>, consultado el 1 de agosto de 2008.

El riesgo de por vida que padece una mujer de morir por causas relacionadas con la maternidad en un país menos adelantado es más de 300 veces mayor que para una mujer que viva en un país industrializado.

dad segura, de atención al recién nacido y de supervivencia, crecimiento y desarrollo infantil. En este informe se analizan los modelos, políticas y programas más recientes y se describen las iniciativas y alianzas clave que facilitan la aceleración del progreso. En una serie de recuadros, escritos por colaboradores invitados, se abordan algunos de los problemas fundamentales que actualmente afectan a la nutrición y a la salud materna y neonatal.

La situación actual de la salud materna y neonatal

Desde 1990, la estimación del número de muertes maternas que se producen anualmente en todo el mundo supera la cifra de 500.000. Si bien el número de muertes de menores de cinco años ha disminuido de forma constante –desde aproximadamente 13 millones en 1990 a 9,2 millones en 2007– la cifra de muertes maternas continúa siendo persistentemente elevada. Los progresos alcanzados en relación con la primera meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, consistente en reducir la tasa de mortalidad materna de 1990 en tres cuartas partes para 2015, han sido limitados; y en lo que se refiere a la disminución de las tasas de mortalidad materna en África subsahariana, han sido prácticamente inexistentes³.

Las tasas de mortalidad materna son un barómetro fiable de la eficacia de los sistemas sanitarios, que en numerosos países con niveles de renta bajos adolecen de deficiencias en la capacidad administrativa, técnica y logística, de inversiones financieras inapropiadas y de una falta de personal sanitario adecuado. La ampliación de intervenciones clave –como por ejemplo la

práctica de pruebas prenatales de detección del VIH, el incremento del número de partos con asistencia de personal sanitario especializado y el acceso a una atención obstétrica de emergencia cuando se precise– podrían reducir las muertes maternas y neonatales de forma drástica. Mejorar el acceso de las mujeres a la planificación familiar, a una nutrición adecuada y a una atención sanitaria asequible podrían contribuir a una disminución de los índices de mortalidad aún mayor. Lejos de tratarse de intervenciones imposibles o impracticables, son medidas rentables y de eficacia probada que las mujeres en edad reproductiva tienen derecho a esperar. No obstante, la salud materna va más allá de la supervivencia de las mujeres embarazadas y las madres. Por cada mujer que muere por causas relacionadas con el embarazo y el parto, hay otras 20 que padecen enfermedades relacionadas con el embarazo o que experimentan otras consecuencias graves. Las cifras son alarmantes: se calcula que anualmente 10 millones de mujeres que sobreviven al embarazo experimentan estas consecuencias adversas⁴.

El que se hayan registrado pocos avances en el ámbito de la salud materna –tipificada por el riesgo de muerte o discapacidad por causas relacionadas con el embarazo y el parto– es el resultado de numerosas causas subyacentes. La principal de ellas quizás tiene que ver con la posición de desventaja en que se hallan las mujeres en diversos países y culturas, y en la falta de atención y respeto a los derechos de la mujer.

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979, actualmente

ratificada por 185 países, exige a sus signatarios “eliminar la discriminación contra la mujer en otras esferas de la vida económica y social a fin de asegurar, en condiciones de igualdad de hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia” (artículo 12.1). Asimismo estipula que “garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia” (artículo 12.2). Además, en la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados Partes se comprometen a “asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres” y a “desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres, y la educación y servicios en materia de planificación de la familia” (artículo 24). Las pruebas existentes sugieren que numerosos países no están cumpliendo con estos compromisos.

La mejora de la salud de la mujer es fundamental para que se respeten los derechos de las mujeres y las niñas proclamados en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y en la Convención sobre los Derechos del Niño, así como para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Además de alcanzar el ODM 5, la mejora de la salud de la reproducción y materna y de los servicios relacionados con ella contribuirá también de forma directa a alcanzar el ODM 4, reducir el índice de mortalidad de menores de cinco años en dos terceras partes entre 1990 y 2015.



Un sistema de remisión de pacientes eficaz y la existencia de personal sanitario capacitado y de establecimientos bien equipados son cruciales a la hora de reducir la cantidad de muertes maternas y neonatales derivadas de complicaciones durante el parto. *Trabajadores sanitarios tratan a bebés en la Unidad de Cuidados para el Recién Nacido, la India.*

La mejora de la alimentación materna favorecerá al mismo tiempo el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 1, la erradicación de la pobreza extrema y el hambre para 2015. La desnutrición es un proceso que con frecuencia da comienzo en el útero y que, en particular en el caso de las niñas y las mujeres, puede durar toda la vida: una niña que padece retraso en el crecimiento, probablemente lo padecerá también en la adolescencia y en la edad adulta. Además de suponer un riesgo para su propia salud y productividad, una nutrición precaria, que acarrea retraso en el crecimiento y un peso inferior al normal, aumenta las probabilidades de la mujer de padecer problemas durante el embarazo y el parto. Además, las madres que sufren desnutrición corren un mayor riesgo de dar a luz bebés con un peso inferior al normal, una anomalía que incrementa de forma importante el riesgo de muerte del bebé⁵.

Disminuir el riesgo de la mortalidad y morbilidad materna mejora directamente la probabilidad de supervivencia del niño o niña. Los estudios demuestran que en los países en desarrollo, los bebés cuyas madres mueren durante las seis primeras semanas después del parto tienen muchas más probabilidades de morir durante los dos primeros años de vida que los bebés cuyas

madres sobreviven. En un estudio practicado en el Afganistán, el 74% de los bebés nacidos vivos de madres que murieron por causas relacionadas con la maternidad murieron también después⁶. Además, las complicaciones que pueda sufrir la madre durante el parto incrementan el riesgo de muerte neonatal, que cada vez recibe más atención en las actividades orientadas a la supervivencia infantil, a medida que los índices generales de mortalidad de menores de cinco años disminuyen en los países desarrollados.

Tendencias de la salud materna y neonatal

Mortalidad materna

Las estimaciones interinstitucionales más recientes de las Naciones Unidas sugieren que en 2005 murieron 536.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto. No obstante, puede que esta cifra no se corresponda con la realidad, dado que medir la mortalidad materna es una tarea compleja y en muchos países en desarrollo los datos que se precisan no se registran de forma sistemática. Más allá de estimar el número de muertes maternas, determinar y registrar las causas de la muerte supone un proceso complejo. Para poder establecer de forma concluyente que una muerte guarda rela-

ción con el embarazo o el parto, es necesario que se haya consignado con precisión tanto la causa de mortalidad como el estado del embarazo y el momento de la muerte en relación con el embarazo. Los sistemas de registro de datos estadísticos de los países industrializados no suelen tener este grado de precisión, y es muy común que los países en desarrollo carezcan de ellos por completo, sobre todo los más pobres⁷.

Durante las dos últimas décadas se han realizado esfuerzos continuos para mejorar la recogida de datos sobre mortalidad materna, en los que inicialmente participaron la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), y a los que después se unió el Banco Mundial. Esta colaboración interinstitucional permite aunar recursos y analizar metodologías con el fin de lograr estimaciones más precisas y completas de la mortalidad materna. Las cifras correspondientes a 2005 son las más exactas que existen por el momento y las únicas en las que las tendencias de la mortalidad materna han sido calculadas mediante un procedimiento interinstitucional. *(En el recuadro de la página 7 se ofrecen más detalles acerca del cálculo de las tasas y los niveles de mortalidad materna).*

En los últimos años, la comunidad investigadora ha creado nuevas metodologías para calcular el estado de la salud y la mortalidad materna y neonatal y las necesidades de servicios. Los esfuerzos continúan, contribuyendo al proceso que permite llegar a unas estimaciones más precisas y completas de la mortalidad y la

En África y en Asia se registra el 97% de las muertes derivadas de la maternidad del mundo, y la carga es especialmente mayor en África subsahariana (50% del total mundial) y Asia meridional (35%).

morbilidad materna. A su vez, la mayor precisión de los datos y de los análisis relativos a la situación de la salud y los sistemas sanitarios contribuyen a mejorar las estrategias y los marcos de actuación, los programas, políticas y alianzas –en especial los que favorecen la incorporación de la problemática de género– cuyo cometido es mejorar la salud materna y neonatal.

Existe un aspecto incontrovertible en relación con la mortalidad materna: la mayor parte de las muertes maternas (más del 99%, según estimaciones interinstitucionales de las Naciones Unidas correspondientes a 2005) ocurrieron en países en desarrollo. La mitad de estas muertes (265.000) se produjeron en África subsahariana, y otro tercio (187.000) en Asia meridional. Juntas, en estas dos regiones se registra el 84% de las muertes relacionadas con el embarazo acontecidas en todo el mundo en 2005. El 22% del total de estas muertes se produjeron en la India solamente.

Las estimaciones de las tendencias relativas a la mortalidad materna apuntan un progreso insuficiente en lo que se refiere a la Meta A del ODM 5, que busca reducir la tasa de mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Dado que en 1990 la tasa mundial de mortalidad materna se situaba en 430 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos, y en 400 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos en 2005, para alcanzar la meta deseada se precisará una reducción de más del 70% entre 2005 y 2015.

Las tendencias mundiales pueden ocultar las acusadas diferencias que existen entre las regiones, muchas de las cuales han logrado avances significativos en la

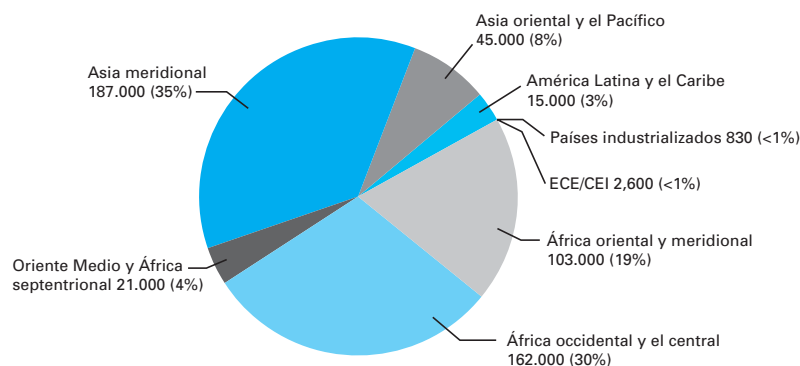
reducción de la mortalidad materna y están sentando las bases para ulteriores mejoras incrementando el acceso a servicios básicos de maternidad. En los países industrializados la tasa de mortalidad materna permaneció prácticamente invariable entre 1990 y 2005, en una cifra de sólo 8 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos. El acceso casi universal a una atención por parte de personal cualificado durante el parto y a la atención obstétrica de emergencia cuando se precisa han contribuido a lograr estos bajos niveles de mortalidad materna. Los países no industrializados para los que se dispone de datos registran un nivel de asistencia al parto de personal cualificado inferior al 98%, y la mayoría de ellos disfrutan de cobertura universal.

En todas las regiones en desarrollo fuera de África subsahariana, tanto las cifras absolutas de muertes maternas como las tasas de mortalidad materna descendieron entre 1990 y 2005. En África subsahariana, las tasas de mortalidad materna han permanecido prác-

ticamente inalteradas durante el mismo período. Dadas las elevadas tasas de fertilidad de la región, ello ha resultado en un aumento de las cifras de muertes maternas a lo largo de esos 15 años. Esta falta de progreso es especialmente preocupante dado que esta región registra las tasas y el riesgo de por vida de mortalidad materna más elevados, así como el mayor número de muertes maternas. En África occidental y central, la tasa de mortalidad materna se sitúa en la alarmante cifra de 1.100 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos, en contraste con el promedio en los países y territorios en desarrollo, de 450 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos. Esta región comprende el país que presenta la tasa más elevada de muertes maternas del mundo: Sierra Leona, con 2.100 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos.

La región de África central y occidental presenta además el índice total de fertilidad más alto, situado en 5,5 hijos en 2007. (El índice total de fertilidad es un cálculo del núme-

Gráfico 1.2
Distribución por regiones de las muertes maternas*
Muertes maternas, 2005



* Los porcentajes podrían no sumar 100% debido al redondeo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, *Mortalidad materna en 2005: estimaciones de la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco mundial*, OMS, Ginebra 2007, pág. 35.

Dificultades en el cálculo de las muertes maternas

La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el periodo del embarazo o en el plazo de 42 días después de la terminación del embarazo –con independencia de la duración del mismo o de dónde haya tenido lugar– por cualquier causa relacionada con el embarazo o con su tratamiento, o que se vea agravada como resultado de ambos. Las causas de muerte pueden dividirse en causas directas, relacionadas con complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o el periodo posparto, y causas indirectas. Existen cinco causas directas: las hemorragias (que por lo general se dan en el periodo postparto), las sepsis, la eclampsia, las obstrucciones durante el parto y las complicaciones derivadas de la práctica de abortos. Las causas obstétricas indirectas pueden ocurrir tanto como resultado de enfermedades preexistentes, o de enfermedades que surgen durante el embarazo y que no tienen una causa obstétrica directa pero que pueden agravarse debido a los efectos fisiológicos del embarazo. Entre ellas figuran el VIH y el SIDA, el paludismo, la anemia y las enfermedades cardiovasculares. El simple hecho de que una mujer presente una complicación no significa que la muerte sea inevitable; la mayor parte de las muertes maternas se deben a un tratamiento inadecuado o incorrecto o a la falta de intervenciones oportunas.

La clasificación precisa de las causas de muerte materna, sean directas o indirectas, accidentales o incidentales, es tarea compleja. Para poder afirmar con exactitud que se trata de una muerte materna, es preciso contar con información acerca de la causa de la muerte, así como del estado del embarazo o del momento de la muerte en relación con éste. Puede ocurrir que esta información no se halle disponible, que no se haya registrado correctamente o que los datos aportados al respecto fueran insuficientes, tanto en los países industrializados que cuentan con sistemas eficaces de registro de datos como en los países en desarrollo que presentan cifras elevadas de mortalidad materna. Esto puede deberse a varios motivos. En primer lugar, muchos alumbramientos tienen lugar en los hogares, especialmente en los países en desarrollo y en las zonas rurales, lo cual hace aun más difícil determinar la causa de la muerte. En segundo lugar, los mecanismos de registro civil pueden que sean incompletos o, incluso si se consideran completos, la atribución de las causas de la muerte podría ser inadecuada. En tercer lugar, la medicina moderna permite retrasar la muerte de una mujer más allá de las 42 horas del periodo posparto. Por dichas razones, en algunos casos se emplean designaciones distintas de la mortalidad materna. Un concepto se refiere a cualquier causa de muerte acontecida durante el embarazo o el periodo posparto. Otro concepto tiene en cuenta las muertes debidas a causas directas o indirectas que ocurren después del periodo posparto y hasta transcurrido un año después del embarazo.

La principal medida del riesgo de mortalidad es la tasa de mortalidad materna, que se define como el número de muertes maternas que se producen por cada 100.000 nacimientos vivos en un periodo de tiempo determinado, generalmente un año. Otra medida clave es el riesgo de por vida de sufrir una muerte relacionada con la maternidad, que se refiere a la probabilidad de la mujer de quedarse embarazada y de morir por causas relacionadas con la maternidad durante su ciclo reproductivo. En otras palabras, el riesgo de muerte materna guarda relación con dos aspectos fundamentales: el riesgo de mortalidad asociado a un embarazo o un nacimiento vivo, y el número de embarazos que las mujeres tienen durante su ciclo reproductivo.

Colaborar en aras de mejorar las estimaciones de las muertes maternas

Diversos organismos colaboran con el fin de establecer unas mediciones más exactas de los índices y los niveles de mortalidad materna en todo el mundo, y de poder evaluar el progreso alcan-

zado en relación con la meta A del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. El Grupo de Trabajo sobre mortalidad materna, que en su origen integraban la Organización Mundial de la Salud, UNICEF y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, generó unas estimaciones mundiales que permitían realizar una comparación internacional de la mortalidad materna en 1990, 1995 y 2000.

En 2006 se unieron al grupo el Banco Mundial, la División de Población de las Naciones Unidas y varios expertos técnicos independientes y, basándose en las metodologías empleadas previamente y en datos nuevos, crearon a continuación un nuevo conjunto de estimaciones mundiales que permitían realizar una comparación internacional de la mortalidad. Mediante este proceso se generaron estimaciones para países que carecían de datos nacionales y se ajustaron los datos disponibles sobre los países con el fin de compensar los casos en los que resultaban insuficientes o en que las clasificaciones eran erróneas. De los 171 países que el Grupo de Trabajo sobre mortalidad materna analizó en relación con las estimaciones referidas a 2006, no había datos adecuados a escala nacional disponibles en 61 países, lo que representaba una cuarta parte del total de nacimientos en todo el mundo. En el caso de estos países se emplearon modelos para calcular la mortalidad materna.

Para los cálculos correspondientes a 2005 se emplearon datos provenientes de ocho tipos de fuentes: sistemas de registro civil completos en los que la aportación de datos era óptima, sistemas de registro civil completos en los que la aportación de datos era incierta o escasa, mecanismos directos de las organizaciones femeninas de base, estudios de mortalidad durante la vida reproductiva, registros sobre la vigilancia de enfermedades o muestreos, censos, estudios especiales y casos en que no había datos nacionales. Las estimaciones correspondientes a cada fuente se calcularon con arreglo a una fórmula distinta, tomando en cuenta factores como la corrección de sesgos conocidos y estableciendo unos márgenes de incertidumbre realistas.

Las mediciones de la mortalidad materna se realizan con un margen de incertidumbre, haciendo hincapié en el hecho de que si bien constituyen las mejores estimaciones posibles, la tasa real puede ser mayor o menor que el promedio. Aunque es cierto que esto ocurre con cualquier estadística, el elevado grado de incertidumbre en relación con las tasas de mortalidad materna indica que todos los puntos de referencia deberían interpretarse con precaución.

A pesar de las dificultades a la hora de recabar los datos y de efectuar los cálculos, las estimaciones interinstitucionales de la mortalidad materna de 2005 fueron lo suficientemente rigurosas como para generar un análisis de tendencias que permitiera valorar los progresos registrados desde 1990, fecha de referencia del ODM 5, hasta 2005. La falta de mejoras en la reducción de la mortalidad materna que se ha detectado en muchos países en desarrollo ha contribuido a llamar la atención sobre el logro del ODM 5.

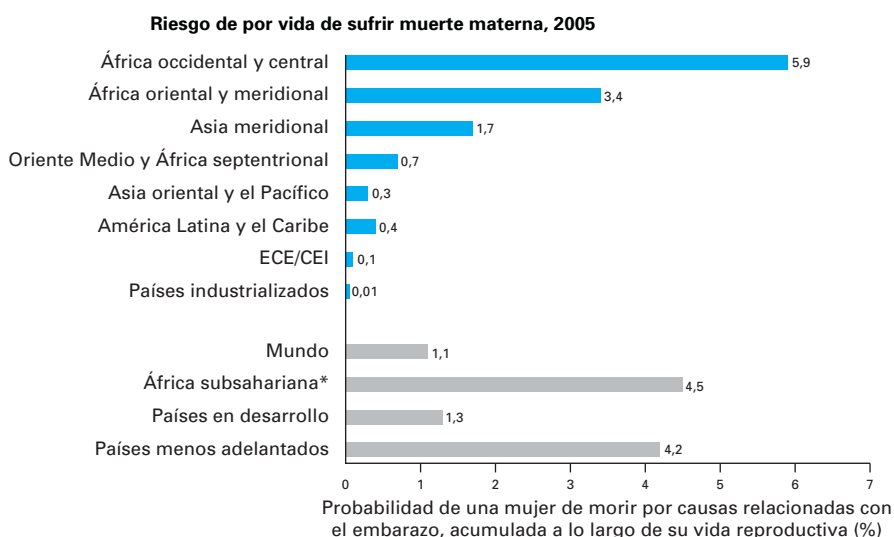
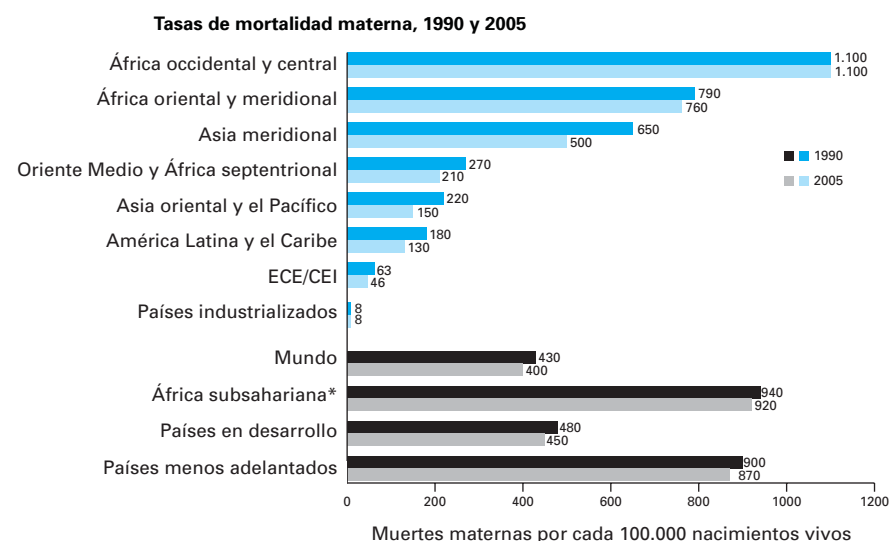
Las estimaciones de la mortalidad materna correspondientes a 2005 no son ni mucho menos perfectas, de modo que aún queda mucho por hacer para afinar los procesos de recolección de datos y el cálculo de las estimaciones. Sin embargo, sí que reflejan el firme compromiso por parte de la comunidad internacional de aspirar siempre a una mayor exactitud y precisión. Estos esfuerzos continuados respaldarán y orientarán las acciones destinadas a mejorar la salud materna y a garantizar que las mujeres sean objeto de la atención que merecen.

Véanse las referencias, pág. 107.

Si bien el número de muertes de menores de cinco años ha descendido de forma continuada –desde cerca de los 13 millones en 1990 a 9,2 millones en 2007– la cantidad de muertes maternas sigue siendo de difícil solución, y está por encima de los 500.000.

Gráfico 1.3

Tendencias, niveles y riesgo de por vida de mortalidad materna



*África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, *Mortalidad materna en 2005: Estimaciones realizadas por la OMS, UNICEF, FNUAP y el Banco Mundial*, OMS, Ginebra, 2007, pág. 35.

ro de hijos e hijas que una mujer tendría si las tasas actuales de fertilidad específicas de la edad permanecieran constantes a lo largo de su vida reproductiva y si viviera hasta finalizada ésta). Los índices de fertilidad elevados aumentan el riesgo de que la mujer muera por causas relacionadas con la maternidad. Si bien todos los embarazos conllevan riesgos de mortalidad, éstos se incrementan a medida que aumenta el número de embarazos de la mujer. Los índices de fertilidad elevados, en combinación con un acceso deficiente a servicios básicos de atención sanitaria y de maternidad, pueden acarrear consecuencias que amenazan la supervivencia de la mujer durante toda la vida. En el mundo en desarrollo en su conjunto, el riesgo que una mujer padece durante toda su vida de morir por causas relacionadas con la maternidad es de 1 entre 76, en comparación con la probabilidad de 1 entre 8.000 en el caso de las mujeres de los países industrializados. A modo de comparación, el riesgo de muerte por causas relacionadas con la maternidad a lo largo de toda la vida es de tan sólo 1 entre 47.600 para una madre de Irlanda, y de 1 entre 7 en el Níger, el país que registra el mayor riesgo de por vida de muerte materna⁸.

Mortalidad neonatal

La mortalidad neonatal es la probabilidad de que un recién nacido muera en el periodo comprendido entre el nacimiento y los primeros 28 días de vida. Según las estimaciones más recientes de la Organización Mundial de la Salud, que datan de 2004, cerca de 3,7 millones de niños y niñas murieron durante los primeros 28 días de vida en ese año. No obstante,

dentro del periodo neonatal el riesgo de mortalidad presenta enormes variaciones. El mayor riesgo existe durante el primer día después del nacimiento, cuando se calcula que ocurren entre el 25% y el 45% de las muertes neonatales. Cerca de tres cuartas partes de las muertes neonatales –lo que equivale a 2,8 millones en 2004– tienen lugar durante la primera semana, en el periodo neonatal temprano. Al igual que ocurre con las muertes maternas, casi todas las muertes neonatales (el 98% en 2004) se dan en países con niveles de renta bajos y medios. El número total de muertes perinatales, concepto que agrupa los partos mortinatos y las muertes neonatales tempranas debido a que ambas resultan de causas obstétricas similares, fue de 5,9 millones de muertes en 2004. Los partos mortinatos supusieron cerca de 3 millones de muertes perinatales en ese año⁹.

Hasta mediados o finales de la década de 1990, las cifras de mortalidad neonatal se calculaban a partir de datos históricos aproximados. Pero conforme iban surgiendo datos más fiables obtenidos a partir de encuestas en los hogares, devenía evidente que en las estimaciones previas se había subestimado de forma importante la incidencia de muertes neonatales. El índice de muertes neonatales había disminuido en una cuarta parte entre 1980 y 2000, pero la reducción había sido mucho más lenta que la registrada por el índice total de muertes de menores de cinco años, que había disminuido en una tercera parte. En consecuencia, actualmente las muertes neonatales constituyen un porcentaje mucho mayor de las muertes de menores de cinco años que en años anteriores. En particular, las muertes durante la pri-



© UNICEF Mozambique/Emilio Machiana

La amplia distribución de mosquiteros tratados con insecticida para prevenir el paludismo y la ampliación rápida de los programas para la prevención y el tratamiento de la infección por VIH están contribuyendo a salvar vidas de madres y recién nacidos. Una enfermera atiende a una madre con VIH y a su bebé recién nacido en un centro de salud de Mozambique.

mera semana de vida han pasado de representar el 23% de las muertes de menores de cinco años en 1980 al 28% en 2000¹⁰.

En parte, el aumento de la proporción de muertes neonatales refleja dos factores clave: la dificultad de llegar mediante intervenciones neonatales eficaces y oportunas a muchos bebés que nacen en el hogar, y el éxito de numerosos países en lo que se refiere a la aplicación de intervenciones como la inmunización, que han reducido enormemente el número de muertes neonatales en el conjunto del mundo en desarrollo. Esto en parte ha llevado a que se descuiden otros procedimientos rentables y sencillos de supervivencia neonatal. En consecuencia, reducir las muertes neonatales se ha convertido en uno de los principales componentes de los nuevos modelos y estrategias destinados a disminuir la mortalidad infantil y alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4.

Las pautas regionales de muertes neonatales están estrechamente relacionadas con las de las muertes maternas. Los índices más bajos se dan, como cabría esperar, en los países industrializados, donde el índice de mortalidad neonatal en 2004 fue de tan sólo 3 muertes por

cada 1.000 nacimientos vivos. Los índices más elevados de muertes neonatales de 2004 se registraron en Asia meridional (41 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos), y en África occidental y central (45 por 1.000). Asia meridional presenta la cifra más elevada de muertes neonatales de todas las regiones del mundo debido a que registra el mayor número de nacimientos¹¹.

Las principales causas de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal

Mortalidad materna

Causas directas

Las causas de la muerte materna y neonatal, así como los periodos en que suelen suceder, son bien conocidos. Las muertes maternas ocurren en su mayor parte entre el tercer trimestre y la primera semana después del nacimiento (a excepción de las muertes por complicaciones derivadas de la práctica de abortos). Los estudios revelan que el riesgo de mortalidad de las madres es particularmente alto durante los dos primeros días después del alumbramiento. La mayoría de las muertes maternas tienen que ver con complicaciones obs-

Las estimaciones interinstitucionales más recientes de las Naciones Unidas sugieren que en 2005 murieron 536.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto.

tétricas –entre ellas las hemorragias postparto, las infecciones, la eclampsia, las obstrucciones durante el parto o el parto prolongado– y con la práctica de abortos¹². *(Para obtener información más detallada acerca de las complicaciones durante el parto y la atención obstétrica de emergencia, consúltese el Capítulo 3.)*

Causas indirectas

Muchos de los factores que contribuyen a aumentar el riesgo de muerte de las madres no se dan exclusivamente durante el embarazo, sino que pueden ser afecciones agravadas por el embarazo y el parto. En cualquier caso, analizar las causas indirectas de las muertes maternas contribuye a determinar el tipo de estrategia y las intervenciones más adecuadas para fomentar la salud materna e infantil. La colaboración entre programas concebidos en respuesta a afecciones

concretas –como los destinados a abordar el paludismo o el SIDA– y las iniciativas de salud materna, constituyen a menudo los medios más efectivos de enfrentar algunas de estas causas indirectas, en especial las que son fácilmente prevenibles o tratables, como la anemia¹³.

La anemia materna afecta a casi la mitad de todas las mujeres embarazadas. Las adolescentes embarazadas tienen más propensión que las mujeres de más edad a padecer anemia, y a menudo reciben menos cuidados. Las enfermedades infecciosas tales como el paludismo –que afecta a cerca de 50 millones de mujeres embarazadas que cada año viven en países endémicos del paludismo–, así como los parásitos intestinales y una alimentación de mala calidad pueden exacerbar la anemia; todos estos factores aumentan el riesgo de muerte materna. La anemia

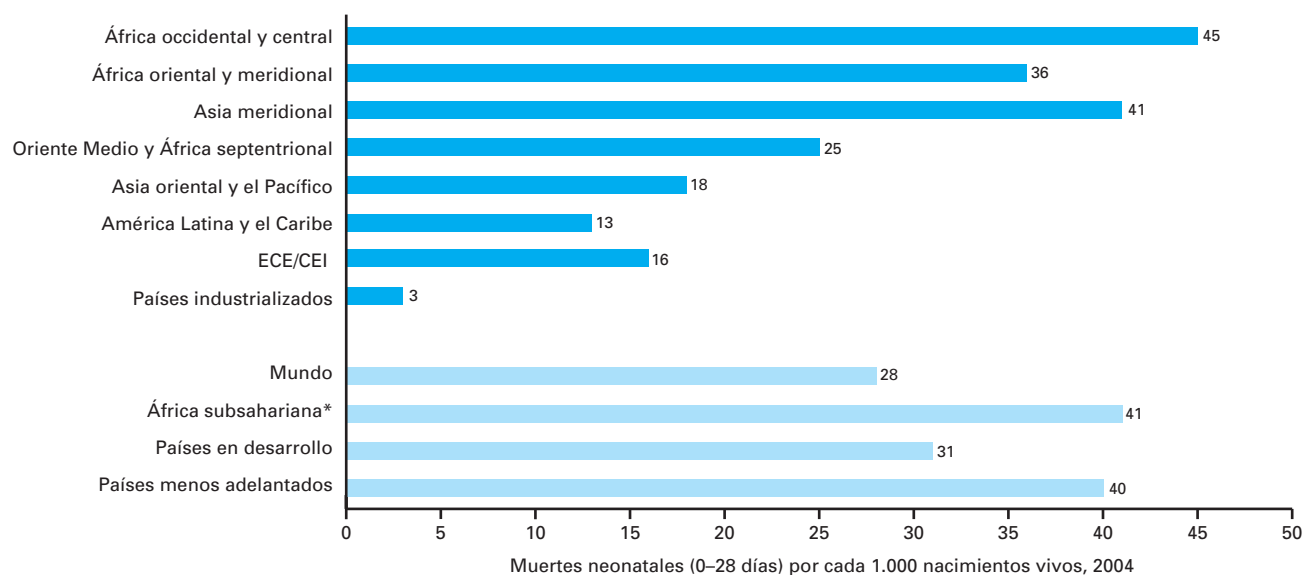
grave contribuye al riesgo de mortalidad en casos de hemorragia¹⁴.

La anemia es una afección fácil de tratar administrando suplementos de hierro a través de los programas de salud materna. No obstante, en algunos países este tipo de intervención sigue siendo limitada, tanto en términos de cobertura como de eficacia, debido casi siempre a la falta de acceso a una atención sanitaria básica y, de forma más específica, a la carencia de una atención y un apoyo prenatal de calidad. Existen indicios alentadores de que los esfuerzos destinados a abordar la anemia mediante el enriquecimiento de alimentos básicos como la harina comienzan a cobrar impulso a escala nacional en numerosos países en desarrollo¹⁵.

La deficiencia de yodo durante el embarazo se asocia a una mayor

Gráfico 1.4

Índices regionales de mortalidad infantil



* África subsahariana incluye las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, datos procedentes de los sistemas de registro de datos vitales y de encuestas por hogares.

Crear un entorno de apoyo para las madres y los recién nacidos

por S.M. la Reina Rania Al Abdullah de Jordania, Promotora Eminente de UNICEF para la infancia*

En 1631, una bella emperatriz, Mumtaz Mahal, murió dando a luz a su decimocuarto hijo. Su esposo, abrumado por el dolor, hizo construir un monumento en su honor: el Taj Mahal, uno de los edificios más conocidos del mundo en la actualidad.

Y sin embargo, si bien las cúpulas y agujas del Taj Mahal se reconocen al instante, existe mucha menos conciencia de la tragedia que inspiró su creación.

Casi 400 años después de que Mumtaz Mahal perdiera su vida dando a luz, cada minuto de cada día aún muere una mujer por causas relacionadas con el embarazo o el parto: más de 500.000 mujeres cada año, 10 millones de mujeres por cada generación. ¿Cómo es posible que en nuestra era de avances tecnológicos y de milagros de la medicina no seamos capaces de proteger a las mujeres en su labor de perpetuar la raza humana?

La respuesta, claro está, es que si bien se han logrado avances asombrosos en materia de sanidad pública, los beneficios se han distribuido de forma muy desigual entre los distintos países y zonas geográficas, así como entre los distintos grupos sociales que los integran. Pese a que las causas de las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son las mismas en todo el mundo, sus consecuencias varían drásticamente entre los distintos países y regiones. En la actualidad, la probabilidad de morir por causas relacionadas con el embarazo para una joven de Suecia es de 1 entre 17.400. Si se trata de una joven de Sierra Leone, la probabilidad pasa a ser de 1 entre 8.

Y por cada mujer que muere, hay otras 20 que se ven afectadas por infecciones o por lesiones graves. Se estima que cada año 75.000 mujeres enferman de fístula obstétrica, una afección física y psicológicamente devastadora que puede causar la exclusión social.

En términos de vidas de mujeres el coste es enorme. Pero no son ellas las únicas que sufren. Tal como un grupo de expertos manifestó durante una conferencia mundial sobre la salud de la mujer celebrada en 2007: “Durante los años de su vida reproductiva, las mujeres dan vida al mundo y a la sociedad de distintas maneras: dan a luz y crían a la siguiente generación, y son actores críticos del progreso en tanto que trabajadoras, dirigentes y activistas”. Cuando la vida de las mujeres termina prematuramente o se ven incapacitadas debido al embarazo o el parto, se precipita la tragedia. Los niños y niñas pierden a una madre. Los esposos pierden a una compañera. Y las sociedades pierden a un integrante importante y productivo.

Nuestro mundo no puede permitirse continuar sacrificando tantos seres humanos y tanto potencial. Sabemos lo que se precisa para prevenir y tratar la gran mayoría de los problemas relacionados con el embarazo, desde la eclampsia y las hemorragias hasta la sepsis, la obstrucción del parto y la anemia. De hecho, según la opinión expresada por el Banco Mundial, intervenciones básicas como la atención prenatal, la asistencia al parto por personal cualificado y el acceso de las mujeres y los recién nacidos a una atención obstétrica de emergencia podrían evitar casi tres cuartas partes de las muertes maternas.

Pero la ampliación de las intervenciones médicas no es más que una parte de la mejora de la salud materna y neonatal. Lo más importante es impulsar la promoción de la autonomía de la mujer en todo el mundo. ¿Cómo es posible que en un siglo que se caracteriza por la abundancia de información no contemos con datos precisos acerca del número de mujeres que cada año mueren dando a luz? ¿Por qué las muertes maternas se enumeran sólo parcialmente? Una razón posible es que en demasiados lugares las vidas de las mujeres no cuentan del todo.

Y mientras que la mujer continúe ocupando una posición de desventaja en el seno de la sociedad, la salud materna y neonatal continuarán resintiéndose. Pero si somos capaces de dotar a las mujeres de las herramientas necesarias para ejercer el control de sus vidas, podremos crear un entorno que brinde una mayor protección tanto a las mujeres como a la infancia.

La promoción de la autonomía de la mujer empieza con la educación, la mejor inversión que podemos hacer y que abarca desde garantizar que tanto las niñas como los niños asistan a la escuela primaria y enseñar a las mujeres a leer y escribir, hasta impartir educación pública sobre la salud. Aunque aún queda mucho por hacer, numerosos países comienzan a avanzar rápidamente en esta dirección. En Jordania, por ejemplo, estudiantes de enfermería de la Universidad de Jordania se están prestando como voluntarios para impartir formación a niñas en los colegios públicos acerca de cuestiones relacionadas con la salud femenina.

Un estudio tras otro muestra que las mujeres que han recibido una educación están más preparadas para ganar un sueldo con el que mantener a una familia, tienen más probabilidades de invertir en la atención sanitaria, la nutrición y la educación de sus hijos e hijas, y se muestran más proclives a participar en la vida ciudadana y a abogar por las mejoras en el seno de sus comunidades.

Asimismo, las madres que cuentan con una educación tienen más probabilidades de buscar atención médica adecuada para sí mismas. Según el Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2007, “el 84% de las mujeres que han completado una educación secundaria o superior son atendidas por personal cualificado durante el parto, cifra que supone más del doble que en el caso de las madres que no han recibido educación formal”.

Los hijos e hijas de madres que cuentan con una educación tienen un 50% más de probabilidades de sobrevivir hasta la edad de cinco años y más, que los hijos e hijas de madres que no han recibido una educación o que no la han finalizado. En el caso de las niñas en particular, la educación puede significar la diferencia entre la esperanza y la desesperanza. Estudios realizados demuestran que los jóvenes que finalizan su educación primaria tienen menos probabilidades de contraer el VIH que los que no consiguen finalizar la escuela primaria.

Las niñas que cuentan con una educación tienen más probabilidades de casarse más tarde y es menos probable que se queden embarazadas cuando aún son jóvenes, reduciendo en consecuencia el riesgo de morir dando a luz siendo aún niñas ellas mismas. A medida que las niñas continúan su educación, aumenta su potencial de ganarse la vida, lo cual las capacita para romper las cadenas de la pobreza, que con demasiada frecuencia se perpetúan de una generación a otra.

En resumidas cuentas, cambiar la trayectoria de las niñas puede cambiar el curso del futuro. Y si estas niñas se convierten en mujeres que a su vez deciden convertirse en madres, contemplarán el embarazo y el alumbramiento como un motivo de celebración, y no de temor.

Véanse las referencias, en la pág. 107.

* Su Majestad la Reina Rania Al Abdullah de Jordania es Promotora Eminente de UNICEF para la infancia y una defensora infatigable de la protección de la infancia, el desarrollo en la primera infancia, la igualdad entre los géneros en materia de educación y la promoción de la autonomía de la mujer.

incidencia de partos mortinatos, de abortos espontáneos y de anomalías congénitas. Estos riesgos pueden atenuarse y prevenirse asegurándose de que la madre posea un nivel óptimo de yodo en la sangre antes o durante el embarazo. La yodación universal de la sal y, en algunos casos, la administración de suplementos de yodo, son esenciales para garantizar un aporte óptimo de yodo durante el embarazo y la infancia¹⁶.

El paludismo representa otra amenaza mortal para las madres y sus bebés. En las zonas endémicas de paludismo, esta enfermedad es causante de cerca de una cuarta parte de los casos de anemia materna aguda, aumenta el riesgo de partos mortinatos y de abortos espontáneos e incide en el bajo peso al nacer y en las muertes neonatales. La prevención del paludismo mediante el empleo de mosquiteros tratados con insecticida es, pues, fundamental a la hora de mitigar los efectos de esta enfermedad en las mujeres embarazadas y los recién nacidos. En África subsahariana, además, el tratamiento preventivo intermitente del paludismo en las mujeres embarazadas durante el segundo y el tercer trimestre de la gestación se emplea cada vez más para prevenir la anemia y el paludismo en la placenta¹⁷.

Resulta difícil valorar la incidencia del VIH y el SIDA en las muertes maternas debido a que, pese a la expansión de programas orientados a prevenir la transmisión materno-infantil del VIH, en el caso de muchas mujeres embarazadas aún no se sabe con certeza si han contraído el virus. El embarazo y el VIH pueden interactuar de distintas maneras. El virus puede aumentar el riesgo de padecer complicaciones obs-

tétricas como hemorragias, sepsis y complicaciones derivadas de la cesárea. A su vez, el embarazo puede exacerbar el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el VIH, como la anemia y la tuberculosis, o acelerar la evolución del VIH. Los resultados de las investigaciones actuales son indicativos más que concluyentes, de modo que es preciso investigar más a fondo a fin de determinar el grado exacto de causalidad en ambos sentidos. Se cree que en los países que presentan una elevada prevalencia del VIH, la epidemia del SIDA ha podido revertir los avances previos logrados en materia de mortalidad materna. Lo que sí puede evaluarse con más exactitud, al menos parcialmente, es el número concreto de mujeres que han dado a luz y que viven con el VIH: cerca de 1,5 millones en 108 países con niveles de renta baja y media en 2006.

Los esfuerzos para abordar la epidemia del SIDA y su repercusión en la salud materna y neonatal se están intensificando en cuatro esferas clave: la prevención de la infección entre los adolescentes y los jóvenes; el tratamiento antirretroviral para las mujeres con VIH y las madres que requieren terapia antirretroviral; la prevención de la transmisión materno-infantil; y el tratamiento pediátrico del VIH. En estas cuatro esferas se han logrado avances con resultados alentadores. Por ejemplo, la cobertura de la profilaxis antirretroviral para las madres con VIH para prevenir la transmisión materno-infantil, que en 2004 abarcaba al 10% de las mujeres embarazadas afectadas por el virus en países con un nivel de renta medio o bajo, aumentó hasta el 33% en 2007. A pesar de este progreso notable, es preciso hacer mucho más a fin

de que las mujeres puedan beneficiarse de intervenciones relacionadas con la prevención, la atención y la terapia del VIH, en especial las pruebas de detección, el asesoramiento y los servicios de salud sexual y reproductiva, además del acceso a medicamentos¹⁸.

Si bien las consecuencias de la infección conjunta por VIH y el parásito del paludismo no se conocen con exactitud, las pruebas disponibles sugieren que estas dos infecciones actúan sinérgicamente, con resultados adversos. Pruebas recientes sugieren que las mujeres con VIH que padecen paludismo en la placenta tienen más probabilidades de tener bebés con un peso inferior al normal. Los estudios revelan asimismo que los bebés que nacen con un peso inferior al normal son más susceptibles a contraer el VIH como resultado de la transmisión materno-infantil del virus que los que nacen con un peso normal. El tratamiento antirretroviral para las mujeres, niños y niñas con VIH puede disminuir aún más el riesgo de contraer paludismo¹⁹. *(Para obtener más información sobre el VIH y la coinfección con el paludismo, el recuadro en el capítulo 3, página 63.)*

Por cada mujer que muere de complicaciones relacionadas con el embarazo, cerca de 20 más –lo que supone aproximadamente 10 millones de mujeres cada año– padecen lesiones, infecciones y discapacidades. Entre los trastornos más penosos figura la fístula obstétrica, que se produce como consecuencia de los daños ocasionados en el tejido del canal del parto por la presión continua que ejerce la cabeza del bebé en los partos problemáticos y prolongados. En el periodo que sigue al alumbramiento se forman agujeros por los que



UNICEF/HQ05-1222/Roger LeMoigne

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida protege a los recién nacidos y lactantes contra la enfermedad, reduce el riesgo de mortalidad y alienta el desarrollo sano del niño. Una mujer amamanta a un recién nacido en la clínica Uskudar Ana ve Çocuk Saglilı Klinigi, dirigida por el Ministerio de Salud en Estambul, Turquía.

se filtran fluidos de la vejiga o del recto a la vagina. La fístula es fácil de tratar por profesionales sanitarios que cuenten con los conocimientos quirúrgicos adecuados y, sin embargo, muchas de las 75.000 mujeres que se calcula que cada año padecen esta afección jamás reciben tratamiento. Así pues, no sólo tienen que hacer frente a la incomodidad física y la tensión emocional que esta afección acarrea, sino que además corren el riesgo de ser rechazadas por sus esposos y familiares.

Otra afección debilitante es el prolapso uterino, que ocurre cuando los músculos, los ligamentos y el tejido que sustentan la cavidad pélvica se relajan haciendo que el útero se desplace hacia el canal vaginal. Tres de las consecuencias del prolapso son la movilidad limitada, el dolor de espalda crónico y la incontinencia urinaria. En los casos graves, la mujer puede verse totalmente incapacitada para realizar incluso las labores normales del hogar y otras tareas habituales. Entre los factores que pueden causar el prolapso figuran los partos prolongados, las dificultades en el alumbramiento, los embarazos frecuentes, una atención obstétrica

inadecuada y el trabajo físico demasiado gravoso.

Otras causas de morbilidad materna son la anemia, la infertilidad, las infecciones crónicas y la depresión, todas las cuales pueden resultar en problemas domésticos como el maltrato físico y psicológico, la disolución del hogar y la exclusión social²⁰.

Mortalidad neonatal

Cerca del 86% de las muertes neonatales que se producen en todo el mundo son resultado directo de tres causas principales: las infecciones graves –entre ellas la sepsis/neumonía, el tétanos y la diarrea–, la asfixia y los nacimientos prematuros. Se calcula que las infecciones graves son la causa del 36% de todas las muertes neonatales. Si bien pueden ocurrir en cualquier momento durante el primer mes de vida, son la principal causa de muerte neonatal a partir de la primera semana. Las condiciones de asepsia durante el parto son importantes para prevenir la infección, pero también es necesario detectar y tratar las infecciones maternas durante el embarazo. Es esencial detectar y tratar las infecciones de los recién nacidos lo antes posible después del alumbramiento.

La asfixia (dificultades respiratorias tras el alumbramiento) es causa del 23% de las muertes neonatales, y puede prevenirse con una mejor atención durante el trabajo de parto y el parto. Esta anomalía puede mitigarse con la presencia de un trabajador sanitario cualificado que sea capaz de detectar los síntomas y de reanimar al recién nacido. Los nacimientos prematuros (el alumbramiento se produce antes de finalizadas las 37 semanas de gestación) es causa directa del 27% de

las muertes neonatales. Los bebés que nacen prematuramente experimentan más dificultades para tomar el pecho, para mantener una temperatura corporal normal y para resistir las infecciones que los bebés nacidos a término. Prevenir el paludismo en las mujeres embarazadas puede tener repercusiones positivas en la incidencia de nacimientos prematuros en las zonas endémicas de paludismo²¹.

Según las estimaciones internacionales más recientes, que abarcan el periodo comprendido entre 2000 y 2007, el 15% de todos los recién nacidos nacen con un peso inferior al normal (se considera que un bebé tiene un peso inferior al normal cuando nace con menos de 2.500 gramos). El peso inferior al normal al nacer, que puede venir originado por un nacimiento prematuro o por un crecimiento intrauterino restringido, es un factor subyacente en un 60–80% de las muertes neonatales. La mayoría de estos casos se producen en particular en Asia meridional, y también en África subsahariana, regiones que presentan los índices más elevados de desnutrición entre las mujeres y las niñas. La desnutrición materna está estrechamente vinculada con una incidencia más elevada de recién nacidos con peso inferior al normal²².

El crecimiento intrauterino restringido, que se refiere al crecimiento limitado del feto durante el embarazo, es uno de los principales factores de muerte perinatal. Al igual que el bajo peso al nacer, se asocia también a la salud deficiente y a la desnutrición de la madre, entre otros factores. Con una detección y un tratamiento adecuados, en especial el tratamiento temprano de las enfermedades

Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto constituyen una importante causa de mortalidad de las niñas de entre 15 y 19 años de todo el mundo, y representan 70.000 muertes anuales.

maternas, y una buena alimentación, esta afección puede mantenerse bajo control y no tiene por qué acarrear consecuencias de por vida²³.

La naturaleza intergeneracional de la solución al problema del crecimiento intrauterino restringido pone de relieve el hecho de que mejorar la salud materna y neonatal no es tan sólo una cuestión práctica de implantar unos servicios de salud materna mejores y más amplios. Requiere además abordar de forma directa la situación de abandono respecto de los derechos fundamentales de la mujer que impera en muchas sociedades.

Además de una alimentación adecuada para las mujeres, espaciar los nacimientos es también fundamental para evitar los nacimientos prematuros, el bajo peso al nacer y las muertes neonatales, ya que los estudios revelan que si el intervalo entre los nacimientos es inferior a 24 meses, estos riesgos aumentan de forma

significativa. Es asimismo imperativo garantizar que las niñas tengan acceso a una alimentación y una atención sanitaria adecuadas desde el momento de su nacimiento, a lo largo de la infancia y en la adolescencia, en la edad adulta y en sus años fértiles²⁴.

Por cada recién nacido que muere, otros 20 padecen lesiones derivadas del parto, complicaciones resultantes del nacimiento prematuro u otras afecciones neonatales. Por ejemplo, más de un millón de niños y niñas que cada año sobreviven a la asfixia en el parto acaban padeciendo discapacidades como la parálisis cerebral o dificultades de aprendizaje²⁵.

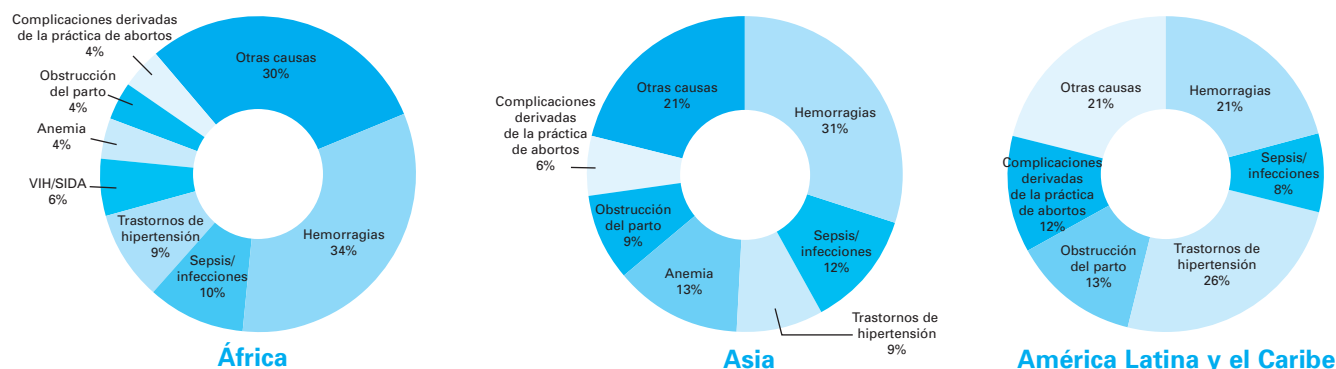
Causas subyacentes y causas básicas de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal

Además de las causas directas de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal, existe una serie de factores subyacentes en el ámbito comunita-

rio, de los distritos y del hogar que pueden también ser perjudiciales para la salud y la supervivencia de las madres y los recién nacidos. Entre ellos figuran la falta de educación y de conocimientos, los hábitos de salud materna y neonatal inadecuados y la incapacidad de buscar atención médica cuando se requiere, el acceso insuficiente a alimentos nutritivos y micronutrientes esenciales, unas instalaciones de salud medioambiental deficientes, unos servicios de atención sanitaria básica inadecuados, y el acceso limitado a servicios de maternidad, en especial a la atención obstétrica de emergencia y la atención neonatal. Existen también factores básicos, como la pobreza, la exclusión social y la discriminación por razones de género, que exacerban tanto las causas directas como las causas subyacentes de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal (*para un análisis más detallado de cómo interactúan estos factores, véase el Gráfico 1.7 de la página 17*).

Gráfico 1.5

Causas directas de muertes maternas, 1997–2002*



* Los datos se refieren al año más reciente del período especificado para el que se dispone de información. Los porcentajes podrían no sumar 100% debido al redondeo.

Fuente: Khan, Khalid S., et al., 'WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review', *The Lancet*, vol. 367, núm. 9516, 1 de abril 2006, pág.1069.

Por cada mujer que muere por causas relacionadas con el embarazo, 20 más sufren lesiones, infecciones y discapacidades, lo que supone aproximadamente 10 millones de mujeres cada año.

Particularmente importante es la limitación en el acceso a unos servicios sanitarios de calidad, un problema que afecta a muchas mujeres. La salud materna y el acceso a unos servicios de contracepción y de salud de la reproducción de calidad constituyen también factores importantes que determinan la salud y la supervivencia neonatal. Los estudios demuestran que la salud de las mujeres a lo largo de su ciclo vital –desde la infancia, a lo largo de la adolescencia y durante la edad adulta– es un factor crítico que determina los resultados en materia de salud materna y neonatal. El acceso a establecimientos sanitarios y a personal cualificado de salud son también factores importantes: no resulta sorprendente que los países que registran los índices más elevados de mortalidad materna sean los que presentan también los índices más bajos de asistencia de personal cualificado en los partos y de alumbramientos en establecimientos sanitarios²⁶.

La pobreza puede minar la salud materna y neonatal de varias formas. Puede ocasionar un aumento en la incidencia de causas directas de mortalidad, como las infecciones y la desnutrición maternas; puede llevar a que no se busque atención médica cuando se precisa; o puede limitar el acceso a los servicios de atención sanitaria. Asimismo, puede menoscabar la calidad de los servicios prestados cuando éstos existen. Información procedente de 50 Encuestas de Demografía y Salud practicadas entre 1995 y 2002 revela, en una comparación entre regiones, que los índices de mortalidad neonatal son entre un 20 y un 50% más elevados en el 20% de los hogares más pobres que entre el quintil de los hogares más prósperos. En el caso de la mortalidad materna se registran también desigualdades similares²⁷.

Crear un entorno social que respalde los derechos de las mujeres y las niñas es también fundamental a la hora de reducir la mortalidad y la morbilidad

materna y neonatal. El resultado de los esfuerzos realizados para aumentar las intervenciones sanitarias que abordan las causas inmediatas de la mala salud y de la muerte materna y neonatal, así como para aliviar la desnutrición materna, frenar las enfermedades infecciosas y mejorar las instalaciones y la prácticas relativas a la higiene, será sólo parcial a no ser que las mujeres y las niñas vivan en un contexto social en el que se respeten sus derechos. Como muestra el Capítulo 2, ampliar la prestación de los servicios puede resultar insuficiente si las mujeres y las niñas carecen de acceso a bienes o servicios esenciales debido a impedimentos índole cultural, social o familiar.

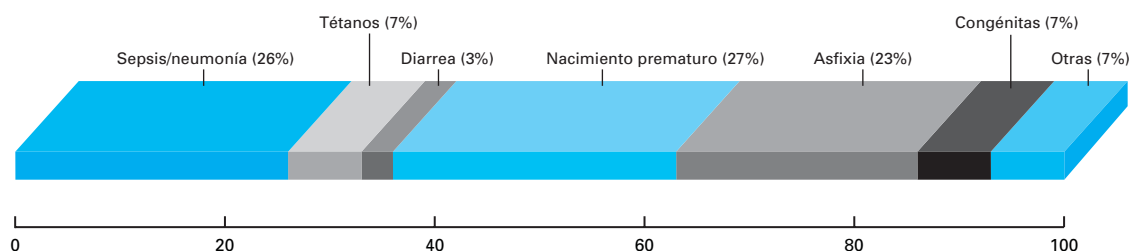
Acelerar el progreso en materia de salud materna y neonatal

Muchos de los factores causantes de la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal son bien conocidos y se hallan interrelacionados,

Gráfico 1.6

Causas directas de las muertes neonatales, 2000*

El bajo peso al nacer, que guarda relación con la desnutrición materna, es un factor causal en el 60–80% de las muertes neonatales.



*Los porcentajes podrían no sumar 100% debido al redondeo.

Fuente: Lawn, Joy E., Simon Cousens y Jelka Zupan, '4 million neonatal deaths; When? Where? Why?', *The Lancet*, vol. 365, núm. 9462, 5 de marzo 2005, pág. 895.

como ilustra el marco conceptual de el Gráfico 1.7. Si bien existen aún muchas lagunas en nuestro conocimiento sobre las causas y el alcance de las muertes maternas y neonatales, lo que sabemos es sin duda suficiente para implantar medidas que podrían salvar millones de vidas. Las principales medidas que existen para reducir la mortalidad y la morbilidad materna están perfectamente definidas y comprendidas. Entre ellas figuran:

- Promover el acceso a unos servicios de planificación familiar, sobre la base de las políticas individuales de cada país.
- Una atención antenatal de calidad que comprenda un módulo integral de servicios de salud y nutrición.
- Prevenir la transmisión materno-infantil del VIH y ofrecer tratamiento antirretroviral para las mujeres que lo necesiten.
- Intervenciones paliativas y preventivas básicas, como por ejemplo la inmunización contra el tétanos neonatal para las mujeres embarazadas, inmunizaciones habituales, y la distribución de mosquiteros tratados con insecticida y de sales de rehidratación oral, entre otras.
- El acceso a agua y sistemas de saneamiento mejorados, y la adopción de unas mejores prácticas de higiene, en especial durante el parto. Disponer de agua limpia para la higiene y el consumo es fundamental para un parto seguro.
- El acceso a personal sanitario especializado –un médico, un auxiliar



Mejorar los servicios de maternidad es clave para impulsar la salud y la supervivencia materna y neonatal. Una enfermera examina a un bebé de seis semanas durante una revisión en un centro de salud comunitario, Jamaica.

© UNICEF/HQ08-0302/Susan Markisz

de enfermería o una partera—durante el alumbramiento.

- La prestación de servicios obstétricos de emergencia en un mínimo de 4 establecimientos sanitarios por cada 500.000 habitantes –adaptándose a las circunstancias de cada país– para las mujeres que padezcan complicaciones.
- La prestación de servicios obstétricos de emergencia integrales en un mínimo de un establecimiento sanitario por distrito o por cada 500.000 habitantes.
- Realizar una visita postnatal a cada mujer y a su recién nacido tan pronto como sea posible después del parto, a poder ser antes de transcurridas 24 horas, con visitas adicionales hacia el final de la primera semana, y en la cuarta o sexta semana.
- Impartir conocimientos y preparación para la vida práctica a las mujeres embarazadas y a las familias, enseñándoles a reconocer las señales de alerta en relación con la salud materna y neonatal e informándoles sobre los mecanismos de remisión de pacientes.
- Ofrecer asesoramiento en materia de nutrición y administrar suple-

mentos cuando sea necesario, como parte de los servicios de atención antenatal, posnatal y neonatal habituales.

- El cuidado básico de los recién nacidos, que incluye, entre otras medidas, comenzar con la lactancia materna en la primera hora a partir del nacimiento, el empleo de la lactancia materna como método exclusivo de alimentación, el control de las infecciones, mantener la temperatura adecuada del recién nacido y evitar bañarlo durante las primeras 24 horas.
- Los cuidados especiales para los bebés que nacen con poco tamaño, los bebés de partos múltiples y los que nacen con anomalías congénitas.
- La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia o su equivalente, en los establecimientos sanitarios que atienden a las mujeres y a la infancia²⁸.

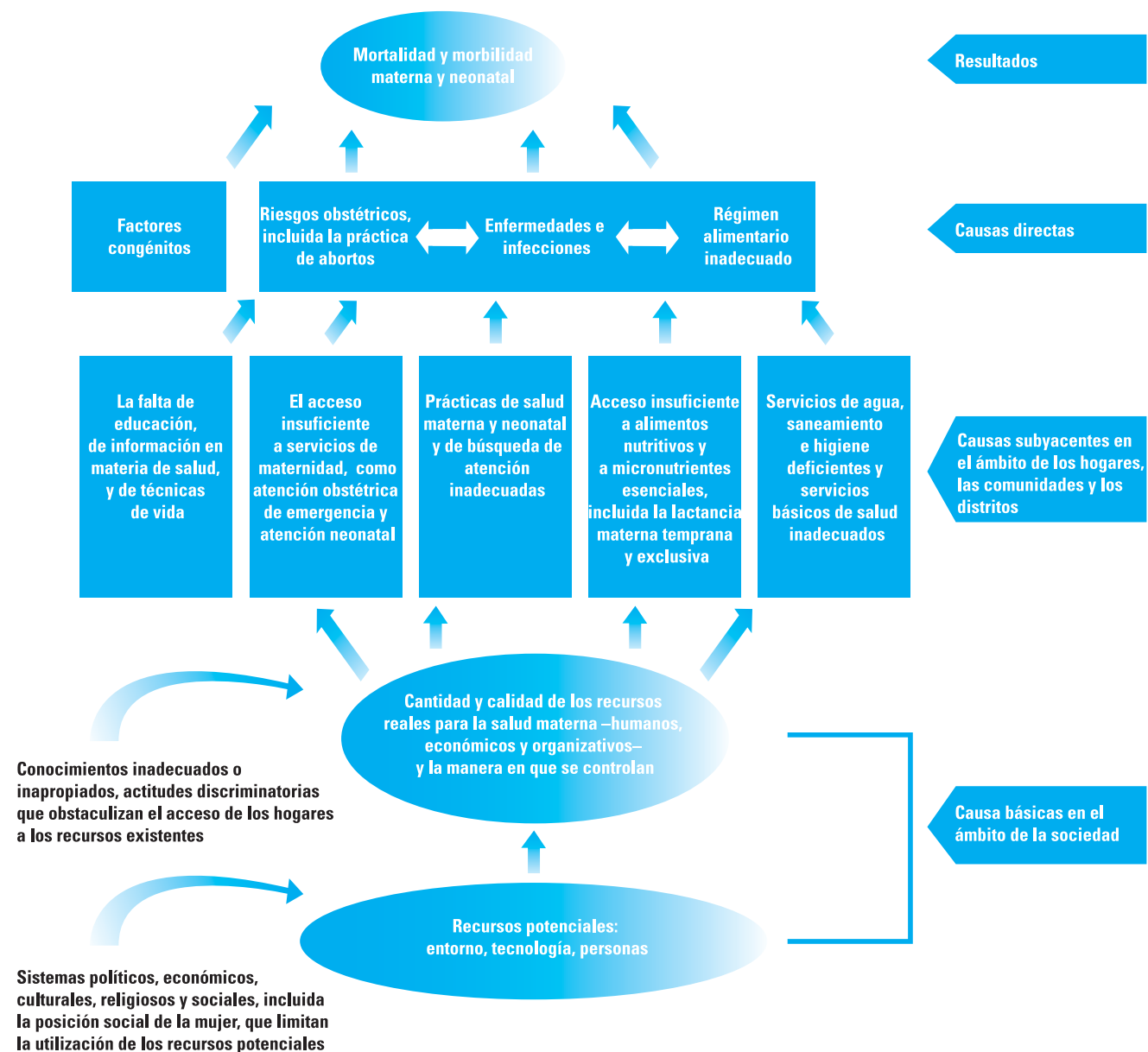
No obstante, para que estas medidas den resultado cada vez resulta más evidente que es preciso prestar unos servicios esenciales, en momentos clave del ciclo vital, a través de unos sistemas de salud dinámicos que integren la atención continuada en el hogar, en la comunidad y en los esta-

La carga de las muertes neonatales es también elevada, ya que casi 4 millones de recién nacidos mueren anualmente durante sus primeros 28 años de vida.

Gráfico 1.7

Marco conceptual de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal

Este marco conceptual sobre las causas de la mortalidad materna y neonatal pone de manifiesto que los resultados en materia de salud están determinados por factores interrelacionados, que comprenden, entre otros, la nutrición, el agua, el saneamiento y la higiene, los servicios de atención sanitaria y la práctica de unos hábitos saludables, y el control de las enfermedades. Estos factores se definen como inmediatos (que provienen del individuo), subyacentes (que provienen de los hogares, las comunidades y los distritos) y básicos (que provienen de la sociedad). Los factores de un ámbito influyen en los ámbitos restantes. Este marco se ha concebido para que resulte de utilidad a la hora de valorar y analizar las causas de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal, así como en la planificación de acciones concretas para mejorar la salud materna y neonatal.



Fuente: UNICEF.

Un bebé nacido en un país menos adelantado tiene 14 veces más probabilidades de morir durante los primeros 28 días de vida que uno nacido en un país industrializado.

blecimientos de atención permanentes y periféricos. Este concepto de atención continuada en relación con la salud materna, neonatal e infantil ha surgido en los últimos años a partir del reconocimiento de que un enfoque integrado da mejores resultados que múltiples iniciativas separadas. En cualquier caso, esta atención continuada ha de existir en un entorno de apoyo que salvaguarde los derechos de las mujeres y que haga de la salud materna y neonatal una prioridad. En el Capítulo 2 se examinan los elementos necesarios para crear ese tipo de entorno y para mantenerlo.

Entre los elementos más importantes de una atención continuada figuran la presencia de profesionales debidamente capacitados a lo largo del embarazo, durante el parto y en el periodo posparto, y la atención neonatal, además de unos mecanismos eficaces de remisión de pacientes a establecimientos debidamente equipados para tratar las emergencias. Las nuevas funciones de los prestadores de nivel medio, como las enfermeras y las parteras, en la ampliación del acceso a la atención obstétrica de emergencia muestra también un potencial prometedor en el mundo en desarrollo.

En particular, dado que los riesgos de muerte materna y neonatal son mayores durante las primeras 24–48 horas tras el nacimiento, es urgente intensificar la atención neonatal durante este periodo, y es necesario asimismo insistir en la importancia de realizar visitas de seguimiento a los bebés y a las madres. Las visitas poco después del parto son vitales para las nuevas madres, que pueden continuar padeciendo un mayor ries-

go de mortalidad y morbilidad al menos durante un año después del parto. No obstante, esto por lo general no es posible en los países más pobres y en las comunidades en que se producen el mayor número de muertes, debido a una penosa carencia de servicios de atención materna y neonatal. Sobre todo en África subsahariana, factores como la distancia, las migraciones, la urbanización, los conflictos armados, las enfermedades y la escasez de inversiones en salud pública, han dado como resultado graves carencias de profesionales sanitarios cualificados.

Las mujeres y los recién nacidos en los estados frágiles –países donde la política institucional y la gestión de los asuntos públicos son deficientes y viven en medio de la inestabilidad política y en un estado de derecho precario– requieren una atención particular. A menudo, estos estados carecen de la capacidad institucional y de los recursos adecuados para prestar servicios sociales básicos y de infraestructura y ofrecer seguridad a sus ciudadanos. En los estados frágiles vive alrededor del 8% de la población del mundo, pero en ellos se registra el 35% de las muertes derivadas de la maternidad del mundo, y representan 8 de los 10 países con las tasas más elevadas de mortalidad derivada de la maternidad. En estos países se registra también el 21% de las muertes neonatales mundiales, y representan 9 de los 10 países con las tasas más elevadas de mortalidad neonatal²⁹.

Fortalecer la gestión de los asuntos públicos y el estado de derecho y reestablecer la paz y la seguridad son condiciones previas para acelerar los progresos en la mejora de la salud de

las madres y los recién nacidos. Los donantes y los organismos internacionales se enfrentan también el reto de avanzar más allá de la respuesta humanitaria a largo plazo y establecer un sistema de asistencia para el desarrollo a largo plazo, así como garantizar que la salud de las madres, los niños y los recién nacidos y los derechos de la mujer sean elementos importantes en las negociaciones y programas destinados a mejorar la gestión de los asuntos públicos, resolver los conflictos y fortalecer las instituciones³⁰.

En los países menos adelantados, los recursos dedicados a la salud materna y neonatal han sido insuficientes, lo que ha impedido el acceso a clínicas y hospitales de las personas con pocos medios, en particular en las zonas rurales. Esto puede deberse bien a la ausencia de establecimientos sanitarios, a una calidad y un estado deficientes de los centros de salud y hospitales, a la falta de personal sanitario capacitado o a la existencia de personal poco capacitado, o de unos costes para el usuario que resultan inasequibles para las personas con pocos medios. El concepto de una atención continuada se refiere no sólo a las necesidades de las madres y su progenie a lo largo del tiempo, sino también al aumento del acceso a los servicios de salud vinculando los hogares y las comunidades, las clínicas y los hospitales. En el Capítulo 3 se examinan a fondo los medios para integrar y fortalecer los servicios existentes para las madres y los recién nacidos a fin de que se presten en lugares clave y en momentos cruciales del ciclo vital.

La aplicación y ampliación de la atención continuada para las madres, los

Salud materna y neonatal en Nigeria: crear estrategias para acelerar el progreso

Nigeria es el país más poblado de África: en 2007 contaba con 148 millones de habitantes, 25 millones de los cuales eran menores de cinco años. Con casi 6 millones de nacimientos en 2007 –la tercera cifra más elevada del mundo después de la India y China– y un índice de fertilidad de 5,4, el crecimiento demográfico de Nigeria continúa siendo rápido en términos absolutos.

Además del crecimiento masivo de su población, Nigeria destaca por su enorme riqueza petrolera. No obstante, la pobreza se halla muy extendida: según los *Indicadores del desarrollo mundial de 2007* publicados por el Banco Mundial, más del 70% de los nigerianos viven con menos de un dólar al día, lo que dificulta su acceso a una atención sanitaria de calidad.

La pobreza, la presión demográfica y la escasez de inversiones en sanidad pública, por nombrar tres factores, provocan el aumento de los niveles y las tasas de mortalidad materna y neonatal. Según las últimas estimaciones interinstitucionales de las Naciones Unidas, la tasa promedio de mortalidad materna se situaba en 1.100 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos en 2005, y el riesgo de por vida de muerte materna, en 1 por cada 18. Vista en el contexto mundial, la cifra de muertes maternas revela la crudeza de la realidad: aproximadamente 1 de cada 9 muertes maternas ocurren en Nigeria solamente.

Las mujeres que sobreviven al embarazo y el parto pueden tener que enfrentar una salud precaria: los estudios indican que entre 100.000 y 1 millón de mujeres nigerianas podrían padecer de fístula obstétrica. Según las estimaciones más recientes de la Organización Mundial de la Salud, en 2004 el número de muertes neonatales ascendía a 249.000, de las cuales el 76% se producían en el período neonatal temprano (es decir, la primera semana de vida). Unas instalaciones sanitarias inadecuadas, la falta de transporte a los establecimientos donde se dispensan los servicios de atención, la incapacidad de pagar por los servicios, y el rechazo de ciertos grupos de población a la atención sanitaria moderna constituyen factores clave que subyacen a los elevados índices de mortalidad y morbilidad materna, neonatal e infantil.

Las disparidades en los niveles de pobreza y de salud existentes entre los diversos grupos etnolingüísticos de Nigeria y entre los propios estados son muy acusadas. Los índices de pobreza en las zonas rurales, que en 2004 se calculaban en torno al 64%, son cerca de 1,5 veces más elevados que en las zonas urbanas, del 43%. Además, el índice de pobreza en la región del nordeste, de un 67%, es casi el doble que el 34% registrado en la más próspera región del sudeste.

El escaso nivel educativo, en especial entre las mujeres, y los hábitos y prácticas culturales discriminatorios son un obstáculo a la reducción de los elevados índices de mortalidad materna. Un estudio practicado en el Jos University Teaching Hospital, en la región septentrional y central, muestra que casi tres cuartas partes de las muertes maternas registradas en 2005 ocurrieron entre mujeres analfabetas. La tasa de mortalidad entre las mujeres que no habían recibido atención prenatal era casi 20 veces más que entre las mujeres que sí disponían de acceso a estos servicios. De los numerosos grupos étnicos representados por los pacientes, el 22% de todos los alumbramientos y el 44% de todas las muertes correspondían a mujeres Hausa-Fulani. Los Hausa-Fulani son el mayor grupo étnico del norte

de Nigeria, y se ven por tanto muy afectados por los elevados índices de pobreza que afectan a esta región.

Las prácticas y los hábitos culturales discriminatorios con las mujeres y las niñas contribuyen al aumento de la mortalidad y la morbilidad materna. Los matrimonios prematuros y el índice elevado de embarazos entre adolescentes son habituales en toda Nigeria, lo que expone a las niñas y las mujeres en edad reproductiva a numerosos riesgos de salud.

Dada esta compleja realidad, la creación de estrategias para acelerar el progreso en lo tocante a la mortalidad materna y neonatal continúa siendo un desafío considerable. No obstante, el Gobierno de Nigeria, en colaboración con aliados internacionales, está intentando hacer frente a este reto. En 2007 comenzó la puesta en marcha a escala nacional de una Estrategia integrada de salud de la madre, del recién nacido y del niño destinada a impulsar módulos de intervenciones de gran repercusión que incluyen la administración de suplementos nutricionales, la inmunización, el empleo de mosquiteros tratados con insecticida y la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.

La estrategia se pondrá en marcha en tres fases, con una duración de tres años cada una de ellas, y ha sido diseñada siguiendo el modelo de la atención continuada para fortalecer el sistema de salud descentralizado de Nigeria, que opera a escala federal, estatal y local. En la fase inicial, que abarca de 2007 a 2009, el objetivo principal será detectar y eliminar los estrangulamientos, al mismo tiempo que se ofrece un conjunto básico de servicios por medio de estrategias basadas en la comunidad y de atención en la familia. Una considerable proporción del gasto se empleará en la terapia de combinación basada en la artemisina para combatir el paludismo en las mujeres, los niños y los trabajadores de salud recientemente contratados y capacitados, sobre todo en las zonas rurales. A medida que mejora la atención básica de la salud, se prevé que aumente la demanda de servicios clínicos.

La segunda y la tercera fase de la Estrategia integrada de salud de la madre, del recién nacido y del niño hará un mayor hincapié en la construcción de infraestructura de salud. Durante más de nueve años, la estrategia procurará revitalizar los establecimientos existentes, construir clínicas y hospitales, y crear incentivos –como los salarios estables, las prestaciones por condiciones de trabajo difíciles y los bonos basados en el rendimiento– que contribuirán a retener a los profesionales capacitados de la salud en el sistema de salud de Nigeria.

La Estrategia integrada de salud de la madre, del recién nacido y del niño, si se aplica plenamente y a tiempo, puede mejorar considerablemente la salud de las madres y los recién nacidos. Junto a este paquete, el país ha aprobado recientemente el Mecanismo Nacional de Seguro de Salud, que integra a los sectores público y privado de la salud a fin de que la atención de la salud sea más viable para los nigerianos. Si el Gobierno aprueba la Ley Nacional de la Salud, que actualmente se encuentra en la legislatura, se pondrá a disposición de la población una línea directa de financiación para la atención primaria de la salud. Estas mejoras en el sistema de salud tienen el potencial de marcar el rumbo para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 en el país más poblado de África.

Véanse las referencias, pág. 107.

Por cada recién nacido que muere, otros 20 sufren lesiones al nacer, complicaciones derivadas de un nacimiento prematuro u otros trastornos neonatales.

recién nacidos y la infancia exigirá tanto la integración como la ampliación de una variedad de intervenciones. En el Capítulo 4 se examinan modelos, políticas y programas clave que están impulsando este proceso.

El último capítulo de *El Estado Mundial de la Infancia 2009* es un llamamiento a una acción concertada y a la creación de alianzas estrechas y coherentes cuyo propósito sea mejo-

rar la salud y la supervivencia materna y neonatal. Los objetivos ya están claros; asimismo, es evidente que el mundo en su conjunto va con retraso respecto al Objetivo de Desarrollo del Milenio que consiste en reducir la mortalidad infantil (ODM 4), y mucho más aún en relación con la mejora de la salud materna (ODM 5). Es obvio que es necesario acelerar de forma significativa este progreso. Las experiencias de varios países en

desarrollo, que se analizan a fondo en los capítulos siguientes, demuestran que es posible lograr avances rápidos cuando se cuenta con estrategias sólidas, con un compromiso político y con los recursos adecuados, y cuando se realizan esfuerzos de colaboración que apoyen la salud tanto de las madres como de sus recién nacidos.

Ampliar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Acceso universal a la salud de la reproducción para 2015

En 2005, los Jefes de Estado reunidos en las Naciones Unidas para evaluar los compromisos alcanzados en la Declaración del Milenio –el documento resultante de la Cumbre del Milenio de 2000– no sólo ratificaron los objetivos de desarrollo formulados en 2000, conocidos desde entonces como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), sino que añadieron cuatro nuevas metas para apoyarlos.

Uno de los cambios más importantes en la configuración de los ODM es la inclusión de una meta específica sobre salud de la reproducción, la Meta B, cuyo objetivo es “lograr el acceso universal a la salud de la reproducción para 2015”. Esta nueva meta se incluye dentro del ámbito del objetivo predominante de mejorar la salud materna, al complementar su propósito original y los indicadores asociados. A continuación se muestran los indicadores seleccionados para supervisar el progreso hacia la meta B del ODM 5:

Tasa de uso de anticonceptivos – Porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años, en pareja, que actualmente emplean un método anticonceptivo.

Tasa de natalidad entre las adolescentes – Cifra anual de alumbramientos en mujeres de entre 15 y 19 años por cada 1.000 mujeres pertenecientes a ese grupo de edad. También puede designarse como el índice de fecundidad por edad para las mujeres de entre 15 y 19 años.

Cobertura de la atención prenatal – Porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años que han recibido atención, al menos en una ocasión,

de personal sanitario cualificado (médicos, auxiliares de enfermería o parteras) y las que han recibido atención de cualquier tipo de profesional de la salud al menos en cuatro ocasiones.

Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar – Se refiere a las mujeres en edad de reproducción y sexualmente activas que no emplean ningún método anticonceptivo, y que expresan su deseo de no tener más hijos o de retrasar el nacimiento de su próximo bebé.

La adición a los ODM de la meta referida a la salud de la reproducción es la manifestación de un largo proceso que vincula cuestiones de la salud de la reproducción con el desarrollo, los derechos humanos y la igualdad entre los géneros, y cuyo acontecimiento culminante fue la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en el Cairo en 1994. Desde entonces, a través de otras actividades importantes, entre las que destacan la Cuarta Conferencia sobre la Mujer (Beijing 1995) y la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo+5, la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en 1999, se han ratificado y ampliado las recomendaciones de la reunión original de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, muy en especial el objetivo del acceso universal a unos servicios de salud de la reproducción para 2015.

Véanse las referencias, pág. 107.

Sri Lanka es una historia de éxito pese a las dificultades. En 2006, el ingreso nacional bruto anual per cápita de Sri Lanka, un país de medianos a bajos ingresos, era inferior a 1.500 dólares. Además, el país ha sufrido un conflicto civil prolongado y la devastación del *tsunami* que en 2004 azotó el Océano Índico. Pese a ello, el progreso registrado en el país, especialmente en materia de salud y educación infantil, es una de uno de los ejemplos de éxito más llamativos que se han dado entre los países en desarrollo en los últimos años. La tasa de mortalidad materna de Sri Lanka ha descendido de 340 por cada 100.000 nacimientos vivos en 1960, a 43 por cada 100.000 nacimientos vivos en 2005, y en la actualidad más del 98% de los nacimientos tienen lugar en hospitales. Los índices de atención prenatal (una visita por lo menos) y la asistencia al parto de personal cualificado son del 99% o más. En 2007, el país registró un índice total de fertilidad de 1,9, en contraste con el 3,0 correspondiente a la región de Asia meridional. Estos resultados también han tenido efectos positivos en la supervivencia infantil: la mortalidad de menores de cinco años ha descendido de 32 por cada 1.000 nacimientos vivos en 1990, a 21 por cada 1.000 nacimientos vivos en 2007. Los últimos datos disponibles sugieren que el índice de mortalidad infantil también ha descendido: en 2004 se situaba en una proporción de 8 por cada 1.000 nacimientos.

En materia de educación básica la trayectoria de Sri Lanka ha sido también excepcional. Según las estimaciones internacionales más recientes, la tasa de matriculación en la escuela primaria se sitúa en más del 97%, tanto para niños como para niñas, mientras que los índices de alfabetización entre los jóvenes de 15 a 24 años son de un 97% para los varones y de un 98% para las mujeres. Datos administrativos sugieren que la cifra de estudiantes que finalizan la escuela primaria es del 100%. Dada la correlación positiva entre la educación y la supervivencia materna e infantil, se infiere que estos resultados provienen de una inversión continuada en estas tres esferas.

La clave de las sorprendentes mejoras registradas en materia de salud materna en Sri Lanka ha sido la ampliación de un módulo integrado de servicios sanitarios y sociales dirigido a la población pobre. El sistema de salud del país, que data de finales del siglo XIX, se orientó en primer lugar a la prestación universal de unos servicios mejorados de atención sanitaria, de saneamiento y de tratamiento de las enfermedades. A continuación se añadieron intervenciones específicas cuyo objetivo era mejorar la salud de las mujeres y la infancia. A lo largo de los años, los gobiernos sucesivos han mantenido un enfoque prudente en el que se daba prioridad a la prestación de unos servicios de atención sanitaria a las madres y a la población pobre al tiempo que se invertían juiciosamente los recursos económicos y humanos. Las mejoras resultantes en materia de salud femenina están respaldadas por medidas orientadas a promover la autonomía social y económica de la mujer a través de la educación, el empleo y la participación social.

Los primeros textos escritos de Sri Lanka y su pasado colonial ofrecen una perspectiva única de la evolución de la salud materna en el país, comenzando por textos médicos que se remontan al siglo IX y X. La formación oficial de parteras se implantó durante el gobierno colonial británico en 1879, y el

Registro General comenzó a consignar los datos relativos a la mortalidad materna en 1902. Esta riqueza de información y de conocimientos hace posible evaluar los resultados obtenidos a partir de los distintos enfoques aplicados a la salud materna a lo largo del tiempo. El hecho de establecer unas competencias obligatorias claras contribuyó a la profesionalización de las parteras, y la aplicación de una política de no culpabilización favoreció la normalización de las investigaciones relativas a las muertes maternas.

Los resultados fueron extraordinarios: la mortalidad materna descendió en un 50% entre 1947 y 1950. Trece años después los índices de mortalidad materna se habían reducido de nuevo a la mitad. Una vez implantadas las estructuras y sistemas, la mejora progresiva de la organización y la gestión sanitaria han hecho posible que Sri Lanka reduzca su tasa de mortalidad materna en un 50% cada 6 a 11 años. Además, el índice de alfabetización de las mujeres aumentó desde un 44% a un 71% entre 1946 y 1971. Los índices de asistencia de personal cualificado durante el parto y los alumbramientos en establecimientos sanitarios también aumentaron. Con el descenso de los partos asistidos por parteras, desde el 9% registrado en 1970 al 20% en 1995, las parteras del sistema sanitario público pasaron a ser más bien asistentes al parto en los establecimientos sanitarios. A partir de 1965 las parteras comenzaron a cobrar importancia en la ampliación de los servicios públicos de planificación familiar.

Durante mucho tiempo el desarrollo del sistema de salud de Sri Lanka ha servido de modelo para otros países en desarrollo, como testimonio del éxito que puede alcanzarse en materia de salud materna e infantil cuando se aplican juiciosamente estrategias sólidas y recursos suficientes y se cuenta con el compromiso político. A pesar de los notables avances en la salud de las madres y los niños, todavía persisten varios retos. En los últimos años se ha producido en el país una escasez de trabajadores de la salud; según las *Estadísticas de la salud en el mundo de 2008*, en el periodo de 2000 a 2006 el país solamente disponía de 6 médicos y 17 enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes. Además, los servicios se han deteriorado a medida que se han reducido los recursos financieros, y el gasto en el sector de la salud fue de alrededor de un 4% del PIB en 2005. El gasto privado en la salud, que en la mayoría de los casos es personal y de poca monta, representa más de la mitad del total de los gastos en salud.

Otro desafío al que hará frente Sri Lanka será garantizar la seguridad alimentaria, especialmente si los precios alimentarios mundiales siguen siendo elevados. En el país se registran niveles importantes de desnutrición entre los recién nacidos y los menores de cinco años. Según los últimos cálculos internacionales, más de 1 de cada 5 recién nacidos nacen con bajo peso al nacer, y un 23% de los niños y niñas menores de cinco años tienen bajo peso moderado o grave. Mejorar el nivel de la lactancia materna exclusiva para los niños menores de seis meses del nivel actual de un 53% será fundamental para mantener los avances de Sri Lanka en materia de mortalidad neonatal e infantil.

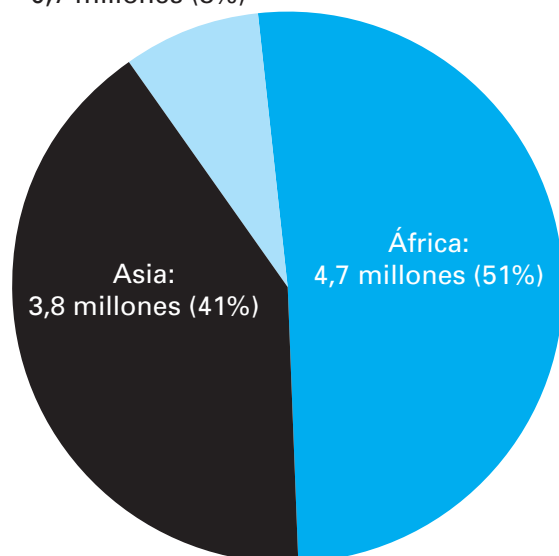
Véanse las referencias, pág. 107.

La importancia central de África y Asia en los desafíos mundiales relacionados con la infancia y las mujeres

Los continentes de África y Asia* presentan los mayores desafíos mundiales para la supervivencia de los niños, las niñas y las mujeres. Sus avances en sectores fundamentales como la salud infantil y maternal, la nutrición y la educación, entre otros, son fundamentales para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Muertes de niños menores de cinco años, 2007

Resto del mundo:
0,7 millones (8%)



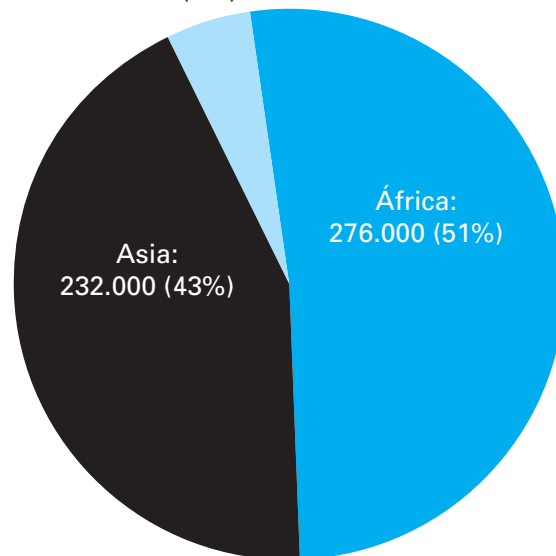
Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF.

Muertes entre niños y niñas menores de cinco años

- En 2007, 9,2 millones de niños y niñas murieron antes de cumplir cinco años. En África y en Asia se produjeron el 92% de estas muertes.
- La mitad de las muertes de menores de cinco años en el mundo se produjeron en África, que sigue siendo el lugar del mundo donde es más difícil que un niño sobreviva hasta los cinco años.
- Aunque en Asia se ha producido una notable reducción en el número anual de muertes infantiles desde 1970, todavía representó el 41% de las muertes mundiales de menores de cinco años en 2007.

Muertes maternas, 2005

Resto del mundo:
28.000 (5%)



Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF.

Muertes maternas

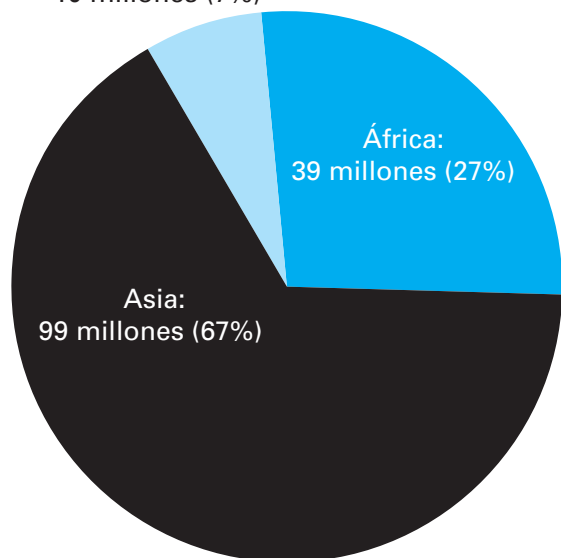
- En 2005, el último año del que se disponen cálculos firmes, alrededor de 536.000 mujeres murieron debido a causas relacionadas con el embarazo y el parto. Casi todas estas muertes maternas, un 95%, se produjeron en África y en Asia.
- África es el continente con la tasa más elevada de mortalidad materna, que se calcula en 820 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en 2005. La tasa de mortalidad materna en Asia es de 350 por cada 100.000 nacidos vivos.
- En África, el riesgo para toda la vida de muerte materna es de 1 en 26, cuatro veces mayor que en Asia y más de 300 veces más elevada que en los países industrializados.

A menudo no se considera toda la magnitud de la carga de las muertes maternas e infantiles que soportan África y Asia –cada continente y los dos combinados– debido a la falta de cálculos a escala continental para los principales indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Este recuadro presenta una descripción de los principales indicadores infantiles y maternos para África y Asia, y en su totalidad ofrece una perspectiva complementaria del desglose regional presentado en las Tablas Estadísticas que aparecen en las páginas 113-157 de este informe.

Al agregar los datos sobre la infancia de estos dos vastos continentes se obtiene un recordatorio sombrío de la enorme importancia que tiene lograr progresos en África y en Asia para alcanzar los objetivos del desarrollo. En los esfuerzos para acelerar los progresos a escala continental, sin embargo, no se deben olvidar las a menudo sorprendentes disparidades en la situación de las mujeres y de los niños, ni en las tasas de progreso dentro de los países. La cuestión de las disparidades y las desigualdades que afectan a los niños y niñas se examinará más minuciosamente en futuras ediciones del *Estado Mundial de la Infancia*.

Niños menores de cinco años con bajo peso, 2007

Resto del mundo:
10 millones (7%)



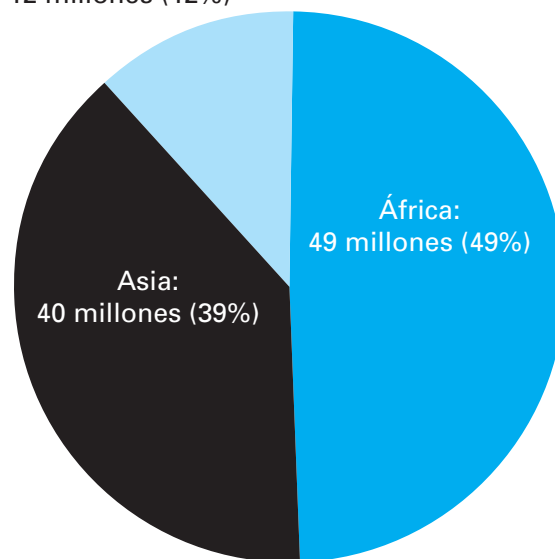
Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF.

Situación nutricional de los niños pequeños

- En 2007, 148 millones de niños y niñas menores de cinco años en el mundo en desarrollo tenían bajo peso con respecto a su edad.
- Dos terceras partes de estos niños y niñas viven en Asia, y poco más de una cuarta parte viven en África.
- Juntos, África y Asia representan el 93% de todos los niños y niñas con bajo peso menores de cinco años en el mundo en desarrollo.

Niños y niñas en edad escolar primaria que no van a la escuela, 2007

Resto del mundo:
12 millones (12%)



Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF.

Educación primaria

- En 2007, 101 millones de niños y niñas en edad escolar primaria estaban escolarizados.
- Casi la mitad de estos niños y niñas viven en África, y un 39% en Asia.
- En las dos regiones, aproximadamente el 20% de las niñas y el 16% de los niños en edad escolar primaria o no están matriculados o no asisten a la escuela primaria.

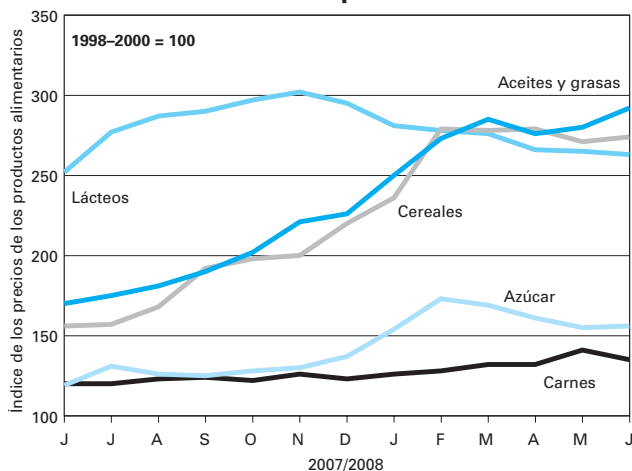
* África incluye todos los estados miembros de la Unión Africana. Asia incluye los países de las regiones de UNICEF de Asia oriental y el Pacífico y Asia meridional. Las cifras podrían no sumar 100% debido al redondeo.

La crisis alimentaria mundial y su efecto potencial en la salud materna y neonatal

El reciente aumento drástico de los precios en todo el mundo, que comenzó en 2006 y continuó en 2007 y 2008, ha puesto de manifiesto la vulnerabilidad de millones de seres humanos al hambre y la desnutrición, particularmente en los países donde la seguridad alimentaria continúa siendo un motivo de preocupación importante. Los aumentos acusados han afectado a alimentos básicos como los aceites vegetales, los cereales, los productos lácteos y el arroz. Si bien las fluctuaciones en los precios de los suministros son habituales, lo que distinguió la situación en 2008 es que la escalada en los precios mundiales afecta no sólo a unos cuantos productos sino a casi todos los alimentos y las materias primas alimentarias.

Gráfico 1.8

Los precios de los alimentos han aumentado de forma acusada en todo el planeta*



* Los índices de precios de productos básicos alimentarios que se muestran en el gráfico son los promedios ponderados de los índices de precios correspondientes a un conjunto de productos básicos perteneciente a cada grupo de productos básicos alimentarios. Las ponderaciones consisten en el promedio de las cuotas comerciales de exportación correspondientes al período comprendido entre 1998 y 2000. Por ejemplo, el índice de precios de los aceites y grasas está compuesto por el promedio de los índices de precios de 11 aceites distintos (en los que se incluyen aceites animales y de pescado) ponderado con el promedio de las cuotas comerciales de exportación de cada uno de los aceites correspondientes al período comprendido entre 1998 y 2000. Para una explicación más completa de la composición de los índices de cada uno de los grupos de productos básicos alimentarios, véase la fuente.

Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Índices de precios de los alimentos, <<http://www.fao.org/worldfoodsituation/FoodPricesIndex/en/>>, consultado el 1 de agosto de 2008.

En junio de 2008, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) había designado a 22 países en desarrollo como países particularmente vulnerables a la crisis alimentaria. La valoración se hizo basándose en una combinación de tres factores de riesgo:

- Un índice de prevalencia de peso inferior al normal del 30% o más de la población.
- Un alto grado de dependencia de importaciones de productos básicos tales como el arroz, el trigo y el maíz.
- Un alto grado de dependencia de importaciones de derivados del petróleo.

Comoras, Eritrea, Haití, Liberia y Níger figuran entre los países donde se registran unos niveles preocupantes de estos tres factores de riesgo concretos. No resulta sorprendente que la mayoría de estos países figuren entre los menos adelantados y los que tienen un nivel de renta más bajo. No obstante, dentro incluso de

los propios países, suelen ser los sectores más pobres de la sociedad –que gastan la mayor parte de sus ingresos disponibles en alimentos– los que se ven más afectados por la crisis alimentaria.

Abordar las necesidades nutricionales especiales de las madres y los recién nacidos

En situaciones de emergencia, tales como una crisis alimentaria, se considera que las personas que corren un mayor riesgo son las mujeres embarazadas, las madres lactantes, y los niños y niñas de corta edad, debido a que sus necesidades nutricionales son más elevadas. Por ejemplo, las mujeres embarazadas precisan casi 285 calorías más al día, y las madres lactantes, unas 500 más al día. Su necesidad de micronutrientes es también más elevada, pues precisan unas dosis adecuadas de hierro, ácido fólico, vitamina A y yodo que garantizan la salud tanto de la madre como de su bebé.

En respuesta a la crisis alimentaria, la FAO ha exhortado a que se dé una respuesta rápida en materia de aportación de suministros para instaurar un mayor equilibrio entre la oferta y la demanda de alimentos, especialmente en los países más afectados. Además, al tiempo que se suministran ayudas alimentarias a los países, es necesario aplicar políticas que compensen ciertas pautas de distribución alimenticia entre los miembros de las familias, que pueden resultar en un consumo inferior al necesario por parte de las mujeres embarazadas y lactantes. En los casos en que se suministran ayudas alimenticias a los sectores de la población más expuestos a padecer carencias y desnutrición deberían suministrarse raciones adicionales a las mujeres embarazadas –por lo general en forma de raciones para llevarse a casa–, ya sea a través de los programas de distribución general de raciones o a través de programas de alimentación complementaria. Las mujeres embarazadas y lactantes pueden requerir asimismo otras intervenciones complementarias relacionadas con la alimentación, como el enriquecimiento del agua, el suministro de cantidades adicionales de agua apta para el consumo, la administración de tratamientos antipalúdicos durante el embarazo, la profilaxis para tratar los parásitos internos, y el asesoramiento en materia de educación nutricional.

Las campañas de comunicación y sensibilización relativas a los alimentos deberían hacer hincapié en las necesidades nutricionales de las mujeres embarazadas y lactantes e incluir mensajes dirigidos a las familias y las comunidades en los que se explique por qué estas mujeres reciben alimentos adicionales. Esta información debería destacar la importancia de la lactancia materna como método exclusivo de alimentación durante los primeros seis meses de vida del bebé, junto con el aporte de una alimentación complementaria para los bebés de más edad. En el caso de las madres con VIH, dado que el virus puede transmitirse a través de la leche, las prácticas de lactancia materna pueden variar, dependiendo de la existencia de métodos sustitutos y de la seguridad de los mismos.

La información y la alerta temprana continúan desempeñando un papel crucial a la hora de garantizar que se adoptan medidas adecuadas y oportunas para evitar el sufrimiento. El Sistema de Información y Alerta Temprana de la FAO está demostrando su eficacia para alertar al mundo sobre las carencias alimentarias que lo amenazan. No obstante, es preciso hacer más a fin de generar unos mecanismos robustos de respuesta a las crisis alimentarias y de crear políticas nacionales e internacionales que privilegien y salvaguarden la seguridad alimentaria, tomando siempre en cuenta las necesidades nutricionales especiales de las mujeres y la infancia.

Véanse las referencias, pág. 107.

2 Crear un entorno propicio para la salud materna y neonatal



Para mejorar la salud materna y neonatal es preciso prestar unos servicios básicos en momentos críticos y en lugares clave a los que las mujeres, niños y niñas puedan acceder fácilmente. El establecimiento y la consolidación de una atención continuada requiere algo más que una mejora de la atención primaria de la salud: es necesario también que exista un entorno propicio para las madres, los niños y las niñas que salvaguarde y promueva sus derechos. El segundo capítulo del Estado Mundial de la Infancia de 2009 explora los fundamentos de este entorno propicio y las formas en que sirve para apuntalar los esfuerzos dirigidos a mejorar la atención primaria de la salud.

En octubre de 2008, más de 500 responsables de salud de 65 países se reunieron en Almaty, Kazajstán, en una conferencia internacional que conmemoraba el 30 aniversario de la Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de la salud. Los participantes intercambiaron experiencias de las tres últimas décadas y renovaron su compromiso con los principios de la atención primaria de la salud como vía para fortalecer los sistemas de salud. La Organización Mundial de la Salud presentó en vísperas de la conferencia el *Informe sobre la salud mundial de 2008*, que aborda también el tema de la atención primaria de la salud.

La Declaración de Alma-Ata, que surgió de una reunión similar convocada por UNICEF y la OMS en 1978 en la misma ciudad, supuso en efecto un nuevo rumbo en materia de salud pública. Promovía que los países ampliaran las competencias de la atención de la salud más allá de las intervenciones médicas para incluir también las limitaciones sociales, culturales y de infraestructura que dificultan la prestación de servicios de salud de calidad a todos los ciudada-

nos. Una de las esferas de mayor interés de la estrategia sobre atención primaria de la salud resultante de la reunión de Alma-Ata coincide con el tema central de este informe: la atención a las madres, los niños y las niñas. Otras prioridades eran la lucha contra las enfermedades, el acceso a la planificación familiar y el suministro de agua y saneamiento seguros. Se acordó la necesidad de exhortar a los ciudadanos a participar en el cuidado de su propia salud, en particular mediante la atención preventiva y la adopción de unas conductas y prácticas saludables¹ (véase el recuadro en la página 29).

Durante los 30 años siguientes a esa conferencia se han alcanzado logros notables en todo el mundo en desarrollo en lo que se refiere al control de diversas enfermedades importantes, entre ellas la polio y el sarampión, y en la reducción de la mortalidad infantil, en particular durante el periodo posneonatal (entre los 29 días y los 5 años de edad). Sin embargo, debido a las desigualdades crecientes en materia de atención sanitaria registradas entre los distintos países del mundo en desarrollo, y dentro de los mismos, puede

que el programa planteado en Alma-Ata acerca de una atención primaria de la salud integral –que haga hincapié en la importancia de un entorno propicio y de unas intervenciones preventivas y paliativas para lograr unos buenos resultados en materia de salud– sea tan pertinente hoy como lo era en 1978.

Cada vez es un hecho más ampliamente reconocido entre los responsables de la creación de políticas y los profesionales de la salud que las necesidades interrelacionadas de las mujeres y la infancia exigen el tipo de soluciones propugnadas en la Declaración de Alma Ata. Este reconocimiento ha culminado en un interés renovado por los marcos integrados de prestación de servicios de atención sanitaria. El perfeccionamiento periódico de dichos marcos de actuación, que ha dado como resultado iniciativas tales como la Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (presentada por UNICEF y la Organización Mundial de la Salud en 1992), y la colaboración entre aliados nacionales e internacionales durante las dos últimas décadas, se han consolidado recientemente en un modelo integral que engloba los programas –hasta hoy

La naturaleza interrelacionada de las necesidades sanitarias de las mujeres y los recién nacidos exige soluciones integradas de atención primaria de la salud.

por lo general separados— de salud materna e infantil: *la atención continuada para las madres, los recién nacidos y los niños y niñas.*

La atención continua

El objetivo de la atención continuada es integrar la atención sanitaria de las madres, de los recién nacidos y de los niños. Su premisa básica podría resumirse como sigue: la prestación de servicios esenciales para las madres, los recién nacidos y los niños y niñas es más eficaz cuando se realiza a través de módulos integrados en momentos críticos del ciclo vital de las madres, los niños y las niñas, en el contexto de un sistema sanitario dinámico que abarque lugares clave, sustentado por un entorno que defienda los derechos de las mujeres y la infancia.

Los *momentos críticos* para la prestación de servicios son la adolescencia, el periodo previo al embarazo, el embarazo, el parto, el periodo posparto, el periodo neonatal, el periodo de lactancia y la infancia.

Entre los *servicios esenciales para las madres, los recién nacidos y los niños* figuran la atención básica de calidad, la atención sanitaria materna, neonatal e infantil, la nutrición adecuada, unas instalaciones de agua y saneamiento mejoradas, y unas prácticas higiénicas.

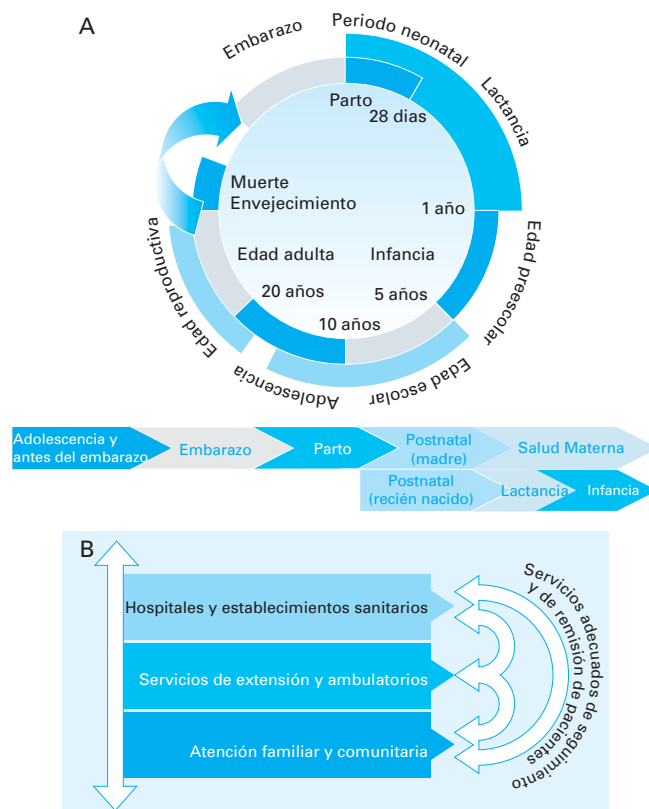
Las *modalidades clave de prestación de los servicios* consisten en servicios en los hogares y en las comunidades, servicios de extensión y ambulatorios, y servicios prestados en establecimientos sanitarios².

Para que se dé un *entorno propicio* es preciso que se respeten los derechos

Gráfico 2.1

La atención continua

Conectar los servicios de atención prestados durante el ciclo vital (A) y en los lugares en que se dispensan (B). Adaptado de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, con autorización.



Fuente: Kevbes, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, número 9595, 13 de octubre 2007, pág.1360.

de las mujeres y la infancia, que exista una educación de calidad, un nivel de vida aceptable, protección contra el maltrato, la explotación, la discriminación y la violencia, una participación equitativa en el hogar, la comunidad y la vida política y social, que se potencie la autonomía de la mujer, y que haya una mayor participación de los hombres en la atención materna e infantil.

La atención continuada refleja ampliamente una serie de principios estratégicos que se basan en las experiencias

aprendidas a lo largo de un siglo de evolución de los sistemas y las prácticas sanitarias. Estos principios se exploraban de forma exhaustiva en *El Estado Mundial de la Infancia 2008*, y se resumen a continuación.

- Las medidas orientadas a mejorar la salud de las mujeres, los recién nacidos y los niños y niñas resultan más eficaces y sostenibles cuando se integran y se prestan mediante módulos prácticos y rentables orientados a las familias y las comunidades.



Muchos de los problemas de salud que padecen las mujeres durante el embarazo se pueden prevenir, detectar o tratar mediante visitas prenatales. Una trabajadora sanitaria se prepara para tomarle la tensión a una mujer embarazada en una clínica de Bangladesh.

- Los sistemas de salud resultan más útiles cuando las distintas modalidades de atención se integran de forma dinámica: servicios de extensión y ambulatorios, y servicios de atención a las comunidades y familias.
- Para fortalecer los sistemas sanitarios a fin de mejorar los resultados relativos a la salud de las madres y los niños y niñas, es mucho mejor combinar e integrar las ventajas que presentan los enfoques verticales y horizontales de la prestación de servicios sanitarios que elegir cualquiera de los dos enfoques de forma aislada.
- Un enfoque orientado hacia los resultados para el desarrollo de los sistemas sanitarios, centrado en intervenciones eficaces y basadas en las pruebas, es útil para concebir los programas y las políticas y supervisar y evaluar los progresos.
- La mejor forma de lograr resultados es mediante la colaboración entre los programas, las políticas y alianzas que trabajan en aras de mejorar la salud materna, neonatal e infantil³.

Estos principios constituyen la base de los programas, políticas y alianzas cuya finalidad es establecer y ampliar la atención sanitaria continuada de calidad para las madres, los recién

nacidos y los niños y niñas. No obstante, para que sean realmente eficaces y se aproximen más a la meta de una atención primaria de la salud de calidad para todos planteada en Alma-Ata, los servicios esenciales que se prestan a las madres y a la infancia han de contar con el respaldo de un entorno propicio que salvaguarde y promueva sus derechos. Sin unas intervenciones que aborden la discriminación por motivos de género, las desigualdades y los abusos perpetrados contra las mujeres y las niñas en particular, existe el riesgo de que las intervenciones en apoyo de una atención sanitaria mejorada sean mucho menos eficaces, sostenibles o incluso posibles.

Tomemos como ejemplo el problema del bajo peso al nacer, que es un factor subyacente en el 70% de las muertes neonatales. La mayoría de los bebés que nacen con un peso inferior al normal han padecido una restricción del crecimiento intrauterino, normalmente como resultado de la mala nutrición y la salud precaria de la madre antes y durante el embarazo. La mayoría de estos casos se dan en Asia meridional, región que registra los índices más elevados de malnutrición entre las niñas y las mujeres, y la única que presenta pruebas contundentes acerca de la existencia de prácticas discriminatorias en la alimentación de los niños y niñas menores de cinco años y los adolescentes⁴.

Reducir las muertes neonatales no sólo requiere la prestación de una atención prenatal y la asistencia de personal capacitado en el parto; también es necesario que las niñas y las mujeres reciban una alimentación adecuada y una atención sanitaria desde el momento de su nacimiento, a lo largo de la infancia y en la adolescencia, en la edad adulta y durante la edad de concebir.

Esto no es más que un ejemplo –en lo que resta de este capítulo figuran otros– de cómo la supervivencia y la salud de los recién nacidos y los niños y niñas depende en gran medida de que se respeten los derechos de las mujeres. Por este motivo comenzamos nuestro análisis de la atención continuada de las madres y los recién nacidos examinando los diversos componentes que constituyen un entorno propicio para los derechos de las mujeres y las niñas.

Crear un entorno propicio para las mujeres y la infancia

Mejorar la salud materna y neonatal no es simplemente una cuestión práctica de crear, ampliar y mejorar los servicios de maternidad. Consiste también en abordar y revertir la situación de desidia que afecta a los derechos de la mujer, así como la discriminación estructural y el maltrato que a menudo padecen las mujeres y las niñas.

La discriminación por motivos de género –que a menudo se perpetúa de una generación a otra por medio de la tradición cultural y económica, así como de las normas sociales y políticas– tiene varios efectos perniciosos. Puede ser causa de que se deniegue a

Promover comportamientos sanos para las madres, los recién nacidos y los niños: *la guía Para la Vida*

Crear un entorno propicio para la salud de las madres y los recién nacidos requiere alterar los comportamientos que discriminan a las mujeres y las niñas y adoptar prácticas sanas que las protejan contra la enfermedad y las lesiones. Las prácticas sanas, como la lactancia materna exclusiva de un recién nacido durante los primeros seis meses de vida o lavarse las manos con jabón, debe estar basada en pruebas empíricas y establecidas por expertos médicos.

Describir estas prácticas a los progenitores y otros cuidadores mediante un lenguaje sin tecnicismos es fundamental para promover la autonomía de las mujeres y las niñas y apoyar la salud de las madres y los recién nacidos. Hace 20 años, ocho organismos de las Naciones Unidas –UNICEF, OMS, UNFPA, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, el Programa Mundial de Alimentos y el Banco Mundial– publicaron conjuntamente una guía para difundir este tipo de conocimientos vitales a todo el mundo. La guía, titulada *Para la Vida*, estaba dirigida a comunicadores, trabajadores de salud, los medios de comunicación, funcionarios gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, maestros, dirigentes religiosos, empresarios, sindicatos, grupos de mujeres, organizaciones comunitarias y otras personas. En su tercera edición, publicada en 2002, abordó una amplia gama de temas:

- Espaciamiento de los nacimientos
- Maternidad sin riesgos
- Desarrollo y aprendizaje temprano del niño
- Lactancia materna
- Nutrición y crecimiento
- Inmunización
- Enfermedades diarreicas
- Tos, resfriados y otras enfermedades graves
- Higiene
- Paludismo
- VIH y SIDA
- Prevención de lesiones
- Desastres y situaciones de emergencia

Mediante mensajes fundamentales claros, breves y prácticos, se explicaban las medidas recomendadas y se ofrecía información complementaria.

Uno de los principios fundamentales de la guía es que la comunicación requiere algo más que proporcionar simplemente información. Exige también presentar la información de manera interesante y accesible y ayudar a las personas a comprender su pertinencia. La guía analiza también modalidades para adoptar medidas y superar embotellamientos y barreras.

Para la Vida se ha distribuido ampliamente, y en 2002 había más de 15 millones de ejemplares en circulación en 215 idiomas. En la actualidad se está preparando una nueva edición de la guía.



La igualdad entre los géneros produce dividendos dobles, ya que mejora la vida tanto de las mujeres como de la infancia.

las mujeres y las niñas el acceso a una educación, que, según demuestran los estudios, podría disminuir el riesgo de muerte materna e infantil⁵. Puede impedirles que reciban o que busquen la atención médica adecuada, o que adquieran las técnicas de vida necesarias para protegerse de las infecciones de transmisión sexual (en especial el VIH), del espaciamiento inadecuado de los embarazos, de la violencia, el abuso y la explotación. Puede restringir su capacidad de generar ingresos cuando se convierten en mujeres adultas, condenándolas a una vida de esclavitud y sometimiento cuando contraen matrimonio, lo que a menudo sucede cuando son aún niñas menores de 18 años.

Además, la enorme carga de trabajo que recae sobre las mujeres –que por

lo general trabajan más horas que los hombres– puede privarlas de tiempo para el ocio y el descanso.

Crear un entorno propicio para la salud materna y neonatal requiere hacer frente a las barreras sociales, económicas y culturales que perpetúan la desigualdad y la discriminación por motivos de género. Esto implica diversas intervenciones clave: educar a las mujeres y a las niñas y disminuir la pobreza que las afecta; protegerlas contra el maltrato, la explotación, la discriminación y la violencia; promover su participación y su presencia en la toma de decisiones relativas al hogar, así como en la vida política y económica; y dotarles de los medios necesarios para que puedan exigir sus derechos y la prestación de unos servicios esenciales

para sí mismas y para su prole. A la hora de establecer un entorno propicio es también fundamental una mayor participación de los hombres en la atención de la salud materna y neonatal, y en la lucha contra la desigualdad y la discriminación por motivos de género. El resto de este capítulo se dedicará a examinar brevemente cada uno de estos retos.

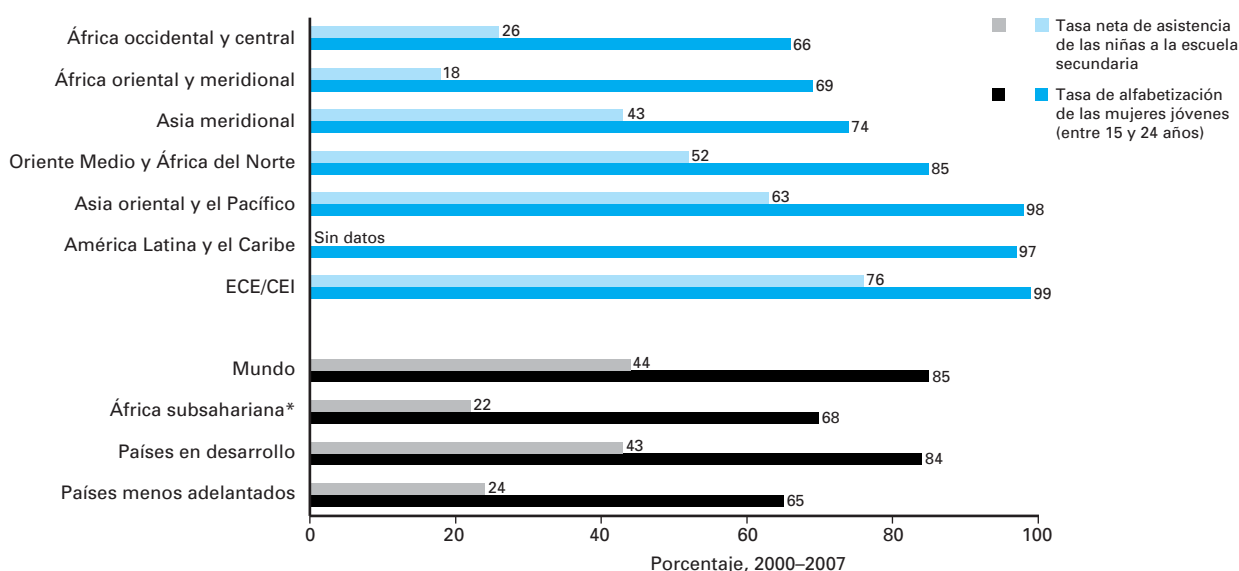
Una educación de calidad y un nivel de vida aceptable

Garantizar una educación de calidad

La educación es un derecho de los niños, niñas y adolescentes en virtud de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, de la Convención sobre los Derechos del

Gráfico 2.2

Si bien está mejorando, la situación educativa de las jóvenes sigue siendo precaria en muchas de las regiones en desarrollo



* África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

Fuentes: Índice de alfabetización de mujeres jóvenes – Instituto de Estadísticas de UNESCO. Índice neto de asistencia de las niñas a la escuela secundaria – Encuestas de Demografía y Salud y Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados.

Atención primaria de la salud: 30 años después de Alma-Ata

La Declaración de Alma-Ata de 1978 supuso un hito porque conjugaba el enfoque basado en el derecho humano a la salud con una estrategia viable que permitiera su conquista. El documento resultante de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria manifestaba que la atención primaria de la salud constituía la clave para reducir las desigualdades en materia de salud que existen entre los países y dentro de los mismos y, por ende, para lograr la ambiciosa pero inalcanzada meta de una “Salud para todos” para 2000. En este documento se define la atención primaria de la salud como unos servicios de “atención sanitaria básica” basados en intervenciones científicamente probadas. Estos servicios serían universalmente accesibles para las personas y las familias, a un coste que se hallara al alcance de las comunidades y los países en su conjunto. La atención primaria de la salud englobaba ocho componentes mínimos: educación sobre la salud, una nutrición adecuada, atención materna y neonatal, saneamiento básico y agua apta para el consumo, control de las enfermedades infecciosas más graves mediante la inmunización, prevención y control de las enfermedades endémicas de cada región, tratamiento de enfermedades y lesiones comunes, y un suministro de medicamentos básicos.

En esta declaración se exhortaba a los gobiernos a formular políticas nacionales que incorporaran la atención primaria de la salud a sus sistemas nacionales de salud, instándoles a dar importancia a la atención sanitaria comunitaria, como reflejo de la realidad política y económica de un país. Este tipo de modelo contribuiría a llevar “la atención sanitaria lo más cerca posible de los lugares de trabajo y residencia de las personas”, posibilitando así su acceso a los trabajadores sanitarios, médicos y auxiliares de enfermería de ámbito comunitario conforme a sus necesidades. Además, se promovía el espíritu de solidaridad entre los integrantes de las comunidades, alentándoles a participar en la planificación y aplicación de los programas de atención sanitaria. Unos buenos mecanismos de remisión de pacientes completarían el alcance de la atención sanitaria haciendo posible el acceso a unos servicios integrales a aquellos que más lo necesitan: las personas más pobres y marginadas.

La declaración de Alma-Ata surgió a partir del mismo movimiento en pro de la justicia social que había generado la Declaración sobre el Establecimiento de un Nuevo Orden Económico Internacional de 1974. Ambas ponían de relieve la interdependencia de la economía global e impulsaban el intercambio de ayuda y conocimientos con miras a revertir las crecientes desigualdades económicas y tecnológicas que existían entre los países industrializados y los países en desarrollo, cuyo crecimiento se había visto impedido en muchos casos por la colonización. Sirvieron asimismo de inspiración los ejemplos de las innovaciones introducidas en países más pobres después de la Segunda Guerra Mundial. Iniciativas como las clínicas para menores de cinco años de Nigeria, los médicos descalzos de China y los sistemas

sanitarios de Cuba y Viet Nam, hicieron patente que era posible lograr avances en materia de salud sin la infraestructura existente en los países industrializados.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria marcó en sí misma un hito. A ella asistieron 134 países y 67 organizaciones no gubernamentales, lo que hizo que en su día fuera la conferencia más extensa consagrada jamás a una única cuestión relativa a la salud y el desarrollo internacional. No obstante, había obstáculos que impedían el logro de los objetivos planteados. Por una parte, la declaración no tenía un carácter vinculante. Además, desde el primer momento surgieron disensiones conceptuales sobre la definición de términos y expresiones fundamentales tales como el “acceso universal”, que aún hoy en día persisten. En el contexto de la guerra fría estas disensiones pusieron al descubierto las marcadas diferencias ideológicas existentes entre el mundo capitalista y comunista. La discordia tal vez se vio agravada por el hecho de que la conferencia de Alma-Ata se celebrara en lo que entonces era la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas.

El agitado clima económico que acompañó a la llegada de la década de 1980 contribuyó a un abandono de la atención primaria de la salud en favor del modelo más asequible de atención sanitaria selectiva, orientada a tratar enfermedades y dolencias específicas. No obstante, a pesar del relativo éxito de la atención primaria de la salud en los países en los que se ha implantado, los avances en la mejora de la salud pública ponen de manifiesto la flexibilidad y aplicabilidad del modelo sanitario de base comunitaria.

El progreso insuficiente hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en combinación con los peligros que suponen para la salud mundial y la seguridad humana el cambio climático, la pandemia de gripe y la crisis alimentaria mundial han dado paso a un interés renovado por la atención primaria de la salud. Sin embargo, los numerosos obstáculos que impidieron la aplicación de los principios propugnados en Alma-Ata han ido cambiando a lo largo del tiempo, por lo que debemos abordarlos si queremos alcanzar esos objetivos en la actualidad. Las pruebas cada vez más abundantes que avalan la eficacia y rentabilidad de las iniciativas que combinan la atención en el hogar y en la comunidad con servicios de extensión y de atención en establecimientos sanitarios –como las descritas en el Capítulo 3 en relación con la salud materna e infantil–, pueden servir de inspiración a los gobiernos, aliados internacionales y organizaciones civiles para dar un nuevo impulso a la atención primaria de la salud.

Véanse las referencias, pág. 108.



Los profesionales sanitarios de los servicios de extensión prestan unos servicios de vital importancia a las comunidades y los hogares. Una trabajadora comunitaria de la salud sujeta un gráfico de crecimiento infantil durante una sesión educativa impartida a un grupo de jóvenes madres en la India.

Niño de 1989 y de otros documentos sobre derechos humanos⁶. Es además un medio fundamental para mejorar la salud materna y neonatal, para reducir la incidencia de los matrimonios prematuros –y sus consecuencias, en gran medida inevitables, del embarazo y la maternidad prematura–, para eliminar la pobreza y el hambre extremas, fomentar el conocimiento de los riesgos para la salud y difundir técnicas de vida. Dado que es bien sabido que la discriminación contra la mujer comienza en una fase temprana de la vida, se deberían poner en marcha ya en la primera infancia programas que fomenten la igualdad entre los géneros y el respeto hacia los derechos de la mujer, y que animen a los padres y madres a desempeñar un papel activo en la atención de sus hijos.

Garantizar una educación de calidad para las niñas y las mujeres jóvenes es un desafío clave de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cuya meta es lograr una educación primaria de calidad universal (ODM 2) y eliminar la desigualdad entre los géneros en todos

los niveles educativos para 2015, en el contexto más amplio de las actividades encaminadas a promover la igualdad entre los géneros y a potenciar la autonomía de la mujer (ODM 3).

Si bien los logros en lo que atañe a lograr la paridad entre los géneros en materia de educación primaria han sido notables –actualmente se considera que todas las regiones van camino de alcanzar este objetivo–, aún existen diferencias importantes en diversos países, y en particular en África occidental y central. Estas desigualdades son más persistentes en la educación secundaria⁷.

Los estudios confirman desde hace el tiempo los beneficios de la educación no sólo para las mujeres y las niñas sino también para las familias y las sociedades. Los estudios demuestran que las adolescentes que cuentan con una formación son más proclives a esperar hasta haber superado la etapa adolescente –en la que el riesgo de embarazo es mayor– para formar una familia, y en consecuencia suelen

tener bebés más saludables⁸. Los beneficios derivados de retrasar el embarazo hasta después de la adolescencia son numerosos. De ello dan fe los siguientes datos:

- Las muertes maternas relacionadas con el embarazo y el parto constituyen la principal causa de mortalidad de niñas de entre 15 y 19 años en todo el mundo. Cada año se registran 70.000 muertes por estas causas⁹.
- Cuanto más joven es la niña cuando se queda embarazada, mayores son los riesgos para su salud. Las jóvenes que dan a luz antes de cumplir los 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el parto que las mujeres mayores de 20 años¹⁰.
- Si la madre tiene menos de 18 años, el riesgo del bebé de morir durante su primer año de vida es de un 60% más que en el caso de un bebé nacido de una madre mayor de 19 años¹¹.

Crear un entorno propicio para la salud materna y neonatal exige abordar las barreras sociales, culturales y económicas que perpetúan la desigualdad entre los géneros.

- Incluso si el bebé sobrevive, tendrá más probabilidades de nacer con un peso inferior al normal, así como de padecer desnutrición y un desarrollo físico y cognitivo tardío¹².

Los beneficios derivados de la educación van más allá de reducir el riesgo de muerte materna y neonatal y de una salud precaria. Los estudios revelan que las mujeres con formación son más propensas a retrasar el matrimonio y a asegurarse de que sus hijos e hijas sean inmunizados, tienen más conocimientos acerca de su propia nutrición y la de su prole, y procuran mantener el espaciamiento entre los embarazos¹³. Como resultado, sus hijos e hijas registran unos índices de supervivencia más elevados que los de

las mujeres que carecen de formación y suelen estar mejor alimentados.

La educación es asimismo esencial para la conquista de los derechos de la mujer. Dota a las mujeres de una mayor capacidad de influir en la toma de decisiones en el hogar y aumenta sus posibilidades de participar en la vida económica y política.

Protección frente al maltrato, la explotación, la discriminación y la violencia

Prevenir el matrimonio infantil

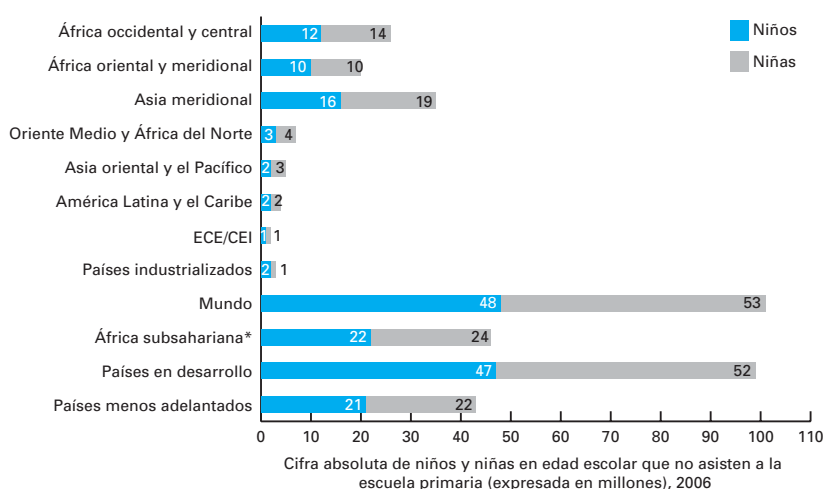
El matrimonio infantil constituye una violación de los derechos de la infancia, pues compromete el desarrollo de

las niñas y a menudo trae consigo embarazos prematuros y el aislamiento social. Aunque el matrimonio infantil no se aborda de forma directa en la Convención sobre los Derechos del Niño, está vinculado a otros derechos y está reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos como el derecho a contraer matrimonio “sólo mediante el libre y pleno consentimiento de los futuros esposos” (artículo 16). La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer manifiesta que “no tendrán ningún efecto jurídico los esponsales y el matrimonio de niños”, y exhorta a los gobiernos a que fijen una edad mínima para el matrimonio y a que impongan el registro obligatorio del matrimonio (artículo 16). Pese al compromiso internacional con el cambio, muchas sociedades y comunidades continúan casando a sus hijas e hijos cuando aún son jóvenes, debido a la fuerte presión social que ejerce la comunidad. En todo el mundo hay más de 60 millones de mujeres de entre 20 y 24 que contrajeron matrimonio antes de cumplir 18 años¹⁴. En el mundo en desarrollo, con la excepción de China, las estimaciones internacionales más recientes indican que el 36% de las mujeres de entre 20 y 24 años se habían casado o convivían con una pareja antes de haber cumplido los 18 años. En algunas regiones, la incidencia del matrimonio infantil es particularmente elevada, con cifras del 49% en Asia meridional y del 44% en África occidental y central, según las estimaciones más recientes¹⁵.

Además del incremento en el riesgo de muerte materna como resultado del embarazo y el parto, las adolescentes casadas se hallan también

Gráfico 2.3

La igualdad entre los géneros en lo que atañe a la asistencia a la escuela ha mejorado, aunque aún hay más niñas que niños que no asisten a la escuela primaria



* África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

Fuente: Estimaciones realizadas por la Sección de Información Estadística, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, a partir de datos sobre asistencia provenientes de encuestas del hogar (Encuestas Demográficas y de Salud y Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados) y del Instituto de Estadística de la UNESCO.

expuestas a sufrir violencia, maltrato y explotación. El matrimonio infantil aumenta también el riesgo de que las niñas adolescentes abandonen la escuela, lo cual incide de forma negativa en la salud materna y neonatal, así como en la capacidad de las jóvenes para generar ingresos, tal como se describía anteriormente. Ello a su vez perpetúa el círculo vicioso de la discriminación entre los géneros, dado que las familias con menos medios son más tendentes a permitir el matrimonio prematuro de sus hijas por necesidad económica¹⁶.

Dados los riesgos para la salud que se asocian al embarazo y al parto en la adolescencia (véase la página 32), la mayor probabilidad de las niñas casadas de quedarse embarazadas, y la elevada incidencia de esta práctica en

varias regiones en desarrollo, es evidente que para mejorar la salud materna es indispensable poner fin al matrimonio infantil. Para ello se precisa, entre otras medidas, que los gobiernos promulguen y aseguren el cumplimiento de unas leyes más firmes en las que se fije la edad mínima legal para contraer matrimonio en los 18 años, y que se promueva el registro tanto del nacimiento como del matrimonio, puesto que el primero permite determinar la edad del niño o niña.

Aunque el matrimonio infantil es cada vez menos habitual, el cambio está siendo muy paulatino. Abordar las actitudes que imperan en relación con el matrimonio infantil requiere asimismo abordar la cuestión de la desigualdad entre los géneros. La intervención de partes ajenas a los gobiernos es

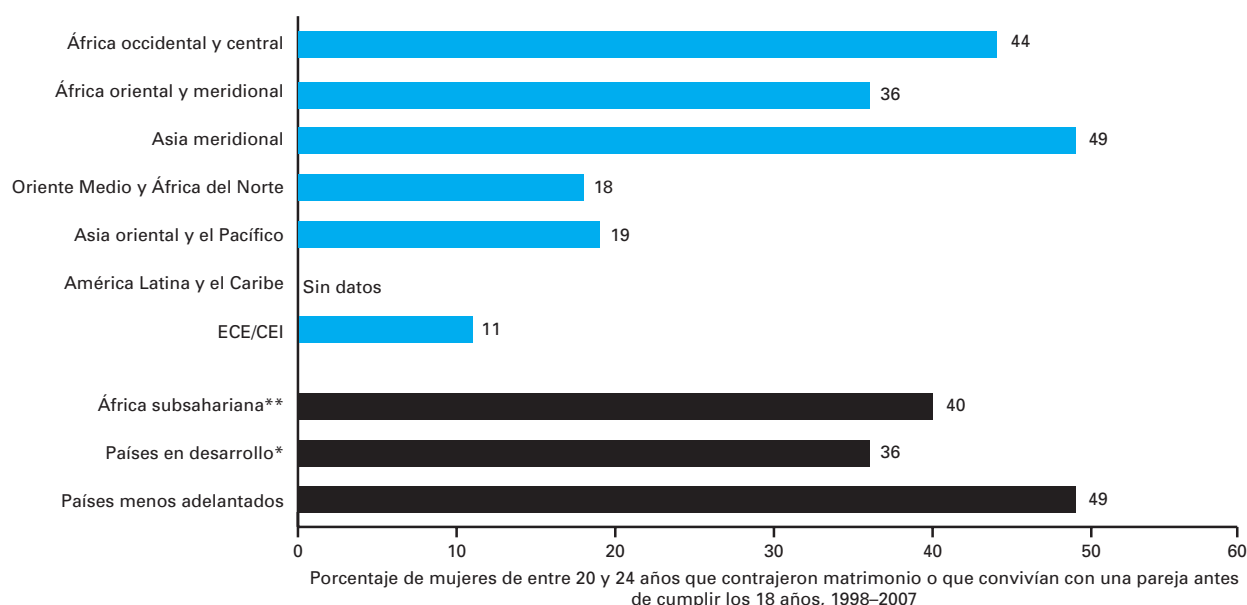
crucial –en especial de los dirigentes religiosos y comunitarios–, al igual que lo es la promoción de la educación, en particular la secundaria. Por su parte, la sociedad civil y los medios de comunicación pueden ayudar a promover el diálogo abierto con el fin de abordar y enfrentar las presiones económicas y las tradiciones sociales que contribuyen a perpetuar el matrimonio infantil.

Abandonar la práctica de la ablación/mutilación genital femenina

La ablación y mutilación genital femenina es una violación de los derechos humanos de las niñas y las mujeres, que las priva de su integridad física y mental, de su derecho a no padecer violencia y discriminación y, en los casos más extremos, de sus vidas.

Gráfico 2.4

El matrimonio infantil presenta una incidencia elevada en Asia meridional y África subsahariana



* Con exclusión de China. ** África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas de ámbito nacional.

Abordar la carencia de personal sanitario: una intervención crucial para mejorar la salud materna y neonatal

Uno de los mayores problemas para la salud materna y neonatal es la escasez de personal sanitario capacitado. Una encuesta practicada en 2006 por la Organización Mundial de la Salud revela que a pesar de que África es el continente en el que se concentran más del 24% de los casos de enfermedad de todo el mundo, sólo cuenta con el 3% de los trabajadores sanitarios de todo el mundo, y el gasto dedicado a sanidad es inferior al 1% del total de los recursos mundiales dedicados a la salud, tomando en cuenta en este cómputo los préstamos y donaciones procedentes del extranjero. En contraste, en la región de las Américas, que comprende América Latina y el Caribe además de Norteamérica, ocurren sólo el 10% del peso de las enfermedades, pero la zona cuenta con el 37% del total de los trabajadores sanitarios de todo el mundo y emplea más del 50% de los recursos mundiales que se destinan a la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud, en el mundo faltan 4,3 millones de trabajadores sanitarios, escasez que afecta a todas las regiones salvo a Europa. Más específicamente, cabe decir que no hay suficientes trabajadores sanitarios cualificados –médicos, enfermeras o parteras– para atender todos los partos que se producen en el mundo. Un estudio realizado por la Joint Learning Initiative concluyó que en cada país se necesita un promedio de 2,28 profesionales sanitarios por cada 1.000 personas para alcanzar el nivel mínimo de cobertura deseado en lo concerniente a la asistencia de personal capacitado en el parto. De los 57 países en que esta cifra mínima no se alcanza, 36 se encuentran en África subsahariana. Aunque los países que registran la mayor escasez de trabajadores sanitarios en términos absolutos se encuentran en Asia –sobre todo en Bangladesh, India e Indonesia–, en términos relativos la necesidad es mayor en África subsahariana. Para alcanzar la proporción deseada sería preciso que esta región incrementara sus cifras de trabajadores sanitarios en un 140%. En un estudio anterior realizado por la OMS se calculaba que en los próximos años sería necesario formar a 334.000 asistentes obstétricos cualificados para atender el 73% de los nacimientos.

La escasez de trabajadores sanitarios se debe a varios factores, entre ellos la falta de inversiones en formación y contratación, la precariedad de los incentivos que se ofrecen a los trabajadores sanitarios, la remuneración reducida y los elevados niveles de estrés. La intensa migración de trabajadores sanitarios capacitados desde los países en desarrollo a los países industrializados –impulsada por la demanda creciente de trabajadores sanitarios en los países industrializados, cuyas poblaciones envejecen– ha contribuido también a agravar el problema. Una encuesta practicada en 10 países africanos revelaba que la cifra de médicos for-

mados en dichos países y que trabajaban en países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico representaba el 23% de los médicos que permanecían en sus países de origen desempeñando su actividad.

Las tendencias demográficas registradas en el interior de los países influyen también de forma importante en la escasez de trabajadores sanitarios. La rápida urbanización de los países en desarrollo está agudizando la escasez de trabajadores sanitarios en las zonas rurales debido a que los profesionales con formación prefieren trabajar en las zonas urbanas, más prósperas. Los trabajadores sanitarios, que generalmente reciben su formación en entornos urbanos, suelen mostrarse reacios a trasladarse a un entorno rural debido a que las condiciones de vida son más difíciles y a que hay menos comodidades y menos acceso a actividades de ocio y esparcimiento que en las zonas rurales. Una encuesta realizada en Asia meridional y el Sudeste Asiático concluía, por ejemplo, que los empleos en las zonas rurales se despreciaban debido a que el salario es inferior, a que carecen de prestigio y al aislamiento social que conllevan.

También el SIDA está perjudicando gravemente los sistemas sanitarios de aquellos países donde ha alcanzado proporciones endémicas. En los países con una prevalencia elevada, los trabajadores sanitarios no sólo enfrentan los mismos riesgos en su vida privada que el resto de las personas, sino que con frecuencia se ven expuestos también a importantes riesgos en el trabajo debido a las deficiencias de material y de prácticas de protección. Según un estudio practicado en 2004 en Sudáfrica, los trabajadores sanitarios de dichos países presentaban un índice de prevalencia del VIH del 20%. Estos trabajadores deberían poder contar con una mayor protección y atención, como por ejemplo unos mejores suministros de material de protección, unas medidas de seguridad para evitar los accidentes con las jeringuillas, la profilaxis en caso de posible exposición al virus, y el tratamiento antirretroviral en caso de infección por VIH.

Establecer una atención continuada de calidad para reducir la mortalidad y morbilidad materna y neonatal exigirá la puesta en práctica de estrategias orientadas a reducir las carencias de personal sanitario. Si bien algunas de estas carencias pueden suplirse contratando y formando a trabajadores sanitarios de ámbito comunitario –que han demostrado su gran capacidad y potencial para la prestación de servicios básicos– es preciso hacer mucho más a fin de formar y retener a personal sanitario cualificado, en particular en África subsahariana y Asia meridional.

Véanse las referencias, pág. 108.

Se estima que cerca de 70 millones de niñas y mujeres de entre 15 y 49 años de 27 países de África y Oriente Medio han sido víctimas de esta práctica. Aunque el número de casos ha disminuido, la prevalencia continúa siendo elevada en diversos países y comunidades¹⁷.

Además de constituir una vulneración de los derechos humanos, la ablación y mutilación genital femenina acarrea graves riesgos en el parto, dado que aumenta la probabilidad de que haya complicaciones, como la obstrucción del parto y las hemorragias posparto, cuando el alumbramiento se produce fuera del contexto de un hospital.

Un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud mostraba que la ablación/mutilación genital femenina no sólo afecta a la salud reproductiva de la mujer y ocasiona dolores agudos, sino que además puede ocasionar hemorragias prolongadas, infecciones, una serie de enfermedades relacionadas



© UNICEF/HQ06-2778 Bruno Brioni

La mejora de los establecimientos sanitarios y el fortalecimiento de los mecanismos de remisión de pacientes constituyen medios eficaces de fortalecer la salud materna y neonatal. Una madre observa cómo un trabajador sanitario pesa a su bebé en un centro de salud materna e infantil, Côte d'Ivoire.

con la salud reproductiva, entre ellas la infertilidad, e incluso la muerte. Afecta asimismo a los bebés nacidos de las mujeres que se ven sometidas a esta práctica. El estudio aporta pruebas incontestables de que las complicaciones en el alumbramiento se dan con más frecuencia en mujeres que han sufrido ablación/mutilación genital. Además se concluyó que la mutilación/ablación genital femenina es perjudicial para los bebés, siendo causa de una o dos muertes perinatales más por cada 100 partos¹⁸.

Los riesgos tanto para las madres como para los bebés aumentan en proporción a la gravedad de la mutilación, pero pueden incluir conmociones, hemorragias, infecciones, ulceraciones de la zona genital, que a su vez aumentan las probabilidades de sufrir muerte materna y neonatal y traumatismos¹⁹.

Abandonar la práctica de la ablación y mutilación genital femenina es crucial para garantizar una maternidad segura y reducir el número de muertes neonatales. En el Senegal y otros países en los que la ablación y muti-

lación genital femenina es muy habitual se han implantado iniciativas fructíferas consistentes en el abandono colectivo de esta práctica a través de la sensibilización comunitaria y fomentando el diálogo abierto y el consenso común²⁰.

Eliminar la violencia, el maltrato y la explotación de las mujeres y las niñas

La violencia se halla presente en todas las sociedades, minando la salud física y el bienestar emocional y psicológico de las personas que la padecen. La desigualdad por motivo de género que impera en el seno de los hogares, en los lugares de trabajo y en las sociedades puede contribuir a fomentar un clima que condone la violencia.

La magnitud de la violencia contra las mujeres y las niñas y del efecto que tiene sobre ellas se ha reconocido hace mucho tiempo. Sin embargo, hasta hace relativamente poco la valoración de su alcance se circunscribía en su mayor parte a estudios específicos. Estudios a gran escala practicados por la Organización Mundial de la Salud y los estudios de las Naciones Unidas sobre la

violencia contra los niños, las niñas y las mujeres han puesto de manifiesto la existencia de unos alarmantes niveles de violencia contra las mujeres y la infancia, si bien también muestra que estos niveles varían enormemente dentro de los propios países y regiones²¹. La repercusión de la violencia sobre la salud aumenta la probabilidad de unos resultados precarios en materia de salud física y reproductiva. Aunque muchos de los estudios son más indicativos que concluyentes, revelan que existe una correlación entre la violencia contra las mujeres y las niñas y el aumento del riesgo de mortalidad y morbilidad materna.

- Un estudio realizado en 400 aldeas de la India rural revelaba que el 16% de todas las muertes registradas entre mujeres embarazadas se debían a actos de violencia perpetrados por sus parejas²².
- La violencia sexual, especialmente la violación, puede dar como resultado embarazos no deseados, en particular cuando se emplea como arma de guerra, como ocurrió en los conflictos de Bosnia y

Combatir la violencia contra las mujeres y la infancia es fundamental para mejorar la salud materna y neonatal.

Herzegovina y Rwanda, en los que las mujeres eran violadas repetidas veces hasta que concebían²³.

- Los datos sugieren que los embarazos no deseados conllevan un mayor riesgo que los embarazos voluntarios y que hay menos probabilidades de que las mujeres que tienen embarazos no deseados reciban atención prenatal temprana, o de que den a luz bajo supervisión médica. Estos embarazos pueden también implicar un mayor riesgo de que se practiquen abortos en condiciones no seguras –lo que constituye una causa importante de muerte materna–, de depresión, de trastornos de ansiedad y tensión emocional, de estrés postraumático y de suicidio²⁴.
- La violencia antes o durante el embarazo puede acarrear numerosos riesgos para la salud de la madre y el bebé, entre ellos el aborto, el parto prematuro, y lesiones y traumatismos fetales. Además podría impedir que las madres busquen atención médica. Un estudio practicado en Nicaragua revelaba que cerca del 16% de los casos de bebés nacidos con un peso inferior al normal estaban relacionados con abusos físicos perpetrados por el otro miembro de la pareja durante el embarazo²⁵.
- La violencia contra las mujeres tiene también consecuencias que afectan a la capacidad reproductiva, entre ellas el dolor de espalda crónico, lesiones y cicatrices genitales, y la pérdida de peso excesiva²⁶.
- Las consecuencias psicológicas de la violencia contra las mujeres pueden

ser también devastadoras: depresión, trastornos de ansiedad y estrés, estrés postraumático y suicidio²⁷.

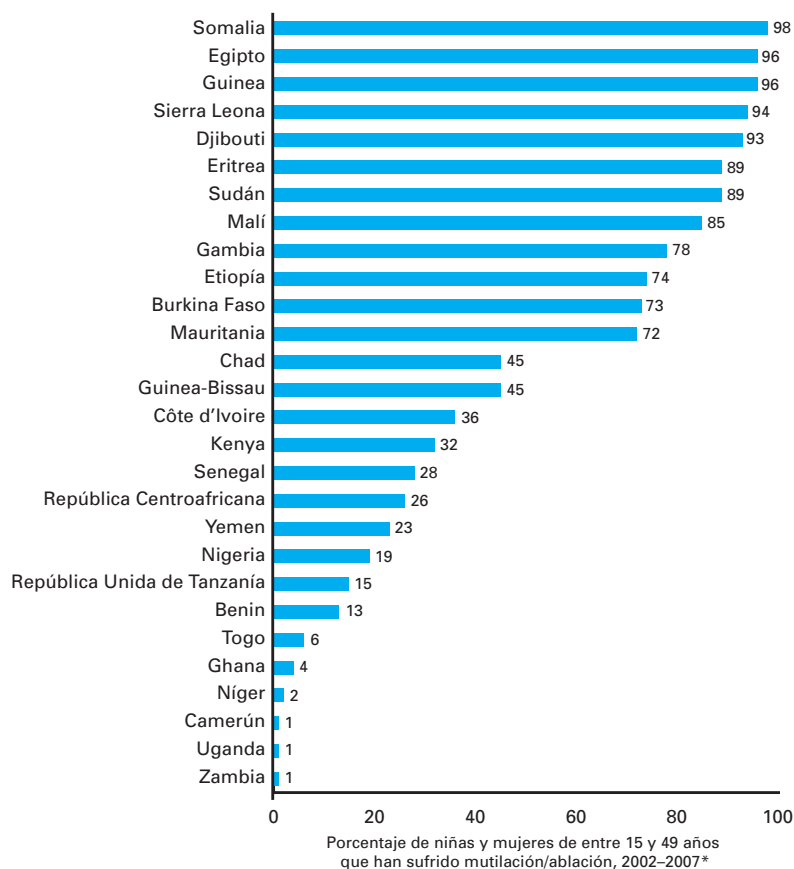
- La violencia contra las mujeres puede ocasionar dificultades a la hora de amamantar y atender al recién nacido. Además, cada vez hay más pruebas que sugieren que los recién nacidos y los niños y niñas de corta edad se hallan también expuestos a padecer violencia, y que el número de muertes deriva-

das de la violencia física se ha subestimado²⁸.

Combatir la violencia y el maltrato contra las mujeres y las niñas es un proceso complejo que requerirá una intervención firme por parte de los gobiernos, la sociedad civil, los aliados internacionales y las comunidades a fin de enfrentar y abordar tanto las causas como las consecuencias directas y subyacentes. Para reducir el nivel de violencia actual será nece-

Gráfico 2.5

La ablación/mutilación genital femenina, si bien está disminuyendo, prevalece aún en varias regiones en desarrollo



* Datos referidos al año más reciente del período especificado para el que se dispone de información.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas de carácter nacional.

Hacia una mayor igualdad en la salud de las madres y los recién nacidos

por César G. Victora, Profesor de Epidemiología, Universidad Federal de Pelotas, el Brasil

El problema de la igualdad en los resultados en materia de salud y en el acceso a los servicios de atención primaria de la salud cada vez recibe más atención en el contexto de la salud materna, neonatal e infantil. El número creciente de pruebas y de resultados de investigaciones que hablan del alcance de las disparidades que afectan a la salud y a otros ámbitos del desarrollo suscitan este interés. Las desigualdades se definen como las diferencias sistemáticas entre distintos grupos de población que son injustas y evitables, tratándose generalmente de disparidades relacionadas con la posición socioeconómica, el género, el grupo étnico y el lugar de residencia, entre otros factores.

Contar con la presencia de un trabajador sanitario capacitado durante el parto –una intervención clave para mejorar la salud y la supervivencia materna y neonatal– figura entre los servicios sanitarios de prestación más desigual. El Gráfico 2.6 muestra el promedio de nacimientos asistidos por un profesional sanitario capacitado, calculado a partir de los resultados obtenidos de encuestas realizadas en países con un nivel de ingresos medio y bajo. Existen desigualdades muy acusadas entre las distintas regiones del mundo: Europa y Asia central presentan los niveles más elevados de cobertura en todos los niveles de ingresos, mientras que África subsahariana y Asia meridional, en particular, van muy a la zaga.

Además de las diferencias existentes entre las regiones, dentro de cada región se registran también disparidades importantes en función de la situación socioeconómica, como puede observarse comparando la asistencia al parto de personal capacitado según los distintos quintiles de ingresos. Sólo está presente un trabajador sanitario capacitado en menos del 10% de los nacimientos del 20% de las madres más pobres de Asia meridional, mientras que la cifra correspondiente a las madres del quintil más próspero de

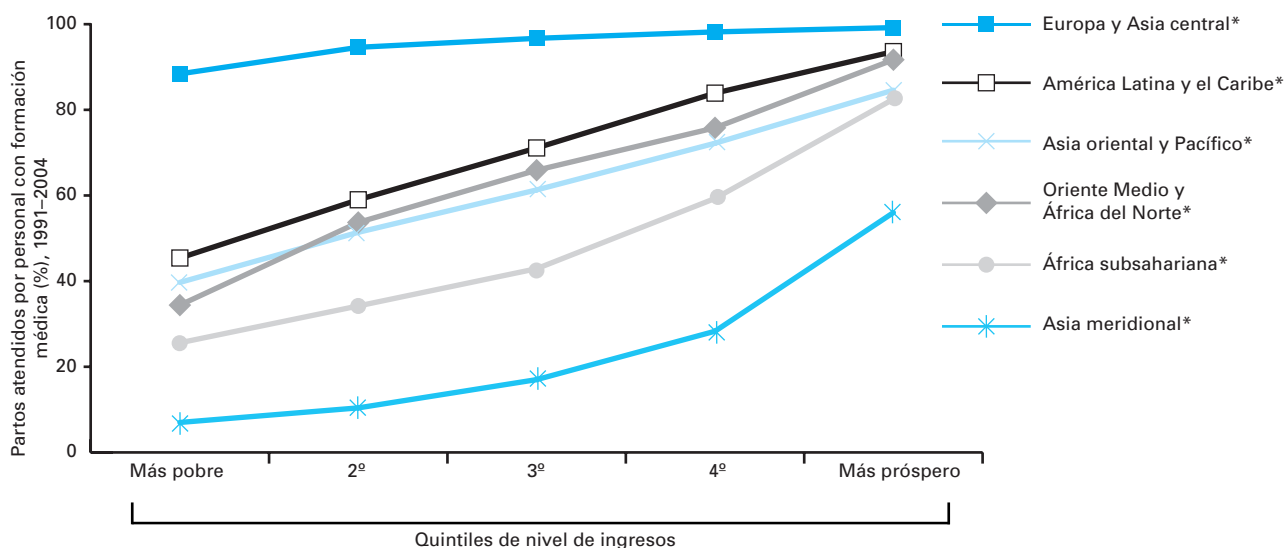
esta misma región es del 56%. El resto de regiones en desarrollo muestran disparidades similares; incluso en Europa y Asia central –donde la mayoría de los países para los que se dispone de información son antiguas repúblicas socialistas– el número de partos asistidos por personal sanitario capacitado es notablemente inferior en el caso de las mujeres más pobres, en comparación con las cifras que registran las mujeres que cuentan con más medios.

Existen también otros indicadores de la prestación de atención sanitaria que revelan diferencias acusadas. Las madres de zonas urbanas y los niños y niñas de países en desarrollo suelen tener más acceso a una atención sanitaria y gozan de un mejor estado de salud que los que viven en zonas rurales. De forma similar, existen desigualdades socioeconómicas acusadas dentro de las zonas urbanas, en las que las condiciones sanitarias entre los habitantes de los barrios de tugurios son particularmente adversas. También dentro los propios países se registran a menudo diferencias entre los distintos estados y provincias en lo que atañe a la salud materna e infantil, como demuestran las enormes variaciones que presentan los indicadores de salud correspondientes a los estados del sur del Brasil, más prósperos, y las regiones del nordeste, más empobrecidas.

Las madres pobres y su progenie reciben menos servicios de atención continuada. A partir de datos provenientes de diversos países de África subsahariana fue posible determinar la cantidad de madres, niños y niñas que se habían beneficiado de un módulo consistente en cuatro intervenciones básicas: cuidado prenatal, asistencia profesional durante el parto, atención postnatal e inmunización infantil. La cobertura en relación con estas cuatro intervenciones era de dos a seis veces mayor –dependiendo del país– entre los grupos más prósperos que entre los más pobres. Estas pautas desiguales

Gráfico 2.6

Madres que recibieron asistencia de personal capacitado en el parto, por quintiles de ingresos y regiones



* Véase la página 108 de la sección Referencias.

Source: Gwatkin, D. R., et al., *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: An overview*, Health, Nutrition and Population, Banco Mundial, Washington, D.C., septiembre de 2007, págs. 123–124.

de prestación de la atención sanitaria reflejan, y a la vez consolidan, la exclusión que padecen los grupos sociales más pobres y marginados, y ayudan a explicar por qué la mortalidad materna, neonatal e infantil presenta variaciones socioeconómicas tan acusadas.

Los sistemas de salud desempeñan un papel importante en la lucha contra estas disparidades. Ejemplos procedentes de todo el mundo en desarrollo muestran que es posible hacer mucho –y que se está haciendo– para abordar y disminuir las desigualdades en el acceso a servicios básicos.

- En la *República Unida de Tanzania* se logró un acusado descenso de la mortalidad privilegiando las intervenciones destinadas a combatir las enfermedades que afectan a las madres pobres y su descendencia y dando preferencia a las mismas a la hora de dotar los presupuestos de salud de los distritos.
- En el *Perú*, los departamentos (provincias) más pobres del país son los primeros que reciben las nuevas vacunas; las vacunas se amplían al resto de país sólo cuando se ha logrado un elevado nivel de cobertura en estos distritos.
- En *Bangladesh*, el programa de Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia se llevó a cabo de forma sistemática en las zonas más pobres del país. El Programa de Salud Familiar del Brasil empleó una estrategia similar.

Debido a que las poblaciones pobres suelen vivir en zonas rurales y remotas, el empleo de cauces adecuados que les brinden acceso a los servicios esenciales debería ser una preocupación prioritaria del sector sanitario. El Gráfico 2.7 muestra cómo se han logrado reducir las desigualdades en el acceso a la atención prenatal en Malí mediante la

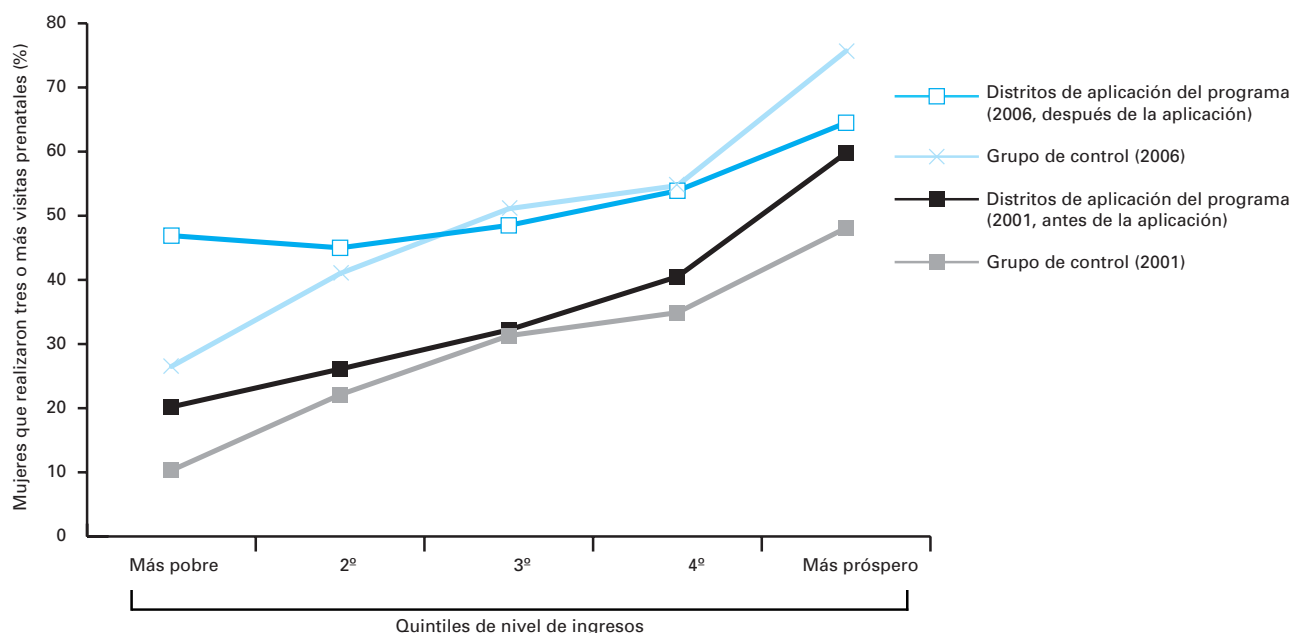
aplicación del programa acelerado de supervivencia y desarrollo infantil. Si bien antes de desplegarse el programa en 2001 se registraban disparidades sociales acusadas tanto en los distritos de aplicación como en los distritos de control, cinco años más tarde el acceso a la atención prenatal en los distritos en los que se había puesto en marcha este programa era notablemente más equitativo que en los distritos de control. La estrategia consistía especialmente en la prestación de servicios de extensión destinados a mejorar el acceso de las madres de las zonas rurales a la atención sanitaria. No obstante, en otros países en los que se ejecutó este programa se emplearon estrategias distintas que consistían en otro tipo de servicios.

Reducir las desigualdades en materia de salud es esencial para la conquista de los derechos humanos. Dado que los vacíos en la prestación de servicios de atención sanitaria contribuyen a generar esas desigualdades, los sistemas sanitarios desempeñan también un papel importante a la hora de eliminarlas. Esto es especialmente cierto si se tiene en cuenta que el lograr unos mayores beneficios en materia de salud materna, neonatal e infantil depende de que se llegue de forma eficaz a las poblaciones más pobres y marginadas, que son las más castigadas por la enfermedad. Existen numerosos ejemplos de iniciativas fructíferas que, implantadas con el apoyo político suficiente y los recursos adecuados, han dado lugar a una reducción notable de las desigualdades en materia de salud. El reto fundamental que enfrentan los países y las sociedades consiste en difundir estas historias de éxito, en adoptar las prácticas óptimas que se derivan de ellas, y en generar y alimentar la voluntad política a fin de lograr que la igualdad figure a la cabeza de los programas sanitarios.

Véanse las referencias, pág. 108.

Gráfico 2.7

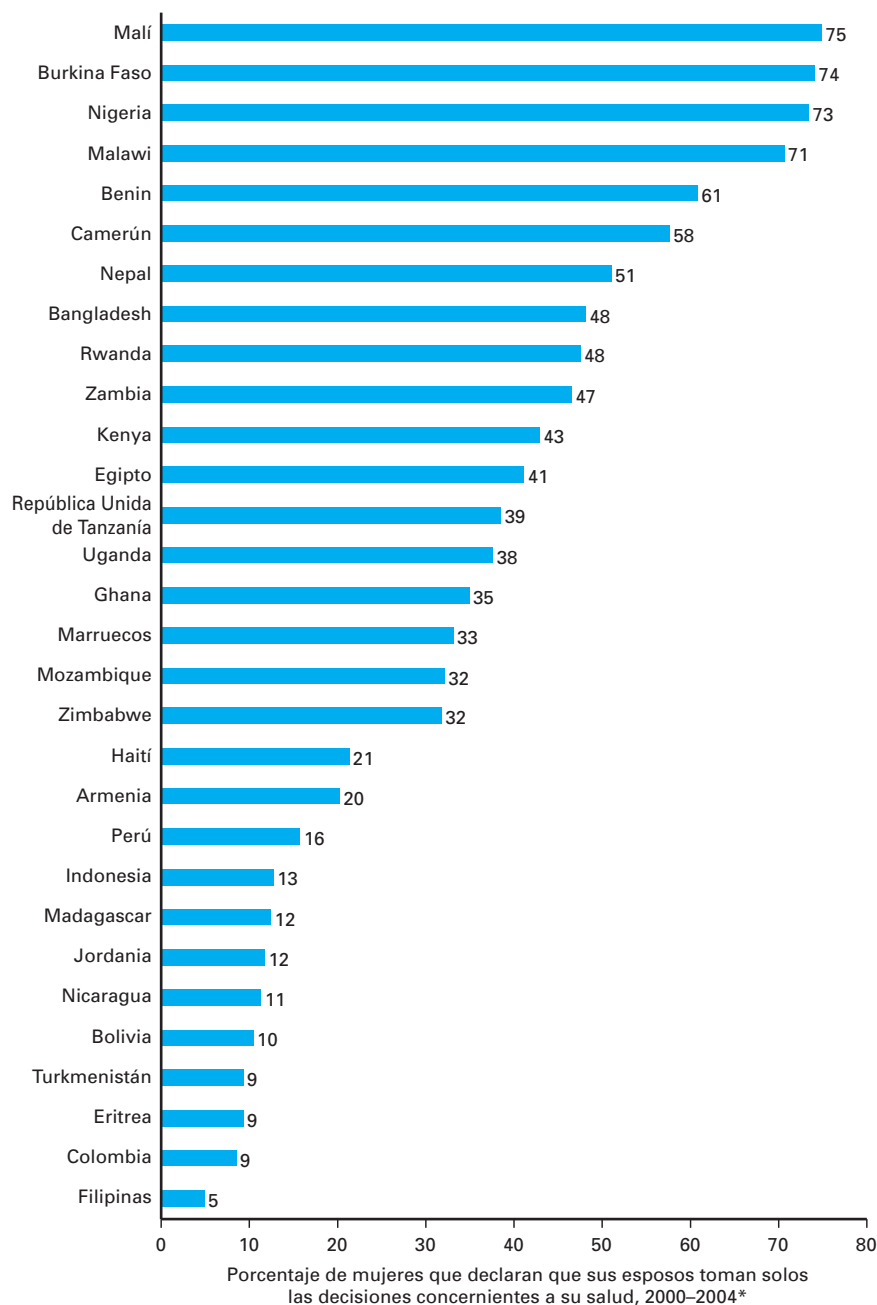
Mujeres de Malí que realizaron tres o más visitas de atención prenatal, antes y después de la aplicación del programa acelerado de supervivencia y desarrollo infantil



Source: Johns Hopkins University 2008.

Gráfico 2.8

Muchas mujeres de los países en desarrollo no tienen voz ni voto en lo que atañe a sus propias necesidades sanitarias



* Los datos se refieren a los últimos años del periodo especificado para los que se dispone de datos.

Fuente: Cálculos de UNICEF basados en datos obtenidos a partir de Encuestas Demográficas y de Salud.

sario poner en marcha unos mecanismos integrales que comprendan la promulgación de leyes y su cumplimiento y la creación de programas de investigación y de presupuestos, así como fomentar el protagonismo de las mujeres en el debate, manteniendo vivo el interés por este problema.

Participación en la vida familiar, comunitaria, económica, social y política

La discriminación por motivos de género puede impedir que las mujeres –las principales cuidadoras de los niños y niñas en todas las sociedades– participen plenamente en las decisiones e intervenciones críticas adoptadas en los hogares y comunidades y que pueden afectar a la salud materna y neonatal. Esta cuestión se examinó de forma exhaustiva en *El Estado Mundial de la Infancia 2007: el doble dividendo de la igualdad de género*, que mostraba que en una serie de países de África subsahariana, Asia meridional, Oriente Medio y África septentrional, más de una tercera parte de las mujeres encuestadas manifestaron que eran sus esposos quienes tomaban las decisiones relativas al cuidado de su propia salud. Un porcentaje considerable de las mujeres encuestadas de 30 países pertenecientes a seis regiones declararon que no participaban plenamente en la toma de decisiones en el hogar²⁹.

Facilitar que las mujeres participen de forma más equitativa en la toma de decisiones –sean de carácter grave o normales– que afectan a sus vidas y a las de su prole es fundamental a la hora de crear un entorno propicio para la salud materna y neonatal. Los estudios demuestran que cuando

Animar a las mujeres a participar más plenamente en la toma de decisiones es fundamental con miras a crear un entorno propicio para las madres y los recién nacidos.

las mujeres tienen la oportunidad de participar en las decisiones clave es más probable que velen por que sus hijos e hijas reciban una buena alimentación y que busquen la atención médica adecuada para sí mismas y para su prole³⁰.

Promover la capacidad de las mujeres para participar en las decisiones del hogar no es más que una parte de la solución. Los resultados obtenidos de las Encuestas Demográficas y de Salud indican que gran parte de la capacidad de las mujeres para tomar decisiones se ejercita en el ámbito comunitario³¹. Cuando las mujeres tienen la oportunidad de participar en sus comunidades pueden desafiar las actitudes y prácticas que perpetúan la discriminación entre los géneros, compartir trabajo, aunar recursos, y generar y poner en práctica iniciativas dirigidas a mejorar la salud materna y neonatal. Una de las razones que más contribuyen a que los recién nacidos y las madres sobrevivan al embarazo y el parto es las dotes de las mujeres cuando actúan colectivamente.

Incrementar la participación de la mujer en los procesos clave de toma de decisiones relativas al empleo y la vida política es también fundamental para lograr unos mejores resultados en materia de salud materna y neonatal. Mejorar la situación económica de las mujeres puede resultar vital para fomentar su participación en la toma de decisiones, lo cual a su vez repercute en la salud de su prole. Cuando las mujeres tienen una mayor influencia en las decisiones concernientes al hogar, son más proclives que los hombres a velar por que sus hijos e hijas estén bien

alimentados y reciban atención médica³². El hecho de que las mujeres posean sus propios activos puede potenciar también su influencia en la toma de decisiones en el hogar: un estudio realizado en zonas rurales de Bangladesh revelaba que las mujeres que poseen más activos que sus esposos antes de contraer matrimonio tienen una mayor influencia en las decisiones que se toman en el hogar³³.

Pese al progreso alcanzado en lo que se refiere a incrementar su protagonismo en los procesos de legislación nacional, en mayo de 2008 las mujeres seguían representando menos del 19% de los parlamentarios de todo el mundo³⁴. Según la organización Ciudades y Gobiernos Locales Unidos, que desde 2003 publica datos acerca de la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones, la presencia de éstas en los gobiernos municipales es también escasa: en 60 países encuestados representaban sólo el 9% de los alcaldes, y el 21% de los consejeros en 67 países encuestados³⁵. Dada su incorporación limitada y relativamente reciente a la política parlamentaria, la influencia de las mujeres parlamentarias a la hora de determinar los resultados en materia de salud materna e infantil sigue siendo incierta. Las pruebas sugieren, no obstante, que las mujeres parlamentarias tienen más probabilidades de promover y apoyar firmemente medidas orientadas a ayudar a las mujeres y la infancia, dando prioridad a iniciativas cuyo objeto es mejorar la atención infantil e impulsar los derechos de las mujeres³⁶.

Las agrupaciones femeninas también pueden marcar una diferencia a escala local. En 2004 las actividades de

sensibilización emprendidas por activistas femeninas lograron convencer al Gobierno de Marruecos de que apoyara una innovadora ley sobre la familia cuyo objeto era combatir la disparidad entre los géneros y proteger los derechos de la infancia. En el mismo año agrupaciones femeninas de Mozambique emprendieron una campaña a resultas de la cual consiguieron que se fijara la edad legal para el matrimonio en 18 años (hasta entonces era de 16 años, con el consentimiento de los progenitores)³⁷.

Potenciar una participación más plena de las mujeres en las decisiones del hogar y en la vida política y económica es clave a la hora de crear un entorno propicio para las madres y los recién nacidos. Pero los beneficios de la participación de las mujeres van mucho más allá de su influencia en los resultados en materia de salud, ya que su presencia posibilita que las comunidades y sociedades centren su atención en cuestiones críticas que afectan a dos terceras partes de sus ciudadanos –mujeres, niños y niñas–, alcanzándose así decisiones que se basan en un mayor aporte de influencias y consideraciones.

Promover la autonomía de las mujeres y las niñas

Existen abundantes pruebas que dan fe de los efectos multiplicadores de invertir en la igualdad entre los géneros y en la promoción de la autonomía de la mujer.

Las inversiones específicas en educación, en salud de la reproducción y en los derechos económicos y políticos de las mujeres pueden traer consigo avances en lo que se refiere a

Adaptar los servicios de maternidad a las culturas del Perú rural

El Perú, un país con un nivel de renta medio-bajo donde el 73% de la población vive en zonas urbanas, ha logrado enormes avances en la reducción del número de muertes infantiles, que ha pasado de ser de 1 por cada 6 niños en 1970, a 1 por cada 50 en 2006. Entre 1990 y 2007, el índice nacional de mortalidad de menores de cinco años disminuyó en un 74%, lo que supone el descenso más acusado registrado en toda América Latina y el Caribe en ese periodo. Por lo que se refiere a la salud materna, en cambio, el éxito alcanzado ha sido menor: el índice de mortalidad materna, calculado en 240 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos en 2005, se sitúa entre los más elevados de la región. Además, las mujeres peruanas enfrentan un riesgo de por vida de morir por razones derivadas de la maternidad, que en 2005 se situaba en 1 por cada 140 mujeres, el doble de la media regional, de 1 por cada 280.

Debido a la relativa falta de progreso de este país en lo tocante a reducir las muertes maternas, el Perú ha sido incluido en la lista ampliada de países prioritarios de la iniciativa Cuenta regresiva para 2015, cuyos criterios se han amplificado en la actualidad para incluir unos umbrales de mortalidad materna, además de los umbrales de mortalidad infantil que se fijaron en 2005. Según el Ministerio de Sanidad, las mujeres de las zonas rurales presentan el doble de probabilidades que las de las zonas urbanas de morir por causa relacionadas con el embarazo. En 2000, sólo en el 20% de los partos se contaba con la presencia de un trabajador sanitario capacitado, mientras que en las zonas urbanas la cifra era del 69%.

Al igual que otros países de América Latina y el Caribe, el desafío mayor que enfrenta el Perú a la hora de mejorar la salud materna y neonatal –y de aumentar por ende su potencial para el progreso– reside en abordar las disparidades debidas a motivos étnicos y geográficos o a la pobreza extrema. Para ello será necesario prestar servicios de atención a las mujeres y los bebés en sus lugares de residencia, así como dispensar unos servicios integrados de atención materna y neonatal, tanto habituales como de emergencia.

Parte del desafío consiste en adaptar los servicios sanitarios actuales –que por lo general consisten en servicios prestados en establecimientos sanitarios o en servicios de extensión– a las costumbres de las comunidades que en la actualidad no reciben los suficientes servicios de atención sanitaria. Por ejemplo, según la tradición y las prácticas culturales, las mujeres de las zonas rurales suelen preferir dar a luz de pie y en sus casas, bajo supervisión de una partera tradicional, antes que hacerlo en la sala de partos de un centro sanitario. Además, incluso si estas madres decidieran buscar atención médica, la distancia hasta el establecimiento sanitario, el coste de los servicios, las barreras lingüísticas y otros obstáculos probablemente las disuadirían.

Garantizar que las madres tengan la opción de dar a luz en sus hogares contando con la presencia de un trabajador sanitario capacitado y, de ser necesario, con un sistema eficaz de remisión de pacientes a los servicios de atención ginecológica de emergencia, puede ser un método adecuado de integrar los servicios de carácter público con las prácticas tradicionales. A tal fin, el Ministerio de Sanidad, en conjunción con la oficina de UNICEF

en el Perú, ha concebido un proyecto de salud materna que comprende cuatro estrategias clave:

- Crear casas de espera materna con el fin de subsanar la dificultad que supone la distancia geográfica de los establecimientos sanitarios.
- Fomentar el apoyo familiar y comunitario al objeto de hacer de la maternidad y del estado de salud de la madre una prioridad.
- Incrementar el acceso de las familias pobres al Servicio Integral de Salud, que abarca los gastos de la atención prenatal, la atención durante el parto y la atención posparto.
- Adaptar los servicios de maternidad con miras a eliminar las barreras existentes entre el personal de los establecimientos sanitarios y las madres que poseen costumbres muy arraigadas con respecto al alumbramiento.

Las casas de espera materna, popularmente conocidas como “Mamawasi”, tienen como propósito animar a las mujeres a que opten por dar a luz en un establecimiento sanitario en lugar de hacerlo en sus hogares. Actualmente existen casi 400 de estas casas situadas en parcelas pertenecientes a los establecimientos sanitarios u hospitales; otras se encuentran en edificios arrendados en las regiones de Aupurimac, Ayacucho y Cusco. Las mujeres embarazadas procedentes de comunidades cercanas y distantes pueden alojarse en las habitaciones de estas casas hasta que dan a luz. Las mujeres de aldeas remotas pueden permanecer en ellas durante semanas o meses. Los Mamawasi están pensados siguiendo el modelo de una típica casa indígena de una aldea rural. Las futuras madres están autorizadas a llevar consigo a miembros de su familia, lo cual las hace sentirse más confiadas y seguras al hacer uso de este servicio.

Los centros sanitarios han modificado también sus prácticas, por ejemplo admitiendo la posición de parto vertical, permitiendo que un miembro de la familia o una partera tradicional acompañen a la mujer durante el alumbramiento, y manteniendo una temperatura ambiente más elevada en los centros.

Este programa ha transformado los servicios de salud habituales fomentando la sensibilidad cultural en materia de atención sanitaria. El distrito de Huancarani, situado en la provincia andina de Paucartambo, en la región de Cusco, es el que ha experimentado un mayor éxito con la aplicación de esta nueva estrategia. En términos generales, actualmente casi 3 de cada 4 mujeres embarazadas visitan los establecimientos de salud existentes en las regiones en que operan, sobre todo para recibir servicios relacionados con el parto, mientras que anteriormente la proporción era de 1 de cada 4 mujeres. Este programa se ha incorporado a los seguros sanitarios de distrito y provinciales, y en 2004 fue adoptado por el Ministerio de Sanidad como norma nacional para su aplicación en todo el país. El Ministerio de Sanidad ha creado asimismo unos módulos de formación para instruir al personal sanitario sobre cómo lograr la adecuación cultural de los servicios prestados.

Véanse las referencias, pág. 108.

Objetivo

El Sudán meridional: después de la paz comienza una nueva batalla contra la mortalidad materna

La guerra civil que enfrentó al norte y el sur del Sudán terminó en 2005 después de 21 años de conflicto. Aunque en su mayor parte los enfrentamientos han cesado, el Sudán meridional se enfrenta ahora a otro adversario que combatir, la mortalidad materna y neonatal. Según la Encuesta de Salud en los Hogares del Sudán, practicada en 2006, la tasa de mortalidad materna en Ecuatoria Occidental, una provincia del sur del Sudán, se situaba en 2.327 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos, siendo una de las más elevadas del mundo. En 2006 la tasa de mortalidad neonatal fue de 51 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos, bastante superior al índice nacional del Sudán, de 41 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos.

La cobertura sanitaria general, gestionada en su mayor parte a través de unas pocas organizaciones no gubernamentales, se calcula en tan sólo un 25%. E incluso cuando existe atención sanitaria, los servicios de salud materna son escasos y a menudo no se hace uso de ellos. Parte del motivo puede ser la falta de formación. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) calcula que en 2006 la tasa de alfabetización de las mujeres del Sudán meridional era de tan sólo el 12%, frente al 37% que registraban los hombres. En consecuencia, las mujeres poseen un acceso limitado a la información sobre la salud.

Otra razón posible es que las mujeres embarazadas tienen que viajar largas distancias para llegar a los centros de atención prenatal, por lo cual el índice de asistencia varía drásticamente dependiendo de la localidad, desde el 17,4% registrado en 2006 en el estado de Unidad, al 80% de Ecuatoria Occidental. Menos del 15% de los nacimientos que se producen en el Sudán meridional cuentan con la presencia de personal sanitario capacitado, y el 80% de los partos tienen lugar en los hogares bajo la supervisión de familiares, parteras tradicionales o parteras de aldea (comadronas que por lo general han recibido aproximadamente nueve meses de formación). Sin embargo, la mayoría de las causas de muerte materna –en especial la obstrucción del parto, las hemorragias, la sepsis y la eclampsia– podrían ser tratadas por trabajadores de asistencia al parto más capacitados.

La calidad precaria de los servicios existentes de atención prenatal y de asistencia al parto se debe a la escasez de personal sanitario con formación técnica. En los 10 estados del Sudán meridional, las comadronas, parteras tradicionales y otros profesionales de la atención materna y neonatal carecen de la formación adecuada necesaria para practicar técnicas sencillas de enfermería o de atención en emergencias. La falta de material y de equipos, unos mecanismos precarios

de remisión de pacientes y unas infraestructuras y transportes inadecuados impiden también la prestación de atención sanitaria. Los servicios de atención postnatal son prácticamente inexistentes, pese al hecho de que la mayoría de las muertes maternas y neonatales del Sudán meridional se producen durante el periodo postnatal.

Ante esta perspectiva, el Gobierno del Sudán meridional y sus aliados están realizando esfuerzos encaminados a fortalecer los servicios de salud materna. La Política Provisional de Salud para 2006–2011 es un breve resumen de un enfoque integrado en el que se reconoce la necesidad de mejorar los servicios de atención sanitaria a la vez que se salvaguardan los derechos de la mujer. El Ministerio de Sanidad se ha comprometido a crear más establecimientos de atención primaria y de salud reproductiva y materna, apoyando al mismo tiempo el empleo de los medios de comunicación y de los servicios de asesoramiento para difundir información sobre nutrición, sobre prácticas tradicionales perjudiciales y sobre salud sexual. Con el fin de hacer frente a las demandas inmediatas de atención sanitaria, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas se están impartiendo cursos intensivos a las parteras de las comunidades que ya cuentan con una capacitación básica. En junio de 2006 se inauguró el primer centro de tratamiento de la fístula ginecológica en el Hospital Universitario de Juba.

Con miras a acelerar la aplicación de esta iniciativa, el Gobierno ha creado ya una Dirección de Salud Reproductiva y está reclutando coordinadores que faciliten, supervisen y coordinen las actividades de salud materna y neonatal en cada uno de los estados. UNICEF está apoyando la expansión de los servicios de atención prenatal y de atención ginecológica de emergencia en numerosos estados, así como la difusión de mensajes clave sobre salud a través de la radio y de campañas de información en las comunidades.

Quedan muchos retos por delante. El regreso de los refugiados y los movimientos migratorios ocasionados por las poblaciones desplazadas, el elevado índice de mortalidad del Sudán (6,7), y las tasas crecientes de prevalencia del VIH entre determinados grupos de población hacen necesaria la aplicación de un programa sanitario sistemático. Puede que la batalla sea larga, pero quienes se han comprometido a ganarla ya han puesto manos a la obra.

Véanse las referencias, pág. 108.

reducir la pobreza, a lograr un desarrollo sostenible y a alcanzar la paz.

Comprensiblemente, los informes internacionales se centran en los beneficios económicos y sociales, dado que con frecuencia han de competir con otras esferas prioritarias para el desarrollo en la captación de unos fondos limitados. Pero es fácil perder de vista los beneficios que atañen puramente a la promoción de la autonomía de la mujer. Las mujeres independientes son más capaces de asumir el control de su propia vida, de actuar como agentes del cambio en sus comunidades y de emprender una defensa activa de los intereses de su hijos, hijas y familias; esto lo hacen, por ejemplo, velando por que los ingresos que llegan al hogar se invierten en las cuestiones más importantes, como una alimentación nutritiva, una educación y una atención sanitaria, o exigiendo aquellos servicios que les proporcionen la mejor atención posible durante el embarazo y el parto y que salvaguarden la salud de sus bebés.

La cooperación entre las mujeres a escala local a menudo supone un poderoso acicate para promover la autonomía de la mujer. Las agrupaciones femeninas de carácter no oficial generalmente se reúnen para fines prácticos, tales como la creación de un huerto que les proporcione una fuente de ingresos propios. Pero el sentimiento de solidaridad y los problemas que se comparten en estos grupos pueden contribuir a alimentar el deseo de las mujeres de ser autónomas y animarlas a exigir unos mejores servicios de salud materna, neonatal e infantil.

Alentar la participación de los hombres y los jóvenes adolescentes en la salud y la atención materna y neonatal

La ausencia de los hombres de los informes que abogan por la igualdad entre los géneros suele ser notoria, salvo cuando ellos mismos son la causa del problema, ya sea como maltratadores o tiranos en el hogar, como compañeros sexuales irresponsables que eluden su parte de responsabilidad en la contracepción, o porque derrochan los preciados ingresos familiares en gastos innecesarios.

Por lo general, los hombres tienen una escasa presencia en las publicaciones e informaciones relativas a la salud materna y neonatal. Como resultado de ello, es posible perdonar a los cientos de millones de padres y compañeros sentimentales que asumen por completo su responsabilidad por el bienestar de sus hijos y que tal vez piensan que sus esfuerzos se pasan por alto. Pero la otra cara de la moneda es que el no prestar atención a la responsabilidad de los hombres puede hacer que de algún modo se crean eximidos de ella, validando así su falta de participación en este aspecto tan esencial de la vida familiar.

El nacimiento de un hijo –sobre todo cuando se trata del primer hijo– es por lo general un momento crucial en la vida de un hombre, dado que puede consolidar la imagen que tiene de sí mismo como un ser humano afectuoso y responsable de quien los demás pueden depender. En términos más generales, involucrar a los hombres en el

cuidado de sus compañeras embarazadas y de sus recién nacidos puede suponer una oportunidad importante para establecer una relación positiva y propicia que dure toda la vida. Las pruebas demuestran que los hombres son más propensos a involucrarse cuando se sienten bien consigo mismos y en sus relaciones, y cuando las familias y amigos respaldan su participación en la vida de su progenie. El hombre que comparte la responsabilidad de la paternidad tiene también más probabilidades de compartir las decisiones relativas al hogar con su compañera, contribuyendo así a potenciar su autonomía³⁸.

Los programas que alientan la participación tanto de los hombres como de las mujeres pueden contribuir a este proceso fomentando la comunicación entre los géneros y exhortando a un reparto más igualitario de las obligaciones relativas al cuidado infantil. Además, es preciso que en los lugares de trabajo se reconozca el papel que ambos progenitores desempeñan en la crianza de su descendencia, a fin de que tanto los hombres como las mujeres se sientan estimulados a conciliar su trabajo y sus responsabilidades familiares.

Vincular el entorno propicio con la atención continuada

La creación de un entorno propicio para la salud materna y neonatal tendrá por consecuencia unos cimientos firmes que faciliten la ampliación de intervenciones esenciales en el contexto de una atención continuada, lo cual constituye el tema central del Capítulo 3.

3 La atención continua a través del tiempo y del espacio: riesgos y oportunidades



La atención continua es la que presta servicios esenciales a las madres, los niños y las niñas en momentos críticos de la adolescencia, del período antes del embarazo, del nacimiento y de la fase posnatal y neonatal, en lugares clave como los hogares y las comunidades, por medio de intervenciones de extensión y ambulatorias y en establecimientos sanitarios de fácil acceso para las mujeres y los niños. Las alianzas comunitarias en materia de salud constituyen componentes esenciales de una atención continua. No obstante, puede que lo más importante para reducir la mortalidad materna y neonatal sea la atención prenatal, la asistencia en el parto de personal capacitado y la atención posnatal a las madres y sus recién nacidos. Garantizar que existen servicios obstétricos de emergencia y de atención al recién nacido para abordar las complicaciones que puedan surgir en relación con el parto podría salvar muchas vidas que actualmente se pierden durante el parto y en el periodo neonatal temprano. El tercer capítulo del Estado Mundial de la Infancia de 2009 examina los servicios clave que integran la atención continua y cómo estas intervenciones pueden ampliarse y mejorarse.

La atención continua: prestación de servicios en momentos clave

Cada fase de la vida, desde el nacimiento hasta la vejez, viene acompañada de exigencias apremiantes en materia de salud. Los servicios orientados a responder a las necesidades sanitarias interrelacionadas de las madres y los recién nacidos exigen unos altos niveles de continuidad e integración, características que no siempre han sido evidentes en las políticas, programas y alianzas dirigidas a mejorar la salud materna y neonatal.

El objetivo del marco de actuación de la atención continua es trascender el enfoque tradicional centrado en las intervenciones simples, concebidas para abordar enfermedades específicas, propugnando en su lugar un modelo de atención sanitaria primaria que abarque todas las etapas de la salud materna, neonatal e infantil. El éxito de este marco de actuación, no obstante, depende de la prestación de unos servicios esenciales y de la ejecución de unas prácticas mejoradas en momentos clave del ciclo vital con

el objeto de crear un nexo de unión entre las madres, los recién nacidos, sus hogares y sus comunidades, y los servicios de maternidad y de atención sanitaria básica¹.

El Capítulo 3 ofrece una visión general de los servicios esenciales que son necesarios para que exista una atención continua materna y neonatal, entre ellos la mejora de la nutrición, de las instalaciones de agua y saneamiento así como de las prácticas de higiene, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, unos servicios de salud reproductiva de calidad, una atención prenatal adecuada, la asistencia en el parto de personal capacitado, unos cuidados de emergencia básicos e integrados, tanto obstétricos como de atención al recién nacido, la atención posnatal y la Atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia.

Este capítulo examina también brevemente los puntos idóneos para la prestación de servicios sanitarios: en el ámbito del hogar y las comunidades, mediante servicios de extensión y ambulatorios y en los establecimientos sanitarios.

Servicios de la salud reproductiva de calidad

Si bien inicialmente los objetivos de salud reproductiva no estaban incluidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en la Cumbre Mundial celebrada en septiembre de 2005 se adoptó la decisión de lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015. A continuación se adoptó un nuevo marco de actuación para los ODM, de modo que en los objetivos revisados de enero de 2008 se incluye un objetivo sobre salud reproductiva (*para conocer más detalles acerca del nuevo objetivo y sus indicadores, véase el recuadro de la pág. 20*).

El nuevo objetivo refleja en parte el consenso cada vez mayor existente en torno a la necesidad de mejorar la salud reproductiva. Otro objetivo consiste en revertir la incidencia creciente de las infecciones del tracto reproductivo y las enfermedades de transmisión sexual, en especial el VIH. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que las prácticas sexuales sin protección constituyen el segundo factor de riesgo más importante de muerte y discapacidad

Una nutrición materna adecuada, que incluya el aumento de la ingesta de alimentos y la administración de suplementos de micronutrientes, es fundamental para la salud y la supervivencia de las madres y los recién nacidos.

en los países más pobres, y el noveno más importante en los países desarrollados². Casi la mitad de las infecciones por VIH se dan entre personas jóvenes, en especial mujeres: en África subsahariana el número de mujeres que viven con el VIH es casi el doble que el de hombres³.

Fortalecer la capacidad reproductiva a escala nacional exigirá detectar los problemas, fijar prioridades y formular estrategias con la participación de todas las partes interesadas. La OMS ha definido cinco actuaciones prioritarias clave en relación con los servicios de salud reproductiva, consistentes principalmente en reforzar la capacidad de los sistemas sanitarios, mejorar la información empleada a la hora de determinar las prioridades, estimular la voluntad política, crear unos marcos de actuación legislativos y regulativos que respalden el proceso, y mejorar los procesos de supervisión, evaluación y rendición de cuentas⁴.

Mejorar la nutrición de las madres y de los recién nacidos

La nutrición adecuada de las niñas adolescentes y las mujeres embarazadas es fundamental para la salud y la supervivencia tanto de las madres como de sus recién nacidos. La desnutrición de las madres jóvenes incrementa los riesgos de salud tanto para ellas como para sus bebés. Un índice bajo de masa corporal (inferior a 18,5 kg/m²) en las mujeres embarazadas aumenta el riesgo de mortalidad materna y neonatal, al igual que ocurre cuando la madre padece retraso en el crecimiento. Un bajo índice de masa corporal puede restringir el crecimiento del feto, lo que constituye un factor de riesgo de afecciones tales como el bajo peso al nacer⁵.

Los programas orientados a mejorar la salud materna cada vez se centran más en mejorar la alimentación de las niñas y las mujeres a lo largo de todo su ciclo vital. Junto con el incre-

mento de la ingesta de alimentos, se fomenta la administración de suplementos de ácido fólico y hierro durante el embarazo, y de vitamina A durante el periodo posparto. Además, la diversificación de alimentos, el uso de sal yodada y la eliminación de parásitos constituyen intervenciones clave para fortalecer el estado nutricional de las mujeres embarazadas y las madres.

La administración de suplementos de ácido fólico ha demostrado ser eficaz para prevenir defectos del tubo neural, y en general, los programas de atención prenatal deberían ofrecer también otros micronutrientes tales como el zinc. Se ha probado que existe una relación directa entre las deficiencias de zinc y el retraso en el crecimiento, la diarrea y el paludismo⁶.

Ganarse la confianza de las mujeres embarazadas por medio de estos programas de administración de



Se precisan más trabajadores sanitarios a fin de prestar servicios esenciales a las mujeres en momentos críticos durante el embarazo. Una enfermera practica una revisión prenatal a una mujer embarazada en el Centro de Salud de Enguela, Djibouti.

Reducir la incidencia de las enfermedades infecciosas y prevenir y tratar el VIH y el paludismo son medidas cruciales para mejorar la salud materna y neonatal.

suplementos puede resultar una forma muy útil de animarlas a que continúen asistiendo a los centros para recibir otros servicios profesionales de atención prenatal. El uso cada vez mayor de clínicas y hospitales contribuirá también a recabar datos sobre la salud de las mujeres embarazadas y las madres, que son particularmente escasos en las regiones menos desarrolladas y en los países y comunidades más pobres.

Abordar las enfermedades infecciosas, el VIH y el paludismo

Tal como se subrayaba en el Capítulo 1, las infecciones graves figuran entre las principales causas directas de

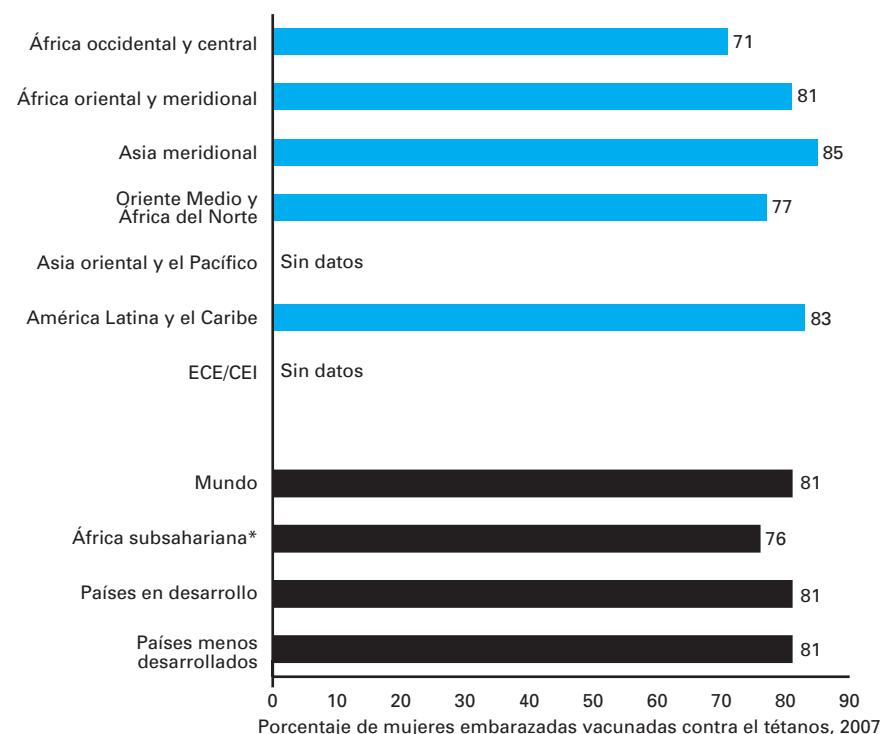
muerte materna y neonatal. En 2000 –el último año para el que se dispone de datos fehacientes acerca de las causas de mortalidad– ocasionaron el 36% de las muertes neonatales. Reducir la incidencia de las enfermedades infecciosas tales como la sepsis/neumonía, el tétanos y las infecciones de transmisión sexual, así como prevenir y tratar el VIH y el paludismo son, por tanto, medidas fundamentales a la hora de mejorar la salud materna y neonatal (*véase el recuadro en la pág. 49 sobre la Erradicación del tétanos materno y neonatal*).

Prevenir la infección por VIH de las mujeres en edad de concebir y tratar a

las mujeres embarazadas mediante los medicamentos combinados existentes puede reducir de forma importante la transmisión del virus a sus bebés. Aumentar los conocimientos acerca del VIH entre los jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años –tanto hombres como mujeres– es fundamental para evitar que esta enfermedad se propague. En 11 de los 15 países para los que se dispone de datos suficientes, los índices de prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de entre 15 y 24 años han descendido desde 2001⁷. Si bien es cierto que se trata de un progreso alentador, aún es necesario hacer mucho más con el fin de impulsar las actividades de prevención del VIH y de abordar las causas sociales, económicas y políticas de la epidemia del SIDA.

Gráfico 3.1

Protección contra el tétanos neonatal



* África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

Fuente: UNICEF y la Organización Mundial de la Salud.

Siguiendo la línea del nuevo enfoque de los ODM en materia de salud reproductiva, los programas dirigidos a mejorar la supervivencia materna deberían incluir intervenciones que contribuyan a tratar y disminuir la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual.

La distribución de mosquiteros tratados con insecticida a las mujeres embarazadas en las zonas endémicas de paludismo puede reducir la incidencia de esta enfermedad, mejorando la salud tanto de las mujeres embarazadas como de sus futuros bebés. El tratamiento preventivo intermitente del paludismo durante el embarazo se está empleando a la vez para prevenir y para tratar la enfermedad. El método consiste en administrar una dosis sencilla de un medicamento antipalúdico al menos dos veces durante el embarazo, con independencia de que la embarazada

Erradicar el tétanos materno y neonatal

El tétanos sigue siendo una causa importante de muerte materna y neonatal: en 2002 se cobró las vidas de 180.000 recién nacidos y de entre 15.000 y 30.000 madres. Esta enfermedad sobreviene cuando una bacteria, el *Clostridium tetani*, infecta un corte o una herida. El alumbramiento o la práctica de abortos en condiciones de higiene inadecuadas pueden causar el tétanos materno, mientras que el tétanos neonatal está causado por la falta de higiene al manipular el cordón o el muñón umbilical en los bebés. Si no se dispensa atención médica de emergencia en un hospital, el tétanos neonatal resulta casi siempre mortal. Al igual que ocurre con otras causas de muerte materna y neonatal, la mayor parte de las muertes derivadas del tétanos se registran en África subsahariana y en Asia, en especial en las comunidades pobres y marginadas donde el acceso de las mujeres a una atención sanitaria de calidad es escaso o inexistente y hay pocos conocimientos acerca de las prácticas relacionadas con el parto seguro.

El tétanos es fácil de prevenir inmunizando a las mujeres adultas y empleando prácticas higiénicas durante el parto. La aplicación creciente de ambas medidas –en particular la inmunización de las mujeres embarazadas– ha reducido de forma importante la cantidad de casos y de muertes por tétanos materno y neonatal registrados desde 1980, el primer año para el que se dispone de datos integrados. En 1988, el tétanos fue la causa de cerca de 800.000 muertes neonatales, y más de 90 países declararon la incidencia a escala de distrito de uno o más casos de tétanos neonatal por cada 1.000 nacidos vivos. A mediados de 2008 el número de países que declaraban registrar uno o más casos de tétanos materno y neonatal a escala de distrito había descendido a 46.

La inmunización se cuenta entre las intervenciones más importantes para combatir el tétanos materno y neonatal. La vacuna del tétanos toxoide ha demostrado su eficacia en la lucha contra esta enfermedad, ya que con dos dosis se alcanza la concentración suficiente de antitoxinas en la mayoría de los casos, y casi un 100% de inmunidad después de la tercera dosis. La tasa mundial de inmunización contra el tétanos neonatal en las mujeres embarazadas ha aumentado de forma espectacular desde 1980, en que era del 9%, hasta el 81% en 2007. No obstante, esto implica que 1 de cada 5 recién nacidos permanece aún desprotegido. Ello se debe en parte a que se desaprovecha la oportunidad de inmunizar a las mujeres embarazadas cuando visitan los establecimientos sanitarios para recibir atención prenatal, a que cuando éstas llegan ya es demasiado tarde para vacunarlas, o a que no se les administra la vacuna después del parto para protegerlas en futuros embarazos.

Las víctimas potenciales del tétanos viven en comunidades en las que el acceso a los servicios de salud e inmunización es escaso. Con el fin de llegar a estas personas se puso en marcha una solución innovadora, conocida como el “enfoque de alto riesgo”. El objetivo de esta iniciativa es inmunizar a todas las mujeres en edad fértil que residen en zonas consideradas de alto riesgo con al menos dos dosis de la vacuna de tétanos toxoide. Además, se imparte información a las comunidades acerca de los factores de riesgo del tétanos –entre los que figuran la falta de higiene durante el parto y la falta de inmunización–, se promueve la mejora de las prácticas durante el parto, y se intensifica la vigilancia para detectar los casos de tétanos neonatal. Cuando no existe constancia de que una mujer haya recibido la vacuna del tétanos toxoide siendo niña, se le administra una dosis de refuerzo.

El enfoque de alto riesgo se ha adoptado de forma muy amplia, lo que ha permitido que 64 millones de mujeres recibieran al menos dos dosis de tétanos toxoide entre 1999 y 2005. Los resultados a escala nacional han sido impresionantes:

- En *Nepal*, antes de dar comienzo el proceso de inmunización a principios de la década de 1980, las encuestas revelaban unos índices elevados de tétanos neonatal entre los recién nacidos. Después de que se iniciaron las actividades de inmunización de las mujeres adultas y se aplicó el enfoque de alto riesgo, para 2005 el índice había descendido en todos los distritos a menos de 1 muerte por tétanos neonatal por cada 1.000 nacidos vivos.
- Una encuesta practicada en *Egipto* en 1986 revelaba que por cada 1.000 recién nacidos, 7 morirían por causa del tétanos neonatal, mientras que el índice en las zonas rurales era de 10 por cada 1.000 nacimientos. Tras la aplicación del enfoque de alto riesgo, en 2007 el índice había descendido en todos los distritos hasta un nivel inferior a 1 muerte por cada 1.000 nacidos vivos.
- A mediados de la década de 1980, el índice de tétanos neonatal de *Bangladesh* era de hasta 20 y 40 casos por cada 1.000 nacidos vivos en algunas partes del país. En aquella época sólo el 5% de las mujeres en edad de procrear eran inmunizadas con el tétanos toxoide, y sólo el 5% de las mujeres tenían oportunidad de dar a luz en condiciones higiénicas. La adopción del enfoque de alto riesgo contribuyó a que los índices de mortalidad por causa del tétanos neonatal de Bangladesh se redujeran a menos de 1 muerte por cada 1.000 nacidos vivos para 2008.

En algunos lugares se ha aprovechado el enfoque de alto riesgo para prestar otro tipo de intervenciones junto con la vacuna del tétanos toxoide, entre las que figuran la inmunización contra el sarampión (como es el caso de Kenya y el Sudán meridional), y la administración de vitamina A (en la República Democrática del Congo). Otros países como Etiopía, Uganda y Zambia han incorporado este enfoque a los mecanismos de prestación de intervenciones esenciales. Un beneficio clave del enfoque de alto riesgo es que además de reducir el tétanos neonatal disminuye las desigualdades en el acceso a la atención materna y neonatal dentro de los países y demuestra que es posible prestar servicios de atención sanitaria a poblaciones que a menudo se han visto excluidas o relegadas al olvido.

Véanse las referencias, pág. 109.

La atención prenatal brinda la oportunidad de llegar a las mujeres embarazadas mediante múltiples intervenciones, tales como la inmunización, la administración de suplementos de micronutrientes y las prácticas de higiene mejoradas.

padezca o no la enfermedad. Pese a considerarse un tratamiento eficaz, la cobertura de este tratamiento sigue siendo restringida en las zonas endémicas de paludismo⁸.

Ampliar la atención prenatal

Muchos de los problemas de salud que afectan a las mujeres embarazadas se pueden prevenir, detectar o tratar mediante las visitas prenatales. La atención prenatal permite llegar a las mujeres embarazadas por medio de múltiples intervenciones que pueden resultar vitales para su bienestar y el de sus bebés. Los suplementos nutricionales de proteínas, ácido fólico y hierro suministrados por el personal sanitario capacitado o los tra-

bajadores sanitarios comunitarios pueden tener efectos beneficiosos, al reducir el riesgo de que la madre padezca anemia y de que el bebé nazca con un peso inferior al normal.

UNICEF y la OMS recomiendan un mínimo de cuatro visitas prenatales durante el embarazo. Estas visitas facilitan la prestación de servicios clave a las mujeres embarazadas, como por ejemplo medidas para detectar y tratar el paludismo y la anemia, inmunizaciones contra el tétanos, el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y terapia antirretroviral para las mujeres embarazadas que viven con el VIH, y la difusión de información

vital para las mujeres embarazadas acerca de los riesgos asociados al embarazo y el parto. Debido a la escasez de datos y al hecho de que en numerosos países se prestan muchos menos servicios que el mínimo recomendado por el grupo interinstitucional de Naciones Unidas, la mayor parte de los datos se refieren a mujeres que han realizado al menos una visita prenatal⁹.

En el mundo en desarrollo en su conjunto, tres cuartas partes de las mujeres embarazadas reciben atención prenatal por parte de un trabajador sanitario capacitado en al menos una ocasión, si bien las encuestas en los hogares de las que provienen estas cifras no especifican nada acerca de la calidad del servicio o de la información que reciben.

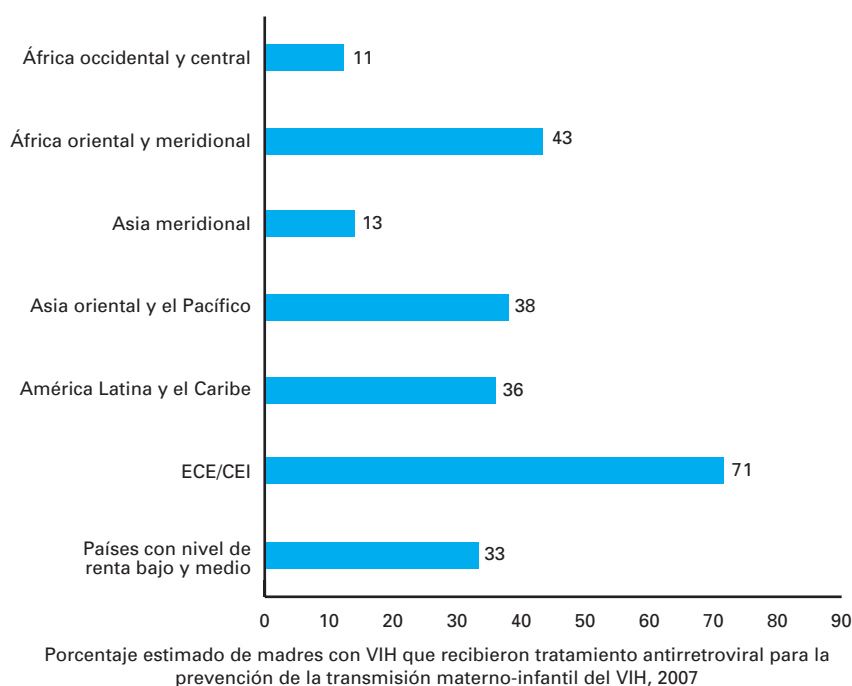
En tres regiones –América Latina y Caribe, Europa Central y del Este y la Comunidad de Estados Independientes, y Asia meridional y Pacífico– cerca de 9 de cada 10 mujeres embarazadas reciben visitas prenatales en una o más ocasiones. Estos porcentajes son mucho menores en Oriente Medio y África del Norte, África subsahariana (en ambos es del 72%) y Asia meridional (el 68%).

Incluso considerando el índice de cobertura relativamente bajo de estas regiones, la atención prenatal representa una oportunidad importante de hacer llegar intervenciones esenciales a una gran cantidad de mujeres embarazadas¹⁰.

La integración por módulos de las intervenciones esenciales, en especial las que actualmente son objeto de mayor interés –como los mosquiteros

Gráfico 3.2

Profilaxis antirretroviral para las madres que viven con el VIH para prevenir la transmisión de madre a hijo del VIH

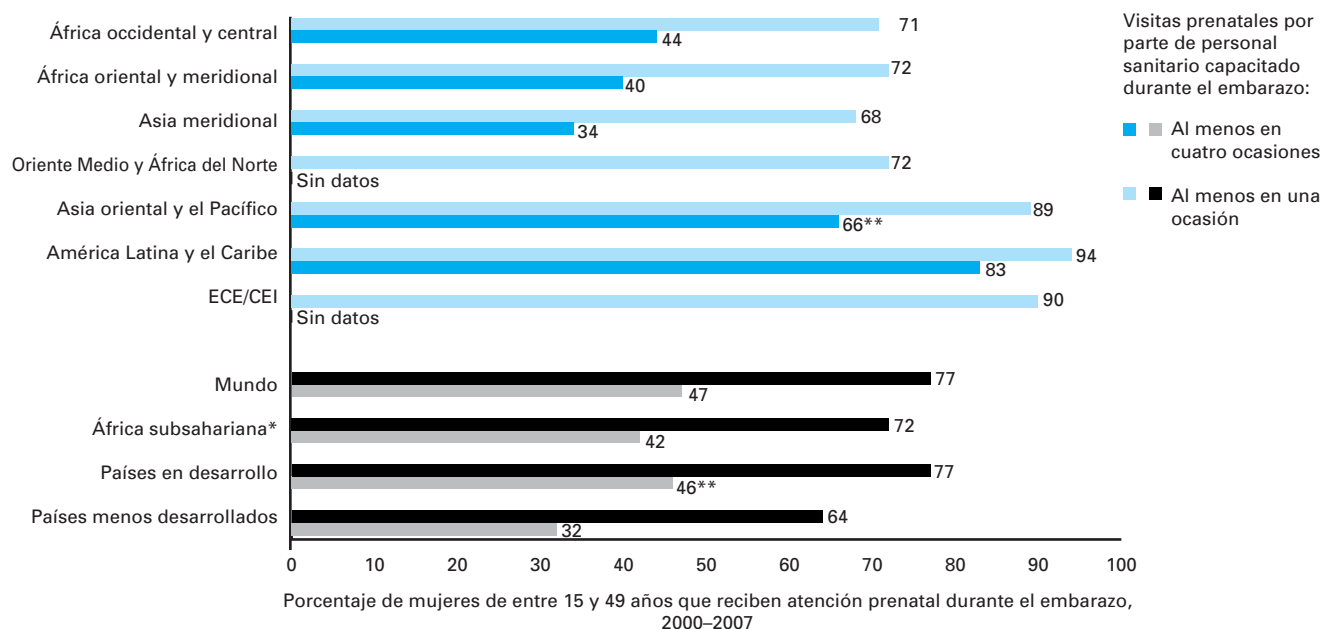


Fuente: UNICEF, ONUSIDA y OMS, *Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector – Progress Report 2008*, UNICEF, Nueva York, 2008, pág.43.

En los países menos desarrollados, 1 de cada 3 mujeres no reciben atención antenatal durante el embarazo, y 3 de cada 5 mujeres dan a luz sin asistencia de un trabajador sanitario capacitado.

Gráfico 3.3

Cobertura de la atención prenatal



* África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central. ** Excluida China.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas del hogar de ámbito nacional.

tratados con insecticida— puede ser un medio para fortalecer la demanda y el uso de los servicios prenatales. Asimismo puede ser un modo de animar a las mujeres a que acudan a las clínicas y a los lugares donde se prestan servicios de extensión para recibir atención prenatal en una fase más temprana de su embarazo.

Garantizar la asistencia de personal capacitado en el parto

El parto puede constituir una ocasión de riesgo no sólo para el bebé sino también para la madre. Tres cuartas partes de todas las muertes maternas se producen como resultado de complicaciones durante el parto o en el periodo posparto inmediato. Entre estas complicaciones figuran las hemorragias (que ocasionan el 25% de las muertes maternas), las infeccio-

nes (15%), complicaciones derivadas de la práctica de abortos (el 13%), la eclampsia o los trastornos de hipertensión relacionados (el 12%), y la obstrucción en el parto (el 8%)¹¹.

Reducir las muertes maternas derivadas de complicaciones en el parto es totalmente posible aumentando el número de nacimientos asistidos por un trabajador sanitario capacitado, es decir un médico, un auxiliar de enfermería o una partera capacitada. El personal sanitario capacitado debería no sólo ser capaz de atender un parto normal o un parto con complicaciones moderadas, sino que también debería poder reconocer cuando se trata de complicaciones graves que requieren atención más especializada. De cualquier modo, incluso aunque existan trabajadores sanitarios capa-

citados, es preciso que cuenten con los medicamentos, los suministros y los equipos básicos que les permitan prestar unos servicios adecuados, sobre todo cuando se producen complicaciones graves como las hemorragias, la sepsis y la obstrucción del parto. Deberán contar también con la formación y el buen juicio necesarios para detectar las complicaciones graves y gestionar la remisión eficaz de la paciente a un especialista.

Durante la última década se ha registrado un acusado aumento en el número de partos atendidos por personal capacitado en todo el mundo en desarrollo, con la notable excepción de África subsahariana. En el periodo comprendido entre 2000 y 2007, los trabajadores sanitarios capacitados atendieron el 61% del total de los

Dado que tres cuartas partes de todas las muertes maternas se producen durante el alumbramiento o en el periodo posparto inmediato, contar con la asistencia de personal capacitado en los partos es crucial para reducir la mortalidad materna.

nacimientos acaecidos en el mundo en desarrollo. Esta mejoría ha sido especialmente llamativa en el Oriente Medio y África del Norte, regiones en las que la cobertura aumentó del 55% en 1995 al 81% entre 2000 y 2007. Las dos regiones que presentan los niveles más bajos de atención sanitaria capacitada –África subsahariana (45%) y Asia meridional (41%)– son también las regiones que registran la incidencia de mortalidad materna más elevada¹².

Una cuarta parte de los alumbramientos desasistidos que se producen en el mundo tienen lugar en la India, que es además uno de los 10 países que, juntos, abarcan dos terceras partes de los nacimientos no asistidos por personal sanitario capacitado. Actualmente la India se ha fijado el objetivo de abor-

dar el problema estimulando la atención en establecimientos sanitarios mediante incentivos económicos¹³ (véase el recuadro en la pág. 85 sobre *Integración de la atención materna y neonatal en la India*).

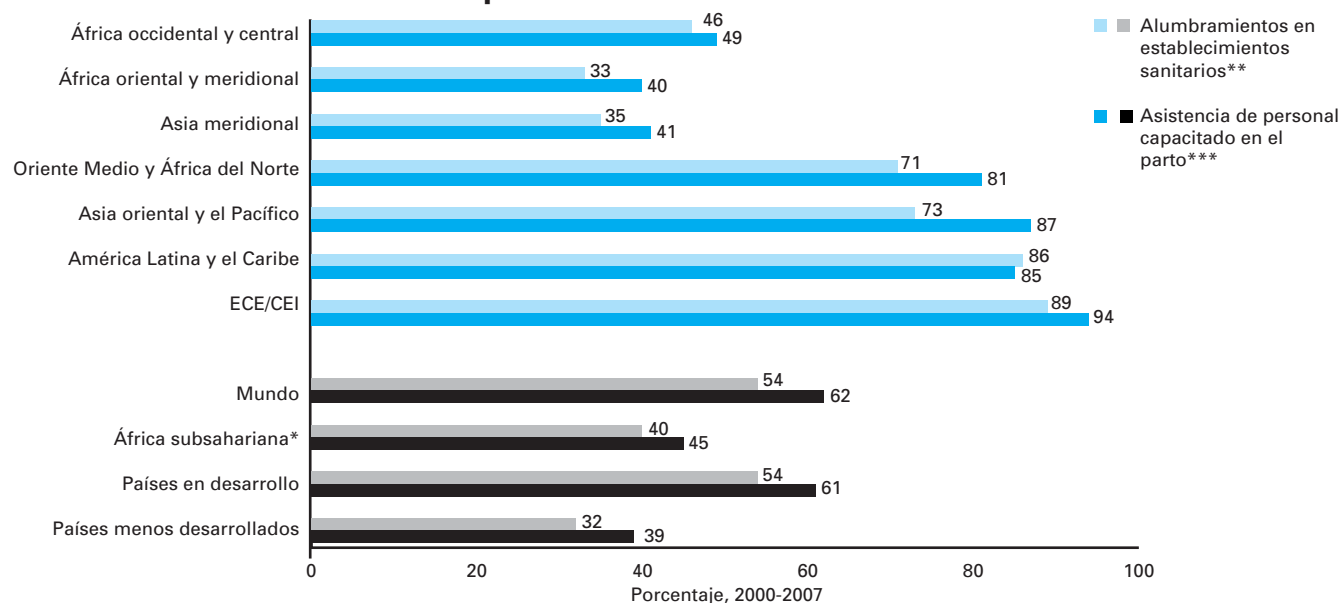
En todo el mundo hay más probabilidades de que los nacimientos que se producen en las zonas urbanas sean atendidos por personal capacitado que los que se dan en zonas rurales. En África Occidental y Central, donde existe la mayor disparidad, la probabilidad es de dos veces y media más. Las desigualdades de carácter económico son también notables: en el mundo en desarrollo en su conjunto, las mujeres de los hogares más pobres tienen cerca de la mitad de probabilidades de ser atendidas por trabajadores sanitarios capacitados

que las mujeres de los hogares más prósperos¹⁴ (En la página 38 figura un estudio más exhaustivo de las desigualdades que afectan al acceso a los servicios de maternidad, *Hacia una mayor igualdad en la salud de las madres y los recién nacidos*).

La OMS ha formulado diversas recomendaciones para reducir las hemorragias posparto, que constituyen una de las principales causas de muerte materna. Las causas más comunes de las hemorragias posparto son la incapacidad del útero de contraerse lo suficiente, el rasgado del tracto genital y la retención del tejido placentar. El método de intervención más ampliamente aceptado es el tratamiento activo en la tercera fase del parto, que sigue a la expulsión completa del recién nacido y dura hasta la expulsión completa de la

Gráfico 3.4

Cobertura de la atención en el parto



* África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

**Los alumbramientos en establecimientos sanitarios se refieren a la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años que dieron a luz en los dos años previos a la práctica de la encuesta y lo hicieron en un establecimiento sanitario.

*** La asistencia de personal capacitado en el parto se refiere al porcentaje de nacimientos atendidos por personal sanitario capacitado (médicos, auxiliares de enfermería y parteras).

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, Organización Mundial de la Salud y UNICEF.

Abordar las desigualdades resultará esencial para mejorar la salud materna. Las mujeres pertenecientes al quintil más pobre tienen sólo la mitad de probabilidades que las mujeres del quintil más próspero de contar con la asistencia de personal capacitado.

Trastornos de hipertensión: habituales pero complejos

Los trastornos de hipertensión constituyen el problema médico más habitual en el embarazo y son el origen de una cantidad considerable de las muertes maternas que se registran en todo el mundo (entre el 12% y el 20%). Afectan a mujeres de todas las regiones, ocasionando casi el 10% de las muertes maternas de África y Asia, más del 16% en los países industrializados, y más de una cuarta parte en América Latina y el Caribe. La hipertensión en el embarazo puede desencadenar una serie de afecciones entre las que figuran la presión arterial elevada –que es la menos grave–, el parto prematuro y el derrame cerebral, que es mortal. También puede causar la muerte del feto, el parto prematuro y el nacimiento con un peso inferior al normal.

Las causas de la hipertensión aún no se entienden por completo, si bien los estudios sugieren que la obesidad, un consumo elevado de sal y la predisposición genética son factores. Ciertos tipos de hipertensión que aparecen durante el embarazo pueden ser consecuencia de la propia biología del embarazo. La preeclampsia, que se manifiesta después de las primeras 20 semanas de embarazo, se define como una hipertensión inducida por el embarazo, que viene acompañada de un exceso de proteínas en la orina y que amenaza gravemente la salud de la madre y el feto, en particular cuando viene acompañada de hipertensión crónica. Es una de las principales causas de partos prematuros.

Existen numerosos factores de riesgo que predisponen a las madres a estos trastornos, entre ellos, que se trate del primer embarazo, que sea un embarazo múltiple, que la madre padezca hipertensión crónica, que tenga más de 35 años, que sufra diabetes gestacional, obesidad y malformación fetal. Un estudio revelaba que los intervalos entre embarazos de 59 meses o más se asocian con unos índices más elevados de preeclampsia y eclampsia. Los investigadores sugieren asimismo que los desequilibrios hormonales, las deficiencias de calcio y la resistencia a la insulina son posibles causas.

La administración de suplementos de calcio ha demostrado ser una intervención eficaz en los países en desarrollo donde las mujeres embarazadas tienen propensión a padecer deficiencias de calcio, reduciendo la incidencia de la preeclampsia en un 48%. Si el efecto de esta intervención es similar en el caso de las muertes maternas debidas a trastornos de hipertensión, la administración de suplementos de calcio podría prevenir 21.500 muertes

maternas. El experimento Magpie, el más extenso practicado tanto en países industrializados como en países en desarrollo entre 1998 y 2002 en relación con los trastornos de hipertensión durante el embarazo, arroja pruebas concluyentes de que la administración de sulfato de magnesio a las mujeres en fase de preeclampsia puede reducir el riesgo de que sobrevenga la eclampsia. Estudios realizados posteriormente han aportado aún más pruebas acerca de la eficacia de esta rentable intervención.

Lo idóneo es que los cuidados comiencen antes de la concepción a fin de poder examinar la historia médica reproductiva de la mujer e informarla de las opciones existentes para el tratamiento de la hipertensión crónica. Las mujeres hipertensas precisan también información acerca de los riesgos que esta enfermedad supone en el embarazo, y de los cambios que han de efectuar en su estilo de vida como consecuencia de la misma. El descanso es una recomendación habitual para las mujeres embarazadas hipertensas. Las revisiones periódicas por parte de trabajadores sanitarios capacitados son necesarias a fin de detectar una posible preeclampsia y otros trastornos de hipertensión.

La hipertensión en el embarazo se considera desde hace tiempo una afección ginecológica, de modo que las intervenciones se centran de forma especial en los resultados relacionados con el embarazo, más que en los efectos a corto y largo plazo para la madre. Investigaciones recientes muestran, no obstante, que la hipertensión en el embarazo puede también afectar a la salud posnatal de la madre, aumentando los riesgos de que contraiga una hipertensión crónica y trastornos cardiovasculares. Las cifras de mortalidad y morbilidad materna que se derivan de estos trastornos son elevadas, por lo que se hace necesario investigar más a fondo. La gestión o el tratamiento de estas afecciones tendrán un mayor protagonismo en el contexto del modelo de atención continua de la salud materna y neonatal.

Véanse las referencias, pág. 109.

Prestar atención obstétrica de emergencia y facilitar la atención posnatal constituyen desafíos y oportunidades importantes para la mejora de la salud materna y neonatal.

placenta. El tratamiento activo consiste en la administración de un uterotónico para facilitar las contracciones a fin de que se expulse la placenta, y en retrasar el pinzamiento, la amputación y la tracción del cordón umbilical.

La OMS recomienda el tratamiento activo por parte de personal capacitado para todas las madres, si bien no recomienda el uso de esta intervención por parte de personal sanitario no capacitado. Este organismo ha exhortado a realizar estudios ulteriores a fin de determinar cuáles son los momentos óptimos para amputar el cordón umbilical y, de ser el caso, los medicamentos que deberían administrar los trabajadores sanitarios no capacitados.

Mediante la atención por parte de personal capacitado también pueden abordarse otros riesgos relacionados

con el parto. La Organización Mundial de la Salud, recomienda hospitalizar a las mujeres que padecen eclampsia o preeclampsia en los días previos al alumbramiento a fin de tratarlas con sulfato de magnesio. La mayoría de las infecciones pueden tratarse con antibióticos. Algunas infecciones, como el tétanos, pueden evitarse mediante los programas de inmunización y mediante la manipulación del cordón umbilical en condiciones de asepsia (*véase el recuadro en la pág. 49, Erradicar el tétanos materno y neonatal*)¹⁵.

Prestar servicios de atención al recién nacido y de atención obstétrica de emergencia

A menudo es necesaria la atención oportuna en un establecimiento sanitario para salvar la vida de una mujer que experimenta complicaciones rela-

cionadas con el parto. La calidad de los cuidados dispensados por el establecimiento es fundamental: para prestar una asistencia adecuada ha de contar con los medicamentos, suministros, equipos y el personal adecuado. Además, el personal debería ser capaz de practicar intervenciones que pueden salvar vidas, como cesáreas, transfusiones de sangre y prácticas de resucitación del recién nacido.

Los datos sobre la atención obstétrica de emergencia en los países en desarrollo son a menudo escasos. Los estudios muestran que cerca del 15% de los partos de los nacidos vivos suelen precisar atención obstétrica de emergencia y que entre el 5 y el 15% de los nacimientos precisan una cesárea. Es evidente que existen muchos vacíos importantes en lo que respecta a la cobertura, sobre todo en las zonas rurales de África subsahariana, donde los índices de cesáreas rondan el 2%¹⁶.

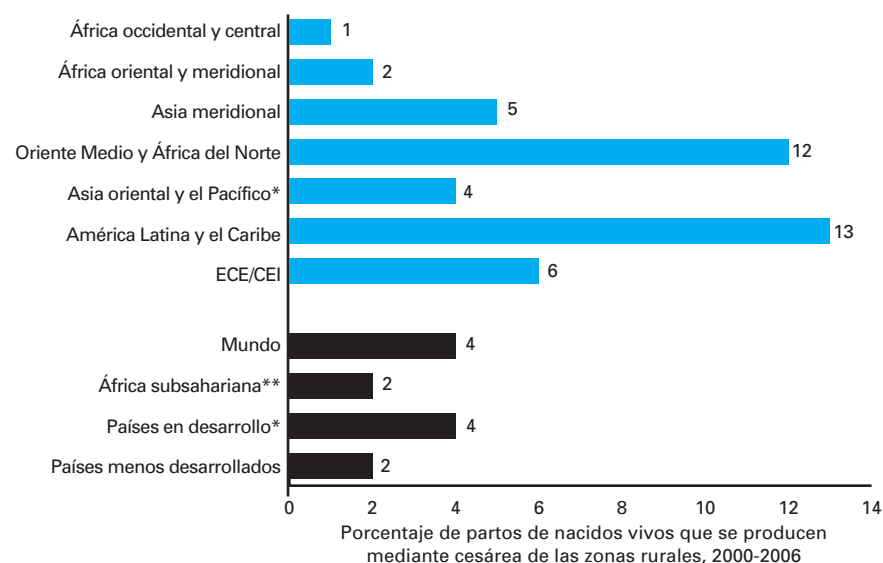
Entre los factores que impiden la prestación de atención obstétrica de emergencia figuran la distancia, los costes directos para el usuario, los costes de transporte y alojamiento, las barreras culturales y la falta de información, entre otras. Además, la escasa calidad del servicio dispensado puede resultar también un elemento disuasorio, tal como revela un estudio practicado en la República Unida de Tanzania, que indicaba que la deficiente calidad de la atención en los establecimientos sanitarios constituía el principal obstáculo para el acceso a los mismos¹⁷.

Impulsar la atención posnatal

Existe una necesidad notoria de fomentar la atención posnatal, una intervención que durante mucho

Gráfico 3.5

Atención obstétrica de emergencia: cesáreas en las zonas rurales



*Con exclusión de China. ** África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas del hogar de ámbito nacional y UNICEF.



© UNICEF/HQ07-0367/Dan Thomas

Establecer un sistema de atención continua materna y neonatal exigirá la contratación y formación de personal sanitario capacitado y de trabajadores sanitarios de ámbito comunitario. *Una enfermera atiende a un recién nacido en un hospital pediátrico, República de Corea.*

tiempo se ha descuidado en numerosos países en desarrollo, generando un vacío en la atención continua. La necesidad más urgente atañe al periodo posparto, dado que las pruebas apuntan un riesgo elevado de mortalidad y morbilidad materna en las 48 horas siguientes al parto. La atención posnatal es a menudo fundamental para los recién nacidos, sobre todo inmediatamente después del nacimiento. Cerca de tres cuartas partes de las muertes neonatales se producen en la primera semana, y de éstas, la mitad ocurren dentro de las 24 horas siguientes al nacimiento.

En muchos países en desarrollo es probable que las madres reciban el alta de los establecimientos sanitarios dentro de las 24 horas después de haber dado a luz, o que carezcan de acceso a una atención sanitaria por parte de personal capacitado. Las pruebas indican que incluso después de transcurrido el periodo de alto riesgo, la amenaza de mortalidad y morbilidad materna y neonatal persiste al menos durante 42 días, o

incluso seis meses o un año, después del nacimiento. Las causas principales de la mortalidad posparto son la hemorragia grave, las infecciones y los trastornos de hipertensión. Para tratar estas afecciones se precisa la atención y asistencia de personal capacitado en el parto, tal como se describía en secciones anteriores del presente capítulo¹⁸.

Las visitas posnatales periódicas son necesarias en el periodo posparto, cuando es preciso detectar con rapidez cualquier complicación y remitir a la paciente a servicios más especializados si fuera el caso. E incluso cuando no existen complicaciones, estas visitas permiten ofrecer información y orientación esencial acerca de la salud materna y neonatal, sobre todo en lo tocante al cuidado y la alimentación de los bebés, a las señales de alerta sobre posibles enfermedades, a los procesos de remisión de pacientes y a la mejora de las prácticas de higiene. Los estudios demuestran que se producen menos muertes maternas y neonatales cuando se visita a la madre y al bebé dentro de las 48 horas posteriores al parto. Las madres que viven con el VIH y los bebés nacidos prematuramente requieren especial atención¹⁹. Los recién nacidos con bajo peso requieren una atención especial, sobre todo el control de la temperatura (*véase el recuadro en la pág. 62, Las madres canguro de Ghana*).

Incluso las madres que reciben atención posparto inmediata con frecuencia son desatendidas en los días y semanas sucesivas. Su siguiente contacto con un trabajador sanitario puede ser seis semanas después, cuando corresponde administrar al

bebé la primera batería de vacunas. Los datos revelan que las madres recurren con menos frecuencia a la atención posnatal que a la atención prenatal o a la atención en el parto, incluso cuando padecen hemorragias posparto o afecciones tales como la fístula y el prolapso uterino²⁰.

Para que la atención posnatal sea eficaz es preciso que se dispensen cuidados y atención durante el periodo posparto inmediato y en varias visitas de seguimiento. Posibilitar que las madres regresen a los establecimientos sanitarios o hacer un seguimiento mediante visitas ambulatorias en los días y semanas siguientes al parto puede resultar complicado, debido a los posibles costes o dificultades relacionados con el transporte y la visita, o por motivos culturales que hacen improbable su regreso a la clínica u hospital. Es por ello que las visitas ambulatorias desempeñan un papel crucial a la hora de preservar la salud materna y neonatal, con independencia de dónde se produzca el nacimiento (*véase el recuadro en la pág. 57, Los primeros 28 días de vida, y el recuadro en las págs. 80 y 81, Salvar las vidas de las madres y de los recién nacidos: los primeros días cruciales*).

Poco se sabe acerca de los efectos y el alcance de la depresión durante el embarazo y el periodo posparto en los países en desarrollo. Según las investigaciones, la falta de apoyo por parte de la sociedad y de la pareja, las propias vivencias, la experiencia de la maternidad y el temperamento del bebé constituyen factores críticos que pueden conducir a una depresión durante el año siguiente al parto.

Promover conductas saludables para las madres y los recién nacidos, en particular en lo que atañe a la nutrición y la higiene, es vital para reducir la morbilidad y los riesgos para la salud.



© UNICEF/HQ05-1795/Giacomo Pirozzi

Un personal capacitado, que cuente con los equipos y la ayuda adecuada, puede prestar intervenciones esenciales y capaces de salvar vidas cuando se suscitan emergencias durante el trabajo de parto y el alumbramiento. Una trabajadora sanitaria examina a un recién nacido en un hospital infantil de Ucrania.

Si bien se calcula que entre el 10% y el 15% de las mujeres de los países industrializados experimentan depresión durante las semanas y meses siguientes al parto, la información que existe en relación con esta afección en el mundo en desarrollo es escasa. Estudios practicados a pequeña escala en el Pakistán y Viet Nam revelan que las mujeres que padecen depresión tienden a tener bebés con un peso inferior al normal, y según los resultados de estudios realizados en la India, los niños y niñas nacidos de madres con depresión podrían estar expuestos a un mayor riesgo de padecer retraso en el crecimiento²¹.

Prácticas saludables en la atención al recién nacido

Para prevenir las muertes neonatales, más que tecnología se precisa atención por parte de personal capacita-

do, así como unos sistemas de intervención que sean flexibles y sensibles a las necesidades imperantes. La situación del sistema sanitario, el contexto social y las prácticas locales influyen casi tanto como las amenazas epidemiológicas. La salud neonatal puede mejorarse, por ejemplo, mediante prácticas que no suponen gastos elevados, como la asepsia durante el parto, la promoción de la lactancia materna como método exclusivo de alimentación y velando por que la salud de la madre sea óptima cuando da a luz.

Recientemente se han logrado progresos en la prestación de intervenciones sencillas y rentables que tienen un efecto positivo para la salud neonatal, entre las que figuran la inmunización contra el tétanos, el uso de mosquiteros tratados con insecticida

para combatir el paludismo y la administración de suplementos de micronutrientes. Según un estudio practicado sobre la cobertura de las intervenciones dirigidas a la supervivencia materna, neonatal e infantil, la prestación de este tipo de intervenciones preventivas traía consigo mejores resultados que los cuidados paliativos. Los progresos de las medidas centrados en los cambios de comportamiento, como la lactancia materna, fueron desiguales²².

Desde comienzos de la década de 1990, la forma de abordar estas amenazas complejas que se ciernen sobre las vidas de los niños y niñas ha consistido en un enfoque amplio y multidisciplinar, basado en la premisa de que normalmente las causas de cualquier enfermedad son de origen múltiple. Este enfoque, introducido

Los primeros 28 días de vida

por Zulfiqar A. Bhutta, Profesor y Director del Departamento de Pediatría y Salud Infantil de la Universidad de Aga Khan, Karachi, Pakistán

Es un hecho ampliamente reconocido que una gran parte de las muertes infantiles se producen en el periodo neonatal, es decir, durante los 28 primeros días de vida. De los 9,2 millones de muertes de niños y niñas menores de cinco años que se calcula acaecieron en todo el mundo en 2007, cerca del 40% tuvieron lugar en el periodo neonatal. En numerosos países en desarrollo las muertes de recién nacidos suponen más de la mitad de todas las muertes de niños y niñas en la primera infancia, y la mayoría de ellas suceden en los primeros días de vida. Las principales causas de estas muertes son las infecciones graves (el 36%), el nacimiento prematuro (el 27%), la asfixia al nacer (el 23%) y las malformaciones congénitas (el 7%). Estas cifras no incluyen los 3 millones de partos mortinatos que se calcula se producen anualmente. Entre el 30 y el 40% de estos partos mortinatos podrían guardar relación con complicaciones durante el trabajo de parto y el alumbramiento, que a su vez pueden derivar de problemas intrauterinos y de la asfixia.

La relativa falta de progreso en lo que se refiere a la reducción del número de muertes neonatales se debe a diversos factores. El más importante es que, a diferencia de la salud en el periodo posnatal (que comprende desde los 29 días a los 59 meses), la salud neonatal se halla estrechamente vinculada a la salud materna. Para mejorarla es necesario aplicar intervenciones que aborden cuestiones complejas como la promoción de la autonomía de la mujer, los tabúes socioculturales y la capacidad de los sistemas sanitarios de responder a las necesidades existentes.

Entre los factores específicos que conducen a la muerte neonatal figuran:

- La falta de atención a la salud materna, como consecuencia del acceso limitado a trabajadores sanitarios capacitados.
- La situación precaria de la atención materna, en especial en lo que atañe a los partos que se producen en el hogar, a los que se asocian al menos la mitad de todas las muertes neonatales.
- La incapacidad de las familias y de las comunidades para reconocer las enfermedades infantiles y recurrir a ayuda profesional.
- Un repertorio limitado de intervenciones para tratar trastornos neonatales tempranos tales como la asfixia en el parto y los problemas derivados del parto prematuro.
- La falta de consenso acerca de las intervenciones y estrategias más idóneas para prevenir y tratar las infecciones neonatales graves –aparte del tétanos neonatal– en el ámbito comunitario.

Durante los últimos años se han registrado mejoras importantes en nuestra comprensión de las enfermedades y la mortalidad neonatal. Las desigualdades en la incidencia de muertes maternas y neonatales indican que la mayoría de las muertes se producen en poblaciones rurales y en colonias de precaristas, a menudo ignoradas. Numerosos países reconocen asimismo que para lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir la mortalidad infantil es imprescindible mejorar la atención que se dispensa a las madres y los recién nacidos, centrando los esfuerzos en reducir el número de muertes que se producen durante los 28 primeros días de vida.

Los datos que avalan las estrategias e intervenciones basadas en alianzas comunitarias también han mejorado. Especialmente en Asia meridional, mediante una serie de programas se ha intentando reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en el ámbito comunitario empleando enfoques innovadores. En un novedoso estudio practicado en las zonas rurales de Maharashtra, la India, el Dr. Abhay Bang y sus colegas formaron a trabajadores sanitarios comunitarios, que colaboraban con parteras tradicionales, al objeto de enseñarles a detectar los síntomas de enfermedades neonatales graves tales como la asfixia en el parto o posibles infecciones bacterianas, y tratarlas mediante

prácticas de resucitación en el hogar o mediante la administración de antibióticos inyectables, respectivamente.

Los resultados del programa mostraban una reducción importante de la mortalidad neonatal gracias a estas estrategias de atención en el hogar. Más recientemente, investigadores de la Johns Hopkins University han demostrado la eficacia de emplear a trabajadores comunitarios capacitados para prestar un módulo integrado de intervenciones preventivas y paliativas a los recién nacidos de Sylhet, en la zona rural de Bangladesh. Si bien la prestación de atención en el hogar era importante en estos estudios, es posible que se derivaran también beneficios considerables en lo que atañe a la mejora de la atención neonatal y los hábitos familiares. En un estudio practicado en Makwanpur, en Nepal rural, gracias a los grupos de apoyo femeninos, asistidos por facilitadores capacitados, se logró una importante reducción de la mortalidad materna. Estudios ulteriores han demostrado que una estrategia concertada de educación comunitaria sobre el cuidado del recién nacido puede originar un cambio significativo en los hábitos y una reducción importante de la mortalidad neonatal.

Todos estos estudios recientes indican claramente que impartir formación en las comunidades acerca de la mejora de la atención materna y neonatal y del tratamiento en el hogar de las infecciones neonatales puede revertir en una mejora considerable de la supervivencia infantil. Para que estas estrategias puedan influir en los sistemas sanitarios en un futuro próximo es preciso ampliarlas a escala empleando todos los medios posibles para motivar y formar a los trabajadores sanitarios existentes. Esta ampliación ya se ha producido en el Pakistán rural, donde las Trabajadoras Femeninas de la Salud colaboran con los comités de salud y los grupos femeninos de las aldeas. Una evaluación reciente de esta iniciativa del Pakistán revelaba una disminución importante de la mortalidad perinatal y neonatal, y una mejora de la situación en lo que se refiere a recurrir a la atención materna profesional.

Estos datos recientes corroboran la utilidad de las estrategias dirigidas a mejorar la salud materna y neonatal en las comunidades y familias que registran las cifras más elevadas de mortalidad y el acceso más precario a una atención sanitaria de calidad. El desafío consiste en integrar estrategias e intervenciones eficaces en todo el espectro de la atención continua materna y neonatal, tanto en entornos comunitarios como en establecimientos sanitarios. Estimaciones recientes indican que, con unos niveles prácticos de cobertura, la prestación de intervenciones preventivas y paliativas para las madres y los recién nacidos en entornos de atención primaria puede reducir las muertes maternas y neonatales entre el 20 y el 40%.

Aunque estas medidas son prometedoras, en particular cuando se agrupan varias intervenciones complementarias y se prestan por medio de una gama de profesionales sanitarios, en muchos países en desarrollo aún subsisten estrangulamientos importantes que obstaculizan la mejora de la prestación de los servicios, entre ellos el mal funcionamiento de los establecimientos sanitarios y la escasez de trabajadores sanitarios capacitados. Estos estrangulamientos pueden y deben abordarse mediante estrategias cuyo objetivo sea llegar a las familias, comunidades y distritos más proclives a quedar excluidos de los servicios sanitarios básicos y de maternidad. A pesar de estas dificultades y de las importantes carencias de que adolecen nuestros conocimientos acerca de cómo enfrentar problemas tan complejos como la asfixia en el parto, la fragilidad de los bebés prematuros y las infecciones bacterianas graves en los entornos comunitarios, hay algo que sí está claro: sabemos lo suficiente acerca de lo que da resultado como para instaurar un cambio. Se impone la necesidad de aplicar lo que sabemos y de crear un marco de políticas adecuado para la atención materna y neonatal allí donde más importa: entre las poblaciones pobres y marginadas.

Véanse las referencias, pág. 109.



Las alianzas comunitarias en materia de atención sanitaria pueden contribuir a ampliar la cobertura de servicios esenciales y a mejorar las prácticas de salud y nutrición. *Una trabajadora sanitaria de ámbito comunitario, que es también partera profesional, visita a una mujer embarazada en una aldea de Nepal.*

por UNICEF y la Organización Mundial de la Salud, llegó a conocerse con el nombre de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Los resultados obtenidos por medio del mismo son cada vez mejores. Este modelo integrado se ha incorporado en los últimos años al sistema de atención continua de la madre, del recién nacido y del niño.

La atención continua: establecer un vínculo de unión entre las vidas y los lugares

Actualmente se reconoce que vincular las intervenciones mediante módulos puede también incrementar su eficiencia y su rentabilidad. Además, cuando los servicios están integrados las personas se sienten más inclinadas a utilizarlos y hay más oportunidades de ampliarlos y de mejorar su cober-

tura. El objetivo es crear un sistema de atención primaria que preste servicios esenciales a mujeres, niños y niñas, y que fortalezca los vínculos existentes entre los hogares y los establecimientos sanitarios que tantas veces han faltado en el pasado.

Prácticas y conductas en el ámbito del hogar

Cuando los niños y niñas caen enfermos, inevitablemente son sus familias –en especial los progenitores, los parientes cercanos y los cuidadores– los primeros en intervenir. El primer diagnóstico de cualquier enfermedad infantil a menudo recae no en un médico o en un auxiliar de enfermería, sino en las madres, que son las que se encargan de valorar los síntomas y decidir si son graves, y, en función de ello, optan por el tratamiento y la atención en el hogar o deciden acudir a un trabajador sanitario. Con

independencia de que se acuda o no a un trabajador sanitario, también corresponde a los miembros de la familia atender a los niños y niñas enfermos y administrarles los medicamentos u otros remedios necesarios.

El proceso es similar cuando se trata de una mujer embarazada o que ha dado a luz recientemente, aunque en menor grado. La propia mujer tendrá su propio punto de vista acerca de la gravedad de cualquier problema que pueda surgir antes, durante y después del nacimiento, pero las familias juegan un papel fundamental, sobre todo en lo que se refiere a decidir si es necesario buscar ayuda médica externa, a menudo costosa. Además, debido a factores socioculturales, las mujeres podrían precisar la autorización de sus esposos o de otro miembro de la familia para buscar atención médica

Las alianzas comunitarias en materia de salud pueden promover la lactancia materna temprana como método exclusivo de alimentación esencial para evitar la salud precaria en los recién nacidos y protegerlos de la enfermedad.

durante el embarazo, el parto o en el periodo posparto.

Si bien es obvio que la capacidad de los miembros de la familia para decidir sobre cuestiones médicas varía enormemente, no existe ningún sistema de salud que pueda permitirse ignorar el papel crucial que desempeñan las familias o los miembros del hogar a la hora de detectar y abordar las enfermedades infantiles y maternas. Además, aunque en el mundo en desarrollo en su conjunto una pequeña mayoría de los nacimientos (el 54%) tienen lugar en clínicas u hospitales, tanto en África subsahariana como en Asia meridional –las regiones que registran las cifras más elevadas de mortalidad materna y neonatal– más del 60% de las mujeres dan a luz en el hogar²³. Incluso aquellas

mujeres que lo hacen en establecimientos sanitarios por lo general reciben el alta dentro de las 24 horas siguientes al parto, con lo que la supervisión posnatal y neonatal recae en su mayor parte en los miembros de la familia de la madre y su bebé.

En un nivel más básico, las prácticas de nutrición e higiene son los principales determinantes de los riesgos de salud que afectan a las madres y sus recién nacidos. Una nutrición materna inadecuada, la falta de higiene durante el parto y en la manipulación del cordón o el muñón umbilical, la ausencia de medidas de higiene básicas como el lavado de las manos con jabón o cenizas después de utilizar las letrinas y antes de preparar y consumir alimentos, y la contaminación del aire en el hogar, pueden incrementar la propa-

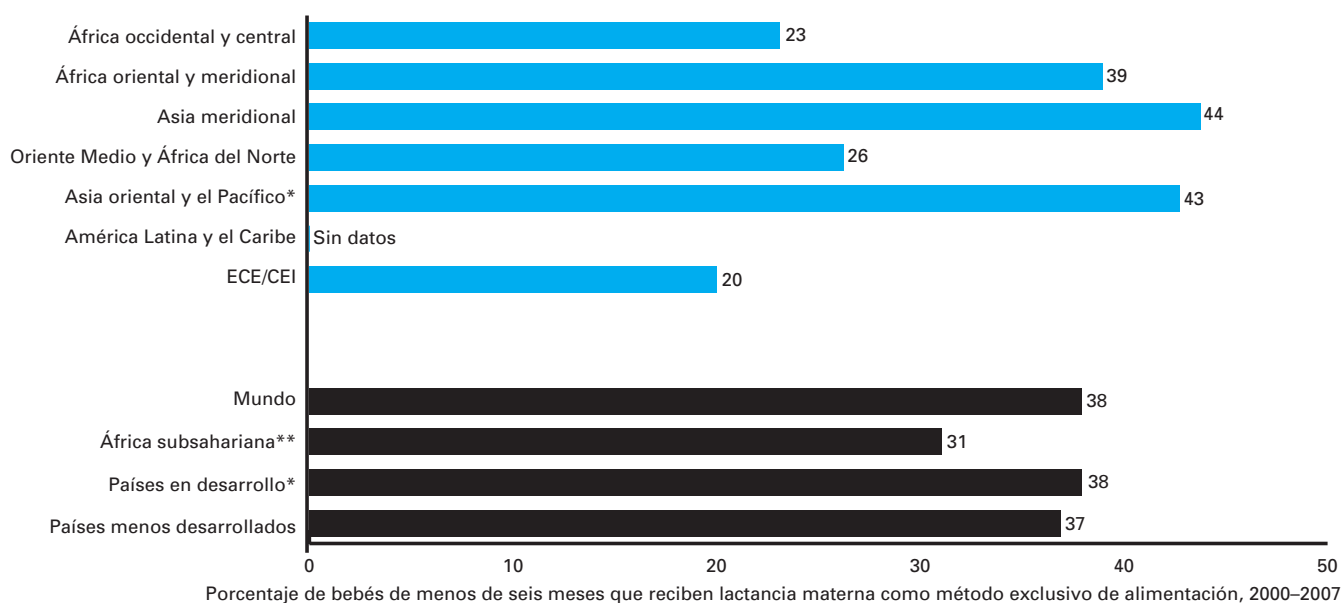
gación de infecciones y enfermedades tales como el tétanos, la diarrea y las infecciones respiratorias agudas.

Sensibilizar acerca de la mejora de determinadas prácticas y conductas en el hogar, tales como la lactancia materna como método exclusivo de alimentar a los recién nacidos y a los bebés de hasta seis meses, podría ser una buena forma de mejorar la salud y el bienestar de las familias.

Los mensajes sencillos relativos al uso de unas prácticas higiénicas a la hora de preparar los alimentos –como, por ejemplo, guardarlos en recipientes tapados a fin de evitar los insectos y secar al sol los trapos que se utilizan para limpiar los platos y las cacerolas– pueden traer consigo resultados beneficiosos. Mejorar los conocimientos de los miembros de la familia

Gráfico 3.6

Lactancia materna temprana como método exclusivo de alimentación



* Con exclusión de China. ** África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, otras encuestas del hogar de ámbito nacional y UNICEF.

Décadas de conflicto han deteriorado gravemente la infraestructura básica del Afganistán. Las mujeres han sufrido de manera especial la falta de acceso a los servicios sanitarios. Como consecuencia, el índice de mortalidad materna de las mujeres afganas es extremadamente elevado: en 2005, según las estimaciones interinstitucionales más recientes, se situaba en 1.800 muertes por cada 100.000 nacimientos.

El riesgo de por vida que padecen las mujeres afganas de morir por causas relacionadas con el embarazo o el parto es de 1 entre 8, lo que supone la segunda cifra más elevada del mundo. En el Afganistán hay más mujeres que mueren por estos motivos que por ningún otro, siendo las hemorragias y la obstrucción del parto las causas más frecuentes. La proporción de muertes maternas va de desde el 16% de todas las muertes de mujeres en edad de procrear registrado en Kabul (el mayor núcleo urbano del Afganistán) al 64% registrado en el distrito de Ragh de Badakhshán.

Los elevados índices de muerte materna son el reflejo de diversos factores, entre ellos el acceso limitado a una atención materna de calidad, en particular en las zonas rurales del Afganistán, la falta de conocimientos sobre salud materna y seguridad en el parto y la escasez de trabajadoras sanitarias capacitadas (dado que las mujeres muestran una marcada preferencia cultural a ser tratadas por otras mujeres). Se calcula que 9 de cada 10 mujeres de las zonas rurales dan a luz a sus bebés en el hogar sin contar con ningún tipo de asistencia capacitada ni acceso a atención obstétrica de emergencia. Los factores socioculturales que impiden a las mujeres desplazarse a cualquier sitio sin permiso o si no van acompañadas por un familiar varón, pueden asimismo limitar su acceso a los servicios básicos. Otros factores que contribuyen a la mortalidad materna son la precaria condición social de las mujeres y las niñas, la pobreza, la nutrición deficiente y la falta de seguridad.

Mejorar los índices de supervivencia de las madres en el Afganistán es asunto de máxima importancia. Las parteras pueden prestar servicios cruciales. La Organización Mundial de la Salud recomienda que haya una partera u otro tipo de asistente al parto capacitado por cada 175 mujeres durante el embarazo, el alumbramiento y el periodo posnatal. Sobre la base de esta estimación y considerando el número de nacimientos, en el Afganistán debería haber 4.546 parteras para abarcar el 90% de los embarazos. En 2002, la cifra real de parteras en el país era de tan sólo 467. Un poco menos de la mitad de los establecimientos sanitarios carecían de personal femenino. En el Nooristán rural, el coeficiente entre personal sanitario masculino y femenino es de 43 por 1.

Aunque aún queda mucho por hacer a fin de mejorar la salud materna y neonatal en el Afganistán, hasta la fecha se han realizado numerosos esfuerzos fructíferos orientados a ampliar y fortalecer el ámbito de actuación de las parteras.

El Gobierno del Afganistán colabora con aliados de ámbito local e internacional, entre ellos UNICEF, para crear un enfoque integrado consistente en medidas como fortalecer y ampliar la formación que se imparte a las parteras, generar políticas orientadas a garantizar el papel crucial que desempeñan las parteras en lo que atañe a la prestación de atención obstétrica y neonatal básica, apoyar la creación de una asociación profesional de parteras y elaborar iniciativas orientadas a fomentar el acceso a la atención en el parto de personal capacitado.

El Programa de formación de parteras comunitarias, un programa de capacitación de 18 meses de duración cuyos requisitos de ingreso son menos estrictos que los de otros programas anteriores de formación de parteras, se considera un enfoque adecuado para ampliar la formación y el despliegue de parteras capacitadas. En 2008 había 19 programas de formación de parteras comunitarias, en cada uno de los cuales se formaba a entre 20 y 25 alumnas. Esto refleja un importante aumento de la capacidad formativa en comparación con 2002, cuando el Instituto de las Ciencias de la Salud sólo gestionaba seis programas de formación de enfermeras parteras en centros regionales y un programa de formación de parteras comunitarias en la provincia de Nangahar. El número de parteras en el país se ha incrementado con rapidez, pasando de 467 en 2002 a 2.167 en 2008.

El Programa de formación de parteras comunitarias anima a matricularse a las mujeres que viven en los distritos en los que hay carencias de personal, a condición de que trabajen en los mismos una vez que obtengan la capacitación. Esta política ha traído consigo un aumento espectacular del número de establecimientos que cuentan con personal sanitario femenino capacitado (médicos, auxiliares de enfermería o parteras), que ha pasado del 39% en 2004 al 76% en 2006. Asimismo está repercutiendo de forma notable en la atención materna: la cantidad de partos atendidos por personal capacitado ha aumentado desde apenas un 6% en 2003 al 19,9% en 2006. Como resultado del éxito del enfoque basado en la capacitación, los programas existentes de formación de parteras han adoptado el plan de estudios y el proceso de certificación del Programa de formación de parteras comunitarias.

Véanse las referencias, pág. 109.

Los servicios de extensión y ambulatorios pueden actuar como nexo de unión entre los hogares y los establecimientos sanitarios, dispensando servicios de salud reproductiva y prenatal, de atención en el parto y posnatal.



© UNICEF Perú/2005

Abordar las barreras culturales, sociales y geográficas que dificultan la atención sanitaria contribuye a aumentar el acceso a los servicios sanitarios en las comunidades rurales. Una madre y su recién nacido son atendidos por una trabajadora sanitaria en un centro de salud del Perú.

sobre salud básica, nutrición e intervenciones de salud medioambiental, promoviendo a la vez la autonomía de la mujer a fin de que pueda tomar las decisiones que afectan a su propia salud y la de su prole, podría repercutir muy positivamente en los resultados en materia de salud, tanto para los niños y niñas como para las mujeres embarazadas o primerizas.

Alianzas comunitarias en la atención primaria

Las comunidades desempeñan un papel fundamental en el cuidado de la salud y la nutrición de las madres, los recién nacidos y la infancia. En la Declaración de Alma-Ata de 1978

se reafirmaba la idea de la comunidad como piedra angular de la atención sanitaria, y es evidente que el objetivo de la atención sanitaria para todos no puede lograrse sin la participación comunitaria, especialmente en las zonas más remotas y pobres. Resulta beneficioso que las comunidades participen activamente en la mejora de la atención sanitaria, las prácticas de higiene, la nutrición y los servicios de agua y saneamiento. Esto, no obstante, lejos de ser simplemente una herramienta necesaria en ausencia de alternativas más caras, es más bien un cauce deseable para promover la autonomía y la participación²⁴.

Las alianzas comunitarias son especialmente valiosas a la hora de mejorar la salud materna, neonatal e infantil. Existen casi tantos tipos distintos de alianzas comunitarias como comunidades. Algunas son pequeñas y de carácter local, mientras que otras forman parte de una red nacional. Unas tienen carácter voluntario, mientras que otras ofrecen algún tipo de remuneración. Las hay que operan con independencia del sistema nacional de salud, mientras que otras están plenamente integradas en él. Es importante velar por que los programas que emplean como enfoque las alianzas comunitarias se adapten al contexto local concreto.

En condiciones óptimas, las alianzas comunitarias en materia de salud y nutrición no sólo facilitan el acceso de las personas a los servicios, propiciando un contacto más cercano entre los trabajadores sanitarios y los hogares y familias, sino que además fomentan el cambio de actitudes y la movilización social. En los casos más difíciles, las alianzas comunitarias padecen carencias de personal, están mal coordinadas, escasamente financiadas y mal provistas. Los ejemplos fructíferos de alianzas comunitarias en materia de salud que se encuen-

tran por todo el mundo en desarrollo demuestran que, en conjunto, el balance es positivo²⁵.

El papel de los trabajadores sanitarios comunitarios en la salud materna y neonatal

Las alianzas comunitarias en materia de salud a menudo consisten en formar a trabajadores sanitarios comunitarios. Estos trabajadores desempeñan actividades básicas de atención sanitaria y nutrición, ya sea por medio de visitas a los hogares o en un establecimiento concreto.

Asimismo, los trabajadores sanitarios comunitarios llevan a cabo campañas orientadas a mejorar la atención o las prácticas de higiene. La lactancia materna como método exclusivo de alimentación, el lavado de las manos con jabón o cenizas y el uso de mosquiteros tratados con insecticida son tres de las intervenciones más habituales que los trabajadores sanitarios comunitarios se encargan de promover. Además, numerosas alianzas comunitarias de ámbito sanitario cuentan con trabajadores cuya misión es informar acerca de la

Las madres canguro de Ghana

El proyecto madres canguro, una iniciativa consistente en la atención a los bebés que nacen con un peso inferior al normal, fue iniciado en Colombia en 1979 por los doctores Héctor Martínez y Edgar Rey en respuesta, entre otras cuestiones, a los elevados índices de infección y mortalidad registrados como resultado de hacinamiento en los hospitales. Desde entonces se ha adoptado en todo el mundo en desarrollo, hasta llegar a convertirse en un elemento esencial de la atención continua neonatal en todo el mundo.

Cada uno de los cuatro componentes de la atención dispensada por las madres canguro es igualmente esencial para garantizar el mejor cuidado posible, en especial para los bebés que nacen con un peso inferior al normal. Entre ellas figuran la colocación del bebé en contacto directo con el pecho de la madre, la nutrición adecuada mediante la lactancia materna, la atención ambulatoria cuando la madre y el bebé reciben el alta del hospital antes de tiempo, y el apoyo a la madre y a su familia en el cuidado del bebé.

El método más importante de difusión de los servicios de las madres canguro han sido los programas de formación, que a menudo tiene lugar en los hospitales. En Ghana se adoptó un nuevo enfoque en el contexto de un proyecto de madres canguro (las Madres Canguro de Ghana) puesto en vigor en cuatro regiones con la ayuda de UNICEF y de la Unidad de estrategias de atención sanitaria materna y neonatal del Consejo de investigación médica de Sudáfrica. En lugar de ofrecer únicamente formación, se estableció un enfoque longitudinal de "puertas abiertas", basado en el apoyo continuado por parte de los establecimientos sanitarios.

El programa consiste en seleccionar el cuidado de las madres canguro para prestarle una atención especial durante dos o tres años,

lo que obliga a las participantes a centrarse en un aspecto de la atención neonatal, a aplicarlo debidamente y, en el proceso, integrarlo en el espectro normal de las prácticas de atención neonatal.

El modelo de ejecución asigna funciones concretas a los distritos y regiones, dependiendo del modelo de autoridad del país. En Ghana, la región constituye el eje central de la aplicación, siendo los distritos los responsables de llevarla a cabo mediante las actividades de puesta en práctica. Aunque la mitad de los nacimientos continúan teniendo lugar en el hogar, una de las piedras angulares del proyecto madres canguro de Ghana es la creación de centros de excelencia en los hospitales regionales y la aplicación de unos servicios continuados las 24 horas del día en todos los hospitales de distrito.

En cada región hay un comité de dirección que se encarga de supervisar la aplicación y que está integrado por un miembro de cada uno de los distritos. Estos representantes, a su vez, establecen otros comités de dirección a escala de los distritos. Si bien el objetivo primordial es aplicar el proyecto madres canguro en los hospitales de distrito, se está intentando también formar alianzas con otros establecimientos sanitarios y organizaciones comunitarias.

Aunque aún no se ha realizado una evaluación íntegra del programa madres canguro de Ghana, los datos de que se dispone por el momento sugieren que es una forma eficaz de mejorar la supervivencia de los bebés nacidos con un peso inferior al normal y de fortalecer el vínculo entre las madres y sus recién nacidos.

Véanse las referencias, pág. 109.

La infección conjunta por VIH y paludismo en el embarazo

La infección por VIH y paludismo acarrea ciertas complicaciones para las mujeres embarazadas y para el desarrollo del feto. El VIH mina la inmunidad contra el paludismo que es específica del embarazo y que normalmente se adquiere durante el primer y el segundo embarazo. El paludismo placentario está asociado con un aumento del riesgo de la mujer de padecer anemia materna y de contraer el VIH, sobre todo entre las mujeres más jóvenes y primerizas. No se conoce con certeza cómo incide la infección conjunta en la transmisión materno-infantil del VIH, ya que algunos estudios informan de un mayor número de casos mientras que según otros no se registra variación. Los riesgos potenciales de una interacción adversa de los medicamentos tienen implicaciones importantes para la lucha eficaz contra la infección conjunta, por lo que es preciso investigar más a fondo.

Aunque el paludismo afecta a Asia, América Latina y el Caribe y África subsahariana, las cifras más elevadas de infecciones conjuntas se dan en África, el continente con más casos de paludismo, y donde viven más de tres cuartas partes de todas las mujeres que padecen el VIH. Existen variaciones entre las regiones. Las más afectadas son la República Centroafricana, Malawi, Mozambique, Zambia y Zimbabwe, países en los que cerca del 90% de los adultos están expuestos al paludismo y en los que el promedio de la prevalencia del VIH en adultos sobrepasa del 10%. En partes de la zona más meridional de África, donde la epidemia de VIH azota con más fuerza, los índices de paludismo son más bajos, aunque sí se producen brotes en zonas concretas como Kwazulu-Natal, en Sudáfrica.

Aunque los datos correspondientes a otras regiones no son tan claros, puede que se produzcan casos de infecciones conjuntas entre las poblaciones de Belice, El Salvador, Guatemala, Guyana y Honduras, y en menor medida el Brasil. Las investigaciones indican que determinadas poblaciones, como los trabajadores migratorios de las minas de oro del Brasil y Guyana, están expuestos a un riesgo mayor de padecer infecciones conjuntas. La epidemia de VIH está generalizada en países asiáticos como Myanmar y Tailandia, aunque la transmisión del paludismo es desigual y heterogénea en toda esta región, como ocurre en América Latina y el Caribe. Las especies más habituales de paludismo en cada una de estas regiones también varían (*P. falciparum* en África, *P. Vivax* en Asia y América Latina y el Caribe), y los efectos de la enfermedad pueden variar según los grados de inmunidad que la mujer haya alcanzado en el momento en que queda embarazada. Las mujeres de Asia están menos expuestas a una transmisión intensa del paludismo y por tanto tienen menos oportunidades de desarrollar una inmunidad adquirida. Esto también ocurre en las zonas de transmisión inestable del paludismo, como algunas partes de África meridional. La mayoría de los estudios sobre el paludismo en el embarazo provienen de África, y es necesario realizar más investigaciones sobre otras regiones y sobre especies que no son *falciparum*.

Los enfermos de paludismo que padecen anemia grave y requieren transfusiones de sangre, en particular los niños y niñas, tienen un riesgo mayor de contraer el VIH. Cada año, entre 5.300 y 8.500 niños y niñas de zonas endémicas de paludismo de África contraen el VIH a causa de las transfusiones de sangre que les son administradas por padecer paludismo grave.

Pese a las diferencias regionales, las infecciones conjuntas afectan a todas las mujeres embarazadas de forma similar. En combinación con el paludismo, el VIH en el embarazo aumenta el riesgo de

padecer anemia grave y disminuye la respuesta inmune que hayan podido desarrollar las mujeres que viven en zonas donde la transmisión del paludismo es estable, lo que en la práctica significa que las mujeres que padecen VIH en su segundo, tercero y cuarto embarazo tienen un nivel tan bajo de inmunidad al paludismo como las mujeres que se hallan en su primer embarazo. Las mujeres embarazadas que padecen VIH tienen una susceptibilidad dos veces mayor de contraer paludismo clínico, con independencia de su estado grávido. En el caso de estas mujeres, el paludismo puede restringir el crecimiento del feto, ser causa de parto prematuro y de que los bebés nazcan con un peso inferior al normal, y disminuir la transmisión al bebé de las respuestas inmunitarias y las reacciones celulares generadas por la madre frente a enfermedades infecciosas como la neumonía bronquial, el tétanos y el sarampión. Pruebas recientes apuntan que las madres que padecen VIH y paludismo a la vez son más propensas a tener bebés con un peso inferior al normal; por otra parte, los bebés nacidos con un peso inferior al normal mostraban un riesgo significativamente mayor de contraer el VIH por transmisión materno-infantil que los que nacen con un peso normal.

Los efectos del paludismo en el VIH no están tan claros, aunque se sabe que los episodios de paludismo grave pueden incrementar la carga viral en la sangre y acelerar la progresión de la enfermedad. La infección por paludismo durante el embarazo puede aumentar el riesgo de transmisión materno-infantil del VIH en el útero, y el incremento de la carga viral puede resultar en un mayor riesgo de transmisión durante la lactancia. Ciertos estudios prueban que es posible que la carga viral retorne a los niveles previos a la infección después de un tratamiento antipalúdico, lo cual sugiere que el tratamiento del paludismo podría resultar crítico a la hora de ralentizar la proliferación del VIH y su progresión hasta convertirse en SIDA.

Una de las cuestiones más acuciantes en relación con las infecciones conjuntas se refiere a las terapias con medicamentos. La Organización Mundial de la Salud recomienda que todas las mujeres embarazadas que viven en zonas de prevalencia elevada del VIH (>10%) reciban al menos tres dosis de sulfadoxina-pirimetamina como tratamiento preventivo intermitente, incluso en casos asintomáticos, salvo que tomen cotrimoxazol para tratar las infecciones oportunistas del VIH.

Muchos gobiernos africanos están empleando una terapia combinada basada en la artemisinina para la gestión de los casos de paludismo durante el embarazo; aunque por ahora los estudios al respecto son escasos, la OMS continúa recomendando el uso de este tratamiento para casos poco complicados de paludismo durante el primer trimestre del embarazo, si es el único tratamiento eficaz disponible. En casos de anemia grave, debería administrarse un tratamiento terapéutico ya sea con artemisinina o con quinina, si bien el uso del primero es preferible en el segundo o tercer trimestre del embarazo. Hay poca información publicada acerca de los riesgos de la administración simultánea de medicamentos antirretrovirales y antipalúdicos, en especial los derivados de la artemisinina, aunque de momento no se ha observado que la toxicidad de las artemisininas sea importante cuando se administran conjuntamente con medicamentos antirretrovirales o en fases tempranas del embarazo.

Véanse las referencias, pág. 109.

Los desafíos que enfrentan las adolescentes en Liberia

Por la Excelentísima Señora Vabah Gayflor, Ministra de Género y Desarrollo de Liberia

Garantizar que las niñas adolescentes disfruten de un entorno de apoyo para su crecimiento y desarrollo, y que se hallen protegidas del maltrato, la explotación, la violencia y de la vivencia prematura de experiencias propias de los adultos, como el matrimonio y el parto, es un desafío particularmente importante en mi país, Liberia.

Una adolescente que vive en Liberia:

- probablemente no ha asistido a la escuela primaria. La matriculación de las niñas en la escuela primaria es solamente de un 39%, según los últimos cálculos nacionales.
- probablemente no asistirá a la escuela secundaria: sólo el 14% de las niñas en edad de asistir a la escuela secundaria están matriculadas en la misma.
- padece un alto riesgo de ser analfabeta, al igual que el 24% de las niñas adolescentes y las jóvenes de entre 15 y 24 años del país.
- padece un alto riesgo de ser violada. La violación es el delito más común, y sus víctimas más frecuentes son las niñas de entre 10 y 14 años.
- tiene muchas probabilidades de poseer un conocimiento limitado acerca del VIH y el SIDA: únicamente el 21% de las mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años poseen conocimientos completos sobre el VIH y el SIDA.
- tiene muchas posibilidades de estar casada o viviendo en pareja: el 40% de las mujeres de entre 20 y 24 años de Liberia contrajeron matrimonio antes de haber cumplido los 18 años.
- tiene muchas probabilidades de quedarse embarazada: el índice de embarazos en las niñas de entre 15 y 19 años se sitúa en 221 por 1.000, el segundo más elevado del mundo.
- tiene pocas probabilidades de dar a luz en un hospital o un establecimiento sanitario, puesto que sólo el 37% de los nacimientos se producen en establecimientos sanitarios.
- posiblemente tenga que dar a luz sin la asistencia de un trabajador sanitario capacitado, que únicamente asisten al 51% de los nacimientos.
- padece un grave riesgo de morir como consecuencia del embarazo o durante el parto: el índice de mortalidad materna se sitúa en 1.200 por cada 100.000 nacidos vivos.
- padece un riesgo aún más alto de muerte materna si es menor de 15 años: las niñas de entre 10 y 14 años tienen cinco veces

más probabilidades de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto que las jóvenes de entre 20 y 24 años.

- si sobrevive al embarazo, puede padecer de por vida una lesión relacionada con el parto, como la fístula ginecológica o el prolapso uterino.
- enfrenta un alto riesgo de por vida de morir como consecuencia del primer embarazo y los siguientes: el riesgo de por vida de morir por causas derivadas de la maternidad es de 1 entre 12.
- puede perder a su hijo durante el primer año de vida: el número de bebés que mueren antes de su primer aniversario es de 1 de cada 10.
- probablemente no cuente con ningún apoyo de su compañero, incluso estando casada.
- apenas goza de protección –o carece de ella por completo– contra el maltrato, la explotación y la falta de autonomía.

La labor de crear un entorno de apoyo para las niñas adolescentes en Liberia comienza por protegerlas contra la violencia y el maltrato, y asegurarse de que reciban una educación de calidad.

Para ello es preciso también asegurarse de que las familias no permitan que sus hijas contraigan matrimonio antes de los 18 años, ni que sean explotadas laboralmente.

Es necesario promover los conocimientos acerca del VIH y el SIDA entre los jóvenes, y lograr que las víctimas de la violencia sexual tengan recurso a la justicia.

Es necesario invertir en salud reproductiva y materna y en una atención sanitaria básica para millones de niñas adolescentes.

Y sobre todo, se requiere que las comunidades y la sociedad respeten los derechos de las mujeres y las niñas y que tengan la valentía de poner en tela de juicio las costumbres y las prácticas que las perjudican y las discriminan.

Bajo el mando de la Presidenta Ellen Johnson-Sirleaf, el Gobierno de Liberia realiza esfuerzos con el fin de proveer la atención que las niñas adolescentes precisan y de ayudarlas a que adquieran las aptitudes necesarias para protegerse. Animamos a la comunidad internacional del desarrollo a que nos ayuden a actuar con rapidez y eficacia.

Véanse las referencias, pág. 109.

La atención en establecimientos sanitarios es fundamental para la remisión de pacientes y para prestar una gama de servicios habituales y de emergencia a las madres y los recién nacidos.

prevención materno-infantil del VIH y ayudar a tratar enfermedades infantiles como el paludismo, la neumonía y la sepsis neonatal.

Nepal constituye un claro ejemplo. En este país los trabajadores comunitarios colaboran con personal sanitario capacitado en la prestación de servicios a las madres, a los recién nacidos y a los niños. Un estudio aleatorio realizado en Nepal rural revela que gracias a estas alianzas se ha logrado reducir la mortalidad neonatal en un 30%. Estos resultados se complementan con los obtenidos a partir de un estudio practicado en la India rural, que revelaba una reducción del 62% en la mortalidad infantil cuando los trabajadores sanitarios comunitarios prestaban servicios de atención al recién nacido en el hogar, entre ellos la resucitación en los casos de asfixia y el tratamiento de la sepsis con antibióticos²⁶.

Las alianzas comunitarias en materia de atención sanitaria pueden ayudar a ampliar la cobertura de los servicios esenciales y de unas prácticas mejoradas de salud y nutrición. Y lo que tal vez sea más importante, dichas alianzas pueden hacer posible también que los sistemas sanitarios lleguen a sus comunidades, por pobres y marginadas que éstas sean.

Servicios de extensión y ambulatorios

Los servicios de extensión y ambulatorios, como la atención prenatal y la inmunización, se prestan de forma habitual por medio de dos modalidades distintas: en clínicas permanentes que reciben visitas de las mujeres embarazadas y sus bebés, o mediante servicios móviles en los que trabaja-

dores sanitarios dispensan intervenciones esenciales a mujeres, niños y niñas en sus comunidades. En casi todos los casos no se hace una valoración clínica del paciente, sino que recibe un servicio estandarizado. En el caso de muchas de estas intervenciones, para que resulten beneficiosas no es preciso que las preste un profesional médico capacitado, sino que basta con que sean trabajadores sanitarios con una capacitación media y trabajadores sanitarios comunitarios con algo de formación. Esto, a su vez, hace que sea más fácil y más rentable ampliar la cobertura de estos servicios de extensión a sectores más amplios de la población²⁷.

Los servicios de extensión y los servicios ambulatorios pueden actuar como nexo de unión entre la atención en el hogar y las comunidades y la atención en los establecimientos sanitarios. Constituyen mecanismos vitales para la prestación de servicios de atención prenatal y posnatal, así como para la promoción de la salud sexual y de la reproducción. Por ejemplo, la atención prenatal puede muy bien prestarse en clínicas u hospitales, pero es perfectamente factible hacerlo por medio de servicios de extensión.

Los servicios prenatales de extensión deberían encargarse de detectar y tratar enfermedades como la anemia, la hipertensión, la diabetes, la sífilis, la tuberculosis y el paludismo, así como de supervisar la posición del bebé. Además deberían administrar vacunas contra el tétanos, distribuir mosquiteros tratados con insecticida y ofrecer tratamiento preventivo intermitente del paludismo en las zonas endémicas de esta enfermedad, además de informar sobre cuestiones

como el régimen alimentario, la higiene, las señales de alerta en el embarazo y la lactancia materna. No obstante, también es importante que los servicios de extensión o ambulatorios no se sobrecarguen hasta el punto de estar desbordados²⁸. Los servicios de extensión pueden también adaptarse para prestar atención posnatal, tal como se mencionaba anteriormente en este capítulo. Entre los servicios clave figuran reconocer y detectar los indicios de peligro en las madres y los recién nacidos, ofrecer información sobre nutrición –en particular sobre la lactancia materna temprana como método exclusivo de alimentación–, atender a los recién nacidos, remitir a la madre o al bebé a un especialista cuando sea necesario, y brindar ayuda y asesoramiento acerca de prácticas saludables²⁹.

La salud reproductiva es otro ámbito que se presta a los servicios de extensión y ambulatorios. Los servicios de extensión pueden encargarse de informar sobre las opciones de servicios y prácticas de salud reproductiva, como por ejemplo el espaciamiento de los nacimientos. Asimismo pueden detectar infecciones de transmisión sexual y tratarlas con rapidez. No obstante, en la actualidad, muchos de los servicios de extensión o ambulatorios que se dedican a la salud reproductiva dispensan intervenciones de escasa calidad, lo que disuade a sus posibles usuarios³⁰.

La atención en establecimientos sanitarios

Los establecimientos sanitarios cuentan por lo general con la gama más amplia de tratamientos preventivos y paliativos para la salud materna e infantil y con los profesionales sanita-

rios más capacitados. Estos establecimientos suelen clasificarse en dos tipos: clínicas y hospitales. Lo más probable es que el más cercano a una comunidad sea una clínica en la que se ofrecen servicios de atención inmediata y de carácter general, posiblemente bajo supervisión de un auxiliar de enfermería. Lo normal es que el personal de las clínicas esté capacitado para atender partos sin complicaciones y para ofrecer información y ayuda en lo que respecta al cuidado del recién nacido. También deberían estar capacitados para tratar algunas de las complicaciones más frecuentes (por ejemplo, para extraer la placenta manualmente o para practicar técnicas de resucitación al recién nacido). No obstante, dados los riesgos potenciales que se asocian al trabajo de parto y al parto, es preciso que tanto el personal de las clínicas como el personal que se encarga de atender los partos en los servicios de extensión estén suficientemente capacitados para detectar enseguida si una complicación en el parto o el grado de enfermedad del recién nacido se hallan fuera del alcance de sus competencias, a fin de remitir el caso a un profesional de una instancia superior.

Esa instancia superior suele ser un hospital de distrito, que contará con médicos capacitados para ofrecer servicios de diagnóstico, tratamiento, atención, asesoramiento y rehabilitación. Aunque en algunos sistemas sanitarios puede haber hospitales de consulta que presten servicios de atención complejos, en muchas comunidades del mundo en desarrollo, las madres y los bebés que precisan atención en un establecimiento sanitario sólo pueden recurrir a las clínicas o los hospitales de distrito, si es que los hay³¹.

El acceso a la atención obstétrica de emergencia puede suponer una dificultad importante para las mujeres embarazadas que viven en zonas rurales, debido a la distancia que han de recorrer para llegar a un establecimiento adecuado y a la falta de transporte o de carreteras adecuadas por las que viajar. Incluso existiendo vehículos de transporte e infraestructuras, los costes del viaje y el alojamiento, junto con otros costes indirectos, como la pérdida de ingresos por parte de los familiares acompañantes, pueden hacerlo prohibitivo. En consecuencia, las familias que viven en zonas geográficamente aisladas enfrentan un elevado riesgo de mortalidad materna y neonatal cuando surgen complicaciones en el parto. Un estudio practicado recientemente en relación con las muertes maternas en el Afganistán, por ejemplo, revelaba que la lejanía física aumentaba los riesgos epidemiológicos que afectaban a las mujeres³².

Sin embargo, la distancia geográfica no es el único obstáculo que dificulta el acceso a los establecimientos sanitarios; existen casos en que las mujeres que viven en las cercanías de un establecimiento sanitario acuden a él sólo para recibir atención prenatal, pero no para dar a luz. Los prejuicios culturales acerca de la presencia de extraños en el parto de una mujer y los costes económicos de la asistencia por parte de personal cualificado son ejemplos de elementos disuasorios que impiden el uso de los establecimientos sanitarios. La escasez de personal sanitario y de equipos médicos y medicamentos adecuados podrían también disuadir a las familias de dar a luz en establecimientos sanitarios.

Un desafío particularmente importante consiste en disminuir la incidencia de las enfermedades contraídas en los establecimientos sanitarios –lo que en África subsahariana supone una grave amenaza–, que pueden aumentar el riesgo de contraer infecciones como resultado de una transfusión de sangre o de la reutilización de las agujas³³. A pesar de estos obstáculos, está claro que una medida importante para reducir la mortalidad materna y neonatal es mejorar las clínicas de maternidad, los centros de salud y los hospitales para ofrecer por lo menos atención obstétrica de emergencia.

La atención continua: medidas prácticas en la atención primaria de madres y recién nacidos

Los servicios de atención sanitaria dan mejores resultados cuando existe un vínculo de unión entre la atención dispensada en los hogares por medio de la comunidad, los servicios de extensión y los servicios que se prestan en clínicas y hospitales. Pero esta teoría no es nueva: desde hace décadas existen datos y conocimientos que la corroboran. Mediante su aplicación se podría reducir considerablemente el número de muertes maternas y neonatales prevenibles. Actualmente el desafío consiste en disponer unos niveles de inversión en servicios sanitarios que garanticen una atención continua. En el Capítulo 4 se expone brevemente un marco de actuación para formular estrategias y para asignar los recursos en aras de lograr las mejoras en materia de salud materna y neonatal que el mundo en desarrollo necesita urgentemente.

4

Fortalecer los sistemas sanitarios para mejorar la salud de la madre y del recién nacido



Poner en marcha un esquema eficaz de prestación continua de servicios de salud requerirá medidas prácticas para fortalecer los sistemas sanitarios. Los gobiernos nacionales y los organismos locales e internacionales cada vez concuerdan más en que los elementos clave para el desarrollo de los sistemas de salud son mejorar la base de datos empíricos; aumentar y mejorar la dotación de personal sanitario; modernizar y ampliar la infraestructura y la logística; buscar soluciones financieras equitativas; y estimular la demanda de servicios de salud por medio de la movilización social, la calidad de la atención y el fomento del compromiso y la capacidad de liderazgo políticos basados en la colaboración. El capítulo 4 del Estado Mundial de la Infancia de 2009 examina las seis primeras medidas y, con ejemplos de diversos países, explica cómo se llevan a la práctica. La séptima medida –capacidad de liderazgo y compromiso políticos– se trata en el último capítulo del informe.

Cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 constituirá un enorme desafío. El mundo está bastante atrasado en la tarea de mejorar la salud materna, y África subsahariana, en particular, ha avanzado muy poco desde 1990. Incluso en los países y las regiones en desarrollo que más progresos han registrado, las bolsas de pobreza y la marginación siguen impidiendo que muchas mujeres accedan a los servicios de maternidad esenciales y a una atención médica básica (*véase el capítulo 1 para una descripción completa de las tendencias en mortalidad materna*).

Es posible acelerar el progreso y lograr mejoras importantes en materia de salud y supervivencia de las madres y los recién nacidos reuniendo un conjunto de intervenciones de eficacia comprobada, y ampliando su escala, mediante un esquema de prestación continua de los servicios de salud que cuente con el respaldo de un entorno propicio para la realización de los derechos de las mujeres y los niños.

Las recomendaciones de políticas sobre los marcos necesarios para

acelerar el progreso se enriquecen continuamente con nuevos datos, investigaciones y análisis, vigilancia y evaluación, y adopción de medidas basadas en la colaboración. El capítulo 4 contribuye a estos esfuerzos resumiendo una serie de medidas prácticas que permitirán afianzar los sistemas de salud en apoyo de la prestación continua de los servicios, como se explica en el capítulo 3. Esas medidas incluyen las actividades siguientes:

- Mejorar la recopilación de los datos y el análisis de las tendencias, los niveles, los riesgos, las causas de la mortalidad y la morbilidad maternas y neonatales, y las intervenciones para hacer frente a este grave problema.
- Ampliar la dotación de personal que presta servicios de salud primaria en los países en desarrollo y mejorar su nivel de especialización.
- Movilizar a las sociedades para que exijan una mejor atención de la salud materna y neonatal, al igual que entornos propicios para la realización de los derechos de las mujeres y los niños.

- Establecer mecanismos de financiación prácticos, equitativos y sostenibles para la atención médica básica y los servicios de maternidad.
- Invertir en infraestructura, logística, tecnología de la información y comunicaciones, instalaciones y capacidad de gestión para garantizar una atención de calidad y sistemas eficientes de remisión.
- Mejorar la calidad de la atención en todo el sistema de salud.
- Fomentar el compromiso y el liderazgo políticos mediante una mayor colaboración entre los aliados.

Este capítulo examina las seis primeras medidas y, sobre la base de ejemplos de diversos países, explica cómo se llevan a la práctica. La séptima medida se tratará en el capítulo 5.

Medida 1: Mejorar la recopilación y el análisis de los datos

Debido a que no existe un único indicador que describa adecuadamente las diversas dimensiones de la salud

Los datos de buena calidad sobre salud y supervivencia de la madre y del recién nacido constituyen la base para formular políticas sólidas, elaborar programas eficaces y concertar alianzas de colaboración.

materna y neonatal, es preciso utilizar una gran variedad de indicadores para orientar y supervisar los programas. La información vital para formular políticas y programas incluye datos demográficos, estado nutricional, condición socioeconómica, prestación de servicios médicos, comportamientos de búsqueda de asistencia y prácticas mejoradas de salud y nutrición.

Estas medidas ayudan a conocer mejor la carga de la mortalidad y la morbilidad maternas y neonatales, así como también sus tendencias, riesgos y causas. Sin embargo, todavía queda mucho por hacer. La falta de conocimientos sobre múltiples aspectos de la salud de las madres y los recién nacidos —desde la estimación de las cifras de mortalidad hasta los riesgos que implican para el embarazo el VIH y el SIDA, para mencionar solamente dos—, sigue siendo muy grande. Los sistemas de información sobre salud de muchos países en desarrollo aún están incompletos, lo que representa un obstáculo para determinar el estado de la salud materna y neonatal y determinar las estrategias e intervenciones más apropiadas¹.

Reforzar la base de conocimientos en los que se basan las políticas, los programas y las alianzas es, por lo tanto, crucial para el desarrollo de los sistemas sanitarios. Ya se está haciendo lo necesario para mejorar la recopilación de datos. La Organización Mundial de la Salud definió una serie de directrices para ayudar a los gobiernos y a otros organismos a ampliar la recolección de datos sobre salud materna y mejorar su calidad. La OMS recomienda que los sistemas de información sobre salud obtengan



© UNICEF/HQ04-1257/Giacomo Pirozzi

Brindar a las mujeres embarazadas servicios esenciales, como vacunación y la administración de suplementos con micronutrientes, puede protegerlas contra las enfermedades y la desnutrición. En Papua Nueva Guinea, una trabajadora de salud pesa a una mujer, antes de medirle la tensión arterial, vacunarla contra el tétanos y administrarle suplementos de hierro.

datos en cinco esferas clave de la salud materna e infantil:

- Tasas de mortalidad materna y neonatal.
- Factores determinantes de la mortalidad y la morbilidad.
- Percepciones de las comunidades sobre estos problemas de salud

y las medidas que convendría tomar para solucionarlos, incluyendo clases de servicios y actitudes hacia la búsqueda de atención sanitaria.

- Disponibilidad de servicios de salud de calidad y acceso a ellos.
- Calidad de la atención².

Se están aplicando numerosos métodos para mejorar la recopilación de datos sobre supervivencia materna y neonatal, como censos, encuestas domiciliarias y reunión de datos en los centros médicos.

Gráfico 4.1

Atención obstétrica de urgencia: Indicadores de procesos de las Naciones Unidas y niveles recomendados

Indicador de procesos de las Naciones Unidas	Definición	Nivel recomendado
1. Número de servicios disponibles de atención obstétrica de urgencia	Número de centros de salud que prestan atención obstétrica de urgencia	Mínimo: Un establecimiento de salud que ofrezca servicios integrales de atención obstétrica de urgencia y cuatro establecimientos de atención básica por cada 500.000 habitantes
2. Distribución geográfica de los centros de salud que ofrecen atención obstétrica de urgencia	Centros de salud que prestan atención obstétrica de urgencia y están bien distribuidos a nivel subnacional	Mínimo: El 100% de las zonas subnacionales deben contar con el mínimo número aceptable de centros sanitarios que ofrecen servicios de atención básica y global de urgencia en obstetricia
3. Proporción de todos los nacimientos que tienen lugar en establecimientos que atienden emergencias obstétricas	Proporción de todos los nacimientos de la población que tienen lugar en establecimientos que atienden emergencias obstétricas	Mínimo: El 15%
4. Necesidad satisfecha de servicios obstétricos de urgencia	Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas que reciben tratamiento en centros médicos que atienden esta clase de emergencias	Mínimo: El 100% (calculado como el 15% de los partos previstos)
5. Partos por cesárea como porcentaje de todos los nacimientos	Partos por cesárea como proporción de todos los nacimientos que tienen lugar entre la población	Mínimo: El 5%. Máximo: El 15%
6. Tasa de letalidad	Proporción de mujeres con complicaciones obstétricas que mueren luego de ser admitidas en un centro de salud	Máximo: el 1%

Fuente: Naciones Unidas.

Hoy existen numerosas herramientas para facilitar la compilación de datos, incluyendo censos, autopsias verbales, registros de defunción, encuestas y estudios, además de datos provenientes de los centros asistenciales y de los sistemas de vigilancia de las enfermedades. En vista de que todos los métodos tienen ventajas e inconvenientes, la evaluación de la salud de las madres y de los recién nacidos exige emplear varios al mismo tiempo.

Censos, cuestionarios y encuestas a hogares

Los censos nacionales son una fuente importantísima de datos e informa-

ción sobre salud materna. Suelen ser las únicas encuestas a nivel familiar lo suficientemente amplias como para arrojar datos que permitan medir las variaciones geográficas y socioeconómicas relacionadas con la mortalidad materna. Los censos pueden incluir preguntas de seguimiento cuyo propósito es conocer en qué momento de los últimos 12 meses tuvieron lugar las defunciones de mujeres en edad reproductiva en cada hogar. Se debe señalar, sin embargo, que algunos países no utilizan sus censos para recopilar esta clase de datos, perdiendo así la oportunidad de obtener valiosa información sobre la salud materna.

La autopsia verbal es otro método útil para recopilar información sobre mortalidad y morbilidad. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud elaboró tres cuestionarios –uno para obtener información sobre las defunciones que tuvieron lugar durante las primeras cuatro semanas de vida; otro para los niños de 4 semanas a 14 años; y el tercero para las personas mayores de 15 años– con el propósito de ayudar a estandarizar los métodos y criterios de medición. Este nivel de escrutinio toma en consideración el momento en que ocurren las defunciones, un aspecto de suma importancia al que no se

Las encuestas a los hogares, como las Encuestas Demográficas y de Salud y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, proporcionan datos de suma importancia sobre una amplia gama de indicadores de cobertura y resultados.

prestaba la debida atención en el pasado³.

Obtener información sobre las causas de muerte es una tarea a menudo difícil. Según la Organización Mundial de la Salud, solamente 31 de sus 193 Estados miembros elaboran estadísticas de alta calidad sobre causas de defunción. En zonas geográficas más pequeñas, varios países están utilizando instrumentos de vigilancia para determinar las causas de los fallecimientos, como los Sistemas de Vigilancia Demográfica. Entre los métodos que se utilizan figuran las investigaciones de seguimiento de las muertes que recurren a la autopsia verbal para pedir a los miembros de las familias, los proveedores de servicios de salud y los miembros de las comunidades que expliquen las circunstancias que rodearon las muertes. Estos son los llamados sistemas de registro por muestreo de datos vitales con autopsia verbal. La política de no buscar culpables, es decir, de no responsabilizar a las personas por sus respuestas, es decisiva para que las comunidades respalden estos esfuerzos⁴.

Numerosos factores influyen en la salud de la madre y del recién nacido, entre ellos, factores biológicos como el estado nutricional; aspectos socioeconómicos, como los ingresos y el nivel educativo; comportamientos de búsqueda de asistencia médica y observancia de prácticas saludables; obstáculos para acceder a los servicios de salud; y conductas de riesgo, como la violencia doméstica y el hábito de fumar. Los estudios y las encuestas domiciliarias son los principales métodos para evaluar la frecuencia de este tipo de determinantes,

que luego se analizan para conocer mejor a las poblaciones a las que se dirigen los programas de salud.

Entre las encuestas transversales más importantes que se llevan a cabo periódicamente en los hogares están las Encuestas Demográficas y de Salud (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional), las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (UNICEF) y las Encuestas sobre Salud Reproductiva (Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades de los Estados Unidos). Estas encuestas internacionales proporcionan datos cuantitativos completos sobre una amplia gama de temas de salud. Desde 1995 se han realizado casi 200 Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados en 100 países.

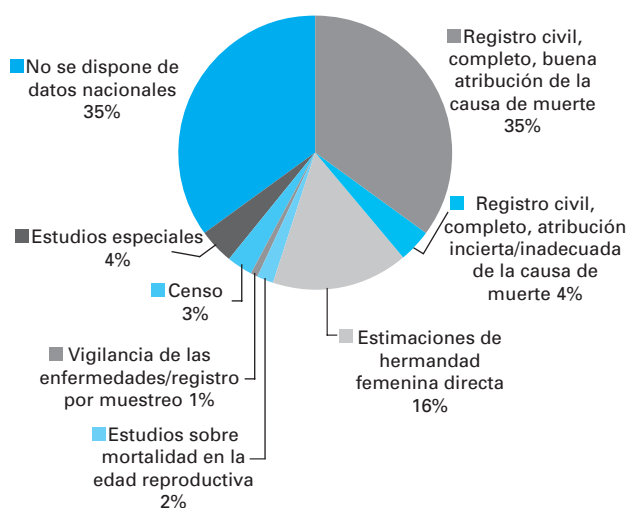
Recopilación de datos en las comunidades y los establecimientos médicos

Los datos provenientes de la amplia gama de centros asistenciales públicos y privados también sirven para evaluar el estado de la salud materna y neonatal. El número de muertes en los establecimientos sanitarios se puede verificar fácilmente, permitiendo conocer las mejoras que se requieren para evitar muertes futuras – particularmente las que se presentan en los centros de salud–, en un proceso conocido como “examen de la mortalidad materna”. Esta clase de datos también son importantes para mejorar la calidad de los servicios, pues arrojan luz sobre las complicaciones que ponen en peligro la vida y aumentan el riesgo de mortalidad, pero no desembocan en la muerte⁵.

Gráfico 4.2

Distribución de fuentes de datos clave utilizados para estimar la mortalidad materna en 2005

Número total de países: 171



Fuente: Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Banco Mundial, *Mortalidad materna en 2005, Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial*, OMS, Ginebra, 2007, pág. 9.



© UNICEF/H06-0550/Shehzad Noorani

Aumentar el número de partos asistidos por profesionales calificados puede reducir las muertes maternas causadas por complicaciones durante el alumbramiento. Dos maestras hacen una demostración sobre la manera apropiada de sostener a un bebé que acaba de nacer, durante una sesión de capacitación para mujeres en un centro de formación de parteras, en el Sudán.

Los gobiernos, los centros de investigación y otros organismos también llevan a cabo labores de vigilancia de la salud, que los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades de los Estados Unidos definen como “la recopilación, el análisis, la interpretación y la difusión permanentes y sistemáticos de datos sobre un fenómeno relacionado con la salud, que se emplean en las actividades de salud pública encaminadas a reducir la morbilidad y la mortalidad y a mejorar la salud⁶”. Este método de reunión de datos se puede combinar con otros para evaluar la salud de una población a través del tiempo y por zonas geográficas.

También se están evaluando otros aspectos de la atención de la salud materna, con el decidido apoyo de varios organismos internacionales. Con el objeto de establecer indicadores útiles para la atención obstétrica de emergencia, UNICEF y sus aliados están recopilando datos en establecimientos sanitarios. Por su parte, UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Universidad de Columbia emprendieron la evaluación de las necesidades para la atención obstétrica de urgencia por medio del Programa de Prevención de la Mortalidad y la Discapacidad Maternas⁷.

La Red de Sanimetría, una alianza internacional que ayuda a los países

a fortalecer la gestión de sus sistemas de información de la salud, creó una herramienta para evaluar su integridad y su calidad (*véase el recuadro en la pág. 105, Mejorar los Sistemas de Información sobre Salud: Red de Sanimetría*). Como parte de las iniciativas para reducir la mortalidad materna, la Organización Mundial de la Salud dirigió la elaboración de una guía titulada *Beyond the Numbers*, que describe varios métodos por medio de los cuales se podría relatar la historia de la muerte de una mujer. Entre esos métodos se cuentan las autopsias verbales en las comunidades, los exámenes de la mortalidad materna en los establecimientos de salud y el análisis de las complicacio-

Utilización del método de detección de eslabones críticos en los sistemas de atención de la salud para evitar las muertes maternas

por Rosa María Núñez-Urquiza, Instituto Nacional de Salud Pública, México

El método de detección de eslabones críticos en los procesos de atención analiza cada caso de muerte materna como si de un evento centinela se tratara. Con este método se examinan todas las interacciones que se llevan a cabo en el ámbito hospitalario entre la paciente y el personal sanitario previas a su defunción, y revela las fechas en que se buscó asistencia médica y los cuidados que dispensó el sistema de salud.

El método de detección de eslabones críticos evalúa tres dimensiones de la atención de la salud:

- Desempeño clínico (demoras, omisiones y cumplimiento de las normas de calidad frente a las directrices establecidas).
- Organización interna del hospital.
- Continuidad de la atención entre establecimientos de salud.

Por medio de este proceso, el método de detección de eslabones críticos se centra en las intervenciones cruciales que, de brindarse de manera expedita, tienen la capacidad de evitar futuras muertes maternas. Así mismo, permite que los comités sobre maternidad sin riesgo pasen de un enfoque centrado en las causas médicas de las defunciones a un enfoque basado en la pérdida de oportunidades por parte de las instancias administrativas. Las siguientes preguntas ilustran este cambio de perspectiva:

- *¿Durante cuáles interacciones entre la paciente y el sistema de salud se habría podido afrontar mejor el problema que desembocó en su muerte?*
- *Sobre la base de este análisis, ¿qué medidas concretas se deben adoptar de una manera distinta en el futuro para evitar que mueran mujeres en circunstancias similares?*
- *Para mantener estos cambios, ¿qué procesos requieren modificación en las diferentes unidades de atención médica para garantizar la calidad de los servicios, y qué aspectos del sistema de salud se deben rediseñar para asegurar la continuidad de la atención durante las urgencias obstétricas?*

Además, al comparar casos de mortalidad materna con casos en que la vida corre peligro pero no se produce la muerte, se ve que es imperativo prestar la asistencia de manera oportuna. Esto ha generado una nueva categoría de análisis, a saber, el intervalo terapéutico, que amerita investigaciones clínicas para definir los intervalos de tiempo durante los cuales las intervenciones son eficaces. El intervalo terapéutico demuestra que incluso un tratamiento adecuado puede resultar inútil para salvar la vida de una mujer cuando no se aplica en el momento oportuno.

De los estudios de casos de “alerta roja” a una investigación más profunda

Una comunicación abierta y regular entre los supervisores del método de detección de eslabones críticos y las autoridades federales hizo que las alertas detectadas en estudios de casos individuales incentivaran un análisis más profundo de los sistemas

ordinarios de recolección de datos (registros de 1.029.000 pacientes obstétricas por año provenientes de 617 hospitales públicos), a fin de averiguar la magnitud y la distribución de esas fallas en la atención materna en todo el sistema de salud.

Un ejemplo proviene de un estudio sobre mujeres con hemorragia posparto que murieron mientras eran trasladadas de hospitales comunitarios a hospitales de remisión. La evaluación concluyó que no haber estabilizado a las mujeres antes de su traslado había constituido una omisión con consecuencias fatales. En los siete estados donde el porcentaje de defunciones maternas por hemorragia posparto era superior al promedio nacional, hasta el 60% de las muertes ocurrieron mientras trasladaban a las pacientes a hospitales más grandes. Cuando se dotó de ambulancias y personal calificado a uno de esos distritos de salud, al año siguiente se registró un descenso del 30% en la tasa de mortalidad materna por hemorragia posparto.

El método de detección de eslabones críticos en el proceso de atención materna está ayudando a rediseñar la manera como las unidades médicas se interconectan en cada sistema distrital de salud. Por otra parte, su aplicación exige la participación de un grupo más numeroso de interesados –por ejemplo, jefes de laboratorios clínicos y de bancos de sangre, y administradores de los distritos de salud– y no solo de quienes han estado vinculados tradicionalmente a los comités que trabajan por una maternidad sin riesgo.

Un resultado del método es que las secciones de salud reproductiva del Ministerio de Salud y del Instituto Mexicano de Seguridad Social ya no se enfocan exclusivamente en las causas médicas de las muertes maternas, como preeclampsia, sepsis, etc., sino también en las fallas detectadas durante el proceso de atención. Por ejemplo, en los informes sobre mortalidad materna de cualquier sistema de salud distrital o estatal hoy es posible leer: “El 15% de las muertes maternas se debieron a la falta de soluciones intravenosas en los centros médicos, lo que impidió estabilizar a las pacientes antes de su traslado” o “El 10% de las muertes maternas se debieron a que los cirujanos que estaban de turno demoraron en llegar a los hospitales distritales, pues las emergencias se presentaron en fin de semana”. Ir más allá de las causas médicas contribuye a detectar fallas en los sistemas de salud que, de solucionarse de inmediato, pueden evitar muchas muertes maternas.

Véanse las referencias, pág. 111.

Las nuevas tecnologías también pueden ser de gran ayuda para la recopilación de datos sobre salud materna y neonatal.

nes que representan una amenaza para la vida, las auditorías clínicas y las investigaciones confidenciales a nivel regional o nacional⁸. Un examen de la mortalidad materna efectuado en unidades médicas de Mozambique dejó importantes lecciones sobre los factores que incidieron en esas muertes y que se habrían podido prevenir, y ha servido para orientar políticas y respuestas por parte de los sistemas⁹.

También se han desarrollado métodos para evaluar la calidad de la atención que prestan los proveedores de servicios de salud. Dos de ellos son el Método para Mejorar la Calidad del Desempeño, ideado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, y

la Estrategia Práctica de Servicios y Prestaciones Eficientes, diseñada por EngenderHealth¹⁰.

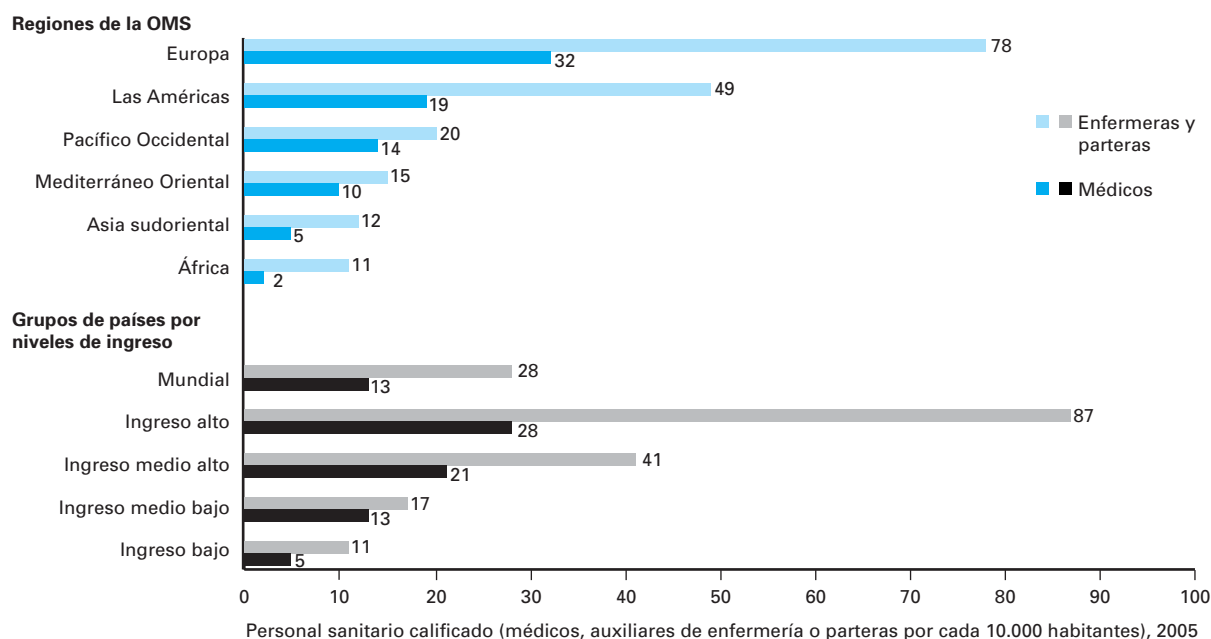
Aparte de las nuevas herramientas de medición, se están aplicando tecnologías novedosas para reunir información. Por ejemplo, emplear tecnologías digitales en las encuestas podría agilizar el proceso de recolección de datos en las zonas más remotas. En un estudio que la organización The Initiative for Maternal Mortality Programmed Assessment (IMMPACT) dirigió en la zona oriental de Burkina Faso, 127 entrevistadores que utilizaron asistentes digitales personales recopilaron datos de 86.376 hogares en poco más de tres meses. Cada unidad costó alrededor de 350 dólares y el costo total del

equipo fue de 60.000 dólares. Aun cuando no se analizó la eficacia en función del costo, utilizar formularios tradicionales habría requerido más de 1 millón de páginas impresas, 100 receptores de satélites de posicionamiento global y 20 computadoras de escritorio, y su costo habría sido mayor. El experimento con los asistentes personales digitales tuvo la ventaja de la inmediatez del ingreso de los datos, lo que suele ser un problema en las encuestas con papel y lápiz. También capacitó y empleó a niños y niñas de las escuelas locales que tenían la competencia lingüística requerida y que estaban familiarizados con los teléfonos móviles¹¹.

Es evidente que existen numerosos métodos de recopilación de datos

Gráfico 4.3

La escasez de personal sanitario calificado es muy grave, particularmente en África y Asia sudoriental



Fuente: Organización Mundial de la Salud, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008*, OMS, Ginebra, 2008, págs. 82–83.

Nuevos rumbos en el ámbito de la salud materna

por Mario Meriardi, Organización Mundial de la Salud, y Jennifer Harris Requejo, Alianza para la Salud de la madre, el Recién Nacido y el Niño

Bajo los auspicios de la Iniciativa sobre la Maternidad sin Riesgo, la comunidad mundial de la salud se unió, hace 21 años, para luchar contra la mortalidad materna, cuyos límites superior e inferior representan la desigualdad más brutal en materia de salud pública. No obstante, para 1990, el año base de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, más de medio millón de mujeres, el 99% en los países en desarrollo, aún morían todos los años por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Las estimaciones sobre mortalidad materna para 2005 indican que aproximadamente 536.000 mujeres siguen muriendo todos los años durante el embarazo y el parto, lo que equivale, más o menos, a una defunción materna cada minuto por causas que se pueden prevenir. Estas muertes, altamente concentradas en los grupos de población más desfavorecidos de los países de bajos recursos, reflejan una desigualdad social persistente e injusta que hace mucho tiempo ha debido recibir la atención que merece. El número de defunciones maternas es desproporcionadamente alto en África subsahariana –la región a la cual corresponde la mitad de todas las muertes maternas que se registran anualmente– y Asia meridional (35%), lo que aleja seriamente al mundo de su meta de reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015 (Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, Meta A).

Pese a la desalentadora falta de progresos en la reducción de la mortalidad materna desde que se puso en marcha la Iniciativa sobre la Maternidad sin Riesgo, ha habido importantes avances en varias esferas. Una cantidad sin precedentes de recursos internacionales para la salud; un renovado compromiso político hacia la atención primaria; y la adopción de iniciativas complementarias enfocadas concretamente en la salud materna, neonatal e infantil, reflejan un creciente interés por buscar solución al problema de la mortalidad materna, desatendido durante demasiado tiempo. Entre otras medidas en esta dirección figuran la adopción de un esquema de prestación continua de servicios de salud como marco fundamental para los programas de salud pública; el establecimiento, en 2005, de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, para orientar y promover el esquema de atención continua; la ratificación del Plan de Acción de Maputo para la ejecución del marco continental sobre derechos y salud sexual y reproductiva en África; la adición de una nueva meta (5.B) al ODM 5, tendiente a lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015; y la inclusión de la supervivencia materna en las evaluaciones de la Cuenta Regresiva para 2015. Todo lo anterior demuestra la importancia que la comunidad mundial de la salud atribuye actualmente a la supervivencia y el bienestar de las madres y los recién nacidos.

El mejoramiento de los métodos para calcular la mortalidad materna, las últimas estimaciones sobre la incidencia del aborto y los esfuerzos por trazar un mapa de la carga mundial de enfermedades maternas son importantes avances epidemiológicos que llevarán a los gobiernos y a sus aliados a tomar mejores decisiones. El creciente reconocimiento del papel de la desnutrición en la mortalidad materna ha producido un renovado interés en la administración de micronutrientes durante el embarazo, a la vez que ha creado conciencia sobre la necesidad de solucionar los factores causales, como la pobreza, la discriminación por razón de género y la falta de autonomía de la mujer –incluyendo el limitado acceso de las niñas y las mujeres jóvenes a la enseñanza y su alta exposición a las infecciones. También se ha producido un gran consenso en torno a las estrategias fundamentales que requiere el sector de la salud para disminuir la mortalidad materna. Se considera que la atención integrada de la salud reproductiva debe incluir servicios de planificación familiar, atención prenatal y obstétrica calificada para todas las mujeres, y cuidados de urgencia para todas las mujeres y los niños con complicaciones que pongan en riesgo sus vidas. Los gobiernos nacionales, los organismos de las Naciones Unidas, las alianzas

internacionales en materia de salud y las organizaciones no gubernamentales están registrando en la Cuenta Regresiva para 2015 tanto los indicadores sobre cobertura de intervenciones de eficacia comprobada como los indicadores sobre actividades y estrategias relacionadas con cada uno de estos tres componentes esenciales –incluyendo atención prenatal, disponibilidad de atención obstétrica de urgencia, tasas de nacimientos por cesárea, tasas de prevalencia de uso de anticonceptivos, atención calificada durante el parto, atención posnatal y necesidad insatisfecha de servicios de planificación familiar.

Importantes hallazgos de investigación sobre mecanismos para contrarrestar los factores de riesgo para la salud materna han complementado el mejoramiento de la documentación sobre la distribución mundial de la mortalidad y la morbilidad maternas y los sistemas de identificación y seguimiento de las intervenciones eficaces. Diversas intervenciones cuya eficacia para elevar las tasas de supervivencia materna ha quedado demostrada en estudios epidemiológicos, y apropiadas para ser adoptadas a nivel mundial, ya están listas para su aplicación a gran escala. Entre ellas están administrar suplementos de sulfato de magnesio y calcio para prevenir los trastornos hipertensivos del embarazo, dar a conocer las directrices sobre prevención y tratamiento de la hemorragia posparto y proporcionar, al menos, cuatro consultas prenatales a las mujeres embarazadas y una consulta posparto a las madres primerizas. Una mayor conciencia sobre la inextricable relación entre la salud de la madre y del recién nacido también ha conducido a iniciativas para prevenir y tratar el paludismo y el VIH; por ejemplo, programas para ampliar la distribución de mosquiteros tratados con insecticida y la cobertura de tratamiento preventivo intermitente del paludismo durante el embarazo; intervenciones para evitar la transmisión del VIH de madre a hijo y para prevenir la infección con el virus –particularmente entre la gente joven–; y tratamiento antirretroviral para las madres y los niños VIH positivos.

Entre las esferas de investigación más prometedoras está el desarrollo de estrategias para garantizar la prestación de un conjunto integral de servicios de salud materna y neonatal en el marco de un proceso continuo de atención. Un componente esencial de estas estrategias es idear mecanismos para integrar los servicios que tradicionalmente se han prestado sobre la base de enfoques verticales –como la inmunización y la suplementación con micronutrientes– con la atención prenatal y posnatal, como parte del fortalecimiento del sistema de salud. En los últimos años también se ha observado una tendencia alentadora hacia la concertación de alianzas de colaboración entre las organizaciones internacionales, los organismos gubernamentales, las instituciones de investigación, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado, con el objeto de promover proyectos de investigación, entre varios países, sobre las principales complicaciones del embarazo y el parto –entre ellas, parto prematuro, mortinatalidad, alteración del crecimiento fetal, trastornos hipertensivos, hemorragia posparto, obstrucción del parto y fístula obstétrica.

El creciente apoyo político y financiero a las iniciativas programáticas y de investigación cuya finalidad es mejorar la salud materna y neonatal, y el paso de un enfoque sectorial en materia de salud a un enfoque sobre prestación de servicios sanitarios primarios basado en la colaboración y en el marco de un proceso continuo de atención, permiten abrigar la esperanza de que los anhelados progresos en salud materna, neonatal e infantil, tan importantes para el bienestar y el desarrollo de las poblaciones, serán una realidad en el futuro cercano.

Véanse las referencias, pág. 111.

El fortalecimiento del sistema de salud en la República Democrática Popular Lao

La República Democrática Popular Lao es un país montañoso y básicamente rural de Asia sudoriental, cuyo ingreso nacional bruto per cápita en 2007 fue inferior a un promedio de 600 dólares. Cerca del 40% de los habitantes de este país tan diverso desde el punto de vista étnico –comprende casi 50 grupos étnicos diferentes– viven por debajo de la línea de pobreza. Aun cuando el país va en camino de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4, pues logró reducir su tasa de mortalidad de menores de cinco años un 57% entre 1990 y 2007, todavía afronta enormes dificultades para mejorar la salud de las madres y de los recién nacidos.

Entre las principales dificultades están la desnutrición, la modificación de las prácticas de alimentación e higiene, la vacunación, la salubridad ambiental, y la prestación de servicios de salud de calidad por parte de personal calificado. Más de uno de cada siete recién nacidos presenta bajo peso al nacer, una condición que usualmente se relaciona con la deficiente nutrición de la madre. La alimentación exclusiva con leche materna –un 23%, según las últimas estimaciones– se halla bastante por debajo del promedio de la región de Asia oriental y el Pacífico, a saber, el 43%. Solamente el 60% de la población tiene acceso a un suministro mejorado de agua potable y apenas el 48%, a instalaciones de saneamiento adecuadas. El acceso a estos dos servicios vitales es, incluso, mucho más bajo en las zonas rurales. En 2007, no más del 40% de los bebés menores de un año recibieron la vacuna contra el sarampión y solamente el 47% de las mujeres embarazadas se vacunaron contra el tétanos neonatal. Con 660 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos en 2005, la República Democrática Popular Lao tiene la tasa de mortalidad materna más alta de la región. En 2005, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto era de 1 en 33.

Pese a las dificultades mencionadas, el país está logrando beneficiar con servicios sanitarios a su inmensa población rural. En uno de esos programas participa Save the Children Australia, que, junto con la Oficina Provincial de Salud y otros aliados, ha trabajado en Sayaboury para ampliar y mejorar la infraestructura de la atención primaria de la salud sobre la base de cuatro fases de tres años cada una. Sus metas son:

- **Fase I:** Fortalecer el equipo de gestión provincial responsable de capacitar a los equipos distritales, a los voluntarios sanitarios de las aldeas y a las matronas tradicionales; establecer clínicas maternas e infantiles fijas y móviles; y dotar a esas clínicas de los elementos básicos.
- **Fase II:** Integrar la atención primaria de la salud a todos los niveles, es decir, en las provincias, los distritos y las aldeas.
- **Fase III:** Ejecutar los programas en cuatro distritos remotos.
- **Fase IV:** Reforzar las destrezas del personal del sector de la salud adoptando el marco de la Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia.

Debido a que varios estudios han mostrado una estrecha relación entre las prácticas inadecuadas de alimentación y la desnutrición infantil en la República Democrática Popular Lao, el programa también da prioridad a la enseñanza de prácticas de nutrición saludables a las mujeres, incluyendo amamantamiento y alimentos complementarios. La difusión de otros temas de salud, como la vacunación y los cuidados clínicos, también son componentes importantes del programa.

El programa de Sayaboury ha tenido un gran éxito y su costo ha sido altamente asequible: alrededor de 4 millones de dólares durante un período de 12 años, lo que representa un gasto per cápita de apenas 1 dólar por año. Entre 1998 y 2003, la tasa distrital de mortalidad materna bajó de 218 por cada 100.000 nacimientos vivos a 110 por cada 100.000 nacimientos vivos. La edad promedio a la cual los bebés recibieron alimentos complementarios se elevó de 2,8 meses en 1999 a 3,7 meses en 2001, mientras que la tasa de alimentación exclusiva con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida pasó del 28% en 1999 al 66,2% en 2004. No obstante, la cobertura de vacunación continuó siendo baja y, en 2007, solo el 50% de los bebés menores de un año recibieron tres o más dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina –el indicador de la cobertura periódica de vacunación.

La campaña de comunicación de Padres Solícitos durante el Embarazo alienta a los padres a apoyar a las mujeres embarazadas y a las madres para que cuiden de sí mismas y de sus bebés. Con ayuda de UNICEF y el Sindicato Lao, el Ministerio de Salud ha promovido la participación de los hombres en el cuidado de los miembros de la familia. Estas campañas van dirigidas, ante todo, a los padres con empleos remunerados, el grupo que tiene la mayor probabilidad de involucrarse con trabajadores sexuales, la fuente de la cada vez más alta prevalencia del VIH en este país. Si bien la prevalencia del VIH entre los adultos de la República Democrática Popular Lao es menor que entre los adultos de algunos países vecinos, la pobreza y la migración transfronteriza contribuyen a la propagación del virus. Como consecuencia de la demanda, inesperadamente alta, ha sido necesario reimprimir afiches y folletos sobre el tema de la campaña de Padres Solícitos durante el Embarazo.

Programas como estos, junto con campañas más amplias de vacunación y administración de suplementos que recibieron apoyo de UNICEF en 2007, y la construcción de infraestructura sanitaria, están reduciendo, de manera lenta pero segura, la aún alta carga de mortalidad materna y neonatal en la República Democrática Popular Lao.

Véanse las referencias, pág. 111.

Solucionar la crisis de trabajadores sanitarios es fundamental para mejorar la salud materna y neonatal. La escasez más grave de personal se registra en África y Asia.



© UNICEF/H007-1307/Anita Khemka

Evitar las muertes maternas contribuye a la supervivencia y la salud de los recién nacidos. Luego de un parto sin complicaciones, una madre descansa, junto con su hija, en un pabellón de maternidad, en el Pakistán.

que arrojan información valiosa para orientar los programas y las políticas. Difundir y analizar esos datos a nivel local, nacional e internacional es definitivo para encauzar la asignación de los recursos y las respuestas normativas, así como también para ejercer la mayor influencia posible en la reducción de las muertes maternas.

Medida 2: Aumentar los recursos humanos y mejorar la capacitación y la supervisión

Muchos países en desarrollo están afrontando una aguda escasez de

trabajadores sanitarios calificados. La migración a gran escala, el SIDA y los conflictos armados son algunos de los factores que más repercuten en la dotación de personal sanitario en los países, restringiendo los avances en materia de reducción de la mortalidad y la morbilidad maternas y neonatales. Además, la distribución de los trabajadores sanitarios es desigual; en efecto, la mayor concentración se observa en los países desarrollados y en la zonas urbanas tanto de los países desarrollados como de los países en desarrollo.

En 2006, una investigación de la Organización Mundial de la Salud recomendó que los países mantengan un promedio de 2,28 profesionales de la salud por cada 1.000 habitantes, a fin de asegurar una cobertura adecuada de personal calificado durante los partos. De los 57 países que no alcanzan este umbral, 36 pertenecen a África subsahariana. En Asia se registra la escasez más crítica de trabajadores sanitarios en términos absolutos, especialmente en Bangladesh, la India e Indonesia, pero la mayor necesidad en términos relativos corresponde a África subsa-

Cincuenta y siete países, 36 en África subsahariana, tienen menos de 2,28 trabajadores sanitarios por cada 1.000 habitantes, el umbral mínimo establecido por la OMS para prestar una asistencia adecuada y calificada durante el parto.

hariana, donde el número de trabajadores de la salud debe aumentar un 140% para lograr la densidad exigida¹². En el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2005*, la Organización Mundial de la Salud calcula que incrementar la cobertura de los servicios de salud materna para 2030 exigirá triplicar los niveles actuales de cobertura. También indica que para conseguir una cobertura del 73% de los partos mundiales en 2015, se necesitarán 334.000 trabajadores sanitarios calificados, además de miles de médicos, cirujanos, anestesiólogos, técnicos y unidades de maternidad adicionales¹³.

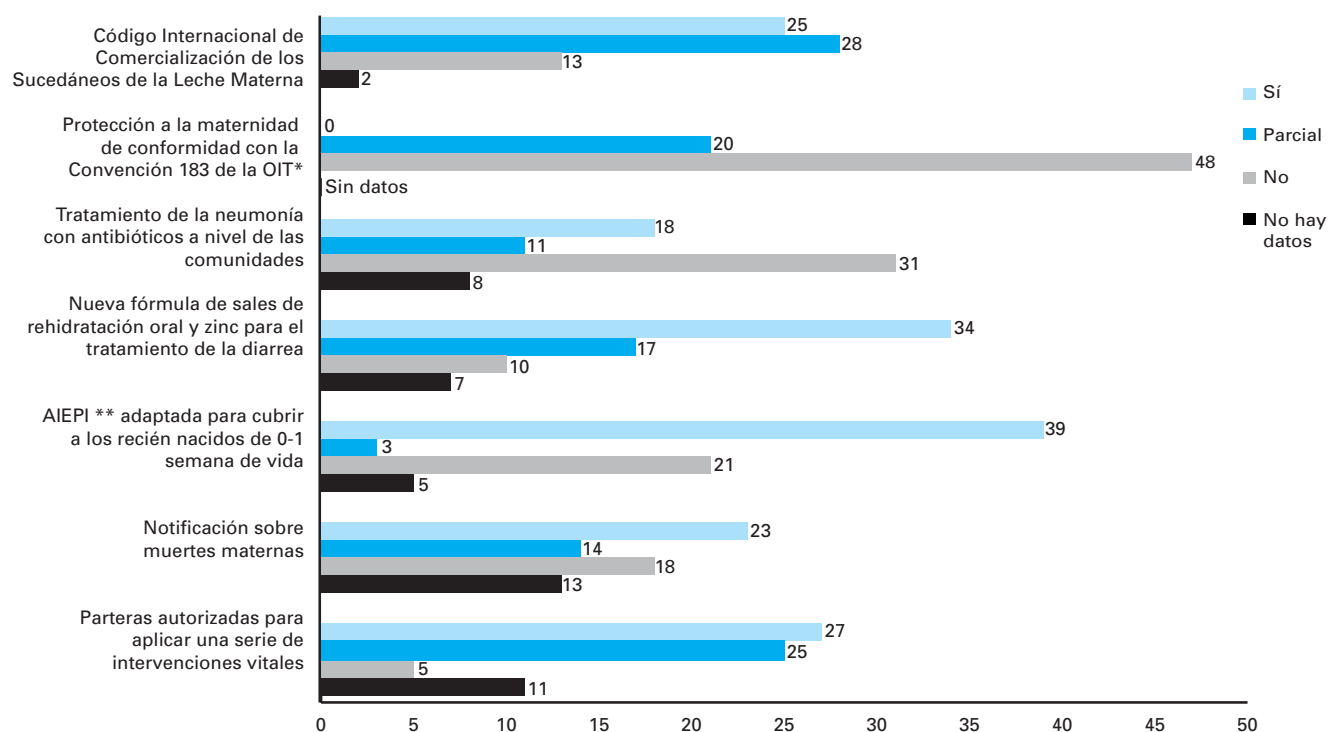
Nadie ni nada puede sustituir a un trabajador sanitario calificado durante el parto. La asistencia especializada durante el alumbramiento ha sido un común denominador de un grupo de países que, pese a tener perfiles diferentes, han logrado bajar sus tasas de mortalidad materna. Según la Organización Mundial de la Salud, un trabajador sanitario calificado “es una partera, un médico o una enfermera que han recibido capacitación en la manera correcta de proceder durante los partos que no presentan complicaciones, así como también en atención posnatal y en la detección y el manejo de las compli-

caciones en las mujeres y los recién nacidos”¹⁴. Sin embargo, las habilidades del personal sanitario que se ajusta a esta descripción varían considerablemente entre países, y no todos cuentan con las destrezas y los conocimientos necesarios.

Las parteras u otros trabajadores sanitarios de nivel intermedio que han recibido capacitación durante periodos más cortos y a quienes se exige un menor nivel educativo para ser admitidos en el programa, deben formar un cuadro dentro del espectro de trabajadores del sector de la salud para asumir distintas funciones,

Gráfico 4.4

Adopción de políticas clave para la salud materna, neonatal e infantil por parte de los 68 países prioritarios para la Cuenta Regresiva



* OIT: Organización Internacional del Trabajo.

** AIEPI: Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia.

Fuente: Cuenta Regresiva para 2015, *Tracking Progress in Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report*, UNICEF, Nueva York, 2008, págs. 200-201.



Reforzar la plantilla de personal sanitario mediante la contratación, formación y retención de trabajadores de la salud calificados y agentes de salud comunitarios constituye un desafío clave para los países del mundo en desarrollo. En un hospital del Afganistán, una doctora dirige un curso de capacitación para parteras.

distribuir la carga de trabajo y crear un sistema de remisión para las mujeres embarazadas y los recién nacidos. También es fundamental que el entorno valore y utilice los conocimientos de las parteras que han recibido capacitación. Esto exige equipos eficaces, suministros, supervisión y sistemas de remisión a especialistas. Por ejemplo, en zonas de

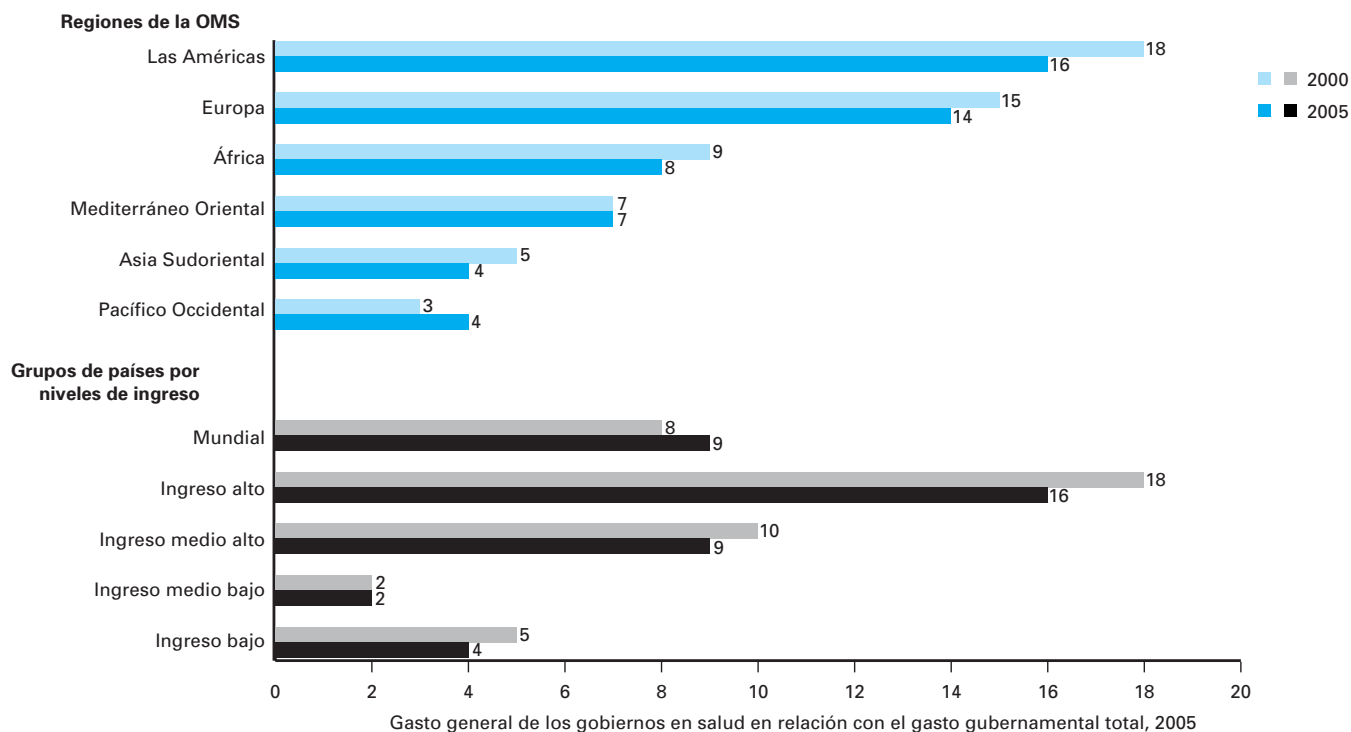
Mozambique que carecen de servicios adecuados, las parteras y las parteras-enfermeras ayudan a los médicos a prestar atención obstétrica de urgencia de buena calidad y eficaz en función del costo¹⁵. En el Perú, trabajadores sanitarios de las comunidades hacen una visita mensual a los hogares “en alto riesgo” –definidos como aquellos donde hay niños menores de

un año, mujeres embarazadas y mujeres en edad reproductiva– y prestan asistencia a los bebés con dificultades respiratorias¹⁶. La distribución de las responsabilidades permite dedicar más cuidados a las mujeres embarazadas y a los niños, a la vez que disminuye la sobredependencia de una plantilla de personal insuficiente y con una carga excesiva de trabajo.

Los países también enfrentan la dificultad de idear estrategias para retener al personal, entre las cuales se debe incluir una remuneración justa y dar respuesta a sus necesidades. En Malí, por ejemplo, el Ministerio de

Gráfico 4.5

Los gobiernos de los países de Asia se encuentran entre los que menos gastan en salud en relación con el gasto público total



Fuente: Organización Mundial de la Salud, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008*, OMS, Ginebra, 2008, págs. 90–91.

Salvar vidas maternas y neonatales – los primeros días cruciales

por Joy Lawn, Asesor Superior de Investigaciones y Política, Saving Newborn Lives/Save the Children-Estados Unidos, Sudáfrica

Invertir en atención posnatal eleva las tasas de supervivencia de las madres y los recién nacidos

A lo largo de todo su ciclo vital, el ser humano corre el mayor riesgo de morir durante el parto y los primeros 28 días de vida, es decir, el periodo neonatal. Todos los años fallecen durante este periodo casi 4 millones de recién nacidos, lo que equivale a cerca de 10.000 defunciones por día. Tres cuartas partes tienen lugar durante la primera semana de vida, y entre 1 y 2 millones de bebés fallecen al día siguiente de nacer. La mayoría de estas muertes ocurren en el hogar, no se registran y son invisibles para todos, excepto para las familias. Millones de niños más sufren graves enfermedades todos los años, y un número desconocido de niños quedan con discapacidades que les afectan durante toda su vida. Además, el riesgo de mortalidad y morbilidad maternas también es más alto durante el parto y el periodo inmediatamente posterior, o sea, el periodo posnatal.

Para los bebés y las madres que presentan complicaciones como sepsis neonatal o hemorragia posparto, una demora de incluso pocas horas antes de recibir los cuidados necesarios puede resultar fatal u ocasionar lesiones o discapacidades que deterioran la calidad de sus vidas a largo plazo. Datos recientes de Bangladesh indican que realizar una visita al hogar un día o dos después del parto puede reducir las muertes neonatales en dos terceras partes, mientras que visitar a las madres y a los recién nacidos más tarde es menos eficaz para disminuir la mortalidad. El periodo posnatal temprano –los siete primeros días de vida– también es decisivo para iniciar acciones que pueden salvar vidas, como la alimentación exclusiva con leche materna. El amamantamiento no debe empezar a las seis semanas, cuando se realiza la consulta para vacunar al bebé. Hay pruebas de que brindar apoyo y asesoramiento en los primeros días de vida del bebé aumenta las tasas de alimentación exclusiva con leche materna. Otras prácticas clave durante el periodo neonatal, como la higiene del cordón umbilical y mantener abrigado al bebé, pueden representar la diferencia entre la vida y la muerte, en especial para los bebés que nacen prematuramente. Así mismo, el periodo posnatal es una época determinante para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo y para dar a las mujeres opciones de planificación familiar.

Vacíos en la cobertura de la atención posnatal temprana

Brindar una atención eficaz a las madres y a los recién nacidos durante el periodo posnatal temprano produce mejores resultados en supervivencia y salud que brindar la atención en cualquier otro momento del continuo. Sin embargo, la cobertura de servicios adecuados es menor durante los primeros días después del nacimiento. En promedio, solamente el 21% de las mujeres de los 68 países que reciben asistencia prioritaria de la Cuenta Regresiva para 2015 se beneficiaron de los servicios de atención posnatal.

Cambio de paradigmas sobre atención posnatal

La conciencia cada vez mayor sobre la importancia de los servicios de salud para las madres y los recién nacidos, los grandes vacíos en la cobertura que existen hoy en día y la evidencia generada especialmente en ensayos realizados en Asia meridional, han llevado a un cambio de paradigmas con tres principios fundamentales:

- **¿A quién?** Integrar los servicios de atención posnatal para la madre y el recién nacido permite brindar una atención mucho más eficaz y eficiente que prestar los servicios por separado.
- **¿Dónde?** Las consultas posnatales de rutina se deben efectuar en el hogar o cerca del lugar donde vive la familia, tanto para promover comportamientos saludables como para hacer ver su relación con la curación, en vez de esperar a que la madre o el bebé vayan a un centro de salud, sobre todo cuando surgen problemas.
- **¿Cuándo?** Es de suma importancia realizar la primera visita a las madres y a sus bebés lo más pronto posible luego del nacimiento, en vez de esperar seis semanas, como es lo habitual. Idealmente, la primera visita se debe realizar dentro de las primeras 24 horas después del nacimiento o, como máximo, 48 horas más tarde. El indicador para medir las tasas de atención posnatal que publicó la iniciativa Cuenta Regresiva para 2015 en su informe de 2008 se basa en la atención dentro de los dos primeros días después del parto. Encuestas a gran escala están introduciendo cambios para incluir mediciones con este indicador en más países y comunidades.

Cerrar la brecha entre las políticas y la acción

Modificar las políticas y los indicadores de manera que reflejen la importancia de la atención posnatal es necesario, pero no suficiente, para salvar vidas. También se debe ampliar la escala de los servicios para garantizar una cobertura alta y una atención de calidad durante este periodo. Aunque hay claridad sobre el conjunto de servicios que se deben dispensar durante el periodo posnatal, los mecanismos más eficaces para su prestación varían, especialmente cuando estén destinados a poblaciones de zonas rurales remotas o a las madres y a sus hijos inmediatamente después del nacimiento. El Gráfico 4.5 muestra algunas opciones para la prestación de los servicios, las condiciones de acceso a los centros de salud y la disponibilidad de recursos humanos en los centros asistenciales y en las comunidades. Muchas de las tareas inherentes a los cuidados posnatales se pueden delegar a un agente de divulgación sanitaria vinculado con el sistema de salud y debidamente supervisado.

Tratar los casos de infección neonatal es una prioridad urgente

Mientras que realizar las visitas posnatales en las primeras horas después del alumbramiento es crucial para prevenir futuras complicaciones, integrarlas con los cuidados curativos puede reducir aún más las tasas de mortalidad. Casi la tercera parte de las muertes de recién nacidos se deben a las infecciones, aun cuando la proporción es mucho más alta en entornos pobres y con altas tasas de mortalidad. Muchos de estos bebés nacen prematuramente.

Un conjunto de medidas eficaces para atender la salud de los recién nacidos permitirá detectar las infecciones precozmente. Pero, en muchos países, solo es posible tratar las enfermedades de los recién nacidos mediante remisión a establecimientos sanitarios. Desafortunadamente, solo un pequeño porcentaje de los bebés que son derivados a centros de especialistas recurren a esos servicios. Una opción consiste en que los trabajadores sanitarios de primer nivel de la estrategia Atención integrada a las

enfermedades prevalentes de la infancia inicien el tratamiento con antibióticos. En los países donde personal sanitario de las comunidades ya está tratando casos de neumonía o paludismo, se podría pensar en tratar las infecciones neonatales más cerca de los hogares. Varios estudios efectuados en Asia han demostrado que este tipo de estrategias se traducen en notables disminuciones de la mortalidad de recién nacidos, y el tratamiento de la sepsis neonatal a nivel de las comunidades se está imponiendo en Nepal, junto con el tratamiento de la neumonía infantil. De los 68 países prioritarios para la Cuenta Regresiva, 39 han modificado sus políticas para incluir el tratamiento de la sepsis neonatal en el marco de la Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Ahora, el principal reto consiste en identificar, en cada país, a los trabajadores sanitarios más idóneos para llevar a cabo esta tarea.

Cerrar la brecha del conocimiento

Prácticamente todas las defunciones de recién nacidos (el 98%) se presentan en los países de bajos y medianos ingresos. Sin embar-

go, la mayoría de las investigaciones y de los fondos se dedican a buscar soluciones altamente técnicas para prevenir las causas de muerte entre los recién nacidos de los países de altos ingresos (el 2%). Cada vez hay más estudios que arrojan luces sobre el “cómo”, el “quién”, el “cuándo” y el “dónde” de las intervenciones que tienen la capacidad de salvar vidas en los lugares donde ocurre la mayoría de las defunciones neonatales y, particularmente, donde el acceso a los centros asistenciales es limitado. En ocho países de África funciona actualmente una red de estudios que está examinando los cuadros de trabajadores potencialmente ampliables y los conjuntos de intervenciones que han sido adaptadas a los distintos países. El análisis de las vidas que se han salvado, al igual que el análisis de los costos, ayudarán a guiar las políticas y los programas que buscan mejorar la atención materna y neonatal durante los primeros días de vida.

Véanse las referencias, pág. 111.

Gráfico 4.6

Estrategias de atención posnatal: Viabilidad y dificultades para su aplicación

	Posibles estrategias para establecer contacto tras el nacimiento	Sensibles a las necesidades de las madres	Sensibles a las necesidades de los proveedores	Dificultades para su aplicación
1	La madre y el recién nacido van al establecimiento de salud	*	***	Exige que la madre vaya al centro asistencial muy poco después del parto. Es más factible cuando éste ha tenido lugar en un centro de salud; sin embargo, es difícil los primeros días después del alumbramiento.
2	Un trabajador sanitario calificado visita el hogar para brindar atención posnatal a la madre y al bebé	***	*	La condición es que haya suficientes recursos humanos, lo cual no es fácil. Brindar atención posnatal podría no ser prioritario para el personal de salud capacitado en entornos donde su asistencia durante los partos es aún baja. Muchas actividades de atención posnatal se pueden delegar a otros trabajadores calificados, que pueden visitar los hogares durante el período posnatal, sobre todo cuando los centros médicos rurales no funcionan en horas de la tarde.
3	Un trabajador sanitario de la comunidad visita el hogar para examinar a la madre y al bebé	***	*	Requiere un número suficiente de trabajadores sanitarios de las comunidades con capacitación, supervisión e incentivos adecuados.
4	Combinación: Parto en un establecimiento de salud y primera consulta posnatal en el mismo lugar. Dos o tres días después, a más tardar, una visita domiciliar y consultas posteriores en un centro de salud.	**	**	Requiere un trabajo de equipo entre el personal de salud del establecimiento y de la comunidad; suficientes recursos humanos; gestión y supervisión; sistemas eficaces de remisión a especialistas; y un sistema eficiente de rastreo de la información para facilitar el seguimiento de los progresos de la madre y el bebé.

Nota: * Grado bajo. ** Grado moderado. *** Grado alto.

Fuente: Lawn Joy y Kate Kerber, editores. *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, Ciudad del Cabo, 2006.

El apoyo de las comunidades a los servicios de maternidad, una iniciativa que ofrece esperanza a varios países en desarrollo.

Salud ofrece capacitación, alojamiento, equipo y transporte a los médicos recién graduados, a cambio de que presten sus servicios en las zonas rurales¹⁷. En el estado de Punjab, Pakistán, la Iniciativa sobre la Maternidad sin Riesgo ha establecido un sistema de rotación de los médicos graduados entre los hospitales subdistritales y el hospital distrital de Sheikhpura, brindando, así, una buena atención obstétrica de emergencia las 24 horas del día¹⁸. En África oriental y meridional se han puesto en marcha incentivos no financieros con diferentes grados de éxito, como rotación a corto plazo de las parteras, oportunidades de capacitación y grupos de apoyo psicosocial. No obstante, evaluar sus verda-

deras consecuencias requiere más investigaciones y una aplicación a mayor escala¹⁹.

Medida 3: Fomentar la movilización social

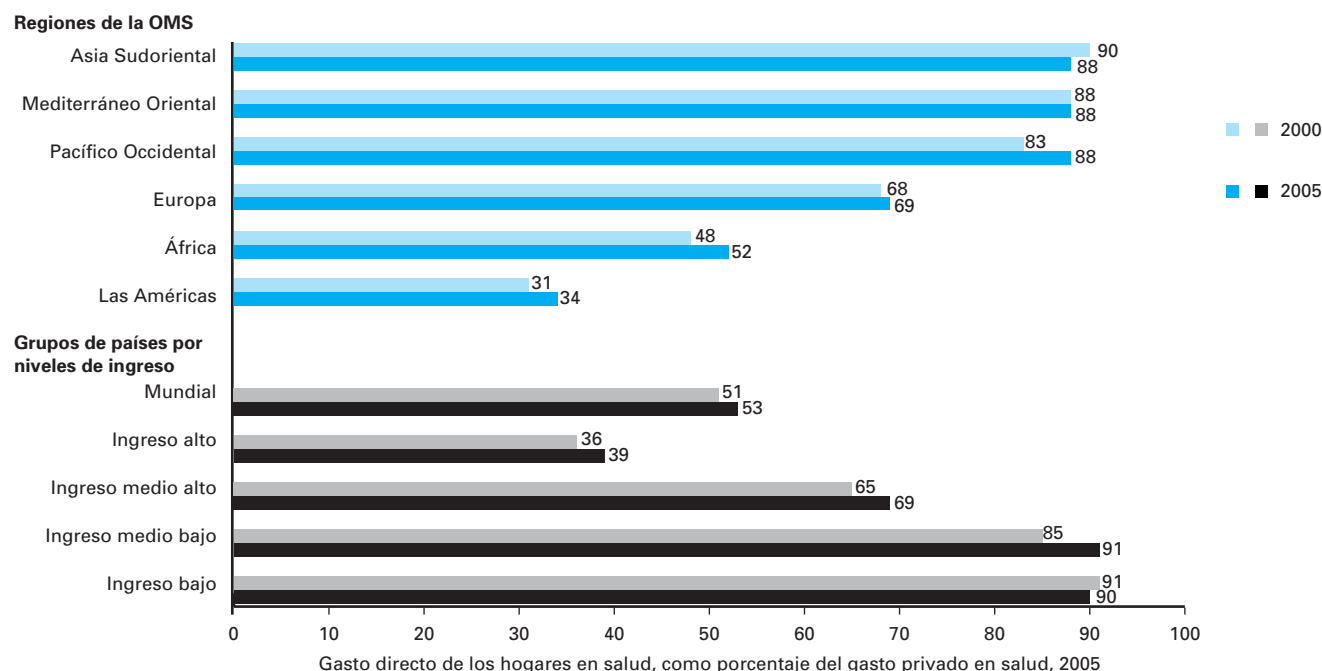
Las medidas de oferta y demanda no pueden ser satisfactorias mientras los hogares y las comunidades no intensifiquen su demanda de servicios sanitarios de calidad. Debe darse prioridad a la inclusión social, y tanto las familias –en particular, las mujeres– como las comunidades deben ser incluidas y tratadas como aliadas en la prestación de los servicios de salud. Hay numerosos ejemplos de que las experiencias negativas con los servicios oficiales de salud

pueden disuadir a las familias, e incluso a comunidades enteras, de buscar asistencia.

Reconocer los riesgos que se pueden evitar es uno de los aspectos más importantes para mejorar la salud materna y neonatal. El embarazo y el parto suelen estar rodeados de actitudes y creencias hondamente arraigadas, y no solo es frecuente culpar a las mujeres por sus problemas de salud, sino también por la mortalidad y la morbilidad de sus hijos recién nacidos. En los lugares donde la mortalidad y la muerte neonatal son frecuentes, es común considerarlas inevitables. Y si bien no se puede forzar a los miembros de las comunidades a aceptar prácticas alternativas,

Gráfico 4.7

Los habitantes de los países de más bajos ingresos pagan de su propio bolsillo la mayoría de los servicios privados de salud



Fuente: Organización Mundial de la Salud, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008*, OMS, Ginebra, 2008, págs. 90–91.

Reforzar las medidas tendientes a mejorar la salud materna y neonatal exige que las familias –incluyendo a los hombres y a otros parientes– reconozcan los riesgos para la salud y respondan a ellos.

El Gobierno de Burundi se compromete a trabajar en favor de la salud maternoinfantil

Burundi es uno de los países menos adelantados del mundo. Una larga guerra civil y la parálisis del proceso de reestructuración política han frenado el desarrollo económico y social. Las tasas de pobreza son gigantescas; de hecho, casi el 88% de la población vive, apenas, con dos dólares diarios. La desnutrición afecta al 66% de la población y más del 50% de los niños menores de cinco años presentan un retraso en el crecimiento entre moderado y grave. En 2005, las mujeres enfrentaban un riesgo de 1 en 16 de morir por causas relacionadas con la maternidad. Ese año, la tasa ajustada de mortalidad materna fue de 1.100 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos y, en 2004, la tasa de mortalidad neonatal fue de 41 por cada 1.000 nacidos vivos.

La experiencia ha enseñado a Burundi cuán importante es ofrecer servicios de salud asequibles y de calidad a los pobres, en general, y a las madres y los niños, en particular. En febrero de 2002, el Gobierno empezó a ejecutar un programa de recuperación de costos que exigía a los pacientes pagar las consultas médicas, los exámenes de laboratorio y los medicamentos. Esa iniciativa buscaba generar recursos para un incipiente sistema de atención de la salud, y se llevó a cabo en 12 de 17 provincias rurales, para una cobertura de 5 millones de los 8,5 millones de habitantes del país. El programa aumentó el número de pacientes sin capacidad de pagar los servicios médicos de los hospitales públicos, y muchos fueron arrestados en los centros asistenciales. Las mujeres que habían dado a luz mediante cesárea representaban aproximadamente el 35% de los pacientes hospitalarios en la indigencia incluidos en el informe de Human Rights Watch de 2006 sobre detención de pacientes. En ese estudio, el 10% de los pacientes en condición de pobreza extrema eran niños. Aparte de su alto costo, los servicios de salud materna e infantil solían ser de mala calidad.

El Gobierno actual, dirigido por el Presidente Nkurunziza, ya empezó a tomar medidas para solucionar esta crisis sanitaria. En 2005, cuando Burundi entró a beneficiarse, con alivio provisional de la deuda, de la Iniciativa en favor de los Países Pobres muy Endeudados del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, el presupuesto para la salud se triplicó. En 2006, el Gobierno dio un paso trascendental al anunciar la prestación gratuita de servicios de salud para las mujeres embarazadas y los niños. Ese mismo año se formuló y adoptó una nueva política, la Hoja de Ruta para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal, con apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, el Programa Mundial de Alimentos y UNICEF. Otro importante paso se dio en 2007, cuando, junto con otros siete países, Burundi entró a formar parte de la Alianza Sanitaria Internacional, un esfuerzo dirigido por los países, orientado a los resultados y basado en la colaboración entre gobiernos, organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales. Uno de los principales

propósitos de esta alianza es trazar una serie de objetivos clave, entre los cuales está incrementar el número de partos institucionales y la cantidad de servicios de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo.

Para la política nacional de salud reproductiva de Burundi, la atención neonatal es una estrategia decisiva para reducir la mortalidad infantil. Uno de los aspectos más destacados de esta política será la ampliación de la escala de las actividades para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo. En Bujumbura, la tasa de prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de 15 a 24 años es del 16%, como promedio. Un aspecto que se debe tener en cuenta en los programas futuros es asegurar una mayor participación de los hombres en las iniciativas de prevención de la transmisión del VIH de las madres a sus hijos.

Además de lo anterior, el país ya está prestando atención básica de salud a las madres y los niños, una necesidad que exigía una atención urgente. Los programas de inmunización han beneficiado con la vacuna del toxoide tetánico a cerca del 75% de las mujeres de distritos en alto riesgo. Estas actividades han motivado a los interesados de los sectores nacional y local. Sin embargo, el Gobierno tendrá que continuar dando prioridad a la salud de los pobres para que los organismos internacionales y los actores a nivel comunitario sigan respaldando la construcción de la infraestructura sanitaria del país.

Véanse las referencias, pág. 112.

Financiar servicios sanitarios de calidad constituye un reto mundial. Casi la tercera parte de los 68 países prioritarios para la Cuenta Regresiva gastan menos del umbral mínimo fijado por esta iniciativa, o sea, 45 dólares anuales por persona.

sí pueden convertirse en aliados a la hora de promover su propia salud y bienestar, así como la salud y el bienestar de sus familias.

Aun cuando la educación para la salud es crucial para fomentar prácticas y comportamientos saludables, tomar conciencia sobre la importancia de buscar ayuda médica y generar interés en adquirir nuevos conocimientos, también es indispensable que personas respetadas por las comunidades participen directamente en la prestación de los servicios. En Burundi, por ejemplo, las parteras tradicionales actúan como auxiliares del personal sanitario oficial en los partos institucionales y además atienden a las nuevas madres, que comparten con ellas sus alimentos y regalan en vez de pagarles sus servicios con dinero²⁰.

Los sistemas de salud también pueden conseguir el apoyo de las comunidades por medio de la inclusión, en lugar de la coerción. En el Ecuador, los encargados de la formulación de políticas adoptaron este mecanismo. En efecto, para propiciar una mayor participación de las mujeres indígenas en el desarrollo sostenible de la salud, integraron legalmente distintos enfoques interculturales en torno a la salud sexual y reproductiva. Esta estrategia podría ayudar a modificar la creencia de algunas mujeres indígenas en el sentido de que sus normas culturales, como dar a luz de pie o agachadas, les ha impedido beneficiarse de los servicios médicos modernos²¹.

La participación de los hombres y de otros miembros de la familia

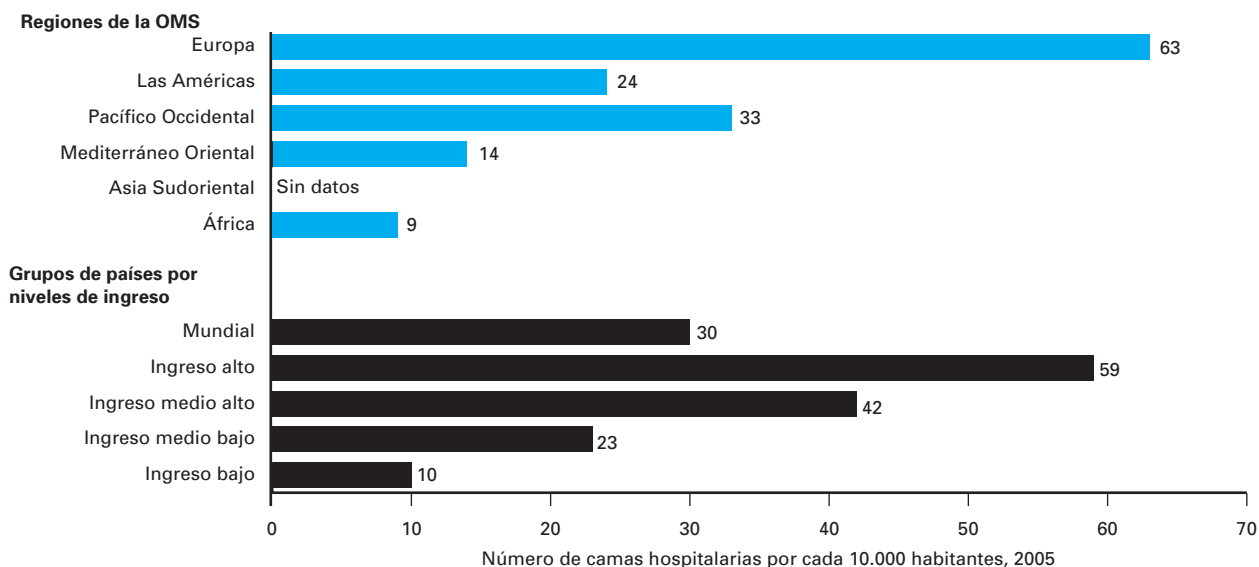
Lograr una mayor unidad de acción no solo exige la participación de más

mujeres, sino también la participación de los hombres. Los estudios sugieren que los hombres perciben muchísimas complicaciones que terminan en muertes maternas, pero que no siempre reconocen su propio papel en la prevención de esas muertes. Se requieren más investigaciones sobre la relación que existe entre el comportamiento de los hombres y la salud y supervivencia de las madres y los niños, pues la mayoría de las investigaciones actuales se centran en el acceso a los medios económicos, pasando por alto temas como la prevención de las enfermedades, los servicios sanitarios, la nutrición y otros factores determinantes de la salud²².

Así como es posible conseguir el apoyo de los progenitores, también se puede interesar a otros familiares y obtener su respaldo. En muchas sociedades donde los miembros de la

Gráfico 4.8

Los países de bajos ingresos solamente tienen 10 camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes



Fuente: Organización Mundial de la Salud, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008*, OMS, Ginebra, 2008, págs. 82-83.

Integración de los servicios de salud materna y neonatal en la India

El progreso de la India es definitivo para mejorar la salud materna y neonatal en los planos regional y mundial. Según las últimas estimaciones internacionales, la tasa de mortalidad materna en este país fue de 450 por cada 100.000 nacidos vivos en 2005, y la tasa de mortalidad neonatal fue de 39 por cada 1.000 nacidos vivos en 2004. Estas dos cifras muestran una reducción frente a los años anteriores. Pero a pesar del acelerado crecimiento de su economía –con un producto interno bruto real que aumentó a una tasa promedio anual superior al 9% en 2007-2008–, prevalecen las diferencias en materia de salud entre grupos con distintos niveles de ingreso y entre las distintas castas. Las desigualdades cada vez más acentuadas, en combinación con los precarios servicios de atención primaria de la salud y el creciente costo de los servicios sanitarios, complican los esfuerzos que realiza el Gobierno para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio sobre salud.

Con una población total de aproximadamente 1.100 millones de habitantes, una gran diversidad ambiental y sociocultural, y un complejo sistema político que comprende 28 estados y 7 territorios de la unión, los esfuerzos de la India para llevar servicios de salud a sus ciudadanos han sido, más que todo, descentralizados. El Gobierno de la India ha insistido en la necesidad de ampliar los servicios de salud primaria, que, de acuerdo con la Constitución, son competencia de los estados. A partir de 2000 empezó a impulsar con más fuerza la prestación de servicios de salud a las mujeres y los niños en zonas rurales y en estados con un desempeño pobre, como Bihar, Orissa y Rajastán. También ha promovido la atención privada de la salud, a la que poca gente sigue teniendo acceso, y el gasto en salud pública ha descendido a tan solo el 2% del producto interno bruto.

Para afrontar el problema de las crecientes disparidades, el Gobierno de la India se comprometió con el “crecimiento inclusivo”. Una iniciativa en este sentido es Janani Suraksha Yojana, un proyecto auspiciado por el Gobierno que forma parte de la Misión Nacional de Salud Rural y proporciona incentivos en dinero para que las mujeres embarazadas reciban atención médica prenatal, den a luz en establecimientos de salud y acudan a las consultas médicas posnatales. Estos beneficios están destinados a todas las mujeres embarazadas mayores de 19 años que viven por debajo de la línea de pobreza en 10 estados, y las cubre durante dos embarazos. Las mujeres que no están inscritas en el programa, pero que presentan complicaciones como parto obstruido, eclampsia o sepsis, también tienen derecho a beneficiarse. Adicionalmente, el programa incluye un mecanismo para acreditar y compensar a los profesionales privados que participan.

Un estudio de seguimiento efectuado en 2007-2008 en determinados distritos de Rajastán indicó que Janani Suraksha Yojana ha incrementado el acceso a la atención pre y posnatal. También reveló que 76 de las 200 participantes en el estudio, o sea, casi el 40%, eran niñas menores de 18 años, la edad legal para contraer matrimonio en la India. El programa, que prevé una vigilancia estrecha del Gobierno sobre la situación de las niñas y las mujeres, está logrando ampliar el acceso a los servicios de salud.

Algunos estados de la India también han formado alianzas con el sector privado. La escasez de personal médico calificado en el estado de Gujarat –uno de los más desarrollados del país– impulsó al gobierno estatal a unirse con los hospitales privados para brindar atención obstétrica gratuita a las mujeres embarazadas que viven en condiciones de pobreza extrema, especialmente las que

pertenecen a castas y tribus registradas. Chiranjeevi Yojana, que significa “un programa para una larga vida”, se puso en marcha en 2005 y funciona mediante un memorando de entendimiento entre el gobierno de Gujarat y obstetras privados. El gobierno paga 1.795 rupias (40 dólares) por cada parto, suma que incluye 200 rupias para el transporte de la paciente y 50 rupias para compensar la pérdida de ingreso de su acompañante.

En 2006, un estudio del Fondo de Población de las Naciones Unidas sobre Chiranjeevi Yojana reveló que el programa había ayudado a elevar el número de nacimientos en centros médicos, y que los profesionales privados se sentían muy satisfechos con su participación en la iniciativa. También hizo alusión a la renuencia de las pacientes a dar a luz en establecimientos de salud, y a la enorme influencia de los cónyuges y parientes en la toma de decisiones, lo que limita aún más las posibilidades de las mujeres de buscar atención médica. Entre las recomendaciones del estudio se cuenta la creación de un cuerpo independiente para garantizar el control de la calidad y la aplicación equitativa del programa.

La iniciativa del gobierno del estado de Gujarat se aleja de la práctica anterior, pues asumió la responsabilidad total por el reembolso a los profesionales privados de la salud, en lugar de depender de intermediarios y aseguradores. El gobierno estatal está trabajando con asociaciones de profesionales –por ejemplo, de obstetras– y con instituciones académicas para planificar y poner en práctica las nuevas disposiciones.

El programa, que comenzó en cinco distritos, ha tenido un éxito tan extraordinario que ya se está ejecutando en 25 distritos del estado de Gujarat. Entre enero de 2006 y marzo de 2008, 180 médicos se vincularon. Con un total de aproximadamente 100.000 partos, cada médico ha atendido un promedio de 540. Si bien esta ha sido una experiencia prometedora, se requieren una supervisión y una evaluación constantes para seguir mejorando y obtener los resultados que se buscan.

Véanse las referencias, pág. 112.



Reforzar e integrar la atención de la salud materna y neonatal requiere compromisos a nivel nacional e internacional, y alianzas mundiales en materia de salud entre organismos e instituciones. Con su pequeño hijo en brazos, una mujer sostiene una taza de alimento complementario, en Sierra Leona.

familia extensa viven muy cerca unos de otros, los parientes políticos y los familiares de mayor edad influyen en la toma de decisiones sobre la salud. En Malí, por ejemplo, la participación de las abuelas en la educación de la comunidad hizo que mucha gente tomara conciencia sobre la importancia de las prácticas adecuadas de nutrición para las madres y los bebés; los peligros que implica el trabajo pesado para las madres; y las consecuencias positivas de una mayor participación de los padres en el cuidado de sus parejas e hijos recién nacidos. El programa también ayudó a mejorar las relaciones entre las mujeres y sus suegras, permitiéndoles superar, en parte, la vergüenza y la desconfianza que habían levantado barreras entre ellas²³.

Medida 4: Garantizar una financiación equitativa y sostenible

Financiar servicios de salud de calidad plantea problemas tanto a los países industrializados como a los países en desarrollo. Aun cuando no existen umbrales acordados a nivel

internacional sobre el gasto mínimo total per cápita, la Cuenta Regresiva para 2015 calcula que un gasto inferior a 45 dólares per cápita es insuficiente para ofrecer servicios sanitarios básicos de calidad. De los 68 países prioritarios en cuanto a salud materna, neonatal e infantil identificados por la Cuenta Regresiva para 2015, 21 gastan menos de 45 dólares per cápita²⁴.

El gasto público en salud suele ser un factor determinante de la capacidad de los sistemas sanitarios. Los pobres resultados en salud, la escasez de personal y la precaria inversión en infraestructura sanitaria y logística son frecuentes en los países con tasas bajas de gasto per cápita²⁵. Datos de la Organización Panamericana de la Salud mostraron que, en 2004, el gasto promedio en salud pública en el conjunto de los países de bajos y medianos ingresos fue de apenas el 2,6% del producto interno bruto, un sensible contraste con respecto al gasto de los países de altos ingresos, a saber, casi el 7% del producto interno bruto. Una de las tasas más bajas de gasto fue la de Asia meridional:

solamente el 1,1% del producto interno bruto. Mientras que África subsahariana invierte una proporción ligeramente más alta de su producto interno bruto en salud (el 2,4% en 2004), solo unos pocos países de esta región están cumpliendo el compromiso de asignar el 15% de sus presupuestos nacionales al sector de la salud, que contrajeron en virtud de la Declaración de Abuja, en 2001²⁶.

Los países y los donantes reconocen cada vez más que la atención de la salud materna y neonatal es decisiva para un desarrollo social y económico equitativo. Incluso en zonas con pocos recursos, muchos gobiernos están explorando estrategias para ayudar a las familias a gestionar los costos de la atención neonatal y obstétrica de urgencia. Existen alternativas, como reducir o abolir los cargos directos a los usuarios; llevar a cabo iniciativas de protección social, como transferencias en efectivo y bonos condicionales o incondicionales; crear un seguro de salud nacional o comunitario; y subsidiar la prestación privada de servicios de salud para las familias pobres²⁷.

Entre las alternativas para una atención materna y neonatal más equitativa están aumentar los presupuestos para la salud, abolir los cargos directos a los usuarios, crear seguros y establecer programas de transferencias en efectivo.

Cargos directos a los usuarios

Un debate clave en materia de financiación de la salud tiene que ver con los cargos a los usuarios, un grave obstáculo en el acceso a los servicios de salud, especialmente para los pobres. Suprimir los cargos a los usuarios puede aumentar el acceso de la gente pobre a los servicios, como se ha comprobado en varios países del mundo en desarrollo que ya abolieron, o están en proceso de abolir, algunos o todos los cargos directos. Esos países van desde Burundi, en África oriental (*véase el recuadro en la pág. 83*), y Ghana, en África occidental, hasta algunos distritos de Nepal²⁸.

Todavía no se han evaluado sistemáticamente los efectos de la eliminación de los cargos a los usuarios en los países en desarrollo. Datos preliminares sugieren que en países donde la abolición de los cargos no estuvo respaldada por otras medidas –como aumentar los presupuestos nacionales para la salud, con una minuciosa planificación previa y la aplicación de determinadas estrategias–, los problemas de los sistemas sanitarios han crecido y el desempeño ha desmejorado. No obstante, en los países donde la eliminación de los cargos se planificó y gestionó cuidadosamente, hay signos de que la utilización de los servicios ha aumentado y de que los pobres son quienes más se han beneficiado, a pesar de que la incidencia de los gastos catastróficos en ese sector no bajó²⁹.

Las experiencias de Uganda y Sudáfrica han dejado una lección: para que la supresión de las tarifas sea eficaz, debe formar parte de un paquete más amplio de reformas, entre las cuales se cuentan elevar los

presupuestos para contrarrestar la pérdida de ingresos, mantener la calidad y responder a la mayor demanda. También se requiere una comunicación clara; la aprobación de las partes interesadas; una vigilancia eficaz para evitar que las tarifas no oficiales reemplacen a las oficiales; y una gestión adecuada de los mecanismos alternativos de financiación que reemplazan las tarifas que se cobran al usuario³⁰.

Se debe recalcar el hecho de que las tarifas no constituyen el único obstáculo que deben superar los pobres. Otras dificultades son las tarifas no formales; los costos de los medicamentos, los exámenes de laboratorio y las pruebas radiológicas que no proporcionan los establecimientos de salud; el transporte, la alimentación y el alojamiento; y los costos de los establecimientos médicos privados. Esto normalmente representa una proporción significativa de los costos totales que las familias tienen que pagar y afectan de una manera desproporcionada a los pobres³¹. Aparte de lo anterior, para que los pobres puedan acceder a servicios sanitarios de calidad es indispensable superar una serie de escollos culturales e informativos que los afectan tremendamente.

Pese a que las tarifas que se cobran a los usuarios son apenas una de las muchas trabas que encaran los pobres, son uno de los aspectos que más se prestan para tomar medidas de política. Como muestra la reciente experiencia de Uganda, la abolición puede tener un efecto catalizador, llevando a los gobiernos a abordar otros problemas, como la oferta y la adquisición de medicamentos, la asignación presupuestaria o la ges-

tión financiera, que plantean aún más obstáculos para el progreso³².

Desde luego que eliminar las tarifas no es fácil. Los países que aspiran a moverse en esta dirección requieren apoyo para planificar y aplicar este cambio de política. Así mismo, deben vincular la abolición de los cargos directos al usuario con medidas más amplias para fortalecer los sistemas de salud.

Se debe tener presente que el contexto para la supresión de las tasas reviste la mayor importancia, y que no existe una política que pueda responder a las necesidades de todos los países. Apoyar las decisiones sobre el curso de acción más apropiado exige analizar detenidamente la situación de cada país, las repercusiones en materia de equidad de las estrategias alternativas de financiación y prestación de servicios, y las múltiples complicaciones financieras y de otra índole que existen.

Seguros y transferencias

Los esquemas nacionales de seguros médicos, como el seguro social de Bolivia para la atención de la salud materna e infantil, tienen la capacidad de incrementar el acceso de las mujeres más pobres a los servicios prenatales y obstétricos³³. No obstante, es difícil ampliar este mecanismo en países con pocas oportunidades de empleo en el sector estructurado de la economía, ingresos bajos, familias dispersas y mínima infraestructura.

Los seguros médicos comunitarios, que funcionan menos estructuradamente y a menor escala que los regímenes de seguridad social, han elevado los nacimientos institucionales

Las estrategias de financiación y desarrollo deben tener en cuenta los contextos nacional y local, y prestar especial atención a los obstáculos indirectos para acceder a los servicios de salud, como los costos de transporte y las deficiencias de la infraestructura.

un 45% en Rwanda y un 12% en Gambia³⁴. Un esquema de participación en la financiación de los gastos en un distrito urbano de Burkina Faso elevó el número de remisiones de urgencia de 84 a 683 tan solo en el transcurso de un año³⁵. Sin embargo, es difícil ampliar estos esquemas para lograr una cobertura mayor. De hecho, se requiere apoyo de los gobiernos o de los donantes porque no se pueden autofinanciar fácilmente y dependen de una eficaz movilización de las comunidades.

Actualmente se está analizando la capacidad que tienen los programas de bonos y de transferencias condicionales de efectivo para generar demanda de determinados servicios entre los pobres. Gracias a las transferencias de efectivo, las consultas prenatales durante el primer trimestre del embarazo han aumentado un 8% entre las mujeres más pobres de México; en Honduras se ha observado un aumento de entre el 15% y el 20%³⁶. India ha ofrecido incentivos económicos para que las madres de grupos marginados de distritos prioritarios den a luz en unidades médicas para mujeres. Aunque estas iniciativas han incrementado el acceso a los servicios sanitarios, la salud de las madres no mejorará realmente mientras no mejore la calidad de los servicios de atención de la salud. Es preciso supervisar y evaluar permanentemente estas innovaciones financieras, a fin de que los encargados de formular políticas tomen decisiones bien fundamentadas sobre la ampliación de su escala.

Proveedores del sector privado

El sector privado se ha convertido en un importante proveedor de servicios

de salud, particularmente en Asia, pese a que la base de datos empíricos para evaluar su eficacia aún no está bien establecida y la mayor parte de las evaluaciones miden cambios a corto plazo en el comportamiento del proveedor, y no resultados en materia de salud u otras repercusiones sobre los beneficiarios. El sector privado es de naturaleza heterogénea y comprende una gran variedad de proveedores, incluidos curanderos y parteras tradicionales, hospitales vinculados a organizaciones religiosas, balnearios y empresas multinacionales que muchas veces funcionan sin control ni supervisión. En muchos países de bajos ingresos, los proveedores privados de servicios de salud trabajan en entornos donde los controles normativos –en forma de asociaciones profesionales, aplicación de las leyes o tributación– son débiles³⁷.

Es urgente prestar atención a la mezcla público-privada que ha surgido en los sistemas de salud, debido a que los planes no equitativos de financiación y la falta de reglamentación del sector privado pueden afectar los compromisos de los gobiernos con la atención de la salud, minar la confianza del público y acentuar las diferencias socioeconómicas. Hallazgos de estudios sobre los servicios privados en la India, Indonesia y México muestran las dificultades de evaluar la calidad en los sectores público y privado, y la importancia de tomar en consideración el contexto nacional antes de sacar conclusiones definitivas sobre cualquiera de los dos sectores³⁸. Los gobiernos enfrentan el reto de mejorar la reglamentación de los proveedores privados de servicios de salud, utilizando directrices internacionales para formular políticas nacionales que pre-

vean normas mínimas para la prestación de servicios como atención prenatal, gestión de los casos de VIH y SIDA, tasas máximas aceptables de partos mediante cesárea y otras cuestiones esenciales para la salud de la madre y del recién nacido.

Medida 5: Mejorar la infraestructura, el transporte, la logística, el sistema de suministros y el proceso de remisión

Fortalecer los sistemas de salud para mejorar la atención a la madre y al recién nacido conlleva inversiones en sectores que complementan los servicios básicos de la salud materna. Además de reforzar los sistemas de información, es imperativo ampliar la disponibilidad de recursos humanos; promover la movilización social; crear mecanismos de financiación equitativa; y mejorar la infraestructura, el sistema de suministro, la logística, el transporte y el proceso de remisión de pacientes. Es urgente hacer inversiones más cuantiosas para aumentar el número de establecimientos sanitarios, sobre todo en países con bajos ingresos. Según las últimas estimaciones de la OMS, mientras que en los países de bajos ingresos solamente hay 10 camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes, en los países con ingresos más altos hay casi seis veces más³⁹.

En los lugares que cuentan con centros de salud, los gobiernos y otros organismos de supervisión deben asegurarse de que funcionen adecuadamente y reciban un buen mantenimiento. En los lugares de Uganda donde se han registrado descensos en la mortalidad materna, una ins-

Mejorar la calidad de la atención es importante no solo por seguridad y bienestar, sino también para que aumente la utilización de los servicios de salud.

pección de los centros médicos que ofrecen atención obstétrica de urgencia reveló que, en 54 de los 56 distritos del país, más del 97% de los establecimientos que debían prestar servicios básicos de emergencia no estaban en capacidad de hacerlo. La falta de agua corriente, de electricidad y de instalaciones adecuadas figuraban entre los mayores impedimentos para la prestación de los servicios⁴⁰. Es urgente efectuar nuevas inspecciones para garantizar la modernización de las instalaciones existentes y la construcción de otras que cumplan los requisitos de sostenibilidad. Una prioridad adicional es financiar los suministros médicos, incluyendo los medicamentos esenciales. La lista interinstitucional de las Naciones Unidas de medicamentos esenciales para la salud reproductiva es una guía útil sobre la cantidad mínima de medicamentos eficaces y a bajo costo de los cuales se debe disponer⁴¹.

Los planes para desarrollar la infraestructura sanitaria deben contemplar el mejoramiento de los sistemas de transporte. Esto ayudará a las mujeres y a los niños a acceder a los servicios de salud ordinarios y de emergencia y, en algunos lugares, facilitará la labor de los equipos sanitarios móviles. Algunos programas ejecutados en la India (*véase el recuadro en la pág. 85*) y en zonas rurales de Nepal sirven de ejemplo sobre la manera como se deben ofrecer incentivos para financiar el transporte de las mujeres embarazadas⁴².

Mejorar la infraestructura del transporte también ayudará a mejorar el proceso de remisión. Este sigue siendo un aspecto desatendido de los servicios maternos y neonatales de

emergencia y, en general, de los sistemas de salud, a pesar de ser crucial para la supervivencia de las madres y los recién nacidos.

Reducir el lapso entre la orden de remisión y el momento en que las pacientes llegan a los centros de especialistas suele ser decisivo para su supervivencia. Un estudio efectuado en el estado rural de Maharashtra, en el occidente de la India, indicó que las mujeres que fallecieron por complicaciones habían tenido que recorrer una distancia de 3 kilómetros para acceder a los servicios generales de salud, en tanto que las mujeres que sufrieron complicaciones similares, pero sobrevivieron, habían recorrido una distancia de 2,5 kilómetros. Por otra parte, la distancia para acceder a tratamiento para las complicaciones del parto fue de 63,5 kilómetros para las mujeres que murieron y de 39,3 kilómetros para las que sobrevivieron. Según un estudio realizado en Karnataka, India, la remisión a centros obstétricos de emergencia se caracterizaba por múltiples intentos, a menudo descoordinados e infructuosos, por obtener una atención eficaz de una gama de servicios gubernamentales ineficientes, al igual que de proveedores tanto informales como privados. Si bien las redes oficiosas ponían en comunicación a los proveedores privados, los servicios gubernamentales carecían de mecanismos de retroinformación sobre el proceso de remisión de pacientes⁴³.

Para responder a las necesidades y brindar una atención eficaz, los sistemas de remisión deben garantizar, como mínimo: comunicación entre las unidades médicas, a fin de prepa-

rarse para atender los casos graves; transporte y estabilización clínica de los pacientes; acompañamiento durante el proceso de remisión; seguimiento de todos los casos; y capacidad de llevar los servicios al paciente cuando trasladarlo implique un gran riesgo. En términos generales, los sistemas de remisión deben evaluar las necesidades de la población y las posibilidades y recursos del sistema de salud; promover una colaboración activa entre los distintos niveles de derivación de casos y entre sectores; formalizar los acuerdos sobre comunicación y transporte; elaborar protocolos tanto para las entidades que remiten a los pacientes como para las que los reciben; garantizar la rendición de cuentas por concepto del desempeño del proveedor y de la supervisión; proteger contra los sobrecostos financieros; y establecer indicadores de eficiencia de los servicios.

Medida 6: Mejorar la calidad de la atención

Las definiciones de una atención materna y neonatal de calidad han pasado de un enfoque exclusivo en los resultados biomédicos a un enfoque más inclusivo, que también toma en consideración los derechos y la satisfacción de los pacientes; las normas; la equidad en la prestación de los servicios; y las responsabilidades y derechos de las instituciones médicas y de los trabajadores del sector de la salud. Una atención de buena calidad proporciona un mínimo nivel de cuidados a todos los recién nacidos y a todas las mujeres durante el embarazo y el intraparto, al tiempo que brinda atención médica de urgencia y servicios más especializados a quienes los

El fortalecimiento de los sistemas de salud requiere entornos propicios y una firme voluntad política.

requieren. El propósito de esta atención debe ser lograr los mejores resultados médicos posibles; satisfacer a los proveedores, a los pacientes y a las familias; mantener una gestión financiera sólida y un buen desempeño de las funciones directivas; y perfeccionar los servicios existentes con el objeto de elevar el nivel de la atención que se dispensa a todas las mujeres⁴⁴.

Mientras que los sistemas de salud de los países industrializados y de medianos ingresos posiblemente necesitan reformas para poder ofrecer servicios más asequibles y de mejor calidad a las madres y a los recién nacidos, los sistemas de salud que están surgiendo seguramente incorporarán la calidad de la atención en sus nuevos programas. Por ejemplo, en Côte d'Ivoire se puso en marcha, en 2000, un programa para integrar la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo en los servicios de salud materna existentes. De acuerdo con un estudio reciente, este programa ha mejorado la calidad general de la atención en muchas esferas, incluyendo la administración de oxitocina durante la tercera fase del trabajo de parto y el examen del útero después del parto⁴⁵. Programas como éste brindan a los trabajadores sanitarios la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos, asumir mayores responsabilidades y, lo más importante, salvar vidas.

En países tan diferentes como Malí, el Perú y Viet Nam, diversas organizaciones han recalcado la necesidad de ofrecer servicios obstétricos de emergencia como parte de las medidas tendientes a mejorar la calidad de la atención. Estas medidas han mejorado y simplificado los mecanismos de vigilancia y presentación de informes, han

ayudado a elaborar protocolos y a definir normas de un modo inclusivo y participativo, y han propiciado la competencia a través de la capacitación basada en destrezas y de una continua supervisión de apoyo. El trabajo en equipo se ha facilitado gracias a los sistemas mejorados de comunicación y remisión, y se han tenido en cuenta las preocupaciones y los derechos de las mujeres. Adicionalmente, se han concertado alianzas con las comunidades y se ha dado autonomía a los proveedores para buscar soluciones innovadoras a los problemas⁴⁶.

Para que estas medidas tengan éxito, se requiere el apoyo y la implicación del personal directivo superior. Evaluaciones realizadas por Health Workers for Change encontraron que los cambios en el plano local no se cimentaban en medidas de política de un nivel más alto⁴⁷. Los problemas que exigen niveles superiores de rendición de cuentas o modificación de políticas —puestos vacantes y traslados, discreción financiera por parte del personal, formularios para la presentación de informes y disponibilidad de insumos vitales, como sangre— pueden afectar la calidad de los procesos y, por lo tanto, repercutir desfavorablemente en la atención de la salud materna. Los agentes de salud no pueden efectuar cambios, ni se les debe responsabilizar por la falta de cambios, cuando los administradores de salud y los dirigentes que orientan las políticas no apoyan el entorno laboral.

Desarrollar sistemas de salud: Razones que justifican el trabajo basado en la colaboración

Los gobiernos nacionales y los organismos locales e internacionales

conciernen cada vez más en que los elementos clave para el desarrollo de los sistemas de salud son mejorar la base de datos empíricos, aumentar y mejorar la dotación de personal sanitario, modernizar y ampliar la infraestructura y la logística, buscar soluciones financieras equitativas y estimular la demanda de servicios de calidad por medio de la movilización social.

Así mismo, cada vez hay mayor consenso sobre las ventajas de ampliar los conjuntos integrados de servicios esenciales y de aprovechar las alianzas comunitarias para brindar servicios de salud materna y neonatal. Por último, también existe el compromiso —como indican este informe y el del año anterior— de crear un entorno propicio para la salud y la supervivencia de las madres, los recién nacidos y los niños, que respete y promueva sus derechos.

Convertir las promesas en acciones requerirá más que palabras enérgicas y compromisos firmes. Exigirá, nada menos, que los gobiernos nacionales, la comunidad internacional para el desarrollo, las organizaciones de la sociedad civil, el sector privado, las familias y las comunidades asuman concertadamente la responsabilidad de mejorar la salud de las madres y de los recién nacidos, tomándola como un barómetro del respeto nacional e internacional por los derechos humanos y el compromiso con el progreso de la humanidad. El capítulo 5 examina algunas de las alianzas que están impulsando este proceso, y ofrece sugerencias para afianzarlas y lograr que cada vez sean más fructíferas.

5 Trabajar de manera coordinada en beneficio de la salud de la madre y del recién nacido



Mejorar la salud de la madre y del recién nacido exigirá colaboración, compromiso y creatividad. En las actividades internacionales y nacionales para superar las dificultades que conlleva la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otras metas internacionales se observa un creciente espíritu de cooperación. Es hora de aplicar a la salud materna y neonatal los mismos recursos y la misma determinación y capacidad de innovación que han permitido obtener éxitos rápidos y sostenidos en muchos aspectos de la supervivencia infantil. El último capítulo del Estado Mundial de la Infancia de 2009 examina los programas y las alianzas de colaboración que buscan crear ambientes propicios, establecer esquemas de atención continua de la salud y fortalecer los sistemas sanitarios, a fin de mejorar la salud de las madres y sus hijos recién nacidos. También explora maneras de fomentar la colaboración, aumentar la eficacia de la ayuda al desarrollo y aplicar los recursos y el compromiso a la obtención de resultados concretos.

Ya se recorrió la mitad del camino para conquistar los Objetivos de Desarrollo del Milenio sobre la salud. El balance de los logros realizados hasta la fecha ha sido dispar. En los últimos años se han hecho grandes esfuerzos para acelerar los progresos en materia de salud de la madre, del recién nacido y del niño; coordinar las actividades; y ampliar la escala de las intervenciones esenciales. Se han registrado éxitos concretos, particularmente en la reducción del número de defunciones de niños de 29 días de nacidos a 5 años de edad (el período posnatal) en muchos países en desarrollo. La asistencia internacional para la salud materna, neonatal e infantil se ha incrementado, estimulando flujos de asistencia más altos, fortaleciendo las alianzas y consolidando los marcos de acción.

El reto es multiplicar estos logros durante los años que faltan para 2015, y más allá. Se debe prestar especial atención a las necesidades de África y Asia, los continentes con la mayor carga de mortalidad materna y neonatal. En todas las regiones en

desarrollo, incluidas las que se hallan en camino de alcanzar todos o algunos ODM sobre salud, hay países, comunidades y grupos socioeconómicos que van a la zaga y que, por lo tanto, deben trabajar con más ahínco para mejorar las condiciones de salud de las madres y de los recién nacidos.

Es fundamental trabajar de una manera coordinada. Mejorar la salud materna y neonatal requerirá acciones creativas, constantes y concertadas a nivel macro, a fin de crear ambientes propicios para las mujeres y las niñas, establecer un esquema de atención continua de la salud y fortalecer los sistemas sanitarios.

Este informe ha reiterado una verdad ampliamente conocida: las causas de la mortalidad materna y neonatal no tienen nada de misterioso. Las razones por las cuales las mujeres y los bebés mueren durante el embarazo y el parto –y por las cuales millones de niños y niñas pierden la vida durante los primeros 28 días de vida– se comprenden perfectamente. Abordar esas causas requiere datos y análisis de alta calidad, además de estrategias sólidas, recursos adecuados, compro-

miso político y alianzas de colaboración. Como se expuso en capítulos anteriores, corregir las debilidades de los sistemas sanitarios de los distintos países requiere acciones concretas por parte de cada país. Esas acciones dependen de sus características, sus políticas y sus funciones de costos específicas, así como también de la creación de un entorno favorable para la salud de la madre y del recién nacido, basado en el respeto por los derechos de las mujeres y los niños.

Para ello, el último capítulo del *Estado Mundial de la Infancia 2009* se centra en la reciente evolución de las alianzas mundiales en materia de salud y examina brevemente tres esferas clave: colaboración, eficacia de la ayuda al desarrollo, recursos y compromiso con el logro de resultados.

Fortalecer la colaboración

En los últimos años han aumentado las alianzas mundiales en materia de salud, gracias, por una parte, al papel preponderante que atribuye a la colaboración el ODM 8 –que busca crear una alianza mundial para el desarrollo– y, por otra parte, al Consenso de

Monterrey sobre la Financiación para el Desarrollo de 2002. Estas iniciativas están produciendo efectos cruciales en varios campos pero, sobre todo, en la investigación, la evaluación, la prevención y el tratamiento de enfermedades transmisibles como el SIDA, la tuberculosis, el sarampión y el paludismo.

Un ejemplo tiene que ver con el sarampión. Según informes de 2007, África registró un descenso del 91% en las muertes por sarampión entre 2000 y 2006. El esfuerzo concertado de los gobiernos nacionales y los aliados internacionales para ampliar el alcance de las campañas de vacunación contra el sarampión llevó a este éxito sin precedentes¹.

La prevención del paludismo también se está abordando mediante la distribución de mosquiteros tratados con insecticida, a los cuales la población tiene cada vez más acceso, sin costo alguno, por medio de campañas a gran escala. Se han registrado avances en la lucha contra el VIH y el SIDA en muchos frentes. En 2007, el 33% de los 1,5 millones de mujeres embarazadas VIH positivas que, según cálculos, vivían en países de bajos y medianos ingresos, recibieron terapia antirretroviral para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos, en comparación con el 15% en 2005. Así mismo, el número de niños que recibieron terapia antirretroviral casi se ha triplicado, de 75.000 en 2005 a 200.000 en 2007².

Los anteriores son apenas dos ejemplos de que la acción coordinada entre los gobiernos nacionales y los aliados internacionales puede mejorar de maneras concretas las vidas de las madres, los recién nacidos y los niños pequeños.

En los últimos años, las iniciativas y las alianzas mundiales en materia de salud han hecho hincapié en la salud de la madre y del recién nacido. Esto ha dado lugar a una serie de iniciativas de colaboración que complementan las actividades de las alianzas de larga data para agilizar los avances hacia el logro del ODM 5.

Pero el incremento en el número de alianzas mundiales para la salud materna, del recién nacido y del niño no está exento de obstáculos. Dependiendo de la definición que se utilice, existen más de 100 alianzas mundiales para la salud, y algunos países en desarrollo han manifestado tener dificultades debido al gran número de iniciativas³. Más aún, aunque hay acuerdo en que es imperativo establecer un esquema efectivo de asistencia continua de la salud de la madre, del recién nacido y del niño, el reto sigue siendo complementar las corrientes verticales de asistencia dedicadas a intervenciones para enfermedades específicas con el fortalecimiento de los enfoques integrados, en combinación con el desarrollo de sistemas sanitarios.

Un desafío fundamental para los próximos años es integrar el trabajo de las alianzas mundiales en materia de salud con miras a definir esquemas nacionales de atención continua. Varios donantes bilaterales ya están tomando medidas para armonizar su colabora-



© UNICEF/HQ07:1314/Antia Khemka

La atención integral de la salud reproductiva; los servicios sanitarios especializados durante el embarazo; la asistencia de una partera capacitada, una enfermera o un médico durante el alumbramiento; y la atención obstétrica de emergencia en caso de presentarse complicaciones que pongan en peligro la vida deben estar al alcance de las mujeres embarazadas y los recién nacidos. Una doctora dirige una sesión de capacitación para estudiantes de enfermería, como parte de la Iniciativa en pro del Derecho de la Mujer a la Vida y la Salud, en el Pakistán.

Trabajar en forma conjunta para mejorar la salud materna y neonatal

por Sarah Brown, patrocinadora de The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood y esposa de Gordon Brown, Primer Ministro del Gobierno del Reino Unido.

Gran parte de la labor que he realizado en los últimos años ha estado dedicada a programas de prevención que buscan mejorar la salud de los bebés prematuros y de los niños que llegan al mundo luego de embarazos difíciles. Trabajando de manera coordinada, la comunidad médica del mundo en desarrollo está perfeccionando una serie de intervenciones para que los bebés que nacen en circunstancias difíciles reciban la atención que necesitan durante las primeras cruciales etapas de su vida y logren sobrevivir y gozar de una buena calidad de vida.

No obstante, la situación de la supervivencia infantil en el mundo en desarrollo es tremendamente distinta de la de los países industrializados, como el Reino Unido. Como representante de la Junta Asesora Internacional de la Escuela Real de Obstetras y Ginecólogos, conozco de primera mano los programas de capacitación que la Escuela Real dirige en numerosos países de África y Asia, y puedo afirmar que no es posible empezar a salvar las vidas de los bebés y los niños más vulnerables sin velar, primero que todo, por la salud de sus madres.

El motivo es sencillo: las madres son quienes crían a sus hijos, los alimentan, los matriculan en la escuela y los hacen vacunar. En cambio, los niños que quedan huérfanos de madre tienen casi cinco veces más probabilidades de morir durante sus primeros años de vida que aquellos que aún tienen a sus madres, y los recién nacidos cuyas madres fallecen tienen diez veces más probabilidades de morir.

La gravedad de este problema se pone de manifiesto al revisar las cifras anuales de muertes maternas, que en 20 años han cambiado muy poco. Este año morirán en todo el mundo más de medio millón de mujeres durante el embarazo y el parto, y casi todas esas muertes tendrán lugar en los países más pobres. Adicionalmente, por cada madre que muere, 20 mujeres quedan con lesiones y discapacidades a consecuencia de complicaciones durante el alumbramiento.

Es vital que todos –los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones confesionales, las empresas del sector privado y las personas comprometidas– trabajemos hombro a hombro para garantizar que en todos los países y en todas las comunidades del mundo las mujeres tengan acceso a servicios esenciales de atención primaria de la salud y sean tratadas por trabajadores sanitarios calificados. Esto es lo que permitirá salvar las vidas de las madres y, por lo tanto, aumentar la probabilidad de supervivencia de los recién nacidos y los niños pequeños que, de otro modo, correrían un alto riesgo de perder la vida.

Si comprendemos esto, podremos salvar vidas en todas las etapas del ciclo vital. El Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, mejorar la salud materna, es el eje alrededor del cual giran todos los ODM. En el marco de un proceso continuo de prestación de servicios de salud, el acceso a personal sanitario capacitado es esencial para las madres y sus hijos. Las mujeres dan a luz en condiciones de seguridad cuando tienen acceso a atención prenatal y a asistencia calificada durante el alumbramiento y el período crítico del posparto. Los establecimientos sanitarios bien dotados y atendidos por personal idóneo se asegurarán de que los bebés reciban las vacunas esenciales y dispongan de los medicamentos necesarios para evitar que mueran a causa del paludismo o la neumonía.

Pero las soluciones verticales no bastan. Todas las organizaciones dedicadas a erradicar la pobreza y las enfermedades, y a mejorar la

atención médica y la educación, deben hacer cuanto esté a su alcance para integrar la prestación de los servicios. Debemos maximizar la eficacia de los recursos, de por sí limitados, y responder a las auténticas necesidades locales. Ya hemos visto que los servicios de salud eficaces mejoran la calidad de vida de la gente. Esto es una realidad.

Japón redujo su tasa de mortalidad materna en dos terceras partes durante la década siguiente a 1945. Logró este resultado con ayuda de trabajadores sanitarios de las comunidades que prestaban atención médica de manera continua desde el embarazo hasta el momento en que el niño entraba a la escuela. Un manual del cual los japoneses se sienten justamente orgullosos instruyó a las madres sobre sus derechos y la importancia de una atención de salud de buena calidad. Otro factor que contribuyó a este resultado fue la voluntad política y un impulso que continúa incluso hoy en día. Los dirigentes internacionales son decisivos para promover esta causa y canalizar los recursos hacia la salud materna.

Hoy, cuando se aproxima el año 2015, es decir, el plazo fijado para el cumplimiento de los ODM, es posible efectuar cambios a nivel mundial. Nunca antes se había prestado tanta atención a este tema ni había recibido apoyo de tantas fuentes del mundo entero. Por primera vez en una reunión de tan alto nivel, la salud materna formó parte del programa de la Cumbre del G-8 que se llevó a cabo este año en el Japón.

Pero debemos comprender que los gobiernos no pueden reducir drásticamente las tasas de mortalidad por sí solos. Las organizaciones no gubernamentales están dando a la salud materna un carácter prioritario y están colaborando cada vez más. Se están vinculando a organizaciones comunitarias, como White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, cuyos miembros han promovido esta causa en más de 90 países. Se ha visto un excelente comienzo por parte de los obstetras, los ginecólogos y las parteras de todo el mundo. Sus organizaciones profesionales, dirigidas por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y la Confederación Internacional de Parteras, están comprometidas a trabajar mancomunadamente para ayudar a los países en desarrollo a formar a los trabajadores sanitarios en atención prenatal, obstétrica e infantil.

Todos podemos hacer algo para reducir la mortalidad materna. Las personas pueden promover el cambio; las comunidades pueden crear conciencia entre sus hombres y mujeres; y las organizaciones no gubernamentales, las entidades del sector privado y los gobiernos pueden trabajar en forma conjunta para encontrar soluciones prácticas.

Propongámonos aplicar nuestros talentos y trabajar unidos para profundizar en la salud de la madre y el niño en todo el mundo.

Debemos trabajar de una manera coordinada para que todos los países y todas las comunidades tengan acceso a personal sanitario calificado, y para que todos los gobiernos aprovechen ese talento.

Debemos esto a los millones de madres que murieron innecesariamente en el transcurso de los últimos 20 años. Debemos esto a los miles de mujeres embarazadas que todos los días dan a luz con el temor de perder la vida.

Debemos esto a la próxima generación de niños que nacerán en los países más pobres del mundo. Niños y niñas que necesitarán y merecerán tener a sus madres.

ción e incrementar la eficacia de sus contribuciones por medio de alianzas, entre las cuales están la Campaña Mundial para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Relacionados con la Salud, dirigida por el Gobierno de Noruega; Providing for Health Initiative, dirigida por Alemania y Francia; la Iniciativa Catalizadora para Salvar 1 Millón de Vidas, dirigida por el Canadá; y Oportunidad para Fortalecer los Sistemas de Salud de GAVI.

Por su parte, la labor de los ocho principales organismos internacionales de salud –la Organización Mundial de la Salud; UNICEF; el Banco Mundial; la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI); el Fondo de Población de las Naciones Unidas; el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA); el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo; y la Fundación Bill y Melinda Gates– ha progresado gracias a la intensificación del diálogo por medio del Grupo de los Ocho para la Salud (H8). El H8, cuya sesión inaugural se llevó a cabo en julio de 2007, se reúne dos veces al año para analizar las dificultades que plantean la expansión de las intervenciones sanitarias clave y la aceleración del progreso hacia el logro de los ODM relacionados con la salud⁴.

La Alianza Sanitaria Internacional, creada en septiembre de 2007, es una iniciativa de coordinación que reúne a los gobiernos, los donantes y los organismos internacionales para armonizar sus actividades y apoyar los planes nacionales de desarrollo de la salud. Los pactos nacionales y mundiales son los mecanismos cruciales por medio de



© UNICEF/ALBA000331/Giacomo Pirozzi

Una fuerte inversión pública en el sistema de salud, un compromiso firme y un trabajo unificado a nivel nacional e internacional permitirán elevar las tasas de supervivencia de las madres y de los recién nacidos, así como también mejorar su salud. Una enfermera atiende a un recién nacido en un centro de salud materno-infantil que recibe apoyo de UNICEF, en Albania.

los cuales la alianza respalda este proceso. En agosto de 2008, Etiopía se convirtió en el primer país en firmar un pacto entre el Gobierno y los aliados con la Alianza Sanitaria Internacional; Mozambique también apoyó un pacto nacional en septiembre de 2008, y otros países de África y Asia suscribirán acuerdos en los próximos meses⁵.

Mejorar la eficacia de la ayuda internacional al desarrollo

Varios foros de alto nivel se han propuesto abordar la cuestión de la eficacia de la ayuda al desarrollo. A raíz de la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo de

2005, se establecieron una serie de prácticas para las alianzas mundiales en materia de salud, que se centran en la armonización de las iniciativas, la alineación del apoyo con las estrategias y los sistemas nacionales, la identificación con el país, la responsabilidad mutua y la gestión enfocada hacia los resultados. El Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos también respondió a la necesidad de brindar una mayor orientación práctica. En septiembre de 2008 se realizó el Tercer Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo, en Accra, Ghana. El Programa de Acción de Accra, que recibió el apoyo de

Alianzas mundiales clave para la salud de la madre y del recién nacido

En los últimos años han surgido alianzas mundiales en materia de salud que buscan responder a las necesidades sanitarias de las madres y los recién nacidos y recaudar recursos para esta causa. A continuación se describen algunas de las más importantes.

- **Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño.** Esta alianza mundial se creó en septiembre de 2005 con el objeto de reunir a organismos dedicados a la salud materna, neonatal e infantil en una asociación de aproximadamente 240 grupos. Con sede en Ginebra y administrada desde esta misma ciudad por la Organización Mundial de la Salud, trabaja para lograr inversiones más cuantiosas y el compromiso de salvar vidas maternas e infantiles. En julio de 2008 hizo un llamamiento mundial a los dirigentes del G-8 para que financiaran servicios de salud básicos para las mujeres, los recién nacidos y los niños pequeños, y urgió a las organizaciones y a los individuos a aprobar sus solicitudes de inversión y liderazgo político.
- **Deliver Now for Women and Children Campaign.** Coordinada por la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, constituye una nueva estrategia de promoción para eliminar la mortalidad maternoinfantil y mejorar la salud de las mujeres y los niños de todo el mundo. Es una respuesta al atraso del mundo con respecto al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio sobre reducción de la mortalidad maternoinfantil.
- **Campaña Mundial en favor de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Materia de Salud.** Fue puesta en marcha el 26 de septiembre de 2007 por el Primer Ministro de Noruega, Jens Stoltenberg, en la Iniciativa Mundial Clinton, en Nueva York. Recibe apoyo de varios gobiernos, incluidos los de Alemania, Canadá, Francia, Noruega y el Reino Unido, así como el apoyo de reconocidas organizaciones de salud y promoción a escala mundial. Otorga especial importancia a la salud de las mujeres y los niños, "cuyas necesidades siguen siendo las más desatendidas". La Campaña Mundial agrupa varias iniciativas conexas, entre ellas:
 - **Alianza Sanitaria Internacional.** Formada en Londres en septiembre de 2007 por el Primer Ministro del Reino Unido, Gordon Brown, su propósito es ayudar a crear sistemas nacionales de salud en algunos de los países más pobres del mundo.
 - **Iniciativa Catalizadora para Salvar 1 Millón de Vidas.** Puesta en marcha en noviembre de 2007 por el Primer Ministro del Canadá, Stephen Harper, busca fortalecer los sistemas sanitarios capacitando a trabajadores de salud en primera línea y prestando servicios médicos a precios asequibles a los miembros de las comunidades locales.
 - **Innovative Results-Based Financing.** Iniciada por Noruega y el Banco Mundial en noviembre de 2007, se propone encontrar los mecanismos más económicos para obtener mejores resultados en materia de salud.
 - **Providing for Health Initiative.** Creada por Alemania y Francia en 2008, propugna el fortalecimiento de los siste-

mas sanitarios aplicando mecanismos apropiados de protección social de la salud con miras a lograr la cobertura universal.

- **Women Deliver.** Se formó en Londres en octubre de 2007 para celebrar el vigésimo aniversario de las iniciativas mundiales destinadas a reducir las altas tasas de mortalidad materna y neonatal, y las altas tasas de discapacidad derivadas de complicaciones durante el embarazo y el parto en el mundo en desarrollo –y para aplicar los conocimientos adquiridos tras dos décadas de estudio y experiencia. Esta iniciativa tiene por objeto reenfocar la salud materna como un derecho humano básico y como una estrategia integral para conseguir un desarrollo justo, reducir la pobreza y garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. Family Care International se ocupa de la organización.
- **Saving Newborn Lives.** La finalidad de este programa de Save the Children es elevar las tasas de supervivencia de los recién nacidos en países con altas tasas de mortalidad. Desde 2000, cuando se puso en marcha, ha beneficiado a más de 20 millones de madres y recién nacidos con servicios sanitarios esenciales en 18 países de Asia, África y América Latina.
- **The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood.** Se trata de una agrupación de individuos y organizaciones internacionales que promueven la seguridad durante el embarazo y el parto para todas las mujeres. Sus miembros trabajan en sus propios países haciendo que sus gobiernos y otras organizaciones internacionales den a este tema un carácter prioritario.
- **The Initiative for Maternal Mortality Programme Assessment (IMMPACT).** Es una iniciativa mundial de investigación cuyo interés radica en promover una mejor salud para las futuras madres en los países en desarrollo. Llevando a cabo estudios sobre diferentes estrategias y evaluando su eficacia y el valor de la ayuda en relación con la inversión, se propone perfeccionar la medición y las pruebas justificativas que servirán para evaluar el potencial de cada estrategia.
- **Cuenta Regresiva para 2015.** Esta iniciativa fue puesta en marcha en 2005 por un grupo de científicos, planificadores de políticas, activistas e instituciones para hacer seguimiento a los progresos hacia el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4. Una conferencia dio a conocer datos sobre la cobertura de las iniciativas de supervivencia infantil en 60 países prioritarios. La segunda conferencia, efectuada en abril de 2008, amplió el mandato de esta iniciativa para incluir la supervivencia materna y neonatal, y el número de países en los informes se elevó a 68.
- **Averting Maternal Death and Disability.** Este programa mundial dirigido por la Escuela Mailman de Salud Pública de la Universidad de Columbia, en Nueva York, contribuye a reducir la mortalidad y la morbilidad maternas mediante la investigación, la promoción, el análisis de políticas y el apoyo a los programas. En los últimos años ha funcionado en cerca de 50 países del mundo en desarrollo.

Véanse las referencias, pág. 112.

El aumento de los flujos de recursos financieros a este sector complementa el compromiso político e institucional con la salud de la madre y del recién nacido.

quienes participaron en el Foro y profundizó el compromiso, destacó la necesidad de acelerar la eficacia de la ayuda en tres esferas clave: fortalecimiento del sentido de identificación de los países, formación de alianzas más eficaces e inclusivas y enfoque en resultados en el ámbito del desarrollo –además de la necesidad de responsabilizarse abiertamente de ellos.

El Programa de Acción de Accra recomendó a las alianzas adoptar cinco principios fundamentales para mejorar la eficacia de la ayuda al desarrollo, a saber:

- **Reducir el costo de la fragmentación de la ayuda**, fomentando la complementariedad de las iniciativas de los donantes y promoviendo una división más adecuada del trabajo de los aliados. En junio de 2009 comenzarán los debates sobre la manera de distribuir mejor el trabajo entre los países.
- **Incrementar el valor de la ayuda en relación con el dinero**, desvinculando la asistencia, promoviendo las adquisiciones a nivel local y regional y respetando los acuerdos internacionales sobre responsabilidad social empresarial.
- **Trabajar con todos los agentes de desarrollo**, reconociendo la importancia de la cooperación Sur-Sur, alentando a los países en desarrollo a utilizar sus programas de cooperación internacional para ayudar a otros países en desarrollo y reforzando la cooperación triangular. Es de suma importancia que los fondos y los programas mundiales apoyen el sentido de identificación de los países, armonicen su ayuda,

garanticen la responsabilidad mutua y continúen centrándose en el logro de resultados.

- **Fortalecer las relaciones con las organizaciones de la sociedad civil**, invitándolas a analizar la manera en que podrían aplicar los principios de la Declaración de París a sus propias actividades, vincularse a un proceso con múltiples interesados a fin de promover la eficacia de su desarrollo y crear ambientes propicios para optimizar sus contribuciones al desarrollo.
- **Adaptar las políticas de asistencia a los países en situación de fragilidad**, vigilando la aplicación de los Principios para el Compromiso Internacional en Estados Frágiles y en Situaciones de Fragilidad, analizando la situación y la capacidad

conjunta, fomentando la colaboración entre los donantes y los gobiernos nacionales para la formulación de una serie de objetivos prácticos que aborden las causas de los conflictos y la fragilidad, impulsando la participación de las mujeres y trazando modalidades de financiación flexibles, rápidas y a largo plazo⁶.

Estas acciones revisten particular importancia para las alianzas mundiales en materia de salud, debido a que los donantes y los países aliados eligieron el sector de la salud para supervisar los avances en la aplicación de la Declaración de París. Ya se están adoptando medidas para consolidar y armonizar la ayuda dirigida al sector de la salud. Entre los avances más importantes cabe mencionar los siguientes: mayor hincapié en los

Gráfico 5.1

Iniciativas mundiales clave que buscan fortalecer los sistemas de salud y ampliar la escala de las intervenciones esenciales



Fuente: Alianza Sanitaria Internacional, <www.internationalhealthpartnership.net/ihp_plus_about_initiatives.html>, consultado el 1 de septiembre de 2008.



Invertir recursos nacionales e internacionales para formar personal calificado, y retenerlo, es vital para mejorar la salud de las madres y los recién nacidos. Una cinta métrica y un estetoscopio fetal tradicional reposan sobre una mesa de examen en un pabellón de maternidad que presta servicios prenatales, neonatales y de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, en Nigeria.

enfoques armonizados, el fomento de la capacidad y la financiación basada en resultados; pactos de responsabilidad mutua en varios países; mayor armonización y alineación de la ayuda; adopción de principios básicos de las alianzas mundiales en materia de salud para las operaciones a nivel de países; y designación del H8 y la Alianza Sanitaria Internacional para garantizar que las intervenciones de asistencia cuenten con mayor cohesión e integración⁷.

La participación continuada y el refinamiento de los principios sobre las prácticas óptimas están consolidando un marco para las actividades de las alianzas mundiales en materia de salud, y una serie de indicadores de progreso y metas que se pueden medir a escala nacional y supervisar a escala internacional.

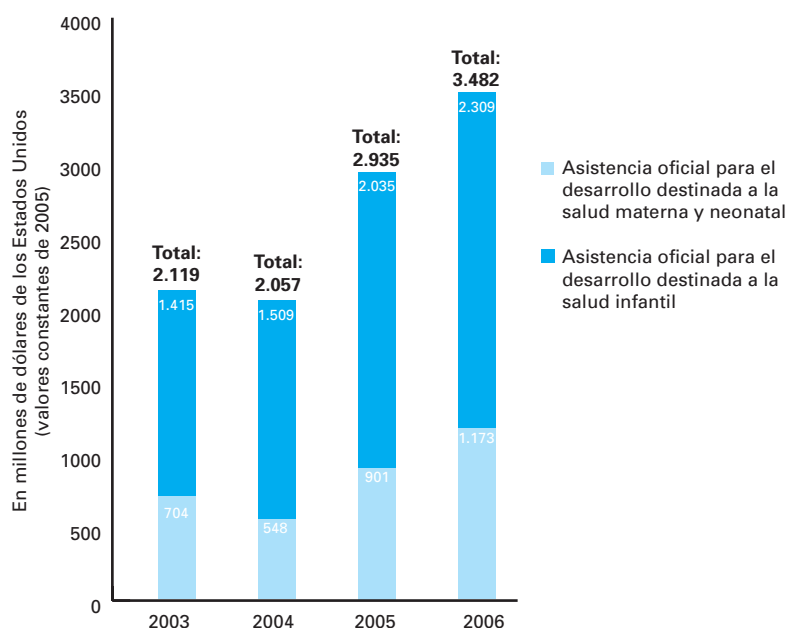
Afianzar los compromisos políticos mundiales y aumentar los recursos para obtener mejores resultados en materia de salud

Un creciente compromiso político y mayores flujos financieros destinados a la salud materna y neonatal están complementando las medidas encaminadas a mejorar la calidad de la ayuda. Varios años atrás, los dirigentes mundiales raras veces trataban el tema de la salud maternoinfantil. Hoy, en cambio, este tema forma parte de los programas de los dirigentes mundiales y de las principales conferencias, como la Cumbre del G-8.

El problema de la mortalidad materna se debatió durante la Cumbre del G-8 que se llevó a cabo en 2008, y la Alianza para la Salud de la Madre, el

Gráfico 5.2

La asistencia oficial para el desarrollo destinada a la salud de la madre y del recién nacido ha aumentado rápidamente desde 2004



Fuente: Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, 12 de abril de 2008, p. 1269.

Objetivo

Asociaciones en favor de las madres y los recién nacidos en la República Centroafricana

La República Centroafricana es uno de los países que tienen ingresos más bajos; de hecho, su ingreso nacional bruto per cápita fue de 360 dólares en 2007. Ubicado en pleno corazón del continente africano, este país ha padecido una década de conflicto. Las regiones más gravemente afectadas se encuentran en el nordeste y el noroeste, donde los grupos rebeldes y las fuerzas gubernamentales se enfrentan a menudo. Esta violencia constante ha ocasionado un desplazamiento a gran escala y la destrucción de la infraestructura pública, incluida la de los servicios de salud, especialmente en el norte del país.

La salud y la supervivencia de las madres y los recién nacidos siguen en riesgo debido a la pobreza y el conflicto. El riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto es de 1 en 25. Según estimaciones de algunos organismos de las Naciones Unidas, en 2005 hubo 980 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos. En 2004, la tasa de mortalidad entre los recién nacidos fue de 52 por cada 1.000 nacimientos vivos, por encima del promedio de África occidental y central, de 44 por cada 1.000 nacidos vivos, la cifra regional agregada más alta para este indicador en el mundo en desarrollo. En este país, apenas el 53% de las mujeres cuentan con asistencia calificada durante el parto.

El deficiente control de las enfermedades transmisibles, la inseguridad y la falta de programas integrales de salud materna tienen un alto costo en la salud de las madres y de los recién nacidos. Entre otras enfermedades infecciosas, el tétanos es una causa importante de muerte neonatal. Esta situación está muy extendida en las comunidades pobres, remotas y marginadas, donde

prevalece la falta de higiene en la práctica obstétrica y posnatal, y donde muy pocas mujeres tienen acceso a la vacuna contra el toxoide tetánico durante el embarazo.

Pese a las dificultades que plantea la constante inseguridad, organismos internacionales están colaborando con el Gobierno para buscar solución al tétanos materno y neonatal, como parte de un esfuerzo más amplio en favor de la salud de la madre, del recién nacido y del niño. En enero de 2008, el Ministerio de Salud, junto con la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y UNICEF, puso en marcha la Campaña por la Supervivencia de la Madre y el Niño. La primera fase dio prioridad a la inmunización, facilitando que 700.000 mujeres en edad reproductiva se vacunaran contra el tétanos. En marzo se llevó a cabo una segunda ronda, y se espera que la campaña beneficie a 1,5 millones de mujeres y niños a lo largo y ancho del país. La campaña de vacunación contra el tétanos constituye un importante primer paso en la lucha por reducir la mortalidad materna y neonatal.

La República Centroafricana y sus aliados enfrentan el reto de consolidar estos avances y fortalecer el sistema de salud, de modo que sea posible prestar servicios de maternidad e intervenciones sanitarias básicas que contribuyan a mejorar la salud de las madres y de sus hijos recién nacidos. Mejorar la seguridad también será decisivo para que muchas más mujeres y niños tengan acceso a estos servicios.

Véanse las referencias, pág. 112.

Recién Nacido y el Niño solicitó a los dirigentes aumentar en 10.200 millones de dólares anuales el gasto en planificación familiar y atención de la salud maternoinfantil⁸.

Simultáneamente con la Cumbre del G-8 de 2008 se estableció un Grupo de Expertos en Salud del G-8. Este grupo definió los principios para la acción, se comprometió a realizar tareas de gran alcance en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio sobre salud y destacó la importancia de las iniciativas sobre

enfermedades específicas y el fortalecimiento de los sistemas de salud. También hizo hincapié en la importancia de una perspectiva de largo plazo –que vaya más allá de 2015, es decir, el año fijado para lograr los ODM– y la urgencia de movilizar a una amplia gama de interesados.

Se llegó a un compromiso en torno a cinco esferas clave: fortalecimiento de los sistemas sanitarios; salud de la madre, el recién nacido y el niño; enfermedades infecciosas –incluyendo el SIDA, la tuberculosis, el paludis-

mo, la poliomielitis y las enfermedades tropicales más desatendidas–; promoción de un enfoque intersectorial –incluyendo la promoción de la autonomía de la mujer, la disminución de las desigualdades por razón de género y la violencia contra la mujer, y la salud–; y recursos. Se alentó a los países en desarrollo a asignar a la salud una porción más alta de sus propios recursos, y el G-8 reiteró su compromiso de trabajar hacia el cumplimiento de la meta de proporcionar al menos 60.000 millones de dólares para combatir las

principales enfermedades infecciosas y reforzar los sistemas de salud⁹.

Los fondos dedicados a enfermedades específicas, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI) y los programas del Gobierno de los Estados Unidos de lucha contra el SIDA y el paludismo, brindan la posibilidad de movilizar recursos significativos para la salud de las madres y los recién nacidos por medio de sistemas de salud más fuertes y la prestación de servicios. Estos fondos permiten capacitar mejor al personal, disponer de sistemas de suministro de productos básicos más



© UNICEF/HQ07-1493/Anita Khemka

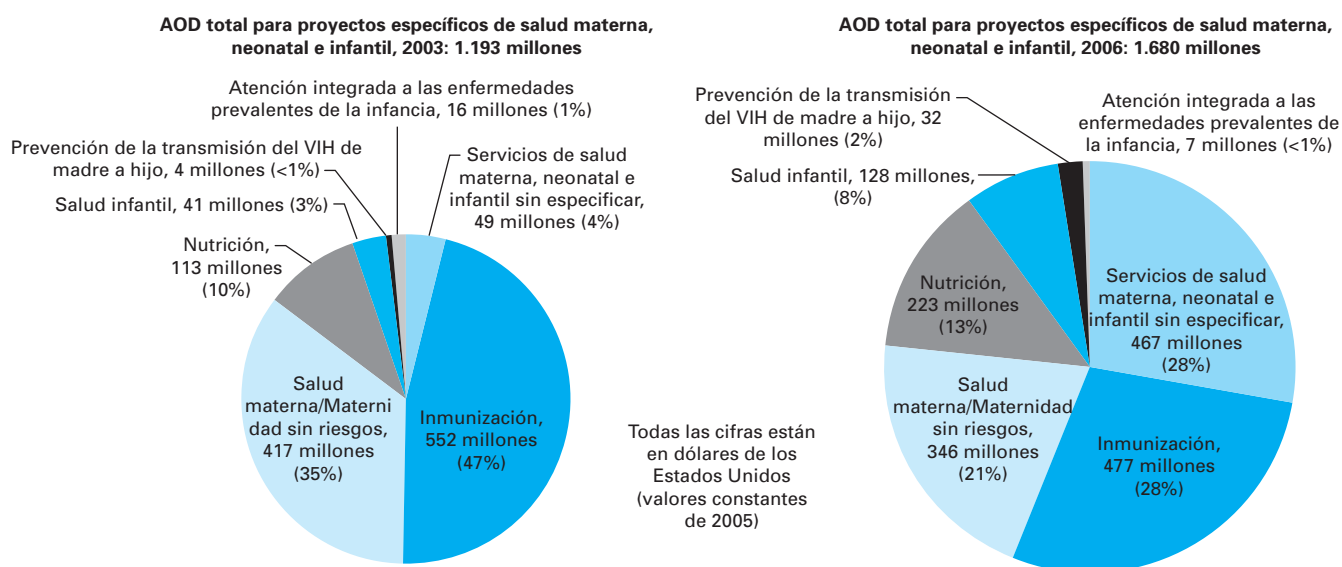
Tanto los trabajadores comunitarios como el personal médico capacitado desempeñan un papel determinante para que los servicios de salud se presten como parte de un proceso continuo que va desde el hogar y la comunidad hasta la clínica o el hospital. En Nepal, una voluntaria comunitaria del sector de la salud administra suplementos de vitamina A, hierro y ácido fólico a una mujer embarazada, durante una visita domiciliaria.

confiables, mejorar los laboratorios y los métodos de diagnóstico y contar con un mayor número de servicios domiciliarios y comunitarios, incluso si se centran en combatir enfermedades específicas.

La Organización Mundial de la salud, UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial revitalizaron su compromiso de mejorar la salud de la madre y del recién nacido (ver

Gráfico 5.3

La financiación para la nutrición, la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo y la salud infantil ha aumentado sustancialmente



Fuente: Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, 12 de abril de 2008, p. 1269.

Salvar las vidas de miles de mujeres y de millones de niños es un propósito viable.

recuadro en la página 102), e importantes programas y alianzas mundiales en materia de salud están movilizando cuantiosos recursos en apoyo de determinados programas y enfoques integrados hacia la prestación de los servicios de salud. La creciente voluntad política y el compromiso para agilizar los progresos en cuanto a la salud maternoinfantil por parte de los países de bajos y medianos ingresos, así como también por parte de los países donantes, están propiciando enormemente la colaboración y la cooperación y creando un pacto mundial.

Flujos de financiación para la salud materna, neonatal e infantil

El mayor compromiso político e institucional con la salud materna,

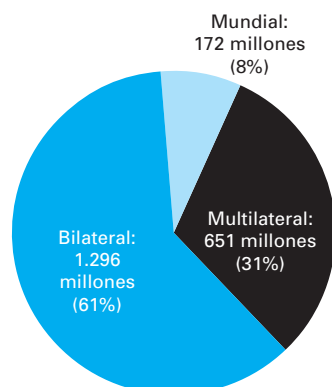
neonatal e infantil se refleja en el aumento sustancial de las corrientes de asistencia hacia estas esferas. Las últimas estimaciones indican que la asistencia oficial mundial para el desarrollo destinada a la salud de las madres, los recién nacidos y los niños aumentó un 64% entre 2003 y 2006. Los fondos destinados específicamente a la salud infantil se incrementaron un 63%, mientras que los fondos para la salud de la madre y el recién nacido subieron un 66%. Los desembolsos de la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI) y del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo para la salud materna, neonatal e infantil aumentaron un 200% durante el mismo período.

La necesidad de incrementar los recursos para la salud de las madres y los recién nacidos sigue siendo muy grande. Análisis recientes sobre el flujo de recursos de la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) indican que la ayuda para actividades relacionadas con la salud materna, neonatal e infantil representó solamente el 3% de los desembolsos totales de la AOD. Además, los fondos que se asignan a actividades relacionadas con la salud de la madre y del recién nacido son inferiores a los que se dedican a la salud infantil. Las cifras de 2006 indican que la asistencia oficial mundial para el desarrollo para salud materna y neonatal ascendió a 1.200 millones de dólares, o sea, aproximadamente la mitad de lo que se

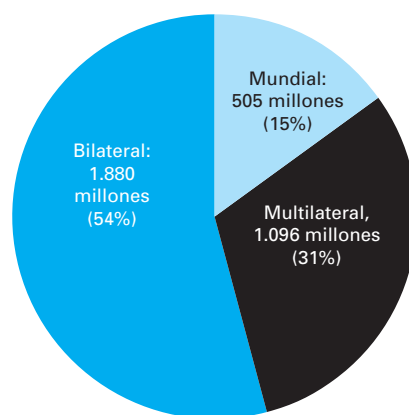
Gráfico 5.4

La financiación de las iniciativas sanitarias mundiales para la salud materna, neonatal e infantil se ha incrementado notablemente en los últimos años

AOD total para salud materna, neonatal e infantil, 2003:
2.119 millones de dólares



AOD total para salud materna, neonatal e infantil, 2006:
3.482 millones de dólares



Todas las cifras
están en dólares de
los Estados Unidos
(valores constantes
de 2005)

Fuente: Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, 12 de abril de 2008, p. 1269.

Los organismos de las Naciones Unidas fortalecen su colaboración en apoyo de la salud materna y neonatal

En la Reunión de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, celebrada en septiembre de 2008 durante la Asamblea General de las Naciones Unidas, los cuatro principales organismos de salud –la Organización Mundial de la Salud, UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial– hicieron una declaración conjunta sobre su intención de intensificar y armonizar sus iniciativas para avanzar hacia la conquista del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, en el que se han logrado menos progresos. La finalidad básica de este compromiso renovado hacia un criterio de cooperación es coordinar las actividades a escala de países y recaudar, conjuntamente, los recursos necesarios.

Los cuatro organismos se comprometieron a reforzar el apoyo a los países con los niveles más altos de mortalidad materna, especialmente a los 25 países con las tasas de mortalidad o el número de muertes maternas más altos. Sobre la base de sus ventajas comparativas, sus especialidades, experiencia y puntos fuertes colectivos, los organismos tienen planes de contribuir conjuntamente al fomento de la capacidad, el desarrollo de los sistemas de salud, la determinación de los costos y la financiación de los proyectos en favor de la salud materna, neonatal e infantil.

Fortalecimiento de la capacidad nacional

Los organismos trabajarán con los gobiernos y la sociedad civil para mejorar la capacidad nacional de las siguientes maneras:

- Evaluando las necesidades y garantizando que los planes en materia de salud se basen en los ODM y en el desempeño;
- Determinando los costos de los planes nacionales y movilizándolo, sin demora, los recursos necesarios;
- Ampliando la escala de los servicios sanitarios de calidad para garantizar el acceso universal a la salud reproductiva, especialmente a los servicios de planificación familiar, asistencia calificada durante el parto, atención obstétrica de emergencia y atención neonatal, vinculándolos con la prevención y el tratamiento del VIH;
- Solucionando, con carácter urgente, el problema de la falta de trabajadores sanitarios capacitados y, sobre todo, parteras;
- Abordando el problema de los obstáculos financieros para el acceso, especialmente por parte de los más pobres;
- Tratando de encontrar una solución a las causas que están en la raíz de la mortalidad y la morbilidad maternas, como las desigualdades por razón de género, el limitado acceso de las niñas a la enseñanza –particularmente a la escuela secundaria–, el matrimonio precoz y el embarazo en la adolescencia;
- Fortaleciendo los sistemas de seguimiento y evaluación.

Funciones y responsabilidades básicas de los organismos en el proceso de atención continua de la salud materna y neonatal

En un documento sobre el apoyo conjunto de los países para acelerar la puesta en marcha del esquema de atención continua de la salud materna y neonatal, publicado en julio de 2008, los cuatro organismos también se comprometieron a trabajar con los gobiernos para impulsar esta modalidad de atención de la salud. En el documento también se especificaron las funciones esenciales que deberá cumplir cada uno de los organismos, sobre la base de sus ventajas comparativas y de sus conocimientos especializados:

Organización Mundial de la Salud: Formulación de políticas y normas, investigación, seguimiento y evaluación.

Fondo de Población de las Naciones Unidas: Seguridad de los productos de salud reproductiva; apoyo a la ejecución; recursos humanos para la salud sexual y reproductiva, incluida la salud materna y neonatal; y asistencia técnica para la creación de capacidad de supervisión y evaluación.

UNICEF: Financiación, apoyo a la ejecución, logística y suministros, supervisión y evaluación.

Banco Mundial: Financiación de la salud; inclusión de la salud materna, neonatal e infantil en los marcos nacionales de desarrollo; planificación estratégica; inversión en insumos para los sistemas de salud, incluyendo los sistemas fiduciarios y la gobernanza; y ampliación de la escala de programas que han dado buenos resultados.

Aparte de lo anterior, se determinaron los organismos coordinadores de cada componente del continuo de atención de la salud materna y neonatal, para garantizar un apoyo óptimo, la rendición de cuentas y una mejor coordinación. Como muestra el gráfico 5.5, la determinación de las responsabilidades de los organismos no excluye la participación de otras entidades en cada esfera; más bien, implica que el organismo o los organismos coordinadores tendrán a su cargo la coordinación de la respuesta de las Naciones Unidas en apoyo del plan nacional de salud en esa esfera. Además, el trabajo de los organismos se guiará por la situación de los países, los puntos fuertes y la experiencia de cada organismo dentro del país, y otros factores contextuales, como enfoques sectoriales y otros planes o pactos nacionales de salud. En todos los casos, el gobierno seguirá dirigiendo y coordinando el proceso.

Véanse las referencias, pág. 112.

Gráfico 5.5

Organismos coordinadores y aliados de cada componente del proceso continuo de atención de la madre y del recién nacido y funciones conexas

Esfera	Organismos coordinadores	Aliados
Proceso continuo de atención de la salud materna y neonatal		
Planificación familiar	UNFPA, OMS	UNICEF, Banco Mundial
Atención prenatal	UNICEF, OMS	UNFPA, Banco Mundial
Asistencia calificada durante el parto	OMS, UNFPA	UNICEF, Banco Mundial
Servicios de atención básica de urgencia en obstetricia y neonatología	UNFPA, UNICEF	OMS, Banco Mundial
Servicios de atención básica y global de urgencia en obstetricia y neonatología	OMS, UNFPA	UNICEF, Banco Mundial
Atención posparto	OMS, UNFPA	UNICEF, Banco Mundial
Atención neonatal	OMS, UNICEF	UNFPA, Banco Mundial
Nutrición de la madre y del recién nacido	UNICEF, OMS, Banco Mundial (para la nutrición materna)	UNFPA
Esferas adicionales de trabajo en beneficio de la salud materna y neonatal		
Educación de las niñas	UNICEF	UNFPA, Banco Mundial
Género/cultura/participación de los hombres	UNFPA, UNICEF	OMS, Banco Mundial
Violencia por razón de género	UNFPA, UNICEF	OMS
Salud sexual y reproductiva en la adolescencia – gente joven	UNFPA, UNICEF, OMS	Banco Mundial
Comunicaciones para el desarrollo	UNFPA, UNICEF	OMS, Banco Mundial
Fístula obstétrica	UNFPA	OMS
Prevención del aborto en condiciones de riesgo/cuidados posteriores al aborto	OMS	UNFPA
Mutilación genital femenina	UNFPA, UNICEF, OMS	Banco Mundial
Salud materna y neonatal en las situaciones de crisis humanitaria	UNFPA, UNICEF, OMS	Banco Mundial
Infecciones de transmisión sexual	OMS	UNFPA, UNICEF
VIH/SIDA e integración con la planificación familiar	Según la División del trabajo de apoyo técnico al ONUSIDA	
Capacitación de los recursos humanos en atención de la salud materna y neonatal, en el empleo y antes del empleo	OMS, UNFPA	UNICEF, Banco Mundial
Reglamentos/leyes sobre recursos humanos del sector de la salud	OMS	UNFPA, UNICEF, Banco Mundial
Lista de medicamentos esenciales	OMS	UNFPA, UNICEF
Elaboración y aplicación de las guías generales	OMS, UNFPA, Banco Mundial	UNICEF

Fuente: OMS-UNFPA-UNICEF-Banco Mundial, Joint Country Support for Accelerated Implementation of Maternal and Newborn Continuum of Care, 22 de julio de 2008.

asignó a la salud infantil. Aun cuando esto representa un notable aumento desde 2003, cuando la asistencia oficial mundial para el desarrollo dedicada a la salud materna y neonatal fue de 704 millones de dólares, la cifra de 2006 equivale solamente a 12 dólares por cada nacido vivo.

Las investigaciones también muestran que algunos países experimentan grandes fluctuaciones entre años en materia de corrientes de asistencia para la salud de la madre, del recién nacido y del niño, lo que impide planificar eficazmente las prioridades estratégicas de los países en desarrollo y, en particular, las de los países que dependen más de la ayuda. Y a pesar de las recientes mejoras en los marcos sobre eficacia de la ayuda al desarrollo y la tendencia a buscar apoyo sectorial y presupuestario, la mayor parte de la financiación para la salud materna, neonatal e infantil se asigna por medio de la financiación de los proyectos.

Debido a que la mayor parte de la financiación todavía se destina a apoyar programas, los fondos para el desarrollo de sistemas de salud siguen siendo limitados en términos relativos, lo que repercute negativamente en cuestiones como la capacitación, la dotación de personal, la gestión y la logística, que son urgentes para acelerar los avances en salud materna y neonatal¹⁰. Mejorar la previsibilidad y la sostenibilidad de las corrientes de asistencia será crucial para que los resultados en salud materna, neonatal e infantil se mantengan y aumenten. Otro asunto que debe estudiarse es la reducción de los costos que representan para los gobier-

nos nacionales las transacciones con los programas y las alianzas mundiales en materia de salud, lo que tiene implicaciones para racionalizar y armonizar aún más la ayuda y la asistencia técnica.

También es preciso tener en cuenta que se necesitan recursos sostenibles, predecibles y flexibles para apoyar los gastos periódicos y a largo plazo que supone la prestación de los servicios de salud, como salarios. Así mismo, es de suma importancia que los gobiernos reserven un espacio fiscal en sus presupuestos para la salud. Adicionalmente, las iniciativas para establecer sistemas sanitarios sostenibles deben prestar atención a otros sectores que influyen directamente en el acceso a los servicios de salud materna y neonatal, como el transporte.

Estos obstáculos no son insuperables. Sin embargo, requieren que todos los aliados clave se comprometan a trabajar de manera coordinada para cumplir sus obligaciones con las madres, los recién nacidos y los niños. Todos estos esfuerzos deben apoyarse en pruebas empíricas y en la búsqueda de resultados. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio constituyen un sólido punto de referencia para la acción en los años venideros. Conquistar los objetivos exigirá construir nexos firmes entre todos los aliados –gobiernos nacionales, donantes, programas y alianzas mundiales en materia de salud, organismos internacionales, organizaciones de la sociedad civil, sector privado, comunidades y familias. El notable afianzamiento de la colaboración y del enfoque en los resultados de los últimos años permite abrigar la esperanza de que se alcanzarán éxitos

incluso mayores en los años que restan para 2015, y más allá.

Atender las necesidades de salud de las madres y los recién nacidos

Al analizar la situación mundial de las madres y los recién nacidos, y la compleja tarea de mejorar su salud y sus tasas de supervivencia, es posible perder de vista el aspecto humano, es decir, a los millones de mujeres que afrontan el trabajo de parto y el alumbramiento llenas de temor. Esto no sucede únicamente porque corren el riesgo de morir o de quedar con lesiones o discapacidades que podrían afectarlas toda su vida, sino porque, al no contar con servicios adecuados de atención primaria de la salud, sus hijos recién nacidos podrían fallecer o contraer enfermedades graves.

Examinar la situación de las madres desde 1990 permite apreciar la gravedad del problema. Suponiendo que, desde el comienzo de esa década, todos los años hayan muerto alrededor de 500.000 mujeres, se concluye que cerca de 10 millones de mujeres han fallecido por causas relacionadas con la maternidad. Las estimaciones más recientes sobre mortalidad neonatal indican que todos los años mueren casi 4 millones de recién nacidos. La tragedia es que la mayoría de esas vidas se podrían haber salvado con intervenciones de bajo costo y eficacia comprobada.

No se puede permitir que esta situación continúe. No es necesario esperar a que se produzca un gran descubrimiento científico o a que se anuncie un nuevo paradigma para

Mejorar los sistemas de información sobre salud: Red de Sanimetría

Una información objetiva y confiable es vital para las decisiones en materia de salud pública, pues no solo da a conocer las políticas, los programas, los presupuestos y las evaluaciones, sino que constituye la base de la rendición de cuentas de los gobiernos a sus ciudadanos en torno a sus compromisos. Sin embargo, en muchos países en desarrollo, la insuficiente inversión en sistemas de información de la salud ha afectado la recopilación, la divulgación y el análisis de los datos. Ante el aumento de las dificultades en el ámbito de la salud y la cercanía del plazo para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es imperativo contar con información sólida.

La Red de Sanimetría es una alianza internacional entre países en desarrollo, organismos internacionales, fundaciones, alianzas mundiales en materia de salud y expertos en tecnología cuyo propósito es fortalecer los sistemas de información de la salud. Estos sistemas incorporan todos los subsistemas y datos que, en conjunto, ayudan a generar información sobre salud: registro de datos vitales, censos y encuestas, datos de los sistemas de vigilancia y respuesta sanitaria, estadísticas de los servicios e información sobre la gestión sanitaria, datos financieros y seguimiento de los recursos. De acuerdo con las tendencias actuales de desarrollo de los sistemas de salud, la Red de Sanimetría aspira a que la base de la información sanitaria y de los sistemas estadísticos no se limite a enfermedades específicas. También busca fomentar el liderazgo en la producción y uso de la información sobre salud a nivel nacional. Estos objetivos requieren una mayor coordinación y cooperación entre los países y los aliados internacionales, y un plan armonizado para desarrollar sistemas de información sobre salud. Otro objetivo de la Red de Sanimetría es orientar la participación de los donantes hacia un plan unificado y liderado por los países para crear sistemas de información de la salud, reduciendo así la duplicación y la fragmentación.

Un aspecto central del plan de armonización es la preparación del marco y las normas para los sistemas de información de la salud de los países –conocido como Marco de la Red de Sanimetría–,

que la alianza espera establecer como paradigma universal, para 2011, en materia de recopilación, comunicación y utilización de los datos. En la base del marco está la herramienta de la Red de Sanimetría, un cuestionario estandarizado que permite a los interesados de los países evaluar la condición actual de la información sobre salud en función de criterios concretos. Esta herramienta es un indicador de la línea de base, de las discordancias críticas respecto de los resultados, los procesos, el contexto y los recursos de la información sobre salud, y un instrumento de evaluación del desempeño y los resultados. Los países que reciben asistencia técnica y financiera de la alianza deben someterse a una evaluación utilizando la herramienta de la Red de Sanimetría.

El objetivo del Marco de la Red de Sanimetría es doble: encaminar la inversión hacia la estandarización de la información sobre salud y aumentar el acceso y, por ende, la utilización de información de mejor calidad sobre salud a nivel nacional e internacional. En vez de tratar de reemplazar las directrices actuales sobre información de los sistemas sanitarios, la intención del Marco de la Red de Sanimetría es basarse en normas apropiadas y promover mejores prácticas. Este será un proceso dinámico, que evolucionará mediante la incorporación de pruebas más sólidas y una experiencia más amplia.

Aparte de crear el marco dinámico, la Red de Sanimetría tiene dos propósitos relacionados: por una parte, perfeccionar los sistemas de información de la salud proporcionando apoyo técnico y apoyo financiero catalítico para aplicar el Marco de la Red de Sanimetría y, por otra parte, aumentar el acceso, la difusión y el uso de la información sobre salud por parte de los interesados a todos los niveles. La alianza se fundamenta en una premisa única e incontrovertible: la pobreza no es razón para que los países no puedan tener buenos sistemas de información sobre salud; es, más bien, debido a la pobreza que no pueden darse el lujo de carecer de buenos sistemas de información sobre salud.

Véanse las referencias, pág. 112.

saber cuál es el camino que se debe seguir. Disponemos de los conocimientos que podrían salvar las vidas de millones de madres y recién nacidos, la calidad de los datos y los análisis está mejorando con rapidez, el marco para la acción ya se definió y las dificultades para alcanzar los

Objetivos de Desarrollo del Milenio son claras.

Salvar las vidas de miles de mujeres y de millones de niños es un propósito viable. Los esfuerzos deben centrarse ahora en hacer que los recursos humanos y financieros, la

voluntad política, el compromiso y el espíritu de colaboración que han sido cada vez más evidentes a nivel nacional e internacional se sigan centrando en mejorar la salud de las madres y de los recién nacidos y en incrementar sus probabilidades de supervivencia.

Referencias

CAPÍTULO 1

- 1 Wessel, Hans, et al., 'Deaths among Women of Reproductive Age in Cape Verde: Causes and avoidability', *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 78, no. 3, marzo de 1999, págs. 225–232; Bartlett, Linda A., et al., 'Where Giving Birth is a Forecast of Death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999–2002', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5–11 de marzo de 2005, págs. 864–870; Kilpatrick, Sarah J., et al., 'Preventability of Maternal Deaths: Comparison between Zambian and American referral hospitals', *Obstetrics & Gynecology*, vol. 100, 2002, págs. 321–326.
- 2 Organización Mundial de la Salud, *Neonatal and Perinatal Mortality: Country, regional and global estimates 2004*, OMS, Ginebra, 2006, pág. 4.
- 3 Derivado de las bases de datos mundiales de UNICEF, 2008; Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, *Mortalidad materna en 2005, Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial*, OMS, Ginebra, 2007, pág. 35.
- 4 Nanda, Geeta, Kimberly Switlick y Elizabeth Lule, *Accelerating Progress towards Achieving the MDG to Improve Maternal Health: A collection of promising approaches*, Banco Mundial, Washington, D.C., abril de 2005, pág. 4.
- 5 Fishman, Steven M., et al., 'Childhood and maternal underweight', Capítulo 2 en *Comparative Quantification of Health Risks: Global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*, editado por Majid Ezzati et al., Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2004, págs. 84–86.
- 6 Bartlett, Linda A. et al., 'Where Giving Birth is a Forecast of Death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999–2002', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5–11 de marzo de 2005, pág. 868.
- 7 Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, *Mortalidad materna en 2005, Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial*, OMS, Ginebra, 2007, págs. 3–8, 35.
- 8 Cifras derivadas de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Un boletín de calificaciones de la mortalidad materna*, Número 7, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2008, págs. 42–45; Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, OMS, Ginebra, 2007, págs. 23–27, 35.
- 9 Organización Mundial de la Salud, *Neonatal and Perinatal Mortality: Country, regional and global estimates 2004*, OMS, Ginebra, 2006, pág. 2.
- 10 Lawn, Joy E., Simon Cousens y Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? where? why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 de marzo de 2005, págs. 891–892.
- 11 Cálculos de UNICEF basados en datos de la Organización Mundial de la Salud, *Neonatal and Perinatal Mortality: Country, regional and global estimates 2004*, OMS, Ginebra, 2006.
- 12 Ronsmans, Carine, y Wendy J. Graham, 'Maternal Mortality: Who, when, where and why', *The Lancet*, vol. 368, no. 9542, 30 de septiembre de 2006, pág. 1193; Li, X.F., et al., 'The Postpartum Period: The key to maternal mortality', *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 54, no. 1, 1996, págs. 1–10; Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡cada madre y cada niño contarán!*, OMS, Ginebra, 2005, págs. 10, 62.
- 13 Ronsmans, Carine, y Wendy J. Graham, 'Maternal Mortality: Who, when, where and why', *The Lancet*, vol. 368, no. 9542, 30 de septiembre de 2006, pág. 1195.
- 14 Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 de enero de 2008, págs. 243–244; Organización Mundial de la Salud, *Adolescent Pregnancy: Unmet needs and undone deeds – A review of the literature and programmes*, OMS, Ginebra, 2007, págs. 19–20.
- 15 Centro para el control y la prevención de las enfermedades, 'Trends in Wheat-Flour Fortification with Folic Acid and Iron – Worldwide, 2004 and 2007', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 57, no. 1, 11 de enero de 2008, págs. 8–10.
- 16 Allen, Lindsay H., y Stuart R. Gillespie, 'What Works? A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions', ACC/SCN Nutrition Policy Paper No. 19/ADB Nutrition and Development Series No. 5, Banco Asiático de Desarrollo con el Subcomité de Nutrición del Comité Administrativo de Coordinación de las Naciones Unidas, Manila, 2001, págs. 56, 59.
- 17 Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡cada madre y cada niño contarán!*, OMS, Ginebra, 2005, pág. 44; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Un boletín de calificaciones de la mortalidad materna*, Número 7, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2008, pág. 6.
- 18 Ronsmans, Carine, y Wendy J. Graham, 'Maternal Mortality: Who, when, where and why', *The Lancet*, vol. 368, no. 9542, 30 de septiembre de 2006, págs. 1194–1195.
- 19 Brahmabhatt, Heena, et al., 'Association of HIV and Malaria with Mother-to-Child Transmission, Birth Outcomes, and Child Mortality', *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 47, no. 4, 1 de abril de 2008, pág. 475.
- 20 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Un boletín de calificaciones de la mortalidad materna*, Número 7, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2008, pág. 6; Organización Mundial de la Salud, *Adolescent Pregnancy: Unmet needs and undone deeds – A review of literature and programmes*, OMS, Ginebra, 2007, págs. 19–20; Gunasekera, Prasanna, Junko Sasaki y Godfrey Walker, 'Pelvic Organ Prolapse: Don't forget developing countries', *The Lancet*, vol. 369, no. 9575, 26 de mayo de 2007, págs. 1789–1790.
- 21 Lawn, Joy E., Simon Cousens y Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 de marzo de 2005, págs. 894–895; Desai, Meghna, et al., 'Epidemiology and Burden of Malaria in Pregnancy', *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 7, no. 2, febrero de 2007, págs. 96–97.
- 22 Bang, Abhay, M. H. Reddy y M. D. Deshmukh, 'Child Mortality in Maharashtra', *Economic and Political Weekly*, vol. 37, no. 49, 7 de diciembre de 2002, págs. 4947–4965; Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 de enero de 2008, págs. 243–244.
- 23 Desai, Meghna, et al., 'Epidemiology and Burden of Malaria in Pregnancy', *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 7, no. 2, febrero de 2007, págs. 96–97.
- 24 Setty-Venugopal, Vidya, y Ushma D. Upadhyay, 'Birth Spacing: Three to five saves lives', *Population Reports*, Series L, no. 13, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, Baltimore, 2002, pág. 1.
- 25 Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡cada madre y cada niño contarán!*, OMS, Ginebra, 2005, pág. 10; JHPIEGO, *Best Practices: Detecting and treating newborn asphyxia*, JHPIEGO, 2004, <<http://www.mnh.jhpiego.org/best/detasphyxia.pdf>>, consultado el 31 de agosto de 2008.
- 26 Lawn, Joy E., Simon Cousens y Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? where? why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 de marzo de 2005, pág. 896.
- 27 Lawn, Joy E., et al., 'Newborn Survival', Capítulo 27 in *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2nd ed., editado por Dean T. Jamison, et al., *Oxford University Press* y el Banco Mundial, Washington, D.C., 2006, pág. 534.
- 28 Adaptado de: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Un boletín de calificaciones de la mortalidad materna*, Número 7, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2008, págs. 37–38; Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slog to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 de octubre de 2007, págs. 1358–1369; Bryce, Jennifer, y J. H. Requejo, *Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival: The 2008 report, Countdown to 2015*, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nueva York, 2008, págs. 41–48.
- 29 El Banco Mundial define estados frágiles conforme a una clasificación de 3,2 o inferior en la Evaluación de políticas e instituciones nacionales (CPIA, por sus siglas en inglés). La lista de los estados frágiles se actualiza anualmente, sobre la base de los cálculos de la CPIA individual de los países. Para obtener más información, véase *Global Monitoring Report 2007: Confronting the challenges of gender equality and fragile states*, Banco Mundial, Washington D.C., 2007, pág. 40. Para obtener la lista de países y territorios de la Asociación Internacional de Desarrollo del Banco Mundial para el año fiscal de 2007, véase <<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/IDA/0,,contentMDK:21389974~pagePK:51236175~piPK:437394~theSitePK:73154,00.html>>, consultado el 30 de agosto de 2008.
- 30 Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, *Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals*, Earthscan, Londres/Sterling, VA, 2005, págs. 113, 188.

RECUADROS DEL CAPÍTULO 1

Dificultades en el cálculo de las muertes maternas

Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, *Mortalidad materna en 2005, Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial*, OMS, Ginebra, 2007, págs. 1–10.

Crear un entorno de apoyo para las madres y los recién nacidos

Gill, Kirrin, Rohini Pande y Anju Malhotra, 'Women Deliver for Development: Executive Summary', Family Care International, Nueva York, 2007, pág. 1; Naciones Unidas, *The Millennium Development Goals Report 2007*, ONU, Nueva York, 2007, pág. 17.

La crisis alimentaria mundial y su efecto potencial en la salud materna y neonatal

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, *Soaring Food Prices: Facts, perspectives, impacts and actions required*, FAO, Roma, junio de 2008, págs. 2–4, 17; Young, Helen, et al., 'Public Nutrition in Complex Emergencies', *The Lancet*, vol. 364, no. 9448, 20 de noviembre de 2004, pág. 1899; Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Mundial de Alimentos y Organización Mundial de la Salud, *Food and Nutrition Needs in Emergencies*, ACNUR/UNICEF/PMMA/OMS, pág. 21; Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, *The Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture*, <http://www.fao.org/giews/english/giews_en.pdf>, consultado el 1 de agosto de 2008.

Ampliar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Acceso universal a la salud de la reproducción para 2015

Glasier, A., et al., 'Sexual and Reproductive Health: A matter of life and death', *The Lancet*, vol. 368, no. 9547, 4 de noviembre de 2006, pág. 1595; derivado del Fondo de Población de las Naciones Unidas, *El Estado de la Población Mundial 2004: El Consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza*, UNFPA, Nueva York, 2004, págs. 4–7, 12.

Salud materna y neonatal en Nigeria: crear estrategias para acelerar el progreso

Fondo de Población de las Naciones Unidas/Engender Health, *Obstetric Fistula Needs Assessment Report: Findings from nine African countries*, UNFPA/Engender Health, Nueva York, 2003, págs. 57–58; Organización Mundial de la Salud, *Neonatal and Perinatal Mortality: Country, regional and global estimates 2004*, OMS, Ginebra, 2006, pág. 11; Wall, L. Lewis, 'Dead Mothers and Injured Wives: The social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria', *Studies in Family Planning*, vol. 29, no. 4, diciembre de 1998, pág. 350.

Hacer de la salud materna en Sri Lanka una prioridad

Oficina de UNICEF en Sri Lanka, *Informe Anual 2007*, Colombo, 2008, págs. 7–8; Padmanathan, Indra, et al., *Investing in Maternal Health: Learning from Malaysia and Sri Lanka*, Washington, D.C., Banco Mundial, 2003, págs. 1–3, 107, 110, 114, 116–117, 122, 131.

CAPÍTULO 2

- 1 Organización Mundial de la Salud, *Ouagadougou Declaration on Primary Health Care and Health Systems in Africa: Achieving better health for Africa in the New Millennium*, OMS, Ginebra, abril de 2008, pág. 1.
- 2 Kerber, Kate, et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 de octubre de 2007, págs. 1358–1369.
- 3 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2008*, UNICEF, Nueva York, enero de 2008, págs. 39–41, 63–64.
- 4 Lawn, Joy E., Simon Cousens y Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 de marzo de 2005, págs. 894–895; Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 de enero de 2008, págs. 245–248.
- 5 Banco Mundial, *Education and Development*, Banco Mundial, Washington, D.C., 2002, pág. 20.
- 6 Naciones Unidas, Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 26, ONU, Nueva York, 1948; Naciones Unidas, Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 28, ONU, Nueva York, 1989.
- 7 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Examen estadístico de Un mundo apropiado para los niños*, Número 6, UNICEF, Nueva York, diciembre de 2007, págs. 16, 35.
- 8 Lloyd, Cynthia B., 'Schooling and Adolescent Reproductive Behavior in Developing Countries', documento de antecedentes de *Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals*, Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, Nueva York, 2006.
- 9 Rowbottom, Sara, *Giving Girls Today and Tomorrow: Breaking the cycle of adolescent pregnancy*, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Nueva York, 2007, pág. 2.
- 10 Ibid., pág. 5.
- 11 Fondo de Población de las Naciones Unidas, *El Estado de la Población Mundial 2005: La promesa de igualdad. Equidad de género, salud reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio*, UNFPA, Nueva York, 2005, págs. 34–38.
- 12 Ibid.
- 13 Banco Mundial, *Education and Development*, Banco Mundial, Washington D.C., 2002, pág. 5.
- 14 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Examen estadístico de Un mundo apropiado para los niños*, Número 6, UNICEF, Nueva York, diciembre de 2007, pág. 45.
- 15 Derivado de la Tabla estadística 9, pág. 150.
- 16 International Planned Parenthood Federation y Forum on Marriage and the Rights of Women and Girls, *Ending Child Marriage: A guide for global policy action*, IPPF, Londres, septiembre de 2006, págs. 7, 11, 15.
- 17 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Examen estadístico de*

Un mundo apropiado para los niños, Número 6, UNICEF, Nueva York, 2007, pág. 44.

- 18 Organización Mundial de la Salud, *Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*, OMS, Ginebra, 2006, pág. 6.
- 19 Organización Mundial de la Salud, *Eliminating Female Genital Mutilation: An interagency statement – OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO*, OMS, Ginebra, 2008, pág. 11.
- 20 TOSTAN, *Informe Anual 2006*, págs. 12–16.
- 21 Organización Mundial de la Salud, resumen, *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*, OMS, Ginebra, 2005, pág. 22.
- 22 Ganatra, B.R., K.J. Coyaji y V.N. Rao, 'Too far, too little, too late: A community-based case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India', *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 76, no. 6, 1998, págs. 591–598.
- 23 Vlachova, Marie, y Lea Biason, *Women in an Insecure World: Violence against women – Facts, figures and analysis*, Ginebra Centre for the Democratic Control of Armed Forces, Ginebra, 2005, págs. 15–16.
- 24 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Un boletín de calificaciones de la mortalidad materna*, Número 7, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2008, pág. 12; y Naciones Unidas, *In-depth Study on All Forms of Violence against Women: Report of the Secretary-General*, ONU, Nueva York, 2006, pág. 49.
- 25 Leung W.C., et al., 'Pregnancy outcome following domestic violence in a Chinese community', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 72, no. 1, enero de 2001, págs. 79–80; y Valladares, Eliette M., et al., 'Physical Partner Abuse During Pregnancy: A risk factor for low birth weight in Nicaragua', *Obstetrics & Gynecology*, vol. 100, no. 4, octubre de 2002, págs. 700–705.
- 26 Naciones Unidas, *In-depth Study on All Forms of Violence against Women: Report of the Secretary-General*, ONU, Nueva York, 2006, pág. 49.
- 27 Campbell, Jacquelyn C., 'Health consequences of intimate partner violence', *The Lancet*, vol. 359, no. 9314, abril de 2002, págs. 1331–1336.
- 28 Åslin-Monemi, Kajsa, et al., 'Violence against Women Increases the Risk of Infant and Child Mortality: A case-referent study from Nicaragua', *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 81, no. 1, 2003, págs. 10–16.
- 29 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2007*, UNICEF, Nueva York, 2006, págs. 17–18.
- 30 Ibid, págs. 23–28.
- 31 Desai, Sonalde, y Kiersten Johnson, 'Women's Decisionmaking and Child Health: Familial and social hierarchies', in Sunitor Kishor, ed., *A Focus on Gender: Collected papers on gender using DHS data, ORC Macro and Measure DHS*, Maryland, EEUU, 2005, pág. 66.

- ³² Smith, Lisa C., et al., *The Importance of Women's Status for Child Nutrition in Developing Countries*, research report 131, International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., 2003, págs. xi-xii, 8-14.
- ³³ Quisumbing, Agnes R., ed., *Household Decisions, Gender, and Development: A synthesis of recent research*, Johns Hopkins University Press for International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., 2004, pág. 118.
- ³⁴ Datos obtenidos de la base de datos de la Unión Interparlamentaria sobre mujeres en parlamentos nacionales, <www.ipu.org/wmn-e/world.htm>, consultado en julio de 2008.
- ³⁵ Datos obtenidos de la base de datos de United Cities and Local Governments sobre mujeres en el proceso local de toma de decisiones, <www.cities-localgovernments.org/uclg/index.asp?pag=wldmstatistics.asp&type=&L=EN&pon=1>, consultado en julio de 2008.
- ³⁶ Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, *Progress of Arab Women 2004*, Oficina Regional de los Estados Árabes de UNIFEM, Ammán, 2004, pág. 62.
- ³⁷ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'National Situational Analysis of Children and Women', Oficina de UNICEF en Mozambique, 2006; Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, *Progress of Arab Women 2004*, Oficina regional de UNIFEM en los Estados Árabes, Ammán, pág. 62.
- ³⁸ Cowan, Carolyn Pape, et al., 'Encouraging strong relationships between fathers and children', *Working Strategies*, vol. 8, no. 4, Verano de 2005, pág. 2.

RECUADROS DEL CAPÍTULO 2

Atención primaria de la salud: 30 años después de Alma-Ata

Chan, Margaret, 'Address to the 61st World Health Assembly', OMS, Ginebra, 19 de mayo de 2008; Declaración Internacional de Alma-Ata, 1978; Naciones Unidas, "Resoluciones aprobadas por la Asamblea General durante su sexto período extraordinario de sesiones", 9 de abril a 2 de mayo de 1974, Suplemento No. 1 (A/9559), págs. 3-5; Thieren, Michel, 'Background paper on the concept of universal access', prepared for the Technical Meeting for the Development of a Framework for Universal Access to HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in the Health Sector', OMS, Ginebra, 18-20 de octubre de 2005; Haines, Andy, Richard Horton y Zulfiqar Bhutta, 'Primary Health Care Comes of Age: Looking forward to the 30th anniversary of Alma-Ata - A call for papers', *The Lancet*, vol. 370, no. 9591, 15 de septiembre de 2007, págs. 911-913.

Abordar la carencia de personal sanitario: una intervención crucial para mejorar la salud materna y neonatal

Organización Mundial de la Salud, *El Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud*, OMS, Ginebra, 2006, págs. 8-12, 24, 99-101; Koblinsky, Marge, et al., 'Going to scale with professional skilled care', *The Lancet*, vol. 368, no. 9544, págs. 1377-1386; Tawfik, Linda, 'The impact of HIV/AIDS on

the health workforce in developing countries', documento de antecedentes para *El Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud*, OMS, Ginebra, 2006, pág. 8; Physicians for Human Rights, *An Action Plan to Prevent Brain Drain: Building Equitable Health Systems in Africa*, PHR, Boston, 2004; Shisana, Olive, et al., 'HIV/AIDS Prevalence Among South African Health Workers', *South African Medical Journal*, vol. 94, no. 10, 2004, págs. 846-850, citado en Freedman, Lynn P., et al., *Child Health and Maternal Health: Who's Got the Power? Transforming health systems for women and children*, Task Force on Child Health and Maternal Health, Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, PNUD, 2005, pág. 122.

Hacia una mayor igualdad en la salud de las madres y los recién nacidos

Gwatkin, Davidson R., et al., *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population within Developing Countries: An overview*, Health, Nutrition and Population, Banco Mundial, Washington, D.C., septiembre de 2007, págs. 123-124; Fotso, Jean-Christophe, 'Child Health Inequities in Developing Countries: Differences across urban and rural areas', *International Journal for Equity in Health*, vol. 5, no. 9, 2006; Countdown 2008 Equity Analysis Group et al., 'Mind the Gap: Equity and trends in coverage of maternal, newborn and child health services in 54 Countdown countries', *The Lancet*, vol. 371, no. 9620, 12 de abril de 2008, págs. 1259-1269; Victora, Cesar G., et al., 'Explaining Trends in Inequities: Evidence from Brazilian child health studies', *The Lancet*, vol. 356, no. 9235, págs. 1093-1098; Kerber, Kate J., 'The Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: Coverage, co-coverage and equity analysis from Demographic and Health Surveys', Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Ciudad del Cabo (inédito), 2007, págs. 16, 23-40.

Adaptar los servicios de maternidad a las culturas del Perú rural

Countdown Coverage Writing Group et al., 'Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions', *The Lancet*, vol. 371, no. 9620, 12 de abril de 2008, págs. 1254-1255; Organización Mundial de la Salud, *Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank*, OMS, Ginebra, 2007, pág. 26; Organización Panamericana de la Salud, *Gender, Health and Development in the Americas 2003*, OPS y Population Reference Bureau, 2003; e información proporcionada por la Oficina de UNICEF en el Perú.

El Sudán meridional: después de la paz comienza una nueva batalla contra la mortalidad materna

Central Bureau of Statistics and Southern Sudan Commission for Census, *Statistics and Evaluation, Sudan Household Health Survey 2006*, CBS and SSCSE, Khartoum, págs. 43, 161, 164, 178; Oficina de país en el Sudán del Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Informe Anual 2006*, UNFPA Sudán, págs. 3-4; e información proporcionada por la Oficina de UNICEF en el Sudán.

CAPÍTULO 3

- ¹ Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 de octubre de 2007, págs. 1358-1369.

- ² Glasier, Anna, et al., 'Sexual and Reproductive Health: A matter of life and death', *The Lancet*, vol. 368, no. 9547, 4 de noviembre de 2006, pág. 1602.
- ³ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Informe Mundial sobre la Epidemia del SIDA, 2008*, ONUSIDA, Ginebra, 2008, pág. 33.
- ⁴ Organización Mundial de la Salud, *Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo*, OMS, Ginebra, 2004, págs. 26-30.
- ⁵ Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 de enero de 2008, pág. 244.
- ⁶ Ibid., pág. 249.
- ⁷ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Informe Mundial sobre la Epidemia del SIDA, 2008*, ONUSIDA, Ginebra, 2008, pág. 30.
- ⁸ Briand, Valérie, et al., 'Intermittent preventive treatment for the prevention of malaria during pregnancy in high transmission areas', *Malaria Journal*, vol. 6, no. 1, 2007, pág. 160.
- ⁹ Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Antenatal Care in Developing Countries: Promises, achievements and missed opportunities - An analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001*, OMS, Ginebra, 2003, pág. 2.
- ¹⁰ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Un boletín de calificaciones de la mortalidad materna*, Número 7, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2008, pág. 44.
- ¹¹ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡cada madre y cada niño contarán!*, OMS, Ginebra, 2005, págs. 10, 62.
- ¹² Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Un boletín de calificaciones de la mortalidad materna*, Número 7, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2008, pág. 44.
- ¹³ Paul, Vinod K., 'Meeting MDG 5: Good news from India', *The Lancet*, vol. 369, no. 9561, 17 de febrero de 2007, pág. 558; Chatterjee, Patralekha, 'India addresses maternal deaths in rural areas', *The Lancet*, vol. 370, no. 9592, 22 de septiembre de 2007, págs. 1023-1024.
- ¹⁴ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Un boletín de calificaciones de la mortalidad materna*, Número 7, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2008, pág. 9.
- ¹⁵ Organización Mundial de la Salud, *Postpartum care of the mother and newborn: A practical guide*, OMS, Ginebra, 1998, pág. 17.
- ¹⁶ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Un boletín de calificaciones de la mortalidad materna*, Número 7, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2008, págs. 11, 44.
- ¹⁷ Olsen, Øystein Evjen, Sidney Ndeki y Ole Frithjof Norheim, 'Availability, distribution and use of emergency obstetric care in northern Tanzania', *Health Policy and Planning*, vol. 20, no. 3, 2005, págs. 171-173.
- ¹⁸ Organización Mundial de la Salud, *Postpartum care of the mother and newborn: A practical guide*, OMS, Ginebra, 1998, pág. 2; Organización Mundial

de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡cada madre y cada niño contarán!*, OMS, Ginebra, 2005, págs. 62, 73-74.

- 19 Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 de octubre de 2007, pág. 1366.

- 20 Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡cada madre y cada niño contarán!*, OMS, Ginebra, 2005, págs. 73-74.

- 21 Prince, Martin, et al., 'No health without mental health', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 8 de septiembre de 2007, págs. 867-8.

- 22 Knippenberg, R., et al., 'Systematic scaling up of neonatal care in countries', *The Lancet*, vol. 365, no. 9464, 19 de marzo de 2005, págs. 1088-1089; Countdown Coverage Writing Group et al., 'Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions', *The Lancet*, vol. 371, no. 9620, 12 de abril de 2008, pág. 1256.

- 23 Obtenido de la Tabla Estadística 8, página 149.

- 24 Declaración Internacional de Alma-Ata, artículos 6-8, Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud, Alma-Ata, URSS, 1978; Haines, Andy, et al., 'Achieving Child Survival Goals: Potential contribution of community health workers', *The Lancet*, vol. 369, no. 9579, 23 de junio de 2007, pág. 2121.

- 25 Haines, Andy, et al., 'Achieving child survival goals: Potential contribution of community health workers', *The Lancet*, vol. 369, no. 9579, 23 de junio de 2007, pág. 2123.

- 26 Freedman, Lynn P., et al., *Child Health and Maternal Health: Who's got the power? Transforming health systems for women and children*, Grupo de Tareas sobre salud infantil y salud de la madre, Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, PNUD, 2005, pág. 65.

- 27 Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 de octubre de 2007, pág. 1361.

- 28 Lawn, Joy, y Kate Kerber, eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Ciudad del Cabo, 2006, pág. 32.

- 29 Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 de octubre de 2007, pág. 1364.

- 30 Ibid.

- 31 Lawn, Joy, y Kate Kerber, eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Ciudad del Cabo, 2006, pág. 33.

- 32 Bartlett, Linda A., et al., 'Where Giving Birth Is a Forecast of Death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999-2002', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 de marzo de 2005, págs. 864-870.

- 33 Paxton, A., et al., 'Global patterns in availability of emergency obstetric care',

International Journal of Gynecology & Obstetrics, vol. 93, no. 3, 2006, págs. 300-307.

RECUADROS DEL CAPÍTULO 3

Erradicar el tétanos materno y neonatal

Organización Mundial de la Salud, *Weekly epidemiological record*, OMS, Ginebra: nos. 20, 19 de mayo de 2006, págs. 198-208; 81, 31 de marzo de 2006, págs. 120-127; 44, 30 de octubre de 1987, págs. 332-335; 82, 29 de junio de 2007, págs. 237-242; y 34, 22 de agosto de 2008, págs. 301-307; Roper, Martha H., Jos H. Vandelaar y François L. Gasse, 'Maternal and neonatal tetanus', *The Lancet*, vol. 370, no. 9603, 8 de diciembre de 2007, págs. 1947-1959.

Trastornos de hipertensión: habituales pero complejos

Khan, Khalid S., et al., 'OMS Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review', *The Lancet*, vol. 367, no. 9516, 1 de abril de 2006, pág. 1073; Podmowski, Tiina, y Phyllis August, 'Hypertension in pregnancy', *Advances in Chronic Kidney Disease*, vol. 14, no. 2, abril de 2007, págs. 178-179, 181; Hofmeyr, G.J., A.N. Attalah y L. Duley, 'Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems', *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, vol. 3, article no. CD001059; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival', *The Lancet*, vol. 371, no. 9610, 2 de febrero de 2008, pág. 431; Dolea, Carmen, y Carla Abouzahr, 'Global burden of hypertensive disorders of pregnancy in the year 2000', *Global Burden of Disease 2000*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2003.

Los primeros 28 días de vida

Lawn, Joy E., Simon Cousens y Jelka Zupan, '4 million neonatal deaths: When? Where? Why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 de marzo de 2005, págs. 891-900; Lawn, Joy E., Kenji Shibuya y Claudia Stein, 'No Cry at Birth: Global estimates of intrapartum stillbirths and intrapartum-related neonatal deaths', *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 83, no. 6, junio de 2005, págs. 409-17; Bang, Abhay T., et al., 'Effect of Home-based Neonatal Care and Management of Sepsis on Neonatal Mortality: Field trial in rural India', *The Lancet*, vol. 354, no. 9194, 4 de diciembre de 1999, págs. 1955-1961; Baqui, Abdullah H., et al., 'Effect of Community-based Newborn-care Intervention Package Implemented through Two Service-delivery Strategies in Sylhet District, Bangladesh: A cluster-randomized controlled trial', *The Lancet*, vol. 371, no. 9628, 7 de junio de 2008, págs. 1936-1944; Manandhar, D.S., et al., 'Effect of a Participatory Intervention with Women's Groups on Birth Outcomes in Nepal: Cluster-randomized controlled trial', *The Lancet*, vol. 364, no. 9438, 11 de septiembre de 2004, págs. 970-979; Kumar, V., et al., 'Effect of Community-based Behaviour Change Management on Neonatal Mortality in Shivgarh, Uttar Pradesh, India: A cluster-randomized controlled trial', *The Lancet*, vol. 372, no. 9644, 27 de septiembre de 2008, págs. 1151-1162; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'Implementing Community-based Perinatal Care: Results from a pilot study in rural Pakistan', *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 86, no. 6, junio de 2008, págs. 452-459; Kerber, Kate J., et al.,

'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 de octubre de 2007, págs. 1358-1369; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'Interventions to Address Maternal, Newborn and Child Survival: What difference can integrated primary health care strategies make?', *The Lancet*, vol. 372, no. 9642, 13 de septiembre de 2008, págs. 972-989; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'Communitybased Interventions for Improving Perinatal and Neonatal Health Outcomes in Developing Countries: A review of the evidence', *Pediatrics*, vol. 115, no. 2, febrero de 2005, págs. 519-617; Haws, Rachel A., et al., 'Impact of Packaged Interventions on Neonatal Health: A review of the evidence', *Health Policy and Planning*, vol. 22, no. 4, 25 de mayo de 2007, págs. 193-215.

Las parteras en el Afganistán

Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, *Mortalidad materna en 2005, Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial*, OMS, Ginebra, 2007, pág. 23; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Un boletín de calificaciones de la mortalidad materna*, Número 7, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2008, págs. 10, 43; Oficina Regional de UNICEF para Asia Meridional, *Maternal and Neonatal Health Review in South Asia Region*, 25 de junio de 2008, págs. 67-68; Currie, Sheena, Pashtoon Azfar y Rebecca C. Fowler, 'A bold new beginning for midwifery in Afghanistan', *Midwifery*, vol. 23, no. 3, septiembre de 2007, págs. 226-234; Ministerio de Salud Pública del Afganistán, *Maternal Mortality in Afghanistan: Magnitude, causes, risk factors and preventability*, Ministerio de Salud Pública del Afganistán, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades y UNICEF, 6 de noviembre de 2002, pág. 4; e información proporcionada por la Oficina de UNICEF en el Afganistán.

Las madres canguro de Ghana

Whitelaw, A., y K. Sleath, 'Myth of the Marsupial Mother: Home care of very low birthweight babies in Bogota, Colombia', *The Lancet*, vol. 1, no. 8439, 25 de mayo de 1985, págs. 1206-1208; Pattinson, Robert C., et al., 'Implementation of Kangaroo Mother Care: A randomized trial of two outreach strategies', *Acta Paediatrica*, vol. 94, no. 7, 2005, págs. 924-927; Bergh, A.-M., y Robert C. Pattinson, 'Development of a Conceptual Tool for the Implementation of Kangaroo Mother Care', *Acta Paediatrica*, vol. 92, no. 6, págs. 709-714; e información proporcionada por la Oficina de UNICEF en Ghana.

La infección conjunta por VIH y paludismo en el embarazo

Desai, Meghna, et al., 'Epidemiology and Burden of Malaria in Pregnancy', *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 7, no. 2, febrero de 2007, págs. 93-104; Ter Kuile, F.O., et al., 'The Burden of Co-infection with HIV Type 1 and Malaria in Pregnant Women in Sub-Saharan Africa', *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 71, suplemento 2, 2004, págs. 41-54; Organización Mundial de la Salud, 'Malaria and HIV Interactions and their Implications for Public Health Policy', OMS, Ginebra, 2005, págs. 10-11; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Malaria and HIV Factsheet', Nota técnica de UNICEF no. 6, febrero de 2003, pág. 2; Organización Mundial de la Salud, 'Technical Expert

Group Meeting on Intermittent Preventive Treatment in pregnancy (IPTp)', Ginebra, 2008, pág. 4; Organización Mundial de la Salud, 'Assessment of the Safety of Artemisinin Compounds in Pregnancy', Ginebra, 2003, pág. 2.

Los desafíos que enfrentan las adolescentes en Liberia

Información proporcionada por la Oficina de UNICEF en Liberia.

CAPÍTULO 4

- 1 Hill, K., et al., 'Interim Measures for Meeting Needs for Health Sector Data: Births, deaths and causes of death', *The Lancet*, vol. 370, no. 9600, 17 de noviembre de 2007, págs. 1726-1735.
- 2 Organización Mundial de la Salud, *Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*, OMS, Ginebra, 2004, págs. 1-2.
- 3 Measure Evaluation, 'Measuring Maternal Mortality from a Census: Guidelines for potential users', <www.cpc.unc.edu/measure/publications>, consultado el 30 September 2008; Organización Mundial de la Salud, *Verbal Autopsy: Ascertaining and attributing causes of death*, OMS, Ginebra, 2007, pág. 6.
- 4 Setel, P.W., et al., 'Sample Registration of Vital Events with Verbal Autopsy: A renewed commitment to measuring and monitoring vital statistics', *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 83, no. 8, 2005, págs. 611-617; Measure Evaluation, 'Sample Registration of Vital Events with Verbal Autopsy', <www.cpc.unc.edu/measure/tools/monitoring-evaluation-systems/savy>, consultado el 30 de septiembre de 2008.
- 5 Organización Mundial de la Salud, *Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*, OMS, Ginebra, 2004, págs. 106-107.
- 6 Centros de los Estados Unidos para el Control y la Prevención de las Enfermedades, 'Updated Guidelines for Evaluating Public Health Surveillance Systems', *Morbidity and Mortality Weekly Report - Recommendations and Reports*, vol. 50, no. RR13, CDC, Washington, D.C., 27 de julio de 2001, págs. 1-35.
- 7 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud y Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*, UNICEF, agosto de 1997; *Averting Maternal Death and Disability Program, Averting Maternal Death and Disability Program Report, 1999-2005*, Mailman School of Public Health, Columbia University, Nueva York, octubre de 2006, págs. 2-4.
- 8 Organización Mundial de la Salud, *Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer*, OMS, Ginebra, 2004, pág. 4.
- 9 Granja, A.C., F. Machungo y S. Bergstrom, 'Avoidability of Maternal Death in Mozambique: Audit and retrospective risk assessment in 106 consecutive cases', *African Journal of Health Sciences*, vol. 7, no. 3-4, Julio-Diciembre de 2000, págs. 83-7.
- 10 Blouse, A., P. Gomez y B. Kinzie, *Site Assessment and Strengthening for Maternal and Newborn Health Programmes*, JHPIEGO, Baltimore, 2004, págs. 1-42; EngenderHealth, *COPE for Maternal Health Services: A process and tools for improving the quality of maternal health services*, Nueva York, 2001.
- 11 Byass, Peter, et al., 'Direct Data Capture Using Hand-held Computers in Rural Burkina Faso: Experiences, benefits and lessons learnt', *Tropical Medicine and International Health*, vol. 13, número especial 1, julio de 2008, pág. 29.
- 12 Organización Mundial de la Salud, *El Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud*, OMS, Ginebra, 2006, pág. 12.
- 13 Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡cada madre y cada niño contarán!*, OMS, Ginebra, 2005, pág. 96.
- 14 Fondo de Población de las Naciones Unidas, Investing in People: *National progress in implementing the ICPD Programme of Action 1994-2004*, UNFPA, Nueva York, 2004, pág. 45; Organización Mundial de la Salud, Confederación Internacional de Comadronas y Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, *Making Pregnancy Safer: The critical role of the skilled attendant - A joint statement by WHO, ICM and FIGO*, OMS, Ginebra, 2004, pág. 1; Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, 'Proportion of Births Attended by Skilled Health Workers', actualizaciones de 2008, OMS, Ginebra, pág. 3. 15 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud, *Management of Sick Children by Community Health Workers*, UNICEF/OMS, Nueva York, enero de 2006, pág. 7.
- 16 Ibid.
- 17 Obtenido de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2008: Supervivencia Infantil*, UNICEF, Nueva York, enero de 2008, pág. 77.
- 18 Oficina Regional de UNICEF para Asia Meridional, *Maternal and Neonatal Health Review in the South Asia Region*, 25 de junio de 2008, pág. 152.
- 19 Dambisya, Ysowa, 'A Review of Non-financial Incentives for Health Worker Retention in Eastern and Southern Africa', Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa, Documento de debate no. 44, mayo de 2007, pág. 49.
- 20 Lawn, Joy E., y Kate J. Kerber, eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health*, Ciudad del Cabo, 2006, pág. 73.
- 21 Vivar, Susana Camacho, 'Ecuador Addresses Cultural Issues for Pregnant Women', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 de octubre de 2007, pág. 1302.
- 22 Lawoyin, Taiwo, O., O.C. Olushevi, y David A. Adewole, 'Men's Perception of Maternal Mortality in Nigeria', *Journal of Public Health Policy*, vol. 28, no. 3, 2007, págs. 299-318.
- 23 Lawn, Joy E., y Kate J. Kerber, eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health*, Ciudad del Cabo, 2006, pág. 87.
- 24 Bryce, Jennifer, y J.H. Requejo, *Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival: The 2008 report, Countdown to 2015*, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nueva York, 2008, pág. 44.
- 25 Datos preparados por la Unidad para el desarrollo de políticas y sistemas de salud, Esfera del fortalecimiento de los programas de salud, Organización Panamericana de la Salud.
- 26 Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas, Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas para África, Comisión de la Unión Africana, 'Meeting Africa's New Development Challenges in the 21st Century: Issues paper', Addis Ababa, 21 de marzo de 2008, pág. 13.
- 27 Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Maternal Health', *The Lancet*, vol. 368, no. 21, octubre de 2006, págs. 1457-1465.
- 28 Witter, Sophie, et al., 'The Experience of Ghana in Implementing a User Fee Exemption Policy to Provide Free Delivery Care', *Reproductive Health Matters*, vol. 15, no. 30, 2007, págs. 61-71; Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Health', *The Lancet*, vol. 368, no. 21, octubre de 2006, págs. 1457-1465.
- 29 Gilson, Lucy, y Di McIntyre, 'Removing Fees for Primary Care in Africa: The need for careful action', *British Medical Journal*, vol. 331, 2005, págs. 331, 762-765.
- 30 Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Health', *The Lancet*, vol. 368, no. 21, octubre de 2006, págs. 1457-1465; Deininger, K., y P. Mpuga, *Economic and Welfare Effects of the Abolition of Health User Fees: Evidence from Uganda*, documento de trabajo de investigación del Banco Mundial no. 3276, Washington, D.C., 2004; Nabyonga, J., et al., 'Abolition of Cost-sharing Is Pro-poor: Evidence from Uganda', *Health Policy Plan*, vol. 20, págs. 100-108.
- 31 Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Health', *The Lancet*, vol. 368, no. 21, octubre de 2006, págs. 1457-1465; Gilson, Lucy, y Di McIntyre, 'Removing User Fees for Primary Care in Africa: The need for careful action', *British Medical Journal*, vol. 331, 1 de octubre de 2005, págs. 762-765.
- 32 Gilson, Lucy, y Di McIntyre, 'Removing User Fees for Primary Care in Africa: The need for careful action', *British Medical Journal*, vol. 331, 1 de octubre de 2005, págs. 762-765.
- 33 Dmytraczenko, T., et al., *Evaluación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez en Bolivia*, Partnerships for Health Reform, Abt Associates, Bethesda, Maryland, 1998; Borghi, J.O., et al., 'Mobilizing Financial Resources for Maternal Health', *The Lancet*, vol. 368, no. 9545, 21 de octubre de 2006, págs. 1457-1465.
- 34 Schneider, P., et al., *Utilization, Cost and Financing of District Health Services in Rwanda, Partnerships for Health Reform*, Abt Associates, Bethesda, Maryland, marzo de 2001; Fox-Rushby, J.A., 'Costeffectiveness Analysis of a Mobile Maternal Health Care Service in West Kiang, The Gambia', *World Health Stat Quarterly*, vol. 48, no. 1, 1995; págs. 23-27.

- 35 Richard, F., et al., 'Reducing Financial Barriers to Emergency Obstetric Care: Experience of cost-sharing mechanism in a district hospital in Burkina Faso', *Tropical Medicine and International Health*, vol. 12, no. 8, agosto de 2007, págs. 972-981.
- 36 Gertler, P., y S. Boyce, *An Experiment in Incentive-based Welfare: The impact of Progreso on health in Mexico*, University of California, Berkeley, 2001; Morris, S.S., et al., 'Monetary Incentives in Primary Health Care and Effects on Use and Coverage of Preventive Health Care Interventions in Rural Honduras: A cluster randomized trial', *The Lancet*, vol. 364, no. 9450, 4 de diciembre de 2004; págs. 30-37.
- 37 Peters, David H., Gita G. Mirchandani y Peter M. Hansen, 'Strategies for Engaging the Private Sector in Sexual and Reproductive Health: How effective are they?', *Health Policy and Planning*, vol. 19, suplement 1, págs. 5-21.
- 38 Bhatia, Jagdish, y John Cleland, 'Health Care of Female Outpatients in South-central India: Comparing public and private sector provision', *Health Policy and Planning*, vol. 19, no. 6, págs. 402-409; Barber, Sarah L., 'Public and Private Prenatal Care Providers in Urban Mexico: How does their quality compare?', *International Journal for Quality in Health Care*, 4 de mayo de 2006, págs. 1-8; Barber, SL, PJ Gertler, y P Hasrimurti, 'Differences in access to high-quality outpatient care in Indonesia', *Health Affairs*, vol. 26, no. 3, Mayo-Junio de 2007, pp 352-366.
- 39 Organización Mundial de la Salud, Estadísticas Mundiales de Salud 2008, OMS, Ginebra, 2008, págs. 82-83.
- 40 Mbonye, A.K., et al., 'Declining Maternal Mortality Ratio in Uganda: Priority interventions to achieve the MDG', *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 98, no. 3, septiembre de 2007, pág. 287.
- 41 Organización Mundial de la Salud, International Planned Parenthood Foundation, John Snow, Inc., PATH, Population Services International, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Banco Mundial, *Lista interinstitucional de medicamentos esenciales para fines de salud reproductiva*, OMS, Ginebra, 2006.
- 42 Barker, Carol, et al., 'Support to the Safe Motherhood Programme in Nepal: An integrated approach', *Reproductive Health Matters*, vol. 15, no. 30, noviembre de 2007, pág. 5.
- 43 Ganatra, B.R., K.J. Coyaji y V.N. Rao, 'Too Far, Too Little, Too Late: A community-based, case-control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India', *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 1988, vol. 76, no. 6, págs. 591-598; George, Asha, 'Persistence of High Maternal Mortality in Koppal District, Karnataka, India: Observed service delivery constraints', *Reproductive Health Matters*, vol. 15, no. 30, 2007, págs. 91-102; Murray, Susan F., y Stephen C. Pearson, 'Maternity Referral Systems in Developing Countries: Current knowledge and future research needs', *Social Science and Medicine*, vol. 62, 2006, págs. 2205-2215.
- 44 Pittrof, Rudiger, Oona Campbell y Veronique Filippi, 'What Is Quality in Maternity Care? An international perspective', *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, vol. 81, no. 4, abril de 2002, pág. 278.
- 45 Delvaux, Therese, et al., 'Quality of Antenatal and Delivery Care Before and After the Implementation of a Prevention of Mother-to-child HIV Transmission Programme in Cote d'Ivoire', *Tropical Medicine and International Health*, vol. 13, no. 8, agosto de 2008, pág. 974.
- 46 Kayongo, M., et al., 'Strengthening Emergency Obstetric Care in Ayacucho, Peru', *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 92, no. 3, marzo de 2006, págs. 299-307; Otchere, S.A., y H.T. Binh, 'Strengthening Emergency Obstetrics in Thanh Hoah and Quang Tri provinces in Vietnam', *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 99, no. 3, septiembre de 2007, págs. 165-172; Otchere, S.A., y A. Kayo, 'The Challenges of Improving Emergency Obstetric Care in Two Rural Districts in Mali', *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 99, agosto de 2007, págs. 173-182.
- 47 Thomas, Lena Susan, et al., 'Making Systems Work: The hard part of improving maternal health services in South Africa', *Reproductive Health Matters*, vol. 15, no. 30, septiembre de 2007, págs. 45-48.

RECUADROS DEL CAPÍTULO 4

Utilización del método de detección de eslabones críticos en los sistemas de atención de la salud para evitar las muertes maternas

Núñez Urquiza, Rosa María, et al., 'Más Allá de las Cifras: Detección de eslabones críticos en los procesos de atención para prevenir muertes maternas', *Género y Salud en Cifras*, vol. 3, nos. 2/3, Mayo-Diciembre de 2005, págs. 5-15.

Nuevos rumbos en el ámbito de la salud materna

Starrs, Ann M., 'Delivering for Women', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 de octubre de 2007, pág. 1285; Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Banco Mundial, *Mortalidad materna en 2005, Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial*, OMS, Ginebra, 2005; Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡cada madre y cada niño contarán!*, OMS, Ginebra, 2005; Braveman, Paula, y Eleuther Tarimo, 'Social Inequalities in Health within Countries: Not only an issue for affluent nations', *Social Science & Medicine*, vol. 54, no. 11, 2002, págs. 1621-1635; Marmot, Michael, 'Social Determinants of Health Inequalities', *The Lancet*, vol. 365, no. 9464, 19 de marzo de 2005, págs. 1099-1104; Hill, Kenneth, et al., 'Estimates of Maternal Mortality Worldwide between 1990 and 2005: An assessment of available data', *Obstetric Anesthesia Digest*, vol. 28, no. 2, junio de 2008, págs. 94-95; Bryce, Jennifer, y J. H. Requejo, *Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival: The 2008 report, Countdown to 2015*, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nueva York, 2008; Sedgh, Gilda, et al., 'Induced Abortion: Rates and trends worldwide', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 de octubre de 2007, págs. 1338-1345; Gülmezoglu, A. Metin, et al., 'OMS Systematic Review of Maternal Mortality and Morbidity: Methodological issues and challenges', *BMC Medical Research Methodology*, vol. 4, no. 16, 2004, pág. 16; Filippi, V., et al., 'Health of Women after Severe Obstetric Complications in Burkina Faso: A longitudinal study', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 de octubre de 2007, págs. 1329-1337; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'What Works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival', *The Lancet*, vol. 371, no. 9610, 2 de febrero de 2008, págs. 417-440; Shankar, A.H., et al., 'Effect of Maternal Multiple Micronutrient Supplementation on Fetal Loss and Infant Death in Indonesia: A double-blind cluster-randomized trial', *The Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 de enero de 2008, págs. 215-227; Campbell, O.M., y V.J. Graham, 'Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting on with what works', *The Lancet*, vol. 368, no. 9543, 7 de octubre de 2006, págs. 1284-1299; Villar, J., et al., 'Organización Mundial de la Salud randomized trial of calcium supplementation among low calcium intake pregnant women', *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 193, no. 6S2, febrero de 2006, págs. 639-649; Altman, D., et al., 'Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Maggie Trial: A randomized placebo-controlled trial', *The Lancet*, vol. 359, no. 9321, 1 de junio de 2002, págs. 1877-1890; Althabe, Fernando, et al., 'A behavioral intervention to improve obstetrical care', *New England Journal of Medicine*, vol. 358, no. 18, 1 de mayo de 2008, págs. 1929-1940; Villar, J., et al., 'OMS Antenatal Care Randomized Trial for the Evaluation of a New Model of Routine Antenatal Care', *The Lancet*, vol. 357, no. 9268, 19 de mayo de 2001, págs. 1551-1564; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Malaria & Children: Progress in intervention coverage*, UNICEF, Nueva York, 2007; Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn, and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 de octubre de 2007, págs. 1358-1369.

El fortalecimiento del sistema de salud en la República Democrática Popular Lao

Economist Intelligence Unit, Country Report Laos, enero de 2008, EIU, Londres, 2008, págs. 7, 12; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *The State of Asia-Pacific's Children 2008*, UNICEF, Nueva York, mayo de 2008, pág. 38; Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Maternal and Neonatal Health in East and Southeast Asia*, UNFPA, Nueva York, 18 de mayo de 2008, pág. 1; Perks, Carol, Michael J. Toole y Khamla Phouthonsy, 'District Health Programmes and Health-sector Reform: Case study in the Lao People's Democratic Republic', *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 84, no. 2, febrero de 2006, pág. 133-135; UNICEF Lao People's Democratic Republic, *Informe Anual 2007*, págs.3-4, 9.

Salvar vidas maternas y neonatales – los primeros días cruciales

Lawn, Joy E., Simon Cousens y Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? where? why?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 de marzo de 2005, págs. 891-900; Baqui, A.H., et al., 'Effect of Timing of First Postnatal Care Home Visit on Neonatal Mortality in Bangladesh: An observational study', 2008 (unpublished); Darmstadt, G.L., et al., 'Evidence-based, Cost-effective Interventions: How many newborn babies can we save?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9463, 12 de marzo de 2005, págs. 977-988; Bhutta, Zulfiqar A., et al., 'What Works?

Interventions for maternal and child undernutrition and survival', *The Lancet*, vol. 371, no. 9610, 2 de febrero de 2008, págs. 417-440; Dearden, Kirk, et al., 'The Impact of Mother-to-mother Support on Optimal Breast-feeding: A controlled community intervention trial in peri-urban Guatemala City, Guatemala', *Pan American Journal of Public Health*, vol. 12, no. 3, septiembre de 2002, págs. 193-201; Kerber, Kate J., et al., 'Continuum of Care for Maternal, Newborn and Child Health: From slogan to service delivery', *The Lancet*, vol. 370, no. 9595, 13 de octubre de 2007, págs. 1358-1369; Bryce, J., et al., 'Countdown to 2015 for Maternal, Newborn and Child Survival: The 2008 report on tracking coverage of interventions', *The Lancet*, vol. 371, no. 9620, 12 de abril de 2008, págs. 1247-1258; Tinker, Anne, et al., 'A Continuum of Care to Save Newborn Lives', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 de marzo de 2005, págs. 822-825; Lawn, Joy E., y Kerber, Kate J., eds., *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Partnership on Maternal, Newborn and Child Health, Ciudad del Cabo, 2006, pág. 84; Peterson, S., et al., 'Coping with Paediatric Referral: Ugandan parents' experience', *The Lancet*, vol. 363, no. 9425, 12 de junio de 2004, págs. 1955-1956; Bang, A.T., et al., 'Effect of Homebased Neonatal Care and Management of Sepsis on Neonatal Mortality: Field trial in rural India', *The Lancet*, vol. 354, no. 9194, 4 de diciembre de 1999, págs. 1955-1961; Baqui, Abdullah H., et al., 'Effect of Community-based Newborn-care Intervention Package Implemented through Two Servicedelivery Strategies in Sylhet District, Bangladesh: A cluster-randomized controlled trial', *The Lancet*, vol. 371, no. 9628, 7 de junio de 2008, págs. 1936-1944.

El Gobierno de Burundi se compromete a trabajar en favor de la salud maternoinfantil

Economist Intelligence Unit, *Country Report Burundi*, mayo de 2008, EIU, Londres, 2008; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *Informe sobre Desarrollo Humano 2007/2008: Fighting Climate Change – Human solidarity in a divided world*, PNUD, Nueva York, 2007, pág. 240; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2008: Child survival*, UNICEF, Nueva York, enero de 2008, págs. 114, 118, 126, 142; Philips, Mit, et al., 'Burundi: A population deprived of basic health care', *British Journal of General Practice*, vol. 54, no. 505, 1 de agosto de 2004, pág. 634; Human Rights Watch, 'A High Price to Pay: Detention of poor patients in Burundian hospitals', Human Rights Watch, vol. 18, no. 8(A), septiembre de 2006, págs. 7, 21, 27; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Informe Anual 2007, UNICEF, Nueva York, 2008, págs. 11, 25-26; International Health Partnership, *Scaling-Up for Better Health (IHP+) Update*, no. 1, OMS, 1 de noviembre de 2007, pág. 1, <www.who.int/healthsystems/ihp/en/index.html>, consultado el 30 de julio de 2008.

Integración de los servicios de salud materna y neonatal en la India

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *The State of Asia-Pacific's Children 2008*, UNICEF, Nueva York, mayo de 2008, págs. 20, 53; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2008: Supervivencia infantil*, UNICEF, Nueva York, enero de 2008, págs. 115, 143; *Maternal and Neonatal Health Review in the South Asian*

Region, 25 de junio de 2008, págs. 16, 103; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Informe Anual 2007, UNICEF, Nueva York, 2008, pág. 4; Gobierno de la India, Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia, Janani Suraksha Yojana: Guidelines for implementation, septiembre de 2006, pág. 5; Sharma, Ramakant, 'Janani Suraksha Yojana: A study of the implementation status in selected districts of Rajasthan', Population Research Centre, Universidad Mohanlal Sukhadia, 2007-2008; Fondo de Población de las Naciones Unidas, 'Rapid Assessment of Chiranjeevi Yojana in Gujarat 2006', UNFPA India, págs. v, 23; Bhat, Ramesh, Dale Huntington y Sunil Maheshwari, 'Public-Private Partnerships: Managing contracting arrangements to strengthen the Reproductive and Child Health Programme in India – Lessons and implications from three case studies', Organización Mundial de la Salud, 2007, pág. 12-13; Oficina de UNICEF en la India, 'Assessment of Chiranjeevi Performance', febrero de 2008, <http://gujhealth.gov.in/Chiranjeevi%20Yojana/M_index.htm>, consultado el 4 de agosto de 2008.

CAPÍTULO 5

- 1 Organización Mundial de la Salud, 'Progress in Global Measles Control and Mortality Reduction, 2000-2006', Morbidity and Mortality Weekly Report, vol. 82, no. 48, 30 de noviembre de 2007, pág. 422.
- 2 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud, *Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector – Progress Report 2008*, ONUSIDA/UNICEF/OMS, págs. 88-89,98.
- 3 Overseas Development Institute, 'Global Health: Making partnerships work', Briefing paper no. 15, ODI, Londres, enero de 2007, pág. 1
- 4 International Health Partnership, 'Informal Meeting of Global Health Leaders', Outcome Document, julio de 2007, <www.internationalhealthpartnership.org/ihp_plus_about_agencies.html>, consultado el 30 de septiembre de 2008.
- 5 International Health Partnership, <<http://www.internationalhealthpartnership.net>>, consultado el 15 de septiembre de 2008.
- 6 High Level Forum on Aid Effectiveness, 'Paris Declaration on Aid Effectiveness: Ownership, harmonisation, alignment, results and mutual accountability', Paris, 28 de febrero a 2 de marzo de 2005; 3rd High Level Forum on Aid Effectiveness, 'Accra Agenda for Action', Accra, 2-4 de septiembre de 2008.
- 7 Canadian International Development Agency, Oficina de Cooperación y Desarrollo Económicos y el Banco Mundial, *Building a New Aid Relationship: The Paris Declaration on Aid Effectiveness*, 3rd High Level Forum on Aid Effectiveness, Accra, 2-4 de septiembre de 2008, pág. 26.
- 8 Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 'A Global Call for G8 Leaders and Other Donors to Champion Maternal, Newborn and Child Health', Organización Mundial de la Salud, Ginebra, abril de 2008, págs. 1-4.

⁹ Toyako Framework for Action on Global Health: Report of the G8 Health Experts Group, Tokyo, 8 de julio de 2008, págs. 1-10.

¹⁰ Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, no. 9620, 12 de abril de 2008, págs. 1268-1275.

RECUADROS DEL CAPÍTULO 5

Trabajar en forma conjunta para mejorar la salud materna y neonatal

Organización Mundial de la Salud: *The Health of the People: The African regional health report 2006*, Oficina Regional de la OMS para África, Brazzaville, 2006, pág. 19; The White Ribbon Alliance for Safe Motherhood, *Informe Anual 2007*, Graham, Wendy J., 'How Japan Reduced Maternal Mortality in One Generation', resumen publicado por la Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño, <www.who.int/pmnch/topics/maternal/japanexample/en/print.html>, consultado el 30 de septiembre de 2008.

Alianzas mundiales clave para la salud de la madre y del recién nacido

Información obtenida de los sitios web de asociados, consultado el 30 de agosto de 2008.

Asociaciones en favor de las madres y los recién nacidos en la República Centroafricana

Información procedente de la oficina de UNICEF en la República Centroafricana.

Los organismos de las Naciones Unidas fortalecen su colaboración en apoyo de la salud materna y neonatal

Organización Mundial de la Salud, 'Accelerating Efforts to Save the Lives of Women and Newborns', declaración conjunta en nombre de UNICEF, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Banco Mundial y OMS, 25 de septiembre de 2008; WHO-UNFPA-UNICEF-World Bank Joint Country Support for Accelerated Implementation of Maternal and Newborn Continuum of Care, <www.who.int/media-centre/news/statements/2008/who_unfpa_unicef_joint_country_support.pdf>, consultado el 28 de octubre de 2008.

Mejorar los sistemas de información sobre salud: Red de Sanimetría

Organización Mundial de la Salud, *Health Metrics Network, Framework and Standards for Country Health Information Systems*, 2da edición, OMS, Ginebra, 2008, págs. 5-8; sitio web de Health Metrics Network, <www.who.int/healthmetric/about/en>, consultado el 30 de septiembre de 2008.

TABLAS ESTADÍSTICAS

Estadísticas económicas y sociales de los países y territorios del mundo, con especial referencia al bienestar de la infancia.

Notas generales a los datos	página 114
Explicación de los símbolos	página 116
Posición de los países y territorios según su TMM5	página 117
Datos consolidados	página 152
Medición del desarrollo humano	
Introducción a la tabla 10	página 153

TABLAS	
1 Indicadores básicos	página 118
2 Nutrición	página 122
3 Salud	página 126
4 VIH/SIDA	página 130
5 Educación	página 134
6 Indicadores demográficos	página 138
7 Indicadores económicos	página 142
8 Situación de las mujeres	página 146
9 Protección infantil	página 150
10 Ritmo de progreso	página 154

Notas generales a los datos

Los datos que figuran en las siguientes tablas estadísticas se derivan de las Bases de datos mundiales de UNICEF, que incluyen solamente datos comparables internacionalmente y correctos desde el punto de vista estadístico; estos datos están acompañados de definiciones, fuentes y explicaciones de símbolos. Siempre que ha sido posible se han utilizado los datos oficiales de los organismos responsables de las Naciones Unidas, como por ejemplo para los indicadores económicos y demográficos. Cuando no existen tales estimaciones internacionales normalizadas, se han utilizado otras fuentes, especialmente datos obtenidos de encuestas nacionales representativas en hogares. Los datos presentados en el informe de este año reflejan la información disponible hasta el 1 de julio de 2008. En la dirección electrónica www.childinfo.org puede encontrarse información más detallada sobre la metodología y las fuentes de los datos presentados.

Varios de los indicadores, tales como los datos relativos a la esperanza de vida, la tasa total de fecundidad, la tasa bruta de natalidad y la tasa bruta de mortalidad, proceden de las estimaciones y proyecciones habituales que lleva a cabo la División de Población de las Naciones Unidas. Éstas y otras estimaciones internacionales se revisan periódicamente, lo que explica las posibles diferencias con los datos de anteriores publicaciones de UNICEF. Este informe incluye las últimas estimaciones y predicciones de las Perspectivas de la Población Mundial evaluadas en 2006.

Cálculos sobre mortalidad

Todos los años, UNICEF incluye en el *Estado Mundial de la Infancia* estimaciones sobre mortalidad en la infancia, como la tasa de mortalidad de lactantes, la tasa de mortalidad entre niños menores de cinco años, y los fallecimientos de niños menores de cinco años, durante dos años de referencia, siempre que ello sea posible. Estas cifras representan las mejores estimaciones de que se dispone en el momento en que se elabora el informe y se basan en las tareas del Grupo Interorganismos sobre Estimaciones de Mortalidad Infantil, que incluye a UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Este grupo actualiza estas estimaciones cada año, emprendiendo una revisión detallada de todos los datos nuevos. En ocasiones, esta revisión se traducirá en ajustes de las estimaciones anteriormente anunciadas. Por lo tanto, las estimaciones publicadas en ediciones consecutivas del *Estado Mundial de la*

Infancia pueden no ser comparables, por lo que no deben utilizarse para analizar las tendencias de la mortalidad a lo largo de un período de tiempo. Es importante señalar que en la Tabla 10 pueden consultarse estimaciones comparables de niños menores de cinco años para los períodos 1970 y 1990 y para el último año. Además, en la página de la web www.childinfo.org se publica la serie completa de estimaciones cronológicas referidas a todos los países. Esta serie cronológica se basa en las estimaciones más recientes elaboradas por el Grupo Interorganismos sobre Estimaciones de Mortalidad Infantil.

Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS)

Durante más de una década, UNICEF ha dado apoyo a países para la recopilación de datos estadísticamente correctos y comparables internacionalmente a través de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS). Desde 1995 se han realizado alrededor de 200 encuestas en aproximadamente 100 países, y la última ronda de encuestas MICS se llevó a cabo en más de 50 países en 2005 y 2006, lo que permitió una valoración nueva y más global de la situación de los niños y las mujeres a nivel mundial. La próxima ronda de encuestas MICS está previsto que se lleve a cabo en 2009-2010.

Las encuestas, que contaron con apoyo de UNICEF, junto con las Encuestas de Demografía y Salud, se encuentran entre las mayores fuentes de datos para supervisar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y pueden utilizarse para informar sobre 21 de los 53 indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Estos datos se utilizan también para supervisar otros compromisos convenidos internacionalmente, como el Plan de Acción relativo a “Un mundo apropiado para los niños” y los objetivos mundiales en materia de SIDA y paludismo. Estos datos se han incorporado a los cuadros estadísticos que figuran en el presente informe y se han usado también para estructurar los análisis del informe. En la página www.childinfo.org puede obtenerse más información sobre estos datos.

Revisiones

Este año se han revisado diversas tablas estadísticas.

Tabla 1, Indicadores básicos: La Tabla 1 presenta estimaciones sobre la mortalidad infantil desarrolladas por el Grupo

Interorganismos sobre Estimaciones de Mortalidad Infantil. Cabe señalar que las tasas de mortalidad neonatal para el año 2004, tal como se presentan en esta tabla, han sido producidas por la OMS, y el Grupo Interorganismos sobre Estimaciones de Mortalidad Infantil no las ha examinado oficialmente. Estas estimaciones, por tanto, puede que no concuerden con la estructura de edad de la mortalidad infantil implícita en las estimaciones para 2007 sobre mortalidad infantil y mortalidad de menores de cinco años. Además, las estimaciones de mortalidad en la infancia para 12 países de África oriental y meridional (Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibia, República Unida de Tanzania, Rwanda, Sudáfrica, Swazilandia, Uganda, Zambia y Zimbabwe) se revisaron para reflejar las estimaciones de ONUSIDA sobre las muertes infantiles debidas al SIDA. Estas estimaciones de ONUSIDA se producen sobre la base de información relacionada no solamente con la prevalencia del VIH sino también con las recientes actividades en materia de prevención y tratamiento del VIH y el SIDA. En el sitio del Grupo Interorganismos sobre Estimaciones de Mortalidad Infantil, <www.childmortality.org>, se ofrece una explicación más precisa de estos métodos de estimación.

Tabla 2. Nutrición: La prevalencia de insuficiencia ponderal, retraso en el crecimiento y emaciación entre los niños menores de cinco años se estima comparando las medidas reales con una población internacional estándar de referencia. En abril de 2006, la Organización Mundial de la Salud publicó el “Patrón Internacional de Crecimiento Infantil” para reemplazar la población de referencia ampliamente utilizada del Centro Nacional para Estadísticas de Salud/OMS, que estaba basada en una muestra limitada de niños de los Estados Unidos. Las nuevas normas son el resultado de un intensivo proyecto de estudio en el que participaron más de 8.000 niños de Brasil, Estados Unidos, Ghana, India, Noruega y Omán. Al superar los límites técnicos y biológicos de la antigua referencia, las nuevas normas confirman que los niños nacidos en cualquier parte del mundo y que disfrutaban de un óptimo comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse en la misma gama de tallas y pesos, es decir, que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años dependen más de la nutrición, las prácticas de alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria que de los factores genéticos o étnicos.

Este es el primer año en que la Tabla 2 incluye estimaciones de bajo peso según el nuevo “Patrón Internacional de Crecimiento Infantil”. Es preciso señalar que debido a las

diferencias entre la antigua población de referencia y el nuevo patrón, las estimaciones sobre la prevalencia de los indicadores antropomórficos infantiles basados en estas dos referencias no son totalmente comparables.

Tabla 4. VIH/SIDA: En agosto de 2008, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la OMS publicaron nuevas estimaciones mundiales sobre el VIH y el SIDA para 2007 derivadas de una metodología más refinada que reflejaba la disponibilidad de más datos fiables procedentes de encuestas basadas en la población y sistemas nacionales ampliados de vigilancia centinela en varios países.

Las diferencias entre las nuevas estimaciones de ONUSIDA y la OMS con respecto a la prevalencia del VIH entre los adultos, la cobertura para la prevención de la transmisión de madre a hijo, adultos y niños que viven con VIH y los niños huérfanos a causa del SIDA para 2007 son, en su mayor parte, menos marcadas que las estimaciones publicadas en previos informes. Las cifras publicadas en este informe no son comparables a las estimaciones previas y, por tanto, no reflejan tendencias a lo largo del tiempo. ONUSIDA ha publicado estimaciones comparables aplicando los nuevos métodos a las estimaciones anteriores sobre el VIH y el SIDA, que se pueden consultar en <www.unaids.org>.

Tabla 5. Educación: La tasa de supervivencia hasta el quinto grado (porcentaje de alumnos matriculados en la escuela primaria que llegan hasta el quinto grado) ha sido reemplazada por la tasa de supervivencia hasta el último grado de la escuela primaria (porcentaje de alumnos matriculados en el primer grado de la escuela primaria que se espera que lleguen hasta el último grado). La tasa de supervivencia hasta el último grado reemplaza la tasa de supervivencia hasta el quinto grado y se convirtió en un indicador oficial del Objetivo de Desarrollo del Milenio 2 (educación primaria universal) en enero de 2008.

Tabla 7. Indicadores económicos: El Banco Mundial anunció recientemente una nueva línea de la pobreza que está basada en estimaciones revisadas de los niveles de precios y la paridad del poder adquisitivo en todo el mundo. La Tabla 7 refleja esta línea de la pobreza actualizada, y por tanto registra la proporción de la población que vive por debajo de 1,25 dólares al día, según los precios de 2005, después de ajustar la paridad del poder adquisitivo. El nuevo umbral de la pobreza refleja una serie de revisiones

Notas generales a los datos (continúa)

de las tasas de cambio de la paridad del poder adquisitivo sobre la base de los resultados del Programa Internacional de Comparación de 2005. Las revisiones revelan que el costo de la vida es más elevado en el mundo en desarrollo de lo que se había calculado. Como resultado de estas revisiones, las tasas de pobreza para cada uno de los países no pueden compararse con las tasas de la pobreza referidas en anteriores ediciones. Para obtener información más amplia sobre la definición, metodología y fuentes de los datos presentados, visite <www.worldbank.org>.

Tabla 8. Situación de las mujeres: Además de presentar la proporción de mujeres que por lo menos una vez durante el embarazo recibieron atención de personal cualificado de la salud, la tabla de este año presenta la proporción que visitó por lo menos cuatro veces a cualquier prestador. Los dos indicadores de atención prenatal forman parte de un marco de supervisión revisado para el ODM 5 que entró en

vigor en enero de 2008 bajo una nueva meta: lograr el acceso universal a la salud de la reproducción.

Tabla 9. Protección infantil: Los datos sobre la discapacidad infantil se derivan de las encuestas en los hogares y el indicador se define como la proporción de niños de 2 a 9 años que dieron positivo sobre un tipo de discapacidad (por ejemplo, discapacidad cognoscitiva, motora, ataques convulsivos, problemas de visión o audición). Las preguntas sobre discapacidad infantil se dirigen al progenitor o al cuidador del niño, al que se pregunta que ofrezca una descripción personal del desarrollo y la situación física y mental del niño. A partir de junio de 2008, la metodología utilizada para calcular estas estimaciones a partir de las encuestas MICS ha cambiado. Antes, las estimaciones se calculaban sobre la base de 9 de las 10 preguntas de MICS sobre discapacidad. En el informe de este año, y a partir de ahora, los datos se basarán en las 10 preguntas.

Explicación de los símbolos

Habida cuenta de que el objetivo del capítulo de estadísticas es proporcionar un panorama general sobre la situación de la infancia y las mujeres a escala mundial, se considera que la inclusión de calificaciones y notas al pie de página es más apropiada para otras secciones del informe. Las fuentes y los años para puntos de datos específicos incluidos en las tablas estadísticas están disponibles en <www.childinfo.org>.

Los símbolos específicos que corresponden a una tabla concreta se incluyen en las notas al pie de página de cada tabla. Los símbolos siguientes se aplican a todas las tablas:

- Indica que los datos no están disponibles.
- x Indica los datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos no se incluyen en los datos consolidados.
- y Indica los datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos se incluyen en los datos consolidados.
- * Los datos se refieren al año disponible más reciente durante el período especificado en el titular de la columna.
- § Incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional figuran en una lista en la página 152.

Posición de los países y territorios según su TMM5

La lista siguiente presenta a los países y territorios en orden descendente según las estimaciones de la tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5) de 2007, un indicador fundamental para medir el bienestar de los niños. Los países y los territorios aparecen en orden alfabético en las tablas que siguen a ésta.

TMM5 2007			TMM5 2007			TMM5 2007		
Tasa	Posición		Tasa	Posición		Tasa	Posición	
Sierra Leona	262	1	Mongolia	43	67	Uruguay	14	132
Afganistán	257	2	Uzbekistán	41	68	Bahamas	13	134
Chad	209	3	Botswana	40	69	Belarús	13	134
Guinea Ecuatorial	206	4	Micronesia (Estados Federados de)	40	69	Seychelles	13	134
Guinea-Bissau	198	5	Azerbaiyán	39	71	Barbados	12	137
Malí	196	6	Guatemala	39	71	Bulgaria	12	137
Burkina Faso	191	7	Kirguistán	38	73	Omán	12	137
Nigeria	189	8	República Dominicana	38	73	Antigua y Barbuda	11	140
Rwanda	181	9	Argelia	37	75	Costa Rica	11	140
Burundi	180	10	Tuvalu	37	75	Dominica	11	140
Níger	176	11	Egipto	36	77	Kuwait	11	140
República Centroafricana	172	12	México	35	78	Malasia	11	140
Zambia	170	13	Nicaragua	35	78	Bahrein	10	145
Mozambique	168	14	Trinidad y Tabago	35	78	Montenegro	10	145
República Democrática del Congo	161	15	Marruecos	34	81	Palau	10	145
Angola	158	16	Vanuatu	34	81	Brunei Darussalam	9	148
Guinea	150	17	Irán (República Islámica de)	33	83	Chile	9	148
Camerún	148	18	Cabo Verde	32	84	Letonia	9	148
Somalia	142	19	Kazajistán	32	84	Emiratos Árabes Unidos	8	151
Liberia	133	20	Indonesia	31	86	Eslovaquia	8	151
Uganda	130	21	Jamaica	31	86	Estados Unidos	8	151
Côte d'Ivoire	127	22	Georgia	30	88	Lituania	8	151
Djibouti	127	22	Maldivas	30	88	Serbia	8	151
Congo	125	24	Nauru	30	88	Cuba	7	156
Benin	123	25	Libano	29	91	Hungría	7	156
Kenya	121	26	Paraguay	29	91	Polonia	7	156
Etiopía	119	27	Surinam	29	91	Tailandia	7	156
Mauritania	119	27	Filipinas	28	94	Australia	6	160
República Unida de Tanzania	116	29	Samoa	27	95	Canadá	6	160
Ghana	115	30	Territorio Palestino Ocupado	27	95	Croacia	6	160
Senegal	114	31	Arabia Saudita	25	97	Estonia	6	160
Madagascar	112	32	Belice	25	97	Nueva Zelandia	6	160
Malawi	111	33	Armenia	24	99	Reino Unido	6	160
Gambia	109	34	El Salvador	24	99	Bélgica	5	166
Sudán	109	34	Honduras	24	99	Chipre	5	166
Myanmar	103	36	Jordania	24	99	Israel	5	166
Togo	100	37	Ucrania	24	99	Malta	5	166
Santo Tomé y Príncipe	99	38	Panamá	23	104	Países Bajos	5	166
Timor-Leste	97	39	Tonga	23	104	República de Corea	5	166
Camboya	91	40	Turquía	23	104	Suiza	5	166
Gabón	91	40	Brasil	22	107	Alemania	4	173
Swazilandia	91	40	China	22	107	Austria	4	173
Pakistán	90	43	Ecuador	22	107	Dinamarca	4	173
Zimbabwe	90	43	Sri Lanka	21	110	Eslovenia	4	173
Bhután	84	45	Túnez	21	110	España	4	173
Lesotho	84	45	Colombia	20	112	Finlandia	4	173
Haití	76	47	Perú	20	112	Francia	4	173
Yemen	73	48	Granada	19	114	Grecia	4	173
India	72	49	San Vicente y las Granadinas	19	114	Irlanda	4	173
Eritrea	70	50	Venezuela (República Bolivariana de)	19	114	Italia	4	173
República Democrática Popular Lao	70	50	Fiji	18	117	Japón	4	173
Islas Salomón	70	50	Islas Cook	18	117	Mónaco	4	173
Namibia	68	53	Libia, Jamahiriya Árabe	18	117	Noruega	4	173
Tayikistán	67	54	Moldova	18	117	Portugal	4	173
Comoras	66	55	Saint Kitts y Nevis	18	117	República Checa	4	173
Papúa Nueva Guinea	65	56	Santa Lucía	18	117	San Marino	4	173
Kiribati	63	57	ex República Yugoslava de Macedonia	17	123	Andorra	3	189
Bangladesh	61	58	Siria, República Árabe	17	123	Islandia	3	189
Guyana	60	59	Argentina	16	125	Liechtenstein	3	189
Sudáfrica	59	60	Albania	15	126	Luxemburgo	3	189
Bolivia	57	61	Mauricio	15	126	Singapur	3	189
Nepal	55	62	Qatar	15	126	Suecia	3	189
República Popular Democrática de Corea	55	62	Federación de Rusia	15	126	Santa Sede	—	—
Islas Marshall	54	64	Rumania	15	126	Niue	—	—
Turkmenistán	50	65	Viet Nam	15	126			
Iraq	44	66	Bosnia y Herzegovina	14	132			

TABLA 1. INDICADORES BÁSICOS

Países y territorios	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años		Tasa de mortalidad infantil (< de 1 año)		Tasa de mortalidad neonatal 2004	Población total (miles) 2007	Nacimientos anuales (miles) 2007	Muertes anuales (<5 años) (miles) 2007	INB per cápita (dólares) 2007	Esperanza de vida al nacer (años) 2007	Tasa total de alfabetización de adultos % 2000-2007*	Tasa neta de matriculación/ asistencia enseñanza primaria (%) 2000-2007*	Distribución familiar del ingreso (%) 1995-2005*	
		1990	2007	1990	2007									40% más bajos	20% más altos
Afganistán	2	260	257	168	165	60	27145	1314	338	250x	44	28	61	—	—
Albania	126	46	15	37	13	9	3190	52	1	3290	76	99	94	21	40
Alemania	173	9	4	7	4	3	82599	678	3	38860	79	—	98	22	37
Andorra	189	6	3	5	3	2	75	0	0	d	—	—	83	—	—
Angola	16	258	158	150	116	54	17024	810	128	2560	42	67	58s	—	—
Antigua y Barbuda	140	—	11	—	10	8	85	0	0	11520	—	—	—	—	—
Arabia Saudita	97	44	25	35	20	11	24735	618	15	15440	73	85	—	—	—
Argelia	75	69	37	54	33	22	33858	704	26	3620	72	75	95	19	43
Argentina	125	29	16	25	15	10	39531	693	11	6050	75	98	99	11	55
Armenia	99	56	24	48	22	18	3002	37	1	2640	72	100	99s	21	43
Australia	160	9	6	8	5	3	20743	256	2	35960	81	—	96	18x	41x
Austria	173	9	4	8	4	3	8361	77	0	42700	80	—	97	22	38
Azerbaiyán	71	98	39	78	34	35	8467	134	5	2550	67	99	73s	19	45
Bahamas	134	29	13	22	12	5	331	6	0	15730x	73	—	88	—	—
Bahrein	145	19	10	15	9	4	753	13	0	19350	76	89	98	—	—
Bangladesh	58	151	61	105	47	36	158665	3998	244	470	64	54	81s	21	43
Barbados	137	17	12	15	11	8	294	3	0	d	77	—	96	—	—
Belarús	134	24	13	20	12	3	9689	91	1	4220	69	100	89	23	37
Bélgica	166	10	5	9	4	2	10457	109	1	40710	79	—	97	22	41
Belice	97	43	25	35	22	17	288	7	0	3800	76	—	97	—	—
Benin	25	184	123	111	78	36	9033	365	45	570	56	41	67s	19	45
Bhután	45	148	84	91	56	30	658	12	1	1770	66	56	70s	—	—
Bolivia	61	125	57	89	48	24	9525	263	15	1260	65	90	78s	7	63
Bosnia y Herzegovina	132	22	14	18	13	10	3935	34	0	3580	75	97	91s	19	43
Botswana	69	57	40	45	33	46	1882	47	2	5840	50	83	84	9x	65x
Brasil	107	58	22	49	20	13	191791	3706	82	5910	72	91	94	9	61
Brunei Darussalam	148	11	9	10	8	4	390	8	0	26930x	77	95	94	—	—
Bulgaria	137	18	12	15	10	7	7639	68	1	4590	73	98	92	22	38
Burkina Faso	7	206	191	112	104	32	14784	654	125	430	52	29	47	18	47
Burundi	10	189	180	113	108	41	8508	399	72	110	49	59	75	15	48
Cabo Verde	84	60	32	45	24	9	530	15	0	2430	72	84	88	—	—
Camboya	40	119	91	87	70	48	14444	382	35	540	59	76	90	17	50
Camerún	18	139	148	85	87	30	18549	649	96	1050	50	68	84s	15	51
Canadá	160	8	6	7	5	3	32876	340	2	39420	81	—	100	20	40
Chad	3	201	209	120	124	42	10781	492	103	540	51	26	36s	—	—
Chile	148	21	9	18	8	5	16635	250	2	8350	79	97	—	11	60
China	107	45	22	36	19	18	1328630	17374	382	2360	73	93	99	13	52
Chipre	166	11	5	9	3	2	855	10	0	24940	79	98	99	—	—
Colombia	112	35	20	28	17	13	46156	876	18	3250	73	94	89	10	61
Comoras	55	120	66	88	49	25	839	28	2	680	65	75	73	—	—
Congo	24	104	125	67	79	30	3768	133	17	1540	55	87	86s	—	—
Costa Rica	140	18	11	16	10	8	4468	80	1	5560	79	96	92	13	53
Côte d'Ivoire	22	151	127	104	89	64	19262	687	87	910	48	49	62s	14	51
Croacia	160	13	6	11	5	5	4555	41	0	10460	76	99	90	22	38
Cuba	156	13	7	11	5	4	11268	118	1	c	78	100	97	—	—
Dinamarca	173	9	4	7	4	3	5442	62	0	54910	78	—	96	23	36
Djibouti	22	175	127	116	84	45	833	24	3	1090	55	—	79s	—	—
Dominica	140	18	11	14	9	10	67	0	0	4250	—	—	77	—	—
Ecuador	107	57	22	43	20	13	13341	283	6	3080	75	93	97	11	58
Egipto	77	93	36	68	30	17	75498	1840	66	1580	71	72	96	22	42
El Salvador	99	60	24	47	21	12	6857	158	4	2850	72	86	94	10	56
Emiratos Árabes Unidos	151	15	8	13	7	4	4380	71	1	26210x	79	90	88	—	—
Eritrea	50	147	70	88	46	21	4851	191	13	230	58	—	47	—	—
Eslovaquia	151	15	8	13	7	4	5390	53	0	11730	75	—	92	24	35
Eslovenia	173	11	4	9	3	2	2002	18	0	20960	78	100	95	21	40
España	173	9	4	7	4	2	44279	476	2	29450	81	97	100	19	42
Estados Unidos	151	11	8	9	7	4	305826	4281	34	46040	78	—	92	16	46
Estonia	160	18	6	14	4	4	1335	14	0	13200	71	100	94	19	43
Etiopía	27	204	119	122	75	41	83099	3201	381	220	53	36	45s	22	39
ex República Yugoslava de Macedonia	123	38	17	33	15	9	2038	22	0	3460	74	97	92	17	46
Federación de Rusia	126	27	15	23	13	7	142499	1515	23	7560	65	100	91	17	47

	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años		Tasa de mortalidad infantil (< de 1 año)		Tasa de mortalidad neonatal 2004	Población total (miles) 2007	Nacimientos anuales (miles) 2007	Muertes anuales (<5 años) (miles) 2007	INB per cápita (dólares) 2007	Esperanza de vida al nacer (años) 2007	Tasa total de alfabetización de adultos % 2000–2007*	Tasa neta de matriculación/ asistencia enseñanza primaria (%) 2000–2007*	Distribución familiar del ingreso (%) 1995–2005*	
		1990	2007	1990	2007									40% más bajos	20% más altos
Fiji	117	22	18	19	16	10	839	18	0	3800	69	—	91	—	—
Filipinas	94	62	28	43	23	15	87960	2295	64	1620	72	93	91	15	51
Finlandia	173	7	4	6	3	2	5277	58	0	44400	79	—	97	24	37
Francia	173	9	4	7	4	2	61647	758	3	38500	81	—	99	20	40
Gabón	40	92	91	60	60	31	1331	34	3	6670	57	86	94s	—	—
Gambia	34	153	109	104	82	44	1709	60	7	320	59	—	62	14	53
Georgia	88	47	30	41	27	25	4395	48	1	2120	71	—	95s	16	47
Ghana	30	120	115	76	73	43	23478	703	81	590	60	65	72	16	47
Granada	114	37	19	30	15	11	106	2	0	4670	69	—	84	—	—
Grecia	173	11	4	9	4	3	11147	103	0	29630	79	97	100	19	42
Guatemala	71	82	39	60	29	19	13354	449	18	2440	70	73	94	12	54
Guinea	17	231	150	137	93	39	9370	377	57	400	56	30	51s	18	46
Guinea Ecuatorial	4	170	206	103	124	47	507	20	4	12860	51	87	61s	—	—
Guinea-Bissau	5	240	198	142	118	47	1695	84	17	200	46	65	54s	14x	53x
Guyana	59	88	60	64	45	22	738	13	1	1300	66	—	96s	—	—
Haití	47	152	76	105	57	32	9598	270	21	560	61	62	50s	9	63
Honduras	99	58	24	45	20	17	7106	200	5	1600	70	83	79s	11	58
Hungría	156	17	7	15	6	5	10030	93	1	11570	73	99	88	22	39
India	49	117	72	83	54	39	1169016	27119	1953	950	64	66	83s	19	45
Indonesia	86	91	31	60	25	17	231627	4386	136	1650	70	91	96	18	47
Irán (República Islámica de)	83	72	33	54	29	19	71208	1441	48	3470	71	85	94	17	45
Iraq	66	53	44	42	36	63	28993	935	41	2170x	59	74	89	—	—
Irlanda	173	9	4	8	4	4	4301	67	0	48140	79	—	95	20	42
Islandia	189	7	3	5	2	1	301	4	0	54100	82	—	98	—	—
Islas Cook	117	32	18	26	16	10	13	0	0	—	—	—	74	—	—
Islas Marshall	64	92	54	63	49	24	59	0	0	3070	—	—	66	—	—
Islas Salomón	50	121	70	86	53	23	496	15	1	730	63	—	62	—	—
Israel	166	12	5	10	4	3	6928	137	1	21900	81	—	97	16	45
Italia	173	10	4	8	3	3	58877	539	2	33540	81	99	99	19	42
Jamaica	86	33	31	28	26	10	2714	55	2	3710	72	86	97s	15	52
Japón	173	6	4	5	3	1	127967	1070	4	37670	83	—	100	25x	36x
Jordania	99	40	24	33	21	16	5924	154	4	2850	72	93	90	18	46
Kazajstán	84	60	32	51	28	32	15422	297	10	5060	67	100	98s	19	42
Kenya	26	97	121	64	80	34	37538	1479	179	680	53	74	76	16	49
Kirguistán	73	74	38	62	34	30	5317	115	4	590	66	99	92s	22	39
Kiribati	57	88	63	65	46	25	95	0	0	1170	—	—	97	—	—
Kuwait	140	15	11	13	9	7	2851	51	1	31640	78	94	84	—	—
Lesoto	45	102	84	81	68	52	2008	59	5	1000	42	82	85s	6	67
Letonia	148	17	9	13	7	6	2277	21	0	9930	73	100	90	19	43
Líbano	91	37	29	32	26	19	4099	74	2	5770	72	—	82	—	—
Liberia	20	205	133	138	93	66	3750	189	25	150	45	56	40	—	—
Libia, Jamahiriya Árabe	117	41	18	35	17	11	6160	145	3	9010	74	87	—	—	—
Liechtenstein	189	10	3	9	2	—	35	0	0	d	—	—	88	—	—
Lituania	151	16	8	12	7	5	3390	30	0	9920	73	100	89	19	43
Luxemburgo	189	9	3	8	2	3	467	5	0	75880	79	—	97	—	—
Madagascar	32	168	112	103	70	41	19683	722	81	320	59	71	76s	13	54
Malasia	140	22	11	16	10	5	26572	555	6	6540	74	92	100	13	54
Malawi	33	209	111	124	71	26	13925	573	64	250	48	72	91	18	47
Maldivas	88	111	30	79	26	24	306	7	0	3200	68	97	97	—	—
Malí	6	250	196	148	117	54	12337	595	117	500	54	23	61	16	47
Malta	166	11	5	10	4	3	407	4	0	15310	79	92	91	—	—
Marruecos	81	89	34	69	32	24	31224	641	22	2250	71	56	88	17	47
Mauricio	126	24	15	21	13	9	1262	19	0	5450	73	87	95	—	—
Mauritania	27	130	119	81	75	40	3124	102	12	840	64	56	57s	17	46
México	78	52	35	42	29	11	106535	2088	73	8340	76	92	98	13	55
Micronesia (Estados Federados de)	69	58	40	45	33	11	111	3	0	2470	68	—	92	—	—
Moldova	117	37	18	30	16	12	3794	43	1	1260	69	99	88	20	41
Mónaco	173	9	4	7	3	2	33	0	0	d	—	—	—	—	—
Mongolia	67	98	43	71	35	18	2629	49	2	1290	67	97	97s	20	41
Montenegro	145	16	10	14	9	9	598	8	0	5180	74	—	97s	—	—
Mozambique	14	201	168	135	115	35	21397	855	144	320	42	44	60s	15	54
Myanmar	36	130	103	91	74	49	48798	891	92	220x	62	90	84s	—	—
Namibia	53	87	68	57	47	20	2074	53	4	3360	52	88	91s	4x	79x

TABLA 1. INDICADORES BÁSICOS

	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años		Tasa de mortalidad infantil (< de 1 año)		Tasa de mortalidad neonatal 2004	Población total (millones) 2007	Nacimientos anuales (millones) 2007	Muertes anuales (<5 años) (millones) 2007	INB per cápita (dólares) 2007	Esperanza de vida al nacer (años) 2007	Tasa total de alfabetización de adultos % 2000-2007*	Tasa neta de matriculación/ asistencia enseñanza primaria (%) 2000-2007*	Distribución familiar del ingreso (%) 1995-2005*	
		1990	2007	1990	2007									40% más bajos	20% más altos
Nauru	88	—	30	—	25	14	10	0	0	—	—	—	60	—	—
Nepal	62	142	55	99	43	32	28196	796	44	340	64	57	84s	15	55
Nicaragua	78	68	35	52	28	16	5603	140	5	980	73	81	90	15	49
Níger	11	304	176	143	83	41	14226	701	123	280	57	30	38s	10	53
Nigeria	8	230	189	120	97	47	148093	5959	1126	930	47	72	63	15	49
Niue	—	—	—	—	—	16	2	0	—	—	—	—	90	—	—
Noruega	173	9	4	7	3	2	4698	56	0	76450	80	—	98	24	37
Nueva Zelandia	160	11	6	9	5	3	4179	57	0	28780	80	—	99	18	44
Omán	137	32	12	25	11	5	2595	58	1	11120	76	84	74	—	—
Países Bajos	166	8	5	7	4	3	16419	184	1	45820	80	—	98	21	39
Pakistán	43	132	90	102	73	53	163902	4446	400	870	65	55	56s	22	41
Palau	145	21	10	18	9	13	20	0	0	8210	—	—	96	—	—
Panamá	104	34	23	27	18	11	3343	70	2	5510	75	93	99	9	60
Papúa Nueva Guinea	56	94	65	69	50	32	6331	190	12	850	57	58	—	12	57
Paraguay	91	41	29	34	24	12	6127	153	4	1670	72	94	94	9	62
Perú	112	78	20	58	17	11	27903	584	12	3450	71	91	96	11	57
Polonia	156	17	7	15	6	5	38082	360	3	9840	76	99	96	19	43
Portugal	173	15	4	11	3	3	10623	112	0	18950	78	95	98	17	46
Qatar	126	26	15	20	12	4	841	14	0	12000x	76	90	94	—	—
Reino Unido	160	9	6	8	5	3	60769	722	4	42740	79	—	98	18	44
República Centroafricana	12	171	172	113	113	52	4343	158	27	380	44	49	58s	7x	65x
República Checa	173	12	4	10	3	2	10186	93	0	14450	76	—	93	25	36
República de Corea	166	9	5	8	4	4	48224	448	2	19690	79	—	98	22	38
República Democrática del Congo	15	200	161	127	108	47	62636	3118	502	140	46	67	52s	—	—
República Democrática Popular Lao	50	163	70	120	56	30	5859	157	11	580	64	73	84	20	43
República Dominicana	73	66	38	53	31	18	9760	231	9	3550	72	89	78	12	55
República Popular Democrática de Corea	62	55	55	42	42	22	23790	317	17	a	67	—	—	—	—
República Unida de Tanzania	29	157	116	96	73	35	40454	1600	186	400	52	72	73s	19	42
Rumania	126	32	15	25	13	10	21438	211	3	6150	72	98	93	21	40
Rwanda	9	195	181	117	109	48	9725	435	79	320	46	65	86s	14	53
Saint Kitts y Nevis	117	36	18	30	16	11	50	1	0	9630	—	—	71	—	—
Samoa	95	50	27	40	22	14	187	5	0	2430	71	99	90	—	—
San Marino	173	13	4	12	4	2	31	0	0	45130	—	—	—	—	—
San Vicente y las Granadinas	114	22	19	18	17	13	120	2	0	4210	71	—	90	—	—
Santa Lucía	117	21	18	16	14	11	165	3	0	5530	74	—	98	—	—
Santa Sede	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Santo Tomé y Príncipe	38	101	99	65	64	38	158	5	0	870	65	88	98	—	—
Senegal	31	149	114	72	59	35	12379	439	50	820	63	43	58s	17	48
Serbia	151	—	8	—	7	9	9858	127	1	4730	74	—	95	21	38
Seychelles	134	19	13	17	12	7	87	3	0	8960	—	92	99	—	—
Sierra Leona	1	290	262	169	155	56	5866	268	70	260	42	38	69s	17	47
Singapur	189	8	3	6	2	1	4436	37	0	32470	80	94	—	14	49
Siría, República Árabe	123	37	17	30	15	7	19929	535	9	1760	74	83	95	—	—
Somalia	19	203	142	121	88	49	8699	377	54	140x	48	—	22s	—	—
Sri Lanka	110	32	21	26	17	8	19299	292	6	1540	72	92	98	18	48
Sudáfrica	60	64	59	49	46	17	48577	1092	64	5760	50	88	88	10	62
Sudán	34	125	109	79	69	27	38560	1230	134	960	58	61	54s	—	—
Suecia	189	7	3	6	3	2	9119	102	0	46060	81	—	95	23	37
Suiza	166	8	5	7	4	3	7484	69	0	59880	82	—	89	20	41
Surinam	91	51	29	41	27	17	458	9	0	4730	70	90	96	—	—
Swazilandia	40	96	91	70	66	40	1141	33	3	2580	40	80	84s	13	56
Tailandia	156	31	7	26	6	9	63884	932	7	3400	70	94	94	16	49
Tayikistán	54	117	67	91	57	38	6736	186	12	460	67	100	89s	20	42
Territorio Palestino Ocupado	95	38	27	33	24	—	4017	145	4	1230	73	93	76	—	—
Timor-Leste	39	184	97	138	77	29	1155	48	5	1510	61	—	75s	—	—
Togo	37	150	100	89	65	39	6585	245	25	360	58	53	80	—	—
Tonga	104	32	23	26	19	12	100	3	0	2320	73	99	96	—	—
Trinidad y Tabago	78	34	35	30	31	10	1333	20	1	14100	70	99	98s	17x	45x
Túnez	110	52	21	41	18	13	10327	173	4	3200	74	78	96	16	47

	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años		Tasa de mortalidad infantil (< de 1 año)		Tasa de mortalidad neonatal 2004	Población total (miles) 2007	Nacimientos anuales (miles) 2007	Muertes anuales (<5 años) (miles) 2007	INB per cápita (dólares) 2007	Esperanza de vida al nacer (años) 2007	Tasa total de alfabetización de adultos % 2000-2007*	Tasa neta de matriculación/ asistencia enseñanza primaria (%) 2000-2007*	Distribución familiar del ingreso (%) 1995-2005*	
		1990	2007	1990	2007									40% más bajos	20% más altos
Turkmenistán	65	99	50	81	45	37	4965	109	5	b	63	100	99s	16	48
Turquía	104	82	23	67	21	16	74877	1381	32	8020	72	89	91	15	50
Tuvalu	75	53	37	42	30	21	11	0	0	—	—	—	100	—	—
Ucrania	99	25	24	22	20	7	46205	419	10	2550	68	100	97s	23	37
Uganda	21	175	130	106	82	30	30884	1445	188	340	51	74	82s	15	53
Uruguay	132	25	14	21	12	7	3340	51	1	6380	76	98	100	14	51
Uzbekistán	68	74	41	61	36	26	27372	623	26	730	67	97	100s	19	45
Vanuatu	81	62	34	48	28	18	226	7	0	1840	70	78	87	—	—
Venezuela (República Bolivariana de)	114	32	19	27	17	11	27657	597	11	7320	74	93	91	12	52
Viet Nam	126	56	15	40	13	12	87375	1653	25	790	74	90x	95	18	45
Yemen	48	127	73	90	55	41	22389	860	63	870	62	59	75	19	45
Zambia	13	163	170	99	103	40	11922	473	80	800	42	68x	57s	12	55
Zimbabwe	43	95	90	62	59	36	13349	373	34	340	43	91	88	13	56

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	186	148	109	89	41	767218	30323	4480	965	50	62	64	13	54
África oriental y meridional	165	123	101	80	36	378926	14268	1761	1245	50	65	68	12	58
África occidental y central	206	169	116	97	45	388292	16056	2719	698	50	60	60	16	48
África septentrional y Oriente Medio	79	46	58	36	25	389176	9726	445	3666	69	75	86	18	45
Asia meridional	125	78	89	59	41	1567187	37986	2985	889	64	63	80	19	46
Asia Oriental y Pacífico	56	27	42	22	18	1984273	29773	799	2742	72	93	97	16	46
América Latina y el Caribe	55	26	44	22	13	566646	11381	302	5628	73	91	93	11	56
ECE/CEI	53	25	44	22	16	405992	5560	138	5686	68	97	93	20	42
Países industrializados ^s	10	6	8	5	3	974913	11021	66	38579	79	—	96	20	40
Países en desarrollo ^s	103	74	71	51	31	5432837	122266	9109	2405	67	79	83	15	50
Países menos adelantados ^s	179	130	112	84	40	804450	29076	3775	491	55	57	65	15	50
Mundo	93	68	64	47	28	6655406	135770	9216	7952	68	81	85	19	42

^s También incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional aparecen en la lista de la página 152.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Tasa de mortalidad de menores de 5 años – Probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta la edad de 5 años, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad infantil – Probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta la edad de 1 año, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad neonatal – Probabilidad de morir durante los primeros 28 días completos de vida, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.

INB per cápita – El Ingreso Nacional Bruto (INB) es la suma del valor agregado por todos los productores residentes, más cualquier impuesto sobre productos que no haya sido incluido en la valoración de la producción (menos subsidios), más los ingresos primarios netos (remuneración de empleados y rentas de propiedades) de las personas no residentes. El INB per cápita, convertido en dólares de los Estados Unidos utilizando el método del Atlas del Banco Mundial, es el ingreso nacional bruto dividido por la población a mediados del año.

Esperanza de vida al nacer – El número de años que un recién nacido podría vivir si en el momento de su nacimiento está sujeto a los riesgos de mortalidad prevalecientes en una muestra representativa de la población.

Tasa total de alfabetización de adultos – Número de personas de 15 años y más que saben leer y escribir, como porcentaje de la población de esta categoría de edad.

Tasa neta de escolarización/asistencia a la enseñanza primaria – Número de niños matriculados o que asisten a la escuela primaria, expresado como porcentaje del número total de niños que van a la escuela primaria. El indicador corresponde a la tasa neta de matriculación en la escuela primaria o la tasa neta de asistencia a la escuela primaria. En general, si los dos indicadores están disponibles, se prefiere la tasa neta de matriculación a menos que se considere que los datos de asistencia sean de mejor calidad. Las definiciones de las tasas netas de matriculación en la escuela primaria y de las tasas netas de asistencia a la escuela primaria se ofrecen en la Tabla 5, pág. 134.

Distribución del ingreso – Proporción del ingreso recibido por el 20% de los hogares con el ingreso más alto y el 40% de los hogares con el ingreso más bajo.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Mortalidad infantil y de menores de 5 años – UNICEF, Organización Mundial de la Salud, División de Población de las Naciones Unidas y División de Estadísticas de las Naciones Unidas.

Tasa de mortalidad neonatal – Organización Mundial de la Salud, mediante sistemas de registro civil y encuestas en los hogares.

Población total – División de Población de las Naciones Unidas.

Nacimientos – División de Población de las Naciones Unidas.

Número de muertes de menores de 5 años – UNICEF.

INB per cápita – Banco Mundial.

Esperanza de vida – División de Población de las Naciones Unidas.

Alfabetización de adultos – Instituto de Estadísticas de la UNESCO (UIS), inclusive la Evaluación sobre Educación para Todos 2000.

Matriculación/asistencia a la escuela – UIS, Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS) y Encuestas de Demografía y Salud.

Ingreso familiar – Banco Mundial.

NOTAS

- a: Escala de bajos ingresos (935 dólares o menos).
b: Escala de bajos y medianos ingresos (de 936 dólares a 3.7505 dólares).
c: Escala de medianos y altos ingresos (3.706 dólares a 11.455 dólares).
d: Escala de altos ingresos (11.456 dólares o más).

- Datos no disponibles.
x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
s Datos de las encuestas nacionales en los hogares.
* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

TABLA 2: NUTRICIÓN

Países y territorios	Recién nacidos con bajo peso (%) 2000–2007*	% de niños lactantes (2000–2007*) que reciben:			% de menores de 5 años (2000–2007*) que padecen:					Tasa de cobertura de suplementos de vitamina A (6–59 meses) 2007		Hogares que consumen sal yodada (%) 2000–2007*
		lactancia exclusiva (<6 meses)	lactancia con alimentos complementarios (6–9 meses)	lactancia continuada (20–23 meses)	insuficiencia ponderal [†] (pob. de ref. de la OMS)	insuficiencia ponderal [†] (CNES/OMS)		emaciación [‡] (CNES/OMS)	cortedad de talla [‡] (CNES/OMS)	por lo menos una dosis [‡] (%)	cobertura total (%) ^Δ	
						moderada y grave	moderada y grave					
Afganistán	—	—	29	54	33y	39y	12y	7y	54y	94	92	28
Albania	7	40	69	22	6	8	1	7	22	—	—	60
Alemania	7x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Andorra	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Angola	12	11	77	37	26	31	8	6	45	36	36	35
Antigua y Barbuda	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Arabia Saudita	11x	31x	60x	30x	—	14x	3x	11x	20x	—	—	—
Argelia	6	7	39	22	3	4	1	3	11	—	—	61
Argentina	7	—	—	28	2y	4y	—	1y	4y	—	—	90x
Armenia	8	33	57	15	4	4	0	5	13	—	—	97
Australia	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Austria	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Azerbaiyán	12	12	44	16	8	10	2	5	21	95	95w	54
Bahamas	7x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bahrein	8x	34x	65x	41x	—	9x	2x	5x	10x	—	—	—
Bangladesh	22	37	52	89	41	46	—	16	36	95	94	84
Barbados	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Belarús	4	9	38	4	1	1	0	1	3	—	—	55
Bélgica	8x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Belice	8	10	—	27	—	6	1	1	18	—	—	90x
Benin	15	43	72	57	18	23	5	7	38	73	73	55
Bhután	15x	—	—	—	14x	19x	3x	3x	40x	48	48	96
Bolivia	7	54	74	46	5	8	1	1	27	—	—	90
Bosnia y Herzegovina	5	18	29	10	1	2	0	3	7	—	—	62
Botswana	10	34	57	11	11	13	2	5	23	—	—	66
Brasil	8	—	30x	17x	4	5	—	—	—	—	—	88
Brunei Darussalam	10x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bulgaria	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100
Burkina Faso	16	7	50	85	32	37	14	23	35	95	73	34
Burundi	11	45	88	—	35	39	14	7	53	83	83	98
Cabo Verde	13x	57x	64x	13x	—	—	—	—	—	—	—	0x
Camboya	14	60	82	54	28	36	7	7	37	76	76	73
Camerún	11	21	64	21	16	19	5	6	30	—	—	49
Canadá	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Chad	22	2	77	65	—	37	14	14	41	54	54	56
Chile	6	85k	—	—	—	1y	—	0y	1y	—	—	100x
China	2	51	32	15	6	7	—	—	11	—	—	94
Chipre	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Colombia	9	47	65	32	5y	7y	1y	1y	12y	—	—	92x
Comoras	25	21	34	45	—	25	—	8	44	93	0	82
Congo	13	19	78	21	11	14	3	7	26	95	79	82
Costa Rica	7	35x	47x	12x	—	5x	0x	2x	6x	—	—	92x
Côte d'Ivoire	17	4	54	37	16	20	4	7	34	63	4	84
Croacia	5	23x	—	—	—	1x	—	1x	1x	—	—	90x
Cuba	5	26	47	16	—	4	0	2	5	—	—	88
Dinamarca	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Djibouti	10	1	23	18	24	29	10	21	33	95	94	0
Dominica	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ecuador	16x	40	77	23	6	9	1	2	23	—	—	99x
Egipto	14	38	67	37	5	6	1	4	18	87	87w	78
El Salvador	7	24	76	43	6y	10y	1y	1y	19y	20	13	62
Emiratos Árabes Unidos	15x	34x	52x	29x	—	14x	3x	15x	17x	—	—	—
Eritrea	14	52	43	62	35	40	12	13	38	51	50	68
Eslovaquia	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Eslovenia	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
España	6x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Estados Unidos	8	—	—	—	1y	2y	0y	0y	1y	—	—	—
Estonia	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Etiopía	20	49	54	—	33	38	11	11	47	88	86	20
ex República Yugoslava de Macedonia	6	37x	8x	10x	2	2	0	2	9	—	—	94
Federación de Rusia	6	—	—	—	—	3x	1x	4x	13x	—	—	35
Fiji	10x	47x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	31x
Filipinas	20	34	58	32	21	28	—	6	30	83	83	45

	Recién nacidos con bajo peso (%) 2000–2007*	% de niños lactantes (2000–2007*) que reciben:			% de menores de 5 años (2000–2007*) que padecen:					Tasa de cobertura de suplementos de vitamina A (6–59 meses) 2007		Hogares que consumen sal yodada (%) 2000–2007*
		lactancia exclusiva (<6 meses)	lactancia con alimentos complementarios (6–9 meses)	lactancia continuada (20–23 meses)	insuficiencia ponderal [†] (pob. de ref. de la OMS)	insuficiencia ponderal [†] (CNES/OMS)		emaciación [‡] (CNES/OMS)	cortedad de talla [‡] (CNES/OMS)	por lo menos una dosis [‡] (%)	cobertura total (%) ^Δ	
						moderada y grave	moderada y grave					
Finlandia	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Francia	7x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gabón	14	6	62	9	8	12	2	3	21	90	0	36
Gambia	20	41	44	53	16	20	4	6	22	93	82	7
Georgia	5	11	35	20	2	2	0	2	10	—	—	87
Ghana	9	54	58	56	13	18	3	5	22	95	77	32
Granada	9	39x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Grecia	8x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	12	51	67	47	18y	23y	4y	2y	49y	33	29	40
Guinea	12	27	41	71	22	26	7	9	35	95	94	51
Guinea Ecuatorial	13	24	—	—	—	19	4	7	39	—	—	33
Guinea-Bissau	24	16	35	61	15	19	4	7	41	66	64	1
Guyana	13	11	42	31	10	12	2	8	14	—	—	—
Haití	25	41	87	35	18	22	6	9	24	—	—	3
Honduras	10	30	69	48	8	11	1	1	25	—	—	80x
Hungría	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
India	28	46	57	77	43	46	—	19	38	53	33	51
Indonesia	9	40	75	59	23	28	9	—	—	87	87	73
Irán (República Islámica de)	7x	23	68	58	—	11x	2x	5x	15x	—	—	99
Iraq	15	25	51	36	6	8	1	5	21	—	—	28
Irlanda	6x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Islandia	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Islas Cook	3	19x	—	—	—	10x	—	—	—	—	—	—
Islas Marshall	12x	63x	—	—	—	—	—	—	—	39	39	—
Islas Salomón	13x	65	—	—	16x	21x	—	—	—	—	—	—
Israel	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Italia	6x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jamaica	12	15	36	24	3	4	—	4	3	—	—	100x
Japón	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jordania	12	22	66	11	—	4	1	2	9	—	—	88
Kazajstán	6	17	39	16	4	4	1	4	13	—	—	92
Kenya	10	13	84	57	16	20	4	6	30	22	15	91
Kirguistán	5	32	49	26	2	3	0	4	14	95	95	76
Kiribati	5x	80x	—	—	—	13x	—	—	—	—	—	—
Kuwait	7x	12x	26x	9x	—	10x	3x	11x	24x	—	—	—
Lesotho	13	36	79	60	—	20	4	4	38	85	38	91
Letonia	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Líbano	6	27	35	11	—	4	—	5	11	—	—	92
Liberia	—	35	70	45	23	26	8	6	39	85	85	—
Libia, Jamahiriya Árabe	7x	—	—	23x	4x	5x	1x	3x	15x	—	—	90x
Liechtenstein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituania	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Luxemburgo	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Madagascar	17	67	78	64	36	42	11	13	48	95	95	75
Malasia	9	29x	—	12x	—	8	1	—	—	—	—	—
Malawi	14	57	89	72	15	21	4	4	46	90	90	50
Maldivas	22	10	85	—	—	30	7	13	25	62	62	44
Malí	19	38	30	56	27	32	10	13	34	95	89	79
Malta	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Marruecos	15	31	66	15	9	10	2	9	18	—	—	21
Mauricio	14	21	—	—	—	15x	2x	14x	10x	—	—	0x
Mauritania	—	20	78	57	—	32	10	13	35	95	89	2
México	8	38x	36x	21x	3	5	—	2	13	—	—	91
Micronesia (Estados Federados de)	18	60x	—	—	—	15x	—	—	—	—	—	—
Moldova	6	46	18	2	—	4	1	4	8	—	—	60
Mónaco	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mongolia	6	57	57	65	5	6	1	2	21	95	94	83
Montenegro	4	19	35	13	2	3	1	3	5	—	—	71
Mozambique	15	30	80	65	20	24	6	4	41	48	42	54

TABLA 2: NUTRICIÓN

	Recién nacidos con bajo peso (%) 2000–2007*	% de niños lactantes (2000–2007*) que reciben:			% de menores de 5 años (2000–2007*) que padecen:					Tasa de cobertura de suplementos de vitamina A (6–59 meses) 2007		Hogares que consumen sal yodada (%) 2000–2007*
		lactancia exclusiva (<6 meses)	lactancia con alimentos complementarios (6–9 meses)	lactancia continuada (20–23 meses)	insuficiencia ponderal [†] (pob. de ref. de la OMS)	insuficiencia ponderal [†] (CNES/OMS)		emaciación [‡] (CNES/OMS)	cortedad de talla [‡] (CNES/OMS)	por lo menos una dosis [‡] (%)	cobertura total (%) ^Δ	
						moderada y grave	moderada y grave					
Myanmar	15	15	66	67	—	32	7	9	32	94	93	60
Namibia	14	24	72	28	—	24	5	9	24	—	—	63
Nauru	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nepal	21	53	75	95	39	45	10	12	43	95	95	63
Nicaragua	12	31	83	43	—	7	1	1	17	95	—	97
Níger	27	9	73	—	39	44	15	10	50	95	95	46
Nigeria	14	17	64	34	24	29	9	9	38	77	55	97
Niue	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Noruega	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nueva Zelandia	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	83x
Omán	9	—	91	73	13x	18x	1x	7x	10x	—	—	61x
Países Bajos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pakistán	19x	37	36	55	31	38	13	13	37	95	95	17
Palau	9x	59x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panamá	10	25x	38x	21x	6x	8x	1x	1x	18x	—	—	95x
Papúa Nueva Guinea	11x	59x	74x	66x	—	—	—	—	—	7	7	—
Paraguay	9	22	60	—	3	4	—	1	14	—	—	94
Perú	10	63	82	47	6	5	1	1	30	—	—	91
Polonia	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Portugal	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Qatar	10x	12x	48x	21x	—	6x	—	2x	8x	—	—	—
Reino Unido	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
República Centroafricana	13	23	55	47	24	29	8	10	38	78	78	62
República Checa	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
República de Corea	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
República Democrática del Congo	12	36	82	64	28	31	9	13	38	79	79	72
República Democrática Popular Lao	14	23	10	47	31	37	9	7	40	83	69	75
República Dominicana	11	4	36	15	—	5	1	1	7	—	—	19
República Popular Democrática de Corea	7	65	31	37	18y	23y	8y	7y	37y	95	95	40
República Unida de Tanzania	10	41	91	55	17	22	4	3	38	93	93	43
Rumania	8	16	41	—	4	3	0	2	10	—	—	74
Rwanda	6	88	69	77	18	23	4	4	45	89	76	88
Saint Kitts y Nevis	9	56x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100
Samoa	4x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
San Marino	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
San Vicente y las Granadinas	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santa Lucía	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santa Sede	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santo Tomé y Príncipe	8	60	60	18	7	9	1	8	23	55	48	37
Senegal	19	34	61	42	14	17	3	8	16	94	94	41
Serbia	5	15	39	8	1	2	0	3	6	—	—	73
Seychelles	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sierra Leona	24	8	52	57	25	30	8	9	40	95	86	45
Singapur	8	—	—	—	3	3	0	2	2	—	—	—
Siria, República Árabe	9	29	37	16	9	10	2	9	22	—	—	79
Somalia	—	9	15	35	32	36	12	11	38	89	4	1
Sri Lanka	22	53	—	73	23y	29y	—	14y	14y	—	—	94
Sudáfrica	15x	7	46	—	10x	12x	2x	3x	25x	—	—	62x
Sudán	31x	16	47	40	—	41	15	16	43	90	90	1
Suecia	4x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suiza	6x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Surinam	13	9	25	11	7	10	1	5	8	—	—	—
Swazilandia	9	32	77	31	5	7	—	2	24	—	—	80
Tailandia	9	5	43	19	7	9	0	4	12	—	—	47
Tayikistán	10	25	15	34	14	17	4	7	27	92	92	46
Territorio Palestino Ocupado	7	27	—	—	—	3	0	1	10	—	—	86
Timor-Leste	12	31	82	35	—	49	15	25	54	57	50	60
Togo	12	28	35	44	22	26	7	14	24	95	64	25
Tonga	3	62x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

	Recién nacidos con bajo peso (%) 2000–2007*	% de niños lactantes (2000–2007*) que reciben:			% de menores de 5 años (2000–2007*) que padecen:					Tasa de cobertura de suplementos de vitamina A (6–59 meses) 2007		Hogares que consumen sal yodada (%) 2000–2007*
		lactancia exclusiva (<6 meses)	lactancia con alimentos complementarios (6–9 meses)	lactancia continuada (20–23 meses)	insuficiencia ponderal ¹ (pob. de ref. de la OMS)	insuficiencia ponderal ¹ (CNES/OMS)		emaciación ² (CNES/OMS)	cortedad de talla ³ (CNES/OMS)	por lo menos una dosis ² (%)	cobertura total (%) ⁴	
						moderada y grave	moderada y grave					
Trinidad y Tabago	19	13	43	22	—	6	1	4	4	—	—	28
Túnez	7	47	—	22	—	4	1	2	12	—	—	97
Turkmenistán	4	11	54	37	8	11	2	6	15	—	—	87
Turquía	16x	21	38	24	—	4	1	1	12	—	—	64
Tuvalu	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ucrania	4	6	49	11	—	1y	0y	0y	3y	—	—	18
Uganda	14	60	80	54	16	20	5	5	32	64	—	96
Uruguay	8	54	32	31	—	5	1	2	11	—	—	—
Uzbekistán	5	26	45	38	4	5	1	3	15	84	84	53
Vanuatu	6	50x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Venezuela (República Bolivariana de)	9	7x	50x	31x	—	5	—	4	12	—	—	90x
Viet Nam	7	17	70	23	—	20	5	8	36	95	95w	93
Yemen	32x	—	—	—	42	46	15	12	53	47	47w	30
Zambia	12	61	93	42	15	19	3	5	39	95	95	77
Zimbabwe	11	22	79	—	12	17	3	6	29	83	83	91

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	15	31	68	51	24	28	8	9	38	77	67	64
África oriental y meridional	14	40	71	56	23	28	7	7	40	73	68	56
África occidental y central	15	23	65	47	24	28	9	10	36	81	67	72
África septentrional y Oriente Medio	12	26	57	36	11	17	5	8	26	—	—	60
Asia meridional	27	44	53	75	41	45	—	18	38	64	50	51
Asia Oriental y Pacífico	6	43	45	27	11	14	—	—	16	86	86**	86
América Latina y el Caribe	9	—	—	—	5	6	—	2	16	—	—	83
ECE/CEI	6	20	41	23	—	5	1	2	12	—	—	50
Países industrializados ⁸	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Países en desarrollo ⁸	15	39	55	51	24	26	—	11	30	72	62**	70
Países menos adelantados ⁸	17	37	64	64	30	34	9	11	40	84	82	55
Mundo	14	38	55	50	23	25	—	11	28	72	62**	68

⁸ También incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional aparecen en la lista de la página 152.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Bajo peso al nacer – Porcentaje de lactantes que pesan menos de 2.500 gramos al nacer.

Insuficiencia ponderal (pob. de ref. de la OMS) – Moderada y grave – Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están menos dos desviaciones estándar por debajo de la media de peso por edad que figura en la publicación de 2006 de la OMS Patrón de crecimiento infantil.

Insuficiencia ponderal (CNES/OMS) – Moderada y grave: Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están menos dos desviaciones estándar por debajo de la media de peso por edad de la población de referencia del Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias (CNES)/OMS; grave: Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están menos tres desviaciones estándar por debajo de la media de peso por edad de la población de referencia del CNES/OMS.

Emaciación (CNES/OMS) – Moderada y grave – Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están menos dos desviaciones estándar por debajo de la media de peso por altura de la población de referencia del CNES/OMS.

Cortedad de talla (CNES/OMS) – Moderada y grave: Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están menos dos desviaciones estándar por debajo de la media de altura por edad de la población de referencia del CNES/OMS.

Vitamina A – Porcentaje de niños y niñas de 6 a 59 meses que recibieron suplementos de vitamina A en 2007.

Consumo de sal yodada – Porcentaje de hogares que consumen sal adecuadamente yodada (15 mg/l o más)

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Bajo peso al nacer – Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), otras encuestas nacionales en los hogares y datos de los sistemas de notificación periódica, UNICEF y la OMS.

Lactancia materna – DHS, MICS, otras encuestas nacionales en los hogares y UNICEF.

Insuficiencia ponderal, emaciación y cortedad de talla – DHS, MICS, otras encuestas nacionales en los hogares, OMS y UNICEF.

Vitamina A – UNICEF.

Yodación de la sal – DHS, MICS, otras encuestas nacionales en los hogares y UNICEF.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
- y Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
- k Se refiere al amamantamiento exclusivo durante menos de 4 meses.
- w Identifica a los países con programas nacionales de administración de suplementos de vitamina A dirigidos a una categoría reducida de edad. La cifra de cobertura se registra como seleccionada.
- † En el informe de este año, las estadísticas sobre "insuficiencia ponderal" aplican los mismos indicadores a dos poblaciones de referencia diferentes. Debido a esta diferencia, los datos presentados aquí no son estrictamente comparables entre ellos o con las ediciones anteriores de este informe. La publicación de la OMS Patrón de crecimiento infantil está reemplazando gradualmente a la ampliamente utilizada población de referencia de CNES/OMS. Para una descripción más minuciosa de esta transición, véanse las Notas generales a los datos en la página 114.
- ‡ Los datos para "emaciación" y "cortedad de talla" se refieren a las mismas poblaciones de referencia y por tanto son comparables entre ellos y con los datos publicados en ediciones anteriores de este informe.
- § Se refiere al porcentaje de niños que recibieron por lo menos una dosis en 2007 (el punto de cobertura más reciente en el momento en que se registraron los datos).
- Δ El porcentaje de niños a los que se se llegó con dos dosis en 2007 se registra como el porcentaje más bajo de dos puntos de cobertura. '0' (cero) indica que solamente se administró una dosis en 2007.
- * Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.
- ** No incluye China.

TABLA 3: SALUD

Países y territorios	% de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable 2006			% de la población que usa instalaciones mejoradas de saneamiento 2006			% de vacunas regulares del PAI financiadas por el gobierno 2007	Población inmunizada 2007							% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que fueron conducidos a un proveedor de la salud apropiado	% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y reciben antibióticos	% de menores de 5 años con diarrea que reciben rehidratación oral y alimentación continuada 2000-2007*	Paludismo 2003-2007*			
								Niños de 1 año vacunados contra:						recién nacidos protegidos contra el tétanos ^A				2000-2007*	% de menores de 5 años que duermen bajo mosquitero	% de menores de 5 años que duermen bajo mosquitero impregnado	% de menores de 5 años con fiebre que reciben medicinas anti-palúdicas
								TB	DPT	Polio	sarampión	HepB3	Hib								
	vacunas correspondientes																				
total	urbana	rural	total	urbana	rural	total	BCG	DPT1 ^B	DPT3 ^C	polio3	sarampión	HepB3	Hib3								
Afganistán	22	37	17	30	45	25	0	77	93	83	83	70	83	—	73	28	—	48	—	—	—
Albania	97	97	97	97	98	97	100	98	98	98	99	97	98	—	87	45	38	50	—	—	—
Alemania	100	100	100	100	100	100	—	—	98	97	97	94	87	94	—	—	—	—	—	—	—
Andorra	100	100	100	100	100	100	—	—	98	96	96	94	91	95	—	—	—	—	—	—	—
Angola	51	62	39	50	79	16	18	88	99	83	83	88	83	83	81	58	—	32	21	18	29
Antigua y Barbuda	—	95	—	—	98	—	—	—	99	99	98	98	99	97	99	—	—	—	—	—	—
Arabia Saudita	—	97	—	—	100	—	100	96	97	96	96	96	96	96	—	—	—	—	—	—	—
Argelia	85	87	81	94	98	87	100	99	98	95	95	92	90	—	70	53	59	24	—	—	—
Argentina	96	98	80	91	92	83	—	99	94	96	94	99	92	96	—	—	—	—	—	—	—
Armenia	98	99	96	91	96	81	33	94	96	88	90	92	85	—	—	36	11	59	—	—	—
Australia	100	100	100	100	100	100	88	—	97	92	92	94	94	94	—	—	—	—	—	—	—
Austria	100	100	100	100	100	100	—	—	95	85	85	79	85	85	—	—	—	—	—	—	—
Azerbaiyán	78	95	59	80	90	70	72	98	97	95	97	97	97	—	—	36	—	45	12x	1x	1x
Bahamas	—	98	—	100	100	100	100	—	99	95	95	96	93	95	93	—	—	—	—	—	—
Bahrein	—	100	—	—	100	—	100	—	97	97	97	99	97	97	66	—	—	—	—	—	—
Bangladesh	80	85	78	36	48	32	60	97	97	90	96	88	90	—	91	30	22	49	—	—	—
Barbados	100	100	100	99	99	100	—	—	93	93	93	75	93	93	—	—	—	—	—	—	—
Belarús	100	100	99	93	91	97	100	98	99	95	90	99	91	—	—	90	67	54	—	—	—
Bélgica	—	100	—	—	—	—	—	—	99	99	99	92	94	98	—	—	—	—	—	—	—
Belice	—	100	—	—	—	—	100	99	98	96	97	96	96	96	85	71	44	—	—	—	—
Benin	65	78	57	30	59	11	11	88	84	67	64	61	67	67	93	36	—	42	47	20	54
Bhután	81	98	79	52	71	50	0	94	92	95	93	95	95	—	86	—	—	—	—	—	—
Bolivia	86	96	69	43	54	22	100	93	94	81	79	81	81	81	71	52	—	54	—	—	—
Bosnia y Herzegovina	99	100	98	95	99	92	95	98	96	95	95	96	94	95	—	91	73	53	—	—	—
Botswana	96	100	90	47	60	30	100	99	98	97	97	90	85	—	78	14	—	7	—	—	—
Brasil	91	97	58	77	84	37	—	99	98	98	99	99	95	98	93	46x	15x	28x	—	—	—
Brunei Darussalam	—	—	—	—	—	—	—	96	99	99	99	97	99	99	65	—	—	—	—	—	—
Bulgaria	99	100	97	99	100	96	100	98	96	95	95	96	95	—	—	—	—	—	—	—	—
Burkina Faso	72	97	66	13	41	6	23	99	99	99	99	94	99	99	80	39	15	42	18	10	48
Burundi	71	84	70	41	44	41	—	84	86	74	64	75	74	74	78	38	26	23	13	8	30
Cabo Verde	—	—	—	—	—	—	90	86	83	81	81	74	79	—	77	51	—	—	—	—	—
Camboya	65	80	61	28	62	19	17	90	87	82	82	79	82	—	87	48	—	50	88	4	0
Camerún	70	88	47	51	58	42	40	81	90	82	81	74	82	—	81	35	38	22	27	13	58
Canadá	100	100	99	100	100	99	—	—	97	94	90	94	14	94	—	—	—	—	—	—	—
Chad	48	71	40	9	23	4	80	40	45	20	36	23	—	—	60	12	—	27	27x	1x	53x
Chile	95	98	72	94	97	74	—	98	95	94	94	91	94	94	—	—	—	—	—	—	—
China	88	98	81	65	74	59	—	94	94	93	94	94	92	—	—	—	—	—	—	—	—
Chipre	100	100	100	100	100	100	36	—	99	97	97	87	93	90	—	—	—	—	—	—	—
Colombia	93	99	77	78	85	58	100	93	97	93	93	95	93	93	78	62	—	39	24x	—	—
Comoras	85	91	81	35	49	26	0	77	79	75	75	65	75	—	89	49	—	31	36x	9x	63x
Congo	71	95	35	20	19	21	100	86	80	80	80	67	80	—	90	48	—	39	68	6	48
Costa Rica	98	99	96	96	96	95	—	91	90	89	89	90	89	88	—	—	—	—	—	—	—
Côte d'Ivoire	81	98	66	24	38	12	31	94	93	76	75	67	76	—	76	35	19	45	17	3	36
Croacia	99	100	98	99	99	98	100	99	98	96	96	96	95	96	—	—	—	—	—	—	—
Cuba	91	95	78	98	99	95	99	99	97	93	99	99	93	97	—	—	—	—	—	—	—
Dinamarca	100	100	100	100	100	100	100	—	97	75	75	89	—	75	—	—	—	—	—	—	—
Djibouti	92	98	54	67	76	11	0	90	92	88	88	74	25	25	77	62	43	33	9	1	10
Dominica	—	100	—	—	—	—	100	90	93	96	93	96	93	93	—	—	—	—	—	—	—
Ecuador	95	98	91	84	91	72	—	99	99	99	99	99	99	99	67	—	—	—	—	—	—
Egipto	98	99	98	66	85	52	100	98	98	98	98	97	98	—	85	63	—	27	—	—	—
El Salvador	84	94	68	86	90	80	100	93	98	96	96	98	96	96	87	62	—	—	—	—	—
Emiratos Árabes Unidos	100	100	100	97	98	95	—	98	97	92	94	92	92	92	—	—	—	—	—	—	—
Eritrea	60	74	57	5	14	3	—	99	99	97	96	95	97	—	80	44	—	54	12x	4x	4x
Eslovaquia	100	100	100	100	100	99	100	98	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—
Eslovenia	—	—	—	—	—	—	60	—	98	97	98	96	—	98	—	—	—	—	—	—	—
España	100	100	100	100	100	100	100	—	98	96	96	97	96	96	—	—	—	—	—	—	—
Estados Unidos	99	100	94	100	100	99	—	—	99	96	92	93	92	94	—	—	—	—	—	—	—
Estonia	100	100	99	95	96	94	100	98	98	95	95	96	95	95	—	—	—	—	—	—	—
Etiopía	42	96	31	11	27	8	0	72	81	73	71	65	73	73	85	19	5	15	35	33	10
ex República Yugoslava de Macedonia	100	100	99	89	92	81	100	95	98	95	96	96	96	—	—	93	74	45	—	—	—
Federación de Rusia	97	100	88	87	93	70	—	96	98	98	99	99	98	—	—	—	—	—	—	—	—
Fiji	47	43	51	71	87	55	100	90	82	83	84	81	84	83	94	—	—	—	—	—	—
Filipinas	93	96	88	78	81	72	100	90	90	87	87	92	88	—	65	55	—	76	—	—	0

							% de vacunas regulares del PAI financiadas por el gobierno 2007	Población inmunizada 2007							% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que fueron conducidos a un proveedor de la atención de la salud apropiado	% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y reciben antibióticos	% de menores de 5 años con diarrea que reciben rehidrata- ción oral y alimenta- ción continuada 2000-2007*	Paludismo 2003-2007*			
	% de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable 2006	% de la población que usa instalaciones mejoradas de saneamiento 2006			Niños de 1 año vacunados contra:							recién nacidos protegidos contra el tétanos ^A	2000-2007*	% de menores de 5 años que duermen bajo mos- quitero	% de menores de 5 años que duermen bajo mos- quitero impreg- nado	% de menores de 5 años con fiebre que reciben medicinas anti- palúdicas					
total	urbana	rural	total	urbana	rural	total	BCG	DPT1 ^B	DPT3 ^C	polio3	sarampión	HepB3	Hib3								
Finlandia	100	100	100	100	100	100	100	97	99	99	97	98	—	97	—	—	—	—	—	—	
Francia	100	100	100	—	—	—	10	84	98	98	98	87	29	87	—	—	—	—	—	—	
Gabón	87	95	47	36	37	30	100	89	69	38	31	55	38	—	67	48	—	44	—	—	
Gambia	86	91	81	52	50	55	8	95	90	90	85	85	90	90	90	69	61	38	63	49	63
Georgia	99	100	97	93	94	92	43	96	99	98	88	97	94	—	—	74	56	37	—	—	—
Ghana	80	90	71	10	15	6	54	99	96	94	94	95	94	94	88	34	33	29	33	22	61
Granada	—	97	—	97	96	97	100	—	91	99	99	98	99	99	—	—	—	—	—	—	—
Grecia	100	100	99	98	99	97	—	88	96	88	87	88	88	88	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	96	99	94	84	90	79	—	97	94	82	82	93	82	82	80	64	—	22x	6x	1x	—
Guinea	70	91	59	19	33	12	70	91	96	75	62	71	83	—	95	42	—	38	12	1	44
Guinea-Bissau	57	82	47	33	48	26	0	89	83	63	64	76	—	—	92	57	42	25	73	39	46
Guinea Ecuatorial	43	45	42	51	60	46	100	73	65	33	39	51	—	—	62	—	—	36	15x	1x	49x
Guyana	93	98	91	81	85	80	100	97	96	94	94	96	94	94	91	64	20	40	—	—	—
Haití	58	70	51	19	29	12	0	75	83	53	52	58	—	—	43	31	3	43	—	—	5
Honduras	84	95	74	66	78	55	100	91	95	86	86	89	86	86	94	—	—	—	—	—	1
Hungría	100	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	99	—	99	—	—	—	—	—	—	—
India	89	96	86	28	52	18	100	85	81	62	62	67	6	—	86	69	13	33	—	—	8
Indonesia	80	89	71	52	67	37	92	91	91	75	83	80	74	—	83	61	—	56	32x	0x	1x
Irán (República Islámica de)	—	99	—	—	—	—	100	99	99	99	98	97	97	—	83	93	—	—	—	—	—
Iraq	77	88	56	76	80	69	100	92	84	62	66	69	58	—	69	82	82	64	7x	0x	1x
Irlanda	—	100	—	—	—	—	—	93	97	92	92	87	—	92	—	—	—	—	—	—	—
Islandia	100	100	100	100	100	100	—	—	97	97	97	95	—	97	—	—	—	—	—	—	—
Islas Cook	95	98	88	100	100	100	100	99	99	99	99	98	99	—	—	—	—	—	—	—	—
Islas Marshall	—	—	—	—	—	—	3	92	99	93	91	94	93	83	—	—	—	—	—	—	—
Islas Salomón	70	94	65	32	98	18	0	84	84	79	77	78	79	—	84	—	—	—	—	—	—
Israel	100	100	100	—	100	—	—	—	98	96	95	97	99	95	—	—	—	—	—	—	—
Italia	—	100	—	—	—	—	—	—	98	96	96	87	96	95	—	—	—	—	—	—	—
Jamaica	93	97	88	83	82	84	100	87	85	85	85	76	85	85	54	75	52	39	—	—	—
Japón	100	100	100	100	100	100	—	—	99	98	95	98	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jordania	98	99	91	85	88	71	100	90	99	98	98	95	98	98	87	75	87	44	—	—	—
Kazajstán	96	99	91	97	97	98	—	99	97	93	94	99	94	—	—	71	32	48	—	—	—
Kenya	57	85	49	42	19	48	—	92	89	81	76	80	81	81	74	49	—	33	15	6	27
Kirguistán	89	99	83	93	94	93	50	98	98	94	94	99	94	—	—	62	45	22	—	—	—
Kiribati	65	77	53	33	46	20	100	90	99	94	93	93	96	—	—	—	—	—	—	—	—
Kuwait	—	—	—	—	—	—	—	—	99	99	99	99	99	99	83	—	—	—	—	—	—
Lesotho	78	93	74	36	43	34	1	96	95	83	80	85	85	—	76	59	—	53	—	—	—
Letonia	99	100	96	78	82	71	100	99	98	98	98	97	97	97	—	—	—	—	—	—	—
Líbano	100	100	100	—	100	—	100	—	90	74	74	53	74	74	—	74	—	—	—	—	—
Liberia	64	72	52	32	49	7	1	86	99	88	84	95	—	—	89	70	—	—	—	—	59
Libia, Jamahiriya Árabe	—	—	—	97	97	96	100	99	98	98	98	98	98	56	—	—	—	—	—	—	—
Liechtenstein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituania	—	—	—	—	—	—	100	99	99	95	95	97	96	95	—	—	—	—	—	—	—
Luxemburgo	100	100	100	100	100	100	100	—	99	99	99	96	87	99	—	—	—	—	—	—	—
Madagascar	47	76	36	12	18	10	26	94	92	82	81	81	82	—	72	48	—	47	30x	0x	34x
Malasia	99	100	96	94	95	93	—	99	88	96	96	90	87	89	89	—	—	—	—	—	—
Malawi	76	96	72	60	51	62	33	95	96	87	88	83	87	87	86	52	30	27	31	25	25
Maldivas	83	98	76	59	100	42	100	99	99	98	98	97	98	—	94	22	—	—	—	—	—
Malí	60	86	48	45	59	39	100	77	83	68	62	68	68	44	89	38	—	38	41	27	32
Malta	100	100	100	—	100	—	80	—	84	74	76	79	82	72	—	—	—	—	—	—	—
Marruecos	83	100	58	72	85	54	100	96	98	95	95	95	95	90	85	38	—	46	—	—	—
Mauricio	100	100	100	94	95	94	100	98	97	97	96	98	97	96	86	—	—	—	—	—	—
Mauritania	60	70	54	24	44	10	100	92	92	75	75	67	74	—	60	45	24	9	43	—	21
México	95	98	85	81	91	48	—	99	99	98	98	96	98	98	87	—	—	—	—	—	—
Micronesia (Estados Federados de)	94	95	94	25	61	14	5	82	92	79	79	92	90	79	—	—	—	—	—	—	—
Moldova	90	96	85	79	85	73	—	98	95	92	94	96	95	—	—	60	—	48	—	—	—
Mónaco	—	100	—	—	100	—	—	90	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—
Mongolia	72	90	48	50	64	31	19	99	95	95	99	98	98	78	—	63	71	47	—	—	—
Montenegro	98	100	96	91	96	86	100	98	98	92	92	90	90	89	—	89	57	64	—	—	—
Mozambique	42	71	26	31	53	19	—	87	88	72	70	77	72	—	82	55	—	47	10	—	15
Myanmar	80	80	80	82	85	81	—	89	89	86	84	81	85	—	91	66	—	65	—	—	—
Namibia	93	99	90	35	66	18	100	95	88	86	81	69	—	—	82	72	14	39	12	11	10

TABLA 3: SALUD

							% de vacunas regulares del PAI financiadas por el gobierno 2007	Población inmunizada 2007								% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que fueron conducidos a un proveedor de la salud apropiado	% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y reciben antibióticos	% de menores de 5 años con diarrea que reciben rehidratación oral y alimentación continuada 2000-2007*	Paludismo 2003-2007*			
								Niños de 1 año vacunados contra:							recién nacidos protegidos contra el tétanos ^A				2000-2007*	% de menores de 5 años que duermen bajo mosquitero	% de menores de 5 años que duermen bajo mosquitero impregnado	% de menores de 5 años con fiebre que reciben medicinas anti-palúdicas
								TB	DPT	Polio	sarampión	HepB	Hib									
								total	urbana	rural	total	urbana	rural	total								
Nauru	—	—	—	—	—	—	100	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—	—	
Nepal	89	94	88	27	45	24	29	89	85	82	82	81	82	—	83	43	25	37	—	—	0	
Nicaragua	79	90	63	48	57	34	49	99	94	87	88	99	87	87	94	57	—	49	—	—	2x	
Níger	42	91	32	7	27	3	0	64	58	39	55	47	—	—	72	47	—	34	15	7	33	
Nigeria	47	65	30	30	35	25	—	69	72	54	61	62	41	—	53	33	—	28	6	1	34	
Niue	100	100	100	100	100	100	—	99	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—	
Noruega	100	100	100	—	—	—	60	—	97	93	93	92	—	95	—	—	—	—	—	—	—	
Nueva Zelandia	—	100	—	—	—	—	100	—	91	88	88	79	88	78	—	—	—	—	—	—	—	
Omán	—	—	—	—	97	—	—	99	99	99	97	97	99	99	95	—	—	—	—	—	—	
Países Bajos	100	100	100	100	100	100	—	—	98	96	96	96	—	96	—	—	—	—	—	—	—	
Pakistán	90	95	87	58	90	40	31	89	90	83	83	80	83	—	81	69	50	37	2	—	3	
Palau	89	79	94	67	96	52	0	—	99	94	94	91	91	95	—	—	—	—	—	—	—	
Panamá	92	96	81	74	78	63	—	99	99	88	88	89	88	88	—	—	—	—	—	—	—	
Papúa Nueva Guinea	40	88	32	45	67	41	100	67	76	60	61	58	59	—	60	75x	—	—	—	—	—	
Paraguay	77	94	52	70	89	42	—	68	86	66	65	80	66	66	81	51x	29x	—	—	—	—	
Perú	84	92	63	72	85	36	—	97	95	80	95	99	80	80	82	67	—	57	—	—	—	
Polonia	—	100	—	—	—	—	—	93	99	99	99	98	98	88	—	—	—	—	—	—	—	
Portugal	99	99	100	99	99	98	—	98	94	97	96	95	97	97	—	—	—	—	—	—	—	
Qatar	100	100	100	100	100	100	8	96	96	94	97	92	94	94	—	—	—	—	—	—	—	
Reino Unido	100	100	100	—	—	—	100	—	97	92	92	86	—	92	—	—	—	—	—	—	—	
República Centroafricana	66	90	51	31	40	25	1	74	65	54	47	62	—	—	54	32	39	47	33	15	57	
República Checa	100	100	100	99	100	98	100	99	98	99	99	97	99	99	—	—	—	—	—	—	—	
República de Corea	—	97	—	—	—	—	—	96	95	91	91	92	91	—	—	—	—	—	—	—	—	
República Democrática del Congo	46	82	29	31	42	25	0	94	95	87	87	79	87	—	81	42	—	17	19	6	30	
República Democrática Popular Lao	60	86	53	48	87	38	13	56	59	50	46	40	50	—	47	36	—	37	82x	18x	9x	
República Dominicana	95	97	91	79	81	74	—	92	87	79	83	96	70	59	85	64	—	42	—	—	—	
República Popular Democrática de Corea	100	100	100	—	—	—	—	96	93	92	99	99	92	—	91	93	—	—	—	—	—	
República Unida de Tanzania	55	81	46	33	31	34	75	89	89	83	88	90	83	—	88	59	—	53	31	16	58	
Rumania	88	99	76	72	88	54	—	99	98	97	96	97	99	—	—	—	—	—	—	—	—	
Rwanda	65	82	61	23	34	20	24	89	96	97	98	99	97	96	82	28	—	24	16	13	12	
Saint Kitts y Nevis	99	99	99	96	96	96	—	97	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—	
Samoa	88	90	87	100	100	100	—	91	85	71	71	63	69	—	5	—	—	—	—	—	—	
San Marino	—	—	—	—	—	—	—	—	92	92	92	92	92	92	—	—	—	—	—	—	—	
San Vicente y las Granadinas	—	—	—	—	—	96	100	99	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—	
Santa Lucía	98	98	98	—	—	—	100	99	99	99	99	94	99	99	—	—	—	—	—	—	—	
Santa Sede	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	56	54	49	—	—	—	
Santo Tomé y Príncipe	86	88	83	24	29	18	50	98	99	97	98	86	99	—	—	47	—	63	53	42	25	
Senegal	77	93	65	28	54	9	31	99	99	94	93	84	94	94	86	47	—	43	28	16	22	
Serbia	99	99	98	92	96	88	100	98	97	94	93	95	99	89	—	93	57	71	—	—	—	
Seychelles	—	100	—	—	—	100	100	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—	—	
Sierra Leona	53	83	32	11	20	5	0	82	77	64	64	67	64	64	94	48	21	31	20	5	52	
Singapur	—	100	—	—	100	—	—	98	97	96	96	95	95	—	—	—	—	—	—	—	—	
Siria, República Árabe	89	95	83	92	96	88	100	99	99	99	99	98	98	99	92	77	71	34	—	—	—	
Somalia	29	63	10	23	51	7	—	52	58	39	39	34	—	—	68	13	32	7	18	11	8	
Sri Lanka	82	98	79	86	89	86	31	99	99	98	98	98	98	—	91	58	—	—	62	3	0	
Sudáfrica	93	100	82	59	66	49	100	99	99	97	97	83	97	97	72	75x	—	37x	—	—	—	
Sudán	70	78	64	35	50	24	0	83	95	84	84	79	78	—	72	57	—	38	23x	0x	50x	
Suecia	100	100	100	100	100	100	—	18	99	99	99	96	4	99	—	—	—	—	—	—	—	
Suiza	100	100	100	100	100	100	5	—	97	93	94	86	—	92	—	—	—	—	—	—	—	
Surinam	92	97	79	82	89	60	100	—	96	84	84	85	84	84	93	74	37	28	—	—	—	
Swazilandia	60	87	51	50	64	46	100	99	97	95	95	91	95	—	86	73	24	22	1	1	1	
Tailandia	98	99	97	96	95	96	—	99	99	98	98	96	96	—	89	84	65	46	—	—	—	
Tayikistán	67	93	58	92	95	91	10	83	88	86	85	85	84	—	—	64	41	22	2	1	2	
Territorio Palestino Ocupado	89	90	88	80	84	69	—	99	99	99	99	99	99	99	—	65	—	—	—	—	—	
Timor-Leste	62	77	56	41	64	32	—	74	76	70	70	63	—	—	59	24	—	—	48x	8x	47x	
Togo	59	86	40	12	24	3	97	91	94	88	78	80	—	—	82	23	26	22	41	38	48	
Tonga	100	100	100	96	98	96	56	99	99	99	99	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—	
Trinidad y Tabago	94	97	93	92	92	92	—	—	90	88	90	91	89	88	—	74	34	32	—	—	—	
Túnez	94	99	84	85	96	64	100	99	99	98	98	98	98	—	96	43	—	—	—	—	—	

								Población inmunizada 2007										% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que fueron conducidos a un proveedor de la salud apropiado	% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y reciben antibióticos	% de menores de 5 años con diarrea que reciben rehidratación oral y alimentación continuada 2000-2007*	Paludismo 2003-2007*								
																								Niños de 1 año vacunados contra:					
	% de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable 2006			% de la población que usa instalaciones mejoradas de saneamiento 2006			% de vacunas regulares del PAI financiadas por el gobierno 2007	TB	DPT	Polio	sarampión	HepB	Hib	recién nacidos protegidos contra el tétanos ^A	% de menores de 5 años que duermen bajo mosquitero impregnado	% de menores de 5 años que duermen bajo mosquitero impregnado	% de menores de 5 años con fiebre que reciben medicinas antipalúdicas												
total	urbana	rural	total	urbana	rural	total	BCG	DPT1 ^B	DPT3 ^C	polio3	sarampión	HepB3	Hib3	2000-2007*															
Turkmenistán	—	—	—	—	—	—	77	99	99	98	98	99	98	—	—	83	50	25	—	—	—								
Turquía	97	98	95	88	96	72	100	94	98	96	96	96	96	76	69	41	—	19x	—	—	—								
Tuvalu	93	94	92	89	93	84	10	99	99	97	97	95	97	—	—	—	—	—	—	—	—								
Ucrania	97	97	97	93	97	83	—	97	98	98	99	98	96	11	—	—	—	—	—	—	—								
Uganda	64	90	60	33	29	34	15	90	90	64	59	68	68	68	85	73	47	39	22	10	61								
Uruguay	100	100	100	100	100	99	100	99	98	94	94	96	94	94	—	—	—	—	—	—	—								
Uzbekistán	88	98	82	96	97	95	64	99	94	96	98	99	98	—	—	68	56	28	—	—	—								
Vanuatu	—	—	—	—	—	—	100	82	79	76	76	65	76	—	88	—	—	—	—	—	—								
Venezuela (República Bolivariana de)	—	—	—	—	—	—	—	83	78	71	73	55	71	71	51	72	—	51	—	—	—								
Viet Nam	92	98	90	65	88	56	87	94	92	92	92	83	67	—	86	83	55	65	95	5	3								
Yemen	66	68	65	46	88	30	31	64	94	87	87	74	87	87	52	—	38	48	—	—	—								
Zambia	58	90	41	52	55	51	24	92	92	80	77	85	80	80	89	68	—	48	34	29	38								
Zimbabwe	81	98	72	46	63	37	0	76	77	62	66	66	62	—	78	25	8	47	7	3	5								

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	58	81	45	30	42	24	31	83	85	73	74	73	67	34	76	40	—	31	21	12	34
África oriental y meridional	59	88	48	34	48	28	32	86	88	78	77	77	77	55	81	45	—	33	24	19	29
África occidental y central	56	77	41	27	37	20	30	80	82	69	71	69	58	16	71	37	—	29	18	8	38
África septentrional y Oriente Medio	87	94	78	73	87	53	81	92	96	91	92	89	89	32	77	68	—	39	—	—	—
Asia meridional	87	94	84	33	57	23	83	87	84	69	69	71	29	—	85	63	18	35	—	—	—
Asia Oriental y Pacífico	88	96	81	66	75	59	—	93	93	89	91	90	87	2	—	65**	—	61**	—	—	—
América Latina y el Caribe	92	97	73	79	86	52	—	96	95	92	93	93	89	90	83	—	—	—	—	—	—
ECE/CEI	94	99	86	89	94	81	81	96	97	96	97	97	96	23	—	57	—	—	—	—	—
Países industrializados ⁵	100	100	98	100	100	99	—	—	98	96	94	93	65	84	—	—	—	—	—	—	—
Países en desarrollo ⁵	84	94	76	53	71	39	70	89	89	80	81	81	65	21	81	57**	—	38**	—	—	—
Países menos adelantados ⁵	62	81	55	33	49	27	28	85	89	79	79	76	75	28	81	42	—	37	—	—	—
Mundo	87	96	78	62	79	45	71	89	90	81	82	82	65	26	81	57**	—	38**	—	—	—

⁵ También incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional aparecen en la lista de la página 152.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Vacunas financiadas por el gobierno – Porcentaje de vacunas que se administran sistemáticamente en un país para proteger a la infancia y que son financiadas por el gobierno nacional (incluidos préstamos).

PAI – Programa Ampliado de Inmunización: Las vacunas que se administran mediante este programa incluyen la tuberculosis (TB); la difteria, la tosferina y el tétanos (DPT); la poliomielitis y el sarampión; así como la vacunación de mujeres embarazadas para proteger a los lactantes contra el tétanos neonatal. Puede que en algunos países se incluyan en el programa otras vacunas, como por ejemplo la de la hepatitis B (HepB), la Haemophilus influenzae tipo b (Hib) o la fiebre amarilla.

BCG – Porcentaje de recién nacidos que recibieron el bacilo Calmette-Guérin (vacuna contra la tuberculosis).

DPT1 – Porcentaje de recién nacidos que recibieron su primera dosis de la vacuna contra la difteria, la tosferina y el tétanos.

DPT3 – Porcentaje de recién nacidos que recibieron tres dosis de la vacuna contra la difteria, la tosferina y el tétanos.

HepB3 – Porcentaje de recién nacidos que recibieron tres dosis de la vacuna contra hepatitis B.

Hib3 – Porcentaje de recién nacidos que recibieron tres dosis de la vacuna contra la Haemophilus influenzae tipo b.

% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que reciben antibióticos – Porcentaje de niños (de 0 a 4 años) de quienes se sospecha que han padecido neumonía en las últimas dos semanas antes de la encuesta y que reciben antibióticos.

% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que fueron conducidos a un proveedor de atención de la salud apropiado – Porcentaje de niños (de 0 a 4 años) de quienes se sospecha que han padecido neumonía en las últimas dos semanas y que fueron conducidos a un proveedor apropiado de atención de la salud.

% de menores de cinco años con diarrea que reciben rehidratación oral y alimentación continuada – Porcentaje de niños (de 0 a 4 años) con diarrea (durante las dos semanas que precedieron a la encuesta) que recibieron terapia de rehidratación oral (soluciones de rehidratación oral o fluidos caseros recomendados) o un aumento de fluidos y alimentación continuada.

Paludismo:

% de menores de 5 años que duermen bajo mosquitero – Porcentaje de niños (de 0 a 4 años) que dormían bajo un mosquitero.

% de menores de cinco años que duermen bajo un mosquitero tratado con insecticida – Porcentaje de niños (de 0 a 4 años) que duermen bajo un mosquitero tratado con insecticida.

% de menores de cinco años que reciben medicamentos antipalúdicos – Porcentaje de niños (de 0 a 4 años) que padecieron fiebre en las últimas dos semanas y recibieron cualquier medicamento antipalúdico apropiado (definido a nivel local).

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Uso de fuentes mejoradas de agua potable y de instalaciones mejoradas de saneamiento – UNICEF y Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa Conjunto de Monitoreo.

Financiación de las vacunas por el gobierno – UNICEF y OMS.

Inmunización – UNICEF y OMS.

Niños de quienes se sospecha que padecen Neumonía – Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y otras encuestas nacionales en los hogares.

Rehidratación oral – DHS

Paludismo – DHS y MICS.

NOTES

- Datos no disponibles.
- x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
- β La cobertura de la DPT1 debe ser por lo menos tan elevada como la de la DPT3. Las discrepancias donde la cobertura de la DPT1 sea menor que la de la DPT3 reflejan carencias en la recopilación de datos y el proceso de presentación de informes. UNICEF y la OMS trabajan con los sistemas nacionales y territoriales para eliminar estas discrepancias.
- λ La OMS y UNICEF han empleado un modelo para calcular el porcentaje de nacimientos que puede considerarse protegidos contra el tétanos debido a que las mujeres embarazadas recibieron dos dosis o más de la vacuna antitóxica tétanica. Este modelo tiene por objetivo mejorar la precisión de este indicador al capturar o incluir otros escenarios potenciales en los que las mujeres podrían estar protegidas (por ejemplo, mujeres que reciben dosis de antitóxina tétanica en actividades de inmunización suplementaria). Para una descripción más completa de esta metodología, véanse las Notas generales a los datos en la página 114.
- * Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.
- ** No incluye China.

TABLA 4. VIH/SIDA

Países y territorios	Estimado de la tasa de prevalencia del VIH entre los adultos (15–49 años), 2007	Número estimado de personas (de todas las edades) que viven con VIH, 2007 (miles)		Transmisión de la madre al hijo	Infecciones pediátricas	Prevención entre los jóvenes						Huérfanos		
				Número estimado de mujeres (de más de 15 años) que viven con VIH, 2005 (miles)	Número estimado de niños (0 a 14 años) que viven con VIH, 2005 (miles)	Tasa de prevalencia del VIH entre los jóvenes (15 a 24 años), 2007		% que tiene un conocimiento amplio del VIH, 2002–2007*	% que utilizó un preservativo durante las últimas relaciones sexuales con riesgo, 2000–2007*	Niños (0–17 años)		Tasa de asistencia escolar de los huérfanos 2000–2007*		
						hombre	mujer			Huérfanos debido al SIDA, 2007	Huérfanos debido a todas las causas, 2007			
		estimado	bajo estimado	alto estimado								estimado (miles)	estimado (miles)	
Afganistán	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2100	—	
Albania	—	—	<1.0	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	
Alemania	0.1	53	31–97	15	—	0.1	0.1	—	—	—	—	540	—	
Andorra	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Angola	2.1	190	150–240	110	17	0.2	0.3	—	—	—	—	50	1200	90x
Antigua y Barbuda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Arabia Saudita	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Argelia	0.1	21	11–43	6.0	—	0.1	0.1	—	13	—	—	—	570	—
Argentina	0.5	120	90–150	32	—	0.6	0.3	—	—	—	—	—	610	—
Armenia	0.1	2.4	1.8–3.5	<1.0	—	0.2	0.1	15	23	86	—	—	50	—
Australia	0.2	18	11–36	1.2	—	0.2	<0.1	—	—	—	—	—	140	—
Austria	0.2	9.8	7.6–13	2.9	—	0.2	0.1	—	—	—	—	—	52	—
Azerbaiyán	0.2	7.8	4.7–16	1.3	—	0.3	0.1	5	5	31	—	—	190	—
Bahamas	3.0	6.2	4.0–8.7	1.6	<0.2	3.2	1.5	—	—	—	—	—	7	—
Bahrein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bangladesh	—	12	7.7–19	2.0	—	—	—	—	16	—	—	—	5000	84
Barbados	1.2	2.2	1.5–3.2	<1.0	—	1.3	0.6	—	—	—	—	—	3	—
Belarús	0.2	13	10–19	3.9	—	0.3	0.1	—	34	—	—	—	190	—
Bélgica	0.2	15	8.9–29	4.1	—	0.2	0.1	—	—	—	—	—	78	—
Belize	2.1	3.6	2.2–5.3	2.0	<0.2	0.5	1.5	—	40	—	—	—	6	—
Benin	1.2	64	58–73	37	5.4	0.3	0.9	35	16	45	28	29	340	90
Bhután	0.1	<0.5	<1.0	<0.1	—	0.1	<0.1	—	—	—	—	—	22	—
Bolivia	0.2	8.1	6.5–11	2.2	—	0.2	0.1	18	15	37	20	—	300	74p
Bosnia y Herzegovina	<0.1	<0.5	<1.0	—	—	—	—	—	48	—	71	—	—	—
Botswana	23.9	300	280–310	170	15	5.1	15.3	33x	40x	88x	75x	95	130	99x
Brasil	0.6	730	600–890	240	—	1.0	0.6	—	—	71	58	—	3200	—
Brunei Darussalam	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bulgaria	—	—	—	—	—	—	—	15	17	70	57	—	95	—
Burkina Faso	1.6	130	110–160	61	10	0.5	0.9	—	19	—	64	100	690	61p
Burundi	2.0	110	78–130	53	15	0.4	1.3	—	30	—	25	120	600	85
Cabo Verde	—	—	—	—	—	—	—	36	36	79	56	—	—	—
Camboya	0.8	75	67–84	20	4.4	0.8	0.3	45	50	84	—	—	600	83
Camerún	5.1	540	430–640	300	45	1.2	4.3	—	32	—	62	300	1100	91
Canadá	0.4	73	43–110	20	—	0.4	0.2	—	—	—	—	—	180	—
Chad	3.5	200	130–240	110	19	2.0	2.8	20	8	25	17	85	540	105
Chile	0.3	31	23–39	8.7	—	0.3	0.2	—	—	—	—	—	160	—
China	0.1	700	450–1000	200	—	0.1	0.1	—	—	—	—	—	17000	—
Chipre	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Colombia	0.6	170	110–230	47	—	0.7	0.3	—	—	—	36	—	790	85
Comoras	<0.1	<0.2	<1.0	<0.1	—	0.1	<0.1	—	10x	—	—	<0.1	27	—
Congo	3.5	79	65–94	43	6.6	0.8	2.3	35	26	36	16	69	210	88
Costa Rica	0.4	9.7	6.1–15	2.7	—	0.4	0.2	—	—	—	—	—	36	—
Côte d'Ivoire	3.9	480	400–550	250	52	0.8	2.4	28	18	53	39	420	1200	83
Croacia	<0.1	<0.5	<1.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cuba	0.1	6.2	3.6–12	1.8	—	0.1	0.1	—	52	—	—	—	99	—
Dinamarca	0.2	4.8	3.7–6.9	1.1	—	0.2	0.1	—	—	—	—	—	53	—
Djibouti	3.1	16	12–19	8.7	1.1	0.7	2.1	—	18	51	26	5	42	—
Dominica	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ecuador	0.3	26	15–40	7.1	—	0.4	0.2	—	—	—	—	—	200	—
Egipto	—	9.2	7.2–13	2.6	—	—	—	—	4y	—	—	—	1400	—
El Salvador	0.8	35	24–72	9.7	—	0.9	0.5	—	—	—	—	—	130	—
Emiratos Árabes Unidos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Eritrea	1.3	38	25–58	21	3.1	0.3	0.9	—	37	—	—	18	280	83
Eslovaquia	<0.1	<0.5	<1.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Eslovenia	<0.1	<0.5	<1.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
España	0.5	140	80–230	28	—	0.6	0.2	—	—	—	—	—	210	—
Estados Unidos	0.6	1200	690–1900	230	—	0.7	0.3	—	—	—	—	—	2800	—
Estonia	1.3	9.9	5.4–19	2.4	—	1.6	0.7	—	—	—	—	—	20	—
Etiopía	2.1	980	880–1100	530	92	0.5	1.5	33	20	50	28	650	5000	90
ex República Yugoslava de Macedonia	<0.1	<0.5	<1.0	—	—	—	—	—	27	—	70	—	—	—
Federación de Rusia	1.1	940	630–1300	240	5.2	1.3	0.6	—	—	—	—	—	4000	—
Fiji	0.1	—	<0.5	—	—	0.1	—	—	—	—	—	—	22	—
Filipinas	—	8.3	6.0–11	2.2	—	—	—	18	12	25	11	—	1800	—

	Estimado de la tasa de prevalencia del VIH entre los adultos (15–49 años), 2007	Número estimado de personas (de todas las edades) que viven con VIH, 2007 (miles)			Transmisión de la madre al hijo	Infecciones pediátricas	Prevención entre los jóvenes						Huérfanos		
							Tasa de prevalencia del VIH entre los jóvenes (15 a 24 años), 2007		% que tiene un conocimiento amplio del VIH, 2002–2007*		% que utilizó un preservativo durante las últimas relaciones sexuales con riesgo, 2000–2007*		Niños (0–17 años)		Tasa de asistencia escolar de los huérfanos 2000–2007*
							hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	Huérfanos debido al SIDA, 2007	Huérfanos debido a todas las causas, 2007	
		estimado (miles)	estimado (miles)												
Finlandia	0.1	2.4	1.4–4.4	<1.0	—	0.1	<0.1	—	—	—	—	—	48	—	
Francia	0.4	140	78–240	38	—	0.4	0.2	—	—	—	—	—	420	—	
Gabón	5.9	49	37–68	27	2.3	1.3	3.9	22x	24x	48x	33x	18	67	98x	
Gambia	0.9	8.2	3.7–13	4.5	<1.0	0.2	0.6	—	39	—	54	3	48	87	
Georgia	0.1	2.7	1.5–6.1	<1.0	—	0.1	0.1	—	15	—	—	—	72	—	
Ghana	1.9	260	230–290	150	17	0.4	1.3	33	25	56	42	160	1100	104p	
Granada	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Grecia	0.2	11	6.1–19	3.0	—	0.2	0.1	—	—	—	—	—	73	—	
Guatemala	0.8	59	41–84	52	—	—	1.5	—	—	—	—	—	360	—	
Guinea	1.6	87	73–110	48	6.3	0.4	1.2	23	17	37	26	25	380	73	
Guinea-Bissau	1.8	16	11–23	8.7	1.5	0.4	1.2	—	18	—	39	6	110	97	
Guinea Ecuatorial	3.4	11	8.2–14	5.9	<1.0	0.8	2.5	—	4x	—	—	5	32	95x	
Guyana	2.5	13	7.6–18	7.1	<1.0	0.5	1.7	—	50	68	62	—	23	—	
Haití	2.2	120	100–140	58	6.8	0.6	1.4	40	34	43	29	—	380	86	
Honduras	0.7	28	18–44	7.4	1.6	0.7	0.4	—	30	—	24	—	170	108	
Hungría	0.1	3.3	2.0–5.9	<1.0	—	0.1	<0.1	—	—	—	—	—	130	—	
India	0.3	2400	1800–3200	880	—	0.3	0.3	36	20	37	22	—	25000	72	
Indonesia	0.2	270	190–400	54	—	0.3	0.1	0y	1	—	—	—	4400	82y	
Irán (República Islámica de)	0.2	86	68–110	24	—	0.2	0.1	—	—	—	—	—	1300	—	
Iraq	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	84	
Irlanda	0.2	5.5	4.1–7.7	1.5	—	0.2	0.1	—	—	—	—	—	38	—	
Islandia	0.2	<0.5	<1.0	<0.2	—	0.2	0.1	—	—	—	—	—	2	—	
Islas Cook	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Islas Marshall	—	—	—	—	—	—	—	39	27	—	—	—	—	—	
Islas Salomón	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Israel	0.1	5.1	2.5–12	2.9	—	<0.1	0.1	—	—	—	—	—	44	—	
Italia	0.4	150	110–210	41	—	0.4	0.2	—	—	—	—	—	320	—	
Jamaica	1.6	27	19–36	7.6	—	1.7	0.9	—	60	—	—	—	53	—	
Japón	—	9.6	7.9–10	2.3	—	—	—	—	—	—	—	—	520	—	
Jordania	—	<1.0	<2.0	—	—	—	—	—	3y	—	—	—	—	—	
Kazajstán	0.1	12	7.0–29	3.3	—	0.2	0.1	—	22	65x	32x	—	470	—	
Kenya	—	—	1500–2000	—	—	—	—	47	34	47	25	—	2500	95	
Kirguistán	0.1	4.2	2.3–7.7	1.1	—	0.2	0.1	—	20	—	56	—	140	—	
Kiribati	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Kuwait	—	<1.0	<2.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Lesotho	23.2	270	260–290	150	12	5.9	14.9	18	26	53	53	110	160	95	
Letonia	0.8	10	7.4–15	2.7	—	0.9	0.5	—	—	—	—	—	33	—	
Líbano	0.1	3.0	1.7–7.2	<1.0	—	0.1	0.1	—	—	—	—	—	71	—	
Liberia	1.7	35	29–41	19	3.1	0.4	1.3	27	21	22	14	15	270	—	
Libia, Jamahiriya Árabe	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Liechtenstein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Lituania	0.1	2.2	1.2–4.6	<1.0	—	0.1	0.1	—	—	—	—	—	51	—	
Luxemburgo	0.2	—	<1.0	<0.2	—	0.2	0.1	—	—	—	—	—	4	—	
Madagascar	0.1	14	9.1–23	3.4	<0.5	0.2	0.1	16	19	12	5	3	840	75	
Malasia	0.5	80	52–120	21	—	0.6	0.3	—	—	—	—	—	410	—	
Malawi	11.9	930	860–1000	490	91	2.4	8.4	42	42	58	40	550	1100	97	
Maldivas	—	—	<0.1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	
Malí	1.5	100	88–120	56	9.4	0.4	1.1	22	18	36	17	44	550	87	
Malta	0.1	<0.5	<1.0	—	—	0.1	0.1	—	—	—	—	—	3	—	
Marruecos	0.1	21	15–31	5.9	—	0.1	0.1	—	12	—	—	—	630	—	
Mauricio	1.7	13	7.5–28	3.8	<0.1	1.8	1.0	—	—	—	—	<0.5	21	—	
Mauritania	0.8	14	8.3–26	3.9	<0.5	0.9	0.5	—	—	—	—	3	83	—	
México	0.3	200	150–310	57	—	0.3	0.2	—	—	—	—	—	1400	—	
Micronesia (Estados Federados de)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Moldova	0.4	8.9	6.0–15	2.6	—	0.4	0.2	54y	42y	63	44	—	74	—	
Mónaco	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Mongolia	0.1	<1.0	1.5	<0.2	—	0.1	—	—	35	—	—	—	64	96p	
Montenegro	—	—	—	—	—	—	—	—	30	—	66	—	—	—	
Mozambique	12.5	1500	1300–1700	810	100	2.9	8.5	33	20	33	29	400	1400	80	
Myanmar	0.7	240	160–370	100	—	0.7	0.6	—	—	—	—	—	1600	—	
Namibia	15.3	200	160–230	110	14	3.4	10.3	62	65	81	64	66	110	100	

TABLA 4. VIH/SIDA

	Estimado de la tasa de prevalencia del VIH entre los adultos (15–49 años), 2007	Número estimado de personas (de todas las edades) que viven con VIH, 2007 (miles)			Transmisión de la madre al hijo	Infecciones pediátricas	Prevención entre los jóvenes						Huérfanos			
							Tasa de prevalencia del VIH entre los jóvenes (15 a 24 años), 2007		% que tiene un conocimiento amplio del VIH, 2002–2007*		% que utilizó un preservativo durante las últimas relaciones sexuales con riesgo, 2000–2007*		Niños (0–17 años)		Tasa de asistencia escolar de los huérfanos	
		estimado	bajo estimado	alto estimado	Número estimado de mujeres (de más de 15 años) que viven con VIH, 2005 (miles)	Número estimado de niños (0 a 14 años) que viven con VIH, 2005 (miles)	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	Huérfanos debido al SIDA, 2007	Huérfanos debido a todas las causas, 2007		2000–2007*
															estimado (miles)	
Nauru	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nepal	0.5	70	50–99	17	—	0.5	0.3	44	28	78	—	—	—	990	—	—
Nicaragua	0.2	7.7	5.3–15	2.1	—	0.3	0.1	—	22x	—	17x	—	—	110	106x	—
Níger	0.8	60	44–85	17	3.2	0.9	0.5	16	13	37y	18y	—	25	570	67	—
Nigeria	3.1	2600	2000–3200	1400	220	0.8	2.3	21	18	46	24	—	1200	9700	64p	—
Niue	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Noruega	0.1	3.0	1.7–5.0	<1.0	—	0.1	0.1	—	—	—	—	—	—	37	—	—
Nueva Zelandia	0.1	1.4	<1.0–2.6	<0.5	—	0.1	—	—	—	—	—	—	—	34	—	—
Omán	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Países Bajos	0.2	18	10–32	4.9	—	0.2	0.1	—	—	—	—	—	—	110	—	—
Pakistán	0.1	96	69–150	27	—	0.1	0.1	—	3	—	—	—	—	3900	—	—
Palau	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panamá	1.0	20	16–26	5.5	—	1.1	0.6	—	—	—	—	—	—	48	—	—
Papúa Nueva Guinea	1.5	54	53–55	21	1.1	0.6	0.7	—	—	—	—	—	—	330	—	—
Paraguay	0.6	21	12–38	5.8	—	0.7	0.3	—	—	—	—	—	—	130	—	—
Perú	0.5	76	57–97	21	—	0.5	0.3	—	19	—	32	—	—	570	85x	—
Polonia	0.1	20	11–34	5.5	—	0.1	0.1	—	—	—	—	—	—	440	—	—
Portugal	0.5	34	20–63	9.4	—	0.5	0.3	—	—	—	—	—	—	82	—	—
Qatar	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Reino Unido	0.2	77	37–160	22	—	0.3	0.1	—	—	—	—	—	—	520	—	—
República Centroafricana	6.3	160	150–170	91	14	1.1	5.5	27	17	—	41	—	72	280	96	—
República Checa	—	1.5	<1.0–2.8	<0.5	—	<0.1	—	—	—	—	—	—	—	94	—	—
República de Corea	<0.1	13	7.5–42	3.6	—	<0.1	<0.1	—	—	—	—	—	—	360	—	—
República Democrática del Congo	—	—	400–500	—	—	—	—	21	15	26	17	—	—	4500	77	—
República Democrática Popular Lao	0.2	5.5	3.3–13	1.3	—	0.2	0.1	—	—	—	—	—	—	210	—	—
República Dominicana	1.1	62	52–71	30	2.7	0.3	0.6	34	41	70	44	—	—	170	96	—
República Popular Democrática de Corea	—	—	<0.1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	530	—	—
República Unida de Tanzania	6.2	1400	1300–1500	760	140	0.5	0.9	40	45	46	34	—	970	2600	102	—
Rumania	0.1	15	12–16	7.0	—	0.2	0.2	1y	3y	—	—	—	—	300	—	—
Rwanda	2.8	150	130–170	78	19	0.5	1.4	54	51	40	26	—	220	860	82	—
Saint Kitts y Nevis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Samoa	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
San Marino	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
San Vicente y las Granadinas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santa Lucía	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santa Sede	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santo Tomé y Príncipe	—	—	—	—	—	—	—	—	44	—	56	—	—	—	—	—
Senegal	1.0	67	47–96	38	3.1	0.3	0.8	24	19	52	36	—	8	350	83	—
Serbia	0.1	6.4	3.9–12	1.8	—	0.1	0.1	—	42	—	74	—	—	130	—	—
Seychelles	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sierra Leona	1.7	55	42–76	30	4.0	0.4	1.3	—	17	—	20	—	16	350	83	—
Singapur	0.2	4.2	2.6–7.3	1.2	—	0.2	0.1	—	—	—	—	—	—	24	—	—
Siria, República Árabe	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—
Somalia	0.5	24	13–45	6.7	<1.0	0.6	0.3	—	4	—	—	—	9	590	78	—
Sri Lanka	—	3.8	2.8–5.1	1.4	—	<0.1	—	—	—	—	—	—	—	330	—	—
Sudáfrica	18.1	5700	4900–6600	3200	280	4.0	12.7	—	—	—	—	—	1400	2500	—	—
Sudán	1.4	320	220–440	170	25	0.3	1.0	—	—	—	—	—	—	1800	96x	—
Suecia	0.1	6.2	3.5–11	2.9	—	0.1	0.1	—	—	—	—	—	—	66	—	—
Suiza	0.6	25	14–43	9.2	—	0.4	0.5	—	—	—	—	—	—	39	—	—
Surinam	2.4	6.8	4.2–12	1.9	<0.2	2.7	1.4	—	41	—	49	—	—	9	—	—
Swazilandia	26.1	190	180–200	100	15	5.8	22.6	52	52	70	54	—	56	96	97	—
Tailandia	1.4	610	410–880	250	14	1.2	1.2	—	46	—	—	—	—	1300	93	—
Tayikistán	0.3	10	5.0–23	2.1	<0.1	0.4	0.1	—	2	—	—	—	—	210	—	—
Territorio Palestino Ocupado	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Timor-Leste	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	48	—	—
Togo	3.3	130	110–150	69	10	0.8	2.4	—	28	—	50	—	68	260	94	—
Tonga	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Trinidad y Tabago	1.5	14	9.5–19	7.7	—	0.3	1.0	—	54	—	51	—	—	20	—	—
Túnez	0.1	3.7	2.7–5.4	1.0	—	0.1	<0.1	—	—	—	—	—	—	130	—	—

	Estimado de la tasa de prevalencia del VIH entre los adultos (15-49 años), 2007	Número estimado de personas (de todas las edades) que viven con VIH, 2007 (miles)		Transmisión de la madre al hijo Número estimado de mujeres (de más de 15 años) que viven con VIH, 2005 (miles)	Infecciones pediátricas Número estimado de niños (0 a 14 años) que viven con VIH, 2005 (miles)	Prevención entre los jóvenes						Huérfanos		
						Tasa de prevalencia del VIH entre los jóvenes (15 a 24 años), 2007		% que tiene un conocimiento amplio del VIH, 2002-2007*		% que utilizó un preservativo durante las últimas relaciones sexuales con riesgo, 2000-2007*		Niños (0-17 años)		
						hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	Huérfanos debido al SIDA, 2007	Huérfanos debido a todas las causas, 2007	Tasa de asistencia escolar de los huérfanos 2000-2007*
		estimado	bajo estimado	alto estimado									estimado (miles)	estimado (miles)
Turkmenistán	<0.1	<0.5	<1.0	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—
Turquía	—	<2.0	<5.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tuvalu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ucrania	1.6	440	340-540	190	5.1	1.5	1.5	43	42	—	—	—	1000	98
Uganda	5.4	940	870-1000	480	130	1.3	3.9	38	32	55	38	1200	2500	96
Uruguay	0.6	10	5.9-19	2.8	—	0.6	0.3	—	—	—	—	—	46	—
Uzbekistán	0.1	16	8.1-45	4.6	<0.2	0.1	0.1	—	31	—	61	—	690	—
Vanuatu	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Venezuela (República Bolivariana de)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	430	—
Viet Nam	0.5	290	180-470	76	—	0.6	0.3	—	44	68	—	—	1500	—
Yemen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Zambia	15.2	1100	1000-1200	560	95	3.6	11.3	37	34	48	38	600	1100	103y
Zimbabwe	15.3	1300	1200-1400	680	120	2.9	7.7	46	44	68	42	1000	1300	95

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	5.0	22000	20500-23600	12000	1800	1.1	3.2	30	24	44	29	11600	47500	83
África oriental y meridional	7.8	16400	15300-17600	8970	1300	1.5	4.5	38	31	47	30	8700	24900	92
África occidental y central	2.6	5600	4800-6300	3000	480	0.7	1.9	23	19	42	29	3000	22700	76
África septentrional y Oriente Medio	0.3	480	370-620	220	28	0.1	0.2	—	—	—	—	—	5900	—
Asia meridional	0.3	2600	2000-3400	930	110	0.3	0.2	36	18	38	22	—	37400	73
Asia Oriental y Pacífico	0.2	2400	1900-3000	750	41	0.2	0.1	7**	18**	—	—	—	30100	—
América Latina y el Caribe	0.6	1900	1700-2400	660	55	0.5	0.4	—	—	—	—	—	9400	—
ECE/CEI	0.8	1500	1100-1900	460	11	0.8	0.5	—	—	—	—	—	7600	—
Países industrializados [§]	0.3	2000	1400-2900	460	5.8	0.4	0.2	—	—	—	—	—	7200	—
Países en desarrollo [§]	0.9	29500	27300-32100	14600	2000	0.4	0.7	30**	19**	—	—	—	130000	77
Países menos adelantados [§]	2.2	10000	9500-11000	5300	900	0.6	1.4	32	23	45	29	—	40400	86
Mundo	0.8	33000	30000-36000	15500	2000	0.4	0.6	—	—	—	—	15000	145000	—

[§] También incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional aparecen en la lista de la página 152.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Estimación de la tasa de prevalencia del VIH entre los adultos – Porcentaje de adultos (de 15 a 49 años) que vivían con el VIH a finales de 2007.

Número estimado de personas (de todas las edades) que viven con el VIH – Número estimado de personas (de todas las edades) que vivían con el VIH a finales de 2007.

Número estimado de mujeres (más de 15 años) que viven con VIH – Número estimado de mujeres (más de 15 años) que vivían con VIH a finales de 2007.

Número estimado de niños (de 0 a 14 años) que viven con el VIH – Número estimado de niños de 0 a 14 años que vivían con el VIH a finales de 2007.

Prevalencia del VIH entre los jóvenes – Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) que vivían con VIH hasta 2007.

Conocimiento amplio del VIH – Porcentaje de mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) que identifican correctamente los sistemas para prevenir la transmisión sexual del VIH (uso del preservativo y una pareja fiel), que rechazan los tres conceptos erróneos más comunes definidos localmente sobre la transmisión del VIH, y que saben que una persona que parece saludable puede estar infectada con el VIH.

Uso de preservativo en la última relación sexual de alto riesgo – Porcentaje de los varones y mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad que manifestaron haber utilizado un preservativo en su última relación sexual con una pareja extramatrimonial y con la que no convivían, o aquellos que han practicado relaciones sexuales con un compañero de estas características en los 12 últimos meses.

Niños huérfanos debido al SIDA – Número estimado de niños (de 0 a 17 años) que han perdido a uno o a ambos progenitores debido al SIDA hasta 2007.

Niños huérfanos debido a todas las causas – Número estimado de niños (de 0 a 17 años) que han perdido a uno o a ambos progenitores debido a cualquier otra causa hasta 2007.

Tasa de asistencia escolar de los huérfanos – Porcentaje de los niños de 10 a 14 años de edad que habían perdido a sus padres y madres naturales y asistían actualmente a la escuela, como porcentaje de los niños no huérfanos de la misma edad que vivían por lo menos con uno de sus progenitores y asistían a la escuela.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Estimado de tasas de prevalencia del VIH entre los adultos – Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Informe sobre la epidemia de SIDA en el mundo*, 2008.

Número estimado de personas que viven con el VIH – ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia de SIDA en el mundo*, 2008.

Número estimado de mujeres (más de 15 años) que viven con VIH – ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia de SIDA en el mundo*, 2008.

Número estimado de personas (todas las edades) que viven con el VIH – ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia de SIDA en el mundo*, 2008.

Prevalencia del VIH entre los jóvenes – ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia de SIDA en el mundo*, 2008.

Conocimiento amplio del VIH – Encuestas sobre los indicadores del SIDA (EIS), Behavioural Surveillance Surveys (BSS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), Reproductive Health Surveys (RHS) y otras encuestas nacionales en los hogares, 2002-2007; 'HIV/AIDS Survey Indicators Database', <www.measuredhs.com/hivdata>.

Uso de preservativo en la última relación sexual de alto riesgo – EIS, BSS, DHS, RHS y otras encuestas nacionales en los hogares, 2002-2007; 'HIV/AIDS Survey Indicators Database', <www.measuredhs.com/hivdata>.

Niños huérfanos debido al SIDA – ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia de SIDA en el mundo*, 2008.

Niños huérfanos debido a todas las causas – Estimaciones no publicadas de ONUSIDA.

Tasa de asistencia escolar de los huérfanos – EIS, DHS, MICS y otras encuestas nacionales en los hogares, 2002-2007; 'HIV/AIDS Survey Indicators Database', <www.measuredhs.com/hivdata>.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
- y Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
- p La proporción de huérfanos (de 10 a 14 años) que asisten a la escuela está calculada sobre pequeños denominadores (generalmente 25 a 49 casos no ponderados).
- * Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.
- ** No incluye China.

TABLA 5. EDUCACIÓN

Países y territorios	Tasa de alfabetización de jóvenes (15-24 años) 2000-2007*		Número por cada 100 habitantes 2006		Tasa de escolarización enseñanza primaria 2000-2007*				Tasa de asistencia a la escuela primaria 2000-2007* neta		Tasa de permanencia hasta el último grado de la primaria (%) 2000-2007*		Tasa de escolarización enseñanza secundaria 2000-2007*				Tasa de asistencia a la escuela secundaria (2000-2007*) neta	
	hombre	mujer	teléfonos	usuarios de Internet	bruta		neta		hombre	mujer	Datos administrativos	Datos de encuestas	bruta		neta		hombre	mujer
					hombre	mujer	hombre	mujer					hombre	mujer	hombre	mujer		
Afganistán	49	18	8	2	126	75	74	46	66	40	—	90	28	9	—	—	18	6
Albania	99	100	60	15	106	105	94	93	92	92	90	100	78	75	74	72	79	77
Alemania	—	—	104	47	103	103	98	98	—	—	99	—	102	100	—	—	—	—
Andorra	—	—	97	56	90	90	83	83	—	—	—	—	83	87	73	75	—	—
Angola	84	63	14	1	69x	59x	—	—	58	59	—	83	19	16	—	—	22	20
Antigua y Barbuda	—	—	134	64	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Arabia Saudita	98	96	78	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Argelia	94	91	63	7	114	106	96	94	97	96	91	—	80	86	65	68	57	65
Argentina	99	99	81	21	113	112	99	98	—	—	87	—	80	89	75	82	—	—
Armenia	100	100	—	6	96	100	80	84	99	98	99	100	88	91	84	88	93	95
Australia	—	—	97	52	105	105	96	97	—	—	—	—	154	146	87	88	—	—
Austria	—	—	113	51	102	101	97	98	—	—	99	—	104	100	—	—	—	—
Azerbaiyán	100	100	39	10	98	95	86	83	74	72	97	99	85	81	79	76	82	80
Bahamas	—	—	77	34	98	98	87	89	—	—	81	—	91	91	83	85	—	—
Bahrein	100	100	123	28	120	119	98	98	86	87	99	99	100	104	91	96	77	85
Bangladesh	71	73	13	0	101	105	87	91	79	84	65	94	43	45	40	42	36	41
Barbados	—	—	88	93	104	102	97	96	—	—	97	—	100	104	88	89	—	—
Belarús	100	100	61	56	97	95	90	89	93	94	99	100	95	97	87	89	95	97
Bélgica	—	—	93	47	102	102	97	98	—	—	94	—	112	108	89	85	—	—
Belice	—	89	44	11	125	121	97	97	95	95	92	—	77	81	64	70	58	60
Benin	63	41	12	1	105	87	87	73	72	62	65	89	41	23	23	11	40	27
Bhután	83	73	10	4	103	101	79	79	74	67	84	—	51	46	38	39	—	—
Bolivia	99	98	31	6	109	109	95	95	78	77	82	41	84	81	72	70	57	56
Bosnia y Herzegovina	100	100	48	24	—	—	—	—	92	89	—	100	—	—	—	—	89	89
Botswana	93	95	47	5	108	106	83	85	83	86	75	—	75	78	52	60	36	44
Brasil	97	99	53	23	141	133	94	95	95x	95x	81	88	101	111	75	83	42x	50x
Brunei Darussalam	100	100	79	42	107	106	94	94	—	—	98	—	96	100	88	92	—	—
Bulgaria	98	97	108	47	101	100	93	92	—	—	95	—	108	104	90	88	—	—
Burkina Faso	47	33	7	1	66	54	52	42	49	44	64	90	17	12	14	10	17	15
Burundi	77	70	3	1	108	98	76	73	72	70	78	74	16	12	—	—	8	6
Cabo Verde	97	98	21	6	108	103	88	87	97x	96x	89	—	75	86	56	63	—	—
Camboya	90	83	12	0	127	118	91	89	84	86	49	92	43	34	33	28	29	26
Camerún	72	59	19	2	117	98	—	—	86	81	59	95	27	21	—	—	45	42
Canadá	—	—	58	77	100	99	99	100	—	—	—	—	119	116	—	—	—	—
Chad	56	23	5	1	90	61	71	50	41	31	26	94	23	8	16	5	13	7
Chile	99	99	76	25	107	102	—	—	—	—	98	—	90	92	—	—	—	—
China	99	99	35	10	112	111	99	99	—	—	—	—	75	76	—	—	—	—
Chipre	100	100	103	42	103	102	99	99	—	—	99	—	96	97	93	95	—	—
Colombia	98	98	64	14	117	115	89	88	90	92	82	89	78	87	62	69	64	72
Comoras	92	87	5	3	91	80	75	71	31	31	72	19	40	30	15	15	10	11
Congo	99	98	19	2	113	102	58	52	86	87	55	93	47	39	—	—	39	40
Costa Rica	98	99	33	28	112	111	91	93	87	89	91	—	83	89	58	64	59	65
Côte d'Ivoire	—	40	22	2	79	62	61	49	66	57	86	90	32	18	25	14	32	22
Croacia	100	100	96	37	99	99	91	90	—	—	100	—	90	93	86	88	—	—
Cuba	100	100	1	2	102	100	96	97	—	—	97	—	93	94	86	88	—	—
Dinamarca	—	—	107	58	99	99	95	96	—	—	92	—	118	121	88	90	—	—
Djibouti	—	48	5	1	49	40	42	34	80	78	—	—	27	18	26	17	50	42
Dominica	—	—	—	37	85	87	75	80	—	—	88	—	107	105	77	85	—	—
Ecuador	96	97	63	12	117	117	96	97	—	—	76	—	67	68	57	58	—	—
Egipto	90	82	24	8	108	102	98	94	96	94	97	98	91	85	82	78	72	67
El Salvador	95	96	55	10	116	112	94	94	—	—	67	—	63	66	53	56	—	—
Emiratos Árabes Unidos	99	97	119	37	104	103	88	88	—	—	99	—	89	91	78	80	—	—
Eritrea	85	70	1	2	69	56	50	43	69	64	74	—	39	23	30	20	23	21
Eslovaquia	—	—	91	42	101	99	92	92	—	—	97	—	94	95	—	—	—	—
Eslovenia	100	100	93	64	101	100	96	95	—	—	99	—	96	95	90	91	—	—
España	100	100	106	43	106	104	100	99	—	—	100	—	115	122	92	96	—	—
Estados Unidos	—	—	80	70	98	99	91	93	—	—	96	—	94	94	88	88	—	—
Estonia	100	100	125	55	100	98	95	94	—	—	96	—	99	101	90	92	—	—
Etiopía	62	39	1	0	97	85	74	69	45	45	58	84	37	24	29	19	30	23
ex República Yugoslava de Macedonia	99	99	70	13	98	98	92	92	97	93	98	—	85	83	82	80	79	78
Federación de Rusia	100	100	106	18	96	96	91	91	—	—	99	—	85	83	—	—	—	—

	Tasa de alfabetización de jóvenes (15-24 años) 2000-2007*		Número por cada 100 habitantes 2006		Tasa de escolarización enseñanza primaria 2000-2007*				Tasa de asistencia a la escuela primaria 2000-2007* neta		Tasa de permanencia hasta el último grado de la primaria (%) 2000-2007*		Tasa de escolarización enseñanza secundaria 2000-2007*				Tasa de asistencia a la escuela secundaria (2000-2007*) neta	
					bruta		neta						bruta		neta			
	hombre	mujer	teléfonos	usuarios de Internet	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	Datos administrativos	Datos de encuestas	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer
Fiji	—	—	—	9	101	99	91	91	—	—	81	—	80	88	76	83	—	—
Filipinas	94	95	51	6	110	109	91	93	88	89	70	90	79	88	55	66	55	70
Finlandia	—	—	108	56	98	98	97	97	—	—	99	—	109	114	96	96	—	—
Francia	—	—	85	50	110	109	98	99	—	—	98x	—	114	114	98	100	—	—
Gabón	98	96	64	6	153	152	88	88	94	94	56	—	53	46	—	—	34	36
Gambia	63	41	26	5	71	77	59	64	60	62	—	95	47	43	40	37	39	34
Georgia	—	99	38	7	94	97	88	91	94	95	100	—	83	86	77	81	89	88
Ghana	80	76	23	3	98	97	73	71	75	75	60	98	52	46	47	43	45	45
Granada	—	—	45	21	94	91	84	83	—	—	83	—	99	102	78	80	—	—
Grecia	99	99	99	18	102	102	100	99	—	—	98	—	104	102	92	93	—	—
Guatemala	88	83	56	10	118	109	96	92	80x	76x	63	—	56	51	40	37	23x	24x
Guinea	59	34	—	1	96	81	77	66	55	48	76	96	45	24	35	20	27	17
Guinea-Bissau	94	87	10	2	84	56	53	37	54	53	—	81	23	13	11	6	8	7
Guinea Ecuatorial	95	95	27	2	125	119	91	83	61	60	33	—	41	23	—	—	23	22
Guyana	—	—	—	23	125	124	—	—	96	96	59	96	106	104	—	—	66	73
Haití	76	87	14	8	—	—	—	—	48	52	—	85	—	—	—	—	18	21
Honduras	88	93	30	5	119	118	96	97	77	80	81	—	66	86	—	—	29	36
Hungría	98	99	99	35	98	96	89	88	—	—	98	—	96	95	90	90	—	—
India	87	77	15	11	114	109	90	87	85	81	73	95	59	49	—	—	59	49
Indonesia	99	99	28	5	116	112	97	94	94	95	80	—	64	64	59	59	54	56
Irán (República Islámica de)	98	97	24	26	104	132	91	100	94	91	88	—	83	78	79	75	—	—
Iraq	89	81	32	0	109	90	95	82	91	80	70	83	54	36	45	32	46	34
Irlanda	—	—	113	34	104	103	95	95	—	—	—	—	108	116	85	90	—	—
Islandia	—	—	109	65	98	97	98	97	—	—	99	—	108	111	89	91	—	—
Islas Cook	—	—	—	27	79	80	73	75	—	—	—	—	71	74	62	68	—	—
Islas Marshall	—	—	—	—	94	92	67	66	—	—	—	—	66	67	43	47	—	—
Islas Salomón	—	—	—	2	102	98	62	62	—	—	—	—	33	27	29	25	—	—
Israel	—	—	123	28	109	111	96	98	—	—	100	—	93	92	88	89	—	—
Italia	100	100	135	53	104	103	99	98	—	—	100	—	101	100	93	94	—	—
Jamaica	91	98	94	49	95	95	90	90	97	98	87	—	86	89	77	80	88	92
Japón	—	—	79	68	100	100	100	100	—	—	—	—	101	102	99	99	—	—
Jordania	99	99	74	14	96	98	89	91	99	99	96	—	88	90	81	83	85	89
Kazajstán	100	100	53	9	105	106	90	90	99	98	100	100	93	92	86	86	97	97
Kenya	80	81	21	8	107	104	75	76	79	79	84	90	52	49	43	42	12	13
Kirguistán	100	100	24	12	97	96	86	85	91	93	99	99	86	87	80	81	90	92
Kiribati	—	—	—	2	112	114	96	98	—	—	81	—	82	94	65	72	—	—
Kuwait	100	100	91	29	97	96	84	83	—	—	96	—	87	91	75	79	—	—
Lesotho	75	91	20	3	115	114	71	74	82	88	62	84	33	42	19	29	16	27
Letonia	100	100	95	47	96	93	89	92	—	—	98	—	98	99	—	—	—	—
Líbano	—	—	31	26	96	93	82	82	97	97	87	93	78	85	70	77	61	68
Liberia	68	76	8	0	96	87	40	39	—	—	—	—	37	27	22	13	—	—
Libia, Jamahiriya Árabe	100	98	66	4	113	108	—	—	—	—	—	—	86	101	—	—	—	—
Liechtenstein	—	—	82	64	106	107	87	89	—	—	—	—	120	104	62	69	—	—
Lituania	100	100	138	32	95	94	90	89	—	—	97	—	99	99	92	93	—	—
Luxemburgo	—	—	117	72	102	103	96	98	—	—	88	—	94	98	82	86	—	—
Madagascar	73	68	5	1	142	137	96	96	74	77	36	93	24	23	17	18	17	21
Malasia	98	98	75	54	101	100	100	100	—	—	99	—	66	72	66	72	—	—
Malawi	84	82	5	0	117	121	88	94	86	88	36	71	32	27	25	23	27	26
Maldivas	98	98	88	9	118	114	97	97	—	—	—	—	80	86	65	70	—	—
Malí	36	23	11	1	90	71	68	54	45	33	73	90	35	21	—	—	15	11
Malta	96	99	86	34	101	99	92	91	—	—	99	—	99	100	84	90	—	—
Marruecos	84	67	52	20	112	100	91	85	91	87	74	—	53	45	37	32	39	36
Mauricio	95	97	62	25	102	102	94	96	—	—	99	—	89	88	81	82	—	—
Mauritania	70	63	34	1	99	104	78	82	56	59	45	—	27	23	16	15	21	17
México	98	98	53	19	114	111	98	97	97	97	92	—	86	88	71	70	—	—
Micronesia (Estados Federados de)	—	—	19	14	109	111	—	—	—	—	—	—	80	86	—	—	—	—
Moldova	100	100	32	17	97	96	88	88	84	85	97	100	87	91	80	83	82	85
Mónaco	—	—	52	56	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mongolia	94	97	29	12	99	102	90	93	96	98	91	97	84	95	77	87	85	91
Montenegro	—	93	107	44	—	—	—	—	98	97	—	97	—	—	—	—	90	92
Mozambique	58	48	12	1	113	97	79	73	63	57	40	68	18	13	4	4	8	7

TABLA 5. EDUCACIÓN

	Tasa de alfabetización de jóvenes (15-24 años) 2000-2007*		Número por cada 100 habitantes 2006		Tasa de escolarización enseñanza primaria 2000-2007*				Tasa de asistencia a la escuela primaria 2000-2007* neta		Tasa de permanencia hasta el último grado de la primaria (%) 2000-2007*		Tasa de escolarización enseñanza secundaria 2000-2007*				Tasa de asistencia a la escuela secundaria (2000-2007*) neta	
	hombre	mujer	teléfonos	usuarios de Internet	bruta		neta		hombre	mujer	Datos administrativos	Datos de encuestas	bruta		neta		hombre	mujer
					hombre	mujer	hombre	mujer					hombre	mujer	hombre	mujer		
Myanmar	97	96	0	0	114	115	99	100	83	84	72	100	49	49	46	46	51	48
Namibia	91	94	30	4	107	107	74	79	91	91	77	90	53	61	30	40	40	53
Nauru	—	—	—	—	78	80	—	—	—	—	25	—	42	50	—	—	—	—
Nepal	85	73	4	1	129	123	91	87	86	82	81	95	46	41	—	—	46	38
Nicaragua	85	92	33	3	117	115	90	90	77	84	50	56	62	70	40	47	35	47
Níger	53	26	3	0	58	43	56	40	44	31	53	88	14	9	12	7	13	9
Nigeria	89	85	24	6	105	87	68	59	66	58	63	96	36	29	28	23	38	33
Niue	—	—	—	—	107	102	—	—	—	—	—	—	96	102	91x	96x	—	—
Noruega	—	—	108	82	98	98	98	98	—	—	100	—	113	113	96	97	—	—
Nueva Zelanda	—	—	94	79	102	102	99	99	—	—	—	—	117	123	91	93	—	—
Omán	99	98	70	11	82	83	73	75	—	—	99	—	90	87	78	77	—	—
Países Bajos	—	—	106	86	108	105	99	97	—	—	98	—	119	117	88	89	—	—
Pakistán	80	60	22	8	94	74	74	57	60	51	70	—	34	26	33	26	23	18
Palau	—	—	0	0	108	101	98	95	—	—	—	—	96	105	—	—	—	—
Panamá	97	96	66	15	113	110	99	98	—	—	85	—	67	73	61	68	—	—
Papúa Nueva Guinea	63	65	—	2	60	50	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paraguay	96	97	51	4	113	110	94	95	95	96	84	—	66	67	56	59	81	80
Perú	99	97	31	23	116	117	96	97	94	94	85	94	93	96	72	72	70	70
Polonia	100	99	95	37	98	97	96	96	—	—	98	—	100	99	93	94	—	—
Portugal	100	100	116	30	118	112	98	98	—	—	—	—	94	102	78	86	—	—
Qatar	97	98	110	35	105	104	93	94	—	—	89	—	103	100	91	90	—	—
Reino Unido	—	—	117	63	105	106	98	99	—	—	—	—	97	99	91	94	—	—
República Centroafricana	70	47	3	0	72	49	53	38	64	54	39	65	—	—	13	9	16	10
República Checa	—	—	122	35	100	100	91	94	—	—	100	—	96	97	—	—	—	—
República de Corea	—	—	84	71	107	103	100	93	—	—	99	—	100	95	99	93	—	—
República Democrática del Congo	78	63	7	0	68	54	—	—	55	49	—	49	28	16	—	—	18	15
República Democrática Popular Lao	85	80	17	1	123	109	86	81	81	77	62	93	49	38	38	32	40	33
República Dominicana	95	97	51	16	101	96	77	79	84	88	61	81	63	75	47	57	27	39
República Popular Democrática de Corea	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
República Unida de Tanzania	79	76	15	1	113	111	98	97	71	75	83	91	7x	6x	22	20	8	8
Rumania	97	98	80	52	105	104	93	93	—	—	94	—	86	86	74	73	—	—
Rwanda	79	77	3	1	138	142	76	81	84	87	31	76	14	13	—	—	5	5
Saint Kitts y Nevis	—	—	—	32	86	103	64	78	—	—	78	—	110	100	70	61	—	—
Samoa	99	100	25	4	100	100	90	91	—	—	96x	—	76	86	62	71	—	—
San Marino	—	—	64	57	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
San Vicente y las Granadinas	—	—	74	29	94	100	93	88	—	—	64	—	67	83	57	71	—	—
Santa Lucía	—	—	—	62	122	114	99	97	—	—	96	—	80	95	65	80	—	—
Santa Sede	—	—	0	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santo Tomé y Príncipe	95	96	12	14	128	127	97	98	94	95	61	83	44	47	31	34	39	41
Senegal	59	44	25	5	81	79	71	70	58	59	54	93	27	21	23	18	20	16
Serbia	—	96	63	13	97	97	95	95	98	98	—	100	87	89	—	—	90	93
Seychelles	99	99	87	36	126	125	99	100	—	—	99	—	105	119	94	100	—	—
Sierra Leona	64	44	—	0	155	139	—	—	69	69	—	91	38	26	27	19	21	17
Singapur	100	100	109	59	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Siria, República Árabe	95	92	24	8	129	123	97	92	97	96	92	—	72	68	64	61	64	65
Somalia	—	24	6	1	—	—	—	—	24	20	—	85	—	—	—	—	8	4
Sri Lanka	97	98	26	2	108	108	98	97	—	—	100	—	86	88	—	—	—	—
Sudáfrica	95	96	83	8	108	103	88	88	80x	83x	77	—	92	98	59	66	41x	48x
Sudán	85	71	12	9	71	61	45	37	56	52	74	56	35	33	—	—	17	22
Suecia	—	—	106	77	96	95	95	95	—	—	—	—	104	103	99	99	—	—
Suiza	—	—	99	58	98	97	89	89	—	—	—	—	95	90	84	80	—	—
Surinam	96	95	71	8	121	121	95	98	94	93	—	80	66	90	57	79	55	66
Swazilandia	87	90	24	4	110	102	78	79	83	86	71	80	47	47	29	35	31	41
Tailandia	98	98	63	13	108	108	95	94	98	98	—	—	75	82	68	75	77	84
Tayikistán	100	100	—	—	103	98	99	95	89	88	99	100	90	75	87	74	89	74
Territorio Palestino Ocupado	99	99	22	7	82	83	76	76	91	92	98	—	91	97	87	92	—	—
Timor-Leste	—	—	5	0	103	95	70	67	76	74	—	—	53	54	—	—	—	—
Togo	84	64	11	5	110	95	86	75	82	76	68	84	54	27	30	14	45	32
Tonga	100	100	29	3	116	110	98	94	—	—	91	—	92	96	54	68	—	—

	Tasa de alfabetización de jóvenes (15-24 años) 2000-2007*		Número por cada 100 habitantes 2006		Tasa de escolarización enseñanza primaria 2000-2007*				Tasa de asistencia a la escuela primaria 2000-2007* neta		Tasa de permanencia hasta el último grado de la primaria (%) 2000-2007*		Tasa de escolarización enseñanza secundaria 2000-2007*				Tasa de asistencia a la escuela secundaria (2000-2007*) neta	
					bruta		neta						bruta		neta			
	hombre	mujer	teléfonos	usuarios de Internet	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	Datos admi-nistrativos	Datos de encuestas	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer
Trinidad y Tabago	100	100	69	22	96	94	85	85	98	98	84	97	75	78	64	67	84	90
Túnez	97	94	72	13	110	107	96	97	95	93	94	—	81	89	61	68	—	—
Turkmenistán	100	100	4	1	—	—	—	—	99	99	—	100	—	—	—	—	84	84
Turquía	98	94	71	18	96	92	93	89	91	87	94	95	86	71	74	64	52	43
Tuvalu	—	—	15	19	106	105	—	—	—	—	63	—	87	81	—	—	—	—
Ucrania	100	100	107	20	102	102	90	90	96	98	98	100	94	93	83	84	90	93
Uganda	88	84	7	5	116	117	—	—	83	82	25	72	20	16	16	14	16	15
Uruguay	98	99	67	24	117	113	100	100	—	—	92	—	94	109	—	—	—	—
Uzbekistán	99	99	9	4	97	94	—	—	100	100	99	100	103	102	—	—	91	90
Vanuatu	92	92	—	—	110	106	88	86	—	—	69x	—	43	37	41	35	—	—
Venezuela																		
(República Bolivariana de)	96	98	69	15	106	103	91	91	91	93	90	82	73	82	62	71	30	43
Viet Nam	95	94	18	17	109	103	—	—	94	94	92	98	68	62	—	—	77	78
Yemen	93	67	14	1	100	74	85	65	68x	41x	60	—	61	30	49	26	35x	13x
Zambia	73x	66x	14	4	118	116	90	94	55	58	76	80	33	27	31	25	17	19
Zimbabwe	98	99	6	9	102	101	87	88	91	93	62	79	42	39	38	36	46	43

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	77	68	18	3	101	90	75	70	64	61	61	84	36	29	28	24	26	22
África oriental y meridional	78	69	19	3	110	104	83	81	66	66	60	82	39	34	30	27	20	18
África occidental y central	77	66	18	3	93	77	67	58	63	56	62	86	33	24	26	20	31	26
África septentrional y Oriente Medio	93	85	37	13	102	97	86	81	88	85	83	—	73	67	67	62	54	52
Asia meridional	84	74	15	9	111	104	88	83	81	77	72	94	54	45	—	—	51	43
Asia Oriental y Pacífico	98	98	36	12	111	110	98	97	92**	92**	80**	—	73	73	60**	62**	60**	63**
América Latina y el Caribe	97	97	54	19	120	116	94	95	90	91	84	—	87	94	69	74	—	—
ECE/CEI	99	99	81	20	98	96	92	90	93	91	96	97	89	85	79	75	79	76
Países industrializados [§]	—	—	93	59	101	101	95	96	—	—	97	—	102	101	91	92	—	—
Países en desarrollo [§]	90	84	30	11	109	103	89	86	80**	77**	74**	90	62	58	51**	49**	48**	43**
Países menos adelantados [§]	75	65	9	1	101	91	79	74	65	63	60	82	35	29	30	26	26	24
Mundo	90	85	42	18	108	103	90	87	80**	77**	76**	90	67	63	58**	57**	48**	44**

[§] También incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional aparecen en la lista de la página 152.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Tasa de alfabetización de los jóvenes – Número de personas alfabetizadas de 15 a 24 años, expresadas como un porcentaje del total de la población en ese grupo de edad.

Tasa bruta de escolarización en la enseñanza primaria – El número total de niños matriculados en la enseñanza primaria, independientemente de su edad, expresado como el porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para realizar estudios primarios.

Tasa bruta de escolarización en la enseñanza secundaria – El número total de niños matriculados en la enseñanza secundaria, independientemente de su edad, expresado como el porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para realizar estudios secundarios.

Tasa neta de escolarización en la enseñanza primaria – El número total de niños matriculados en la enseñanza primaria que tienen la edad oficial para realizar estudios primarios, expresado como el porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para realizar estudios primarios.

Tasa neta de escolarización en la enseñanza secundaria – El número total de niños matriculados en la enseñanza secundaria que tienen la edad oficial para realizar estudios secundarios, expresado como el porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para realizar estudios secundarios.

Tasa neta de asistencia a la escuela primaria – El número de niños que asisten a la escuela primaria o secundaria y que tienen la edad oficial para realizar estudios primarios, expresado como el porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para realizar estudios primarios. Estos datos provienen de encuestas nacionales por hogares.

Tasa neta de asistencia a la escuela secundaria – El número de niños que asisten a la escuela secundaria o superior y tienen la edad oficial para realizar estudios secundarios, expresado como el porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para realizar estudios secundarios. Estos datos provienen de encuestas nacionales por hogares.

Tasa de permanencia hasta el último grado de la enseñanza primaria – Proporción de niños que ingresan en el primer grado de la escuela primaria y alcanzan el último grado de la enseñanza primaria.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Alfabetización de los jóvenes – Instituto para Estadísticas de la UNESCO.

Utilización del teléfono e Internet – Unión Internacional de Telecomunicaciones (Geneva).

Escolarización en la escuela primaria y secundaria – Instituto para Estadísticas de la UNESCO.

Asistencia a la escuela primaria y secundaria – Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS).

Tasa de permanencia hasta el último grado de la enseñanza primaria – Datos administrativos: Instituto para Estadísticas de la UNESCO, datos de encuestas: DHS y MICS.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
- * Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado por el titular de la columna.
- ** No incluye China.

TABLA 6. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Países y territorios	Población (miles) 2007		Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Tasa bruta de mortalidad			Tasa bruta de natalidad			Esperanza de vida			Tasa total de fecundidad 2007	Población urbana (%) 2007	Tasa anual del crecimiento de la población urbana (%)	
	menores de 18	menores de 5	1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	2007	2007	1970-1990	1990-2007
Afganistán	14526	5002	0.3	4.5	29	23	20	52	52	48	35	41	44	7.1	24	2.9	6.4
Albania	986	250	2.2	-0.2	8	6	6	33	24	16	67	72	76	2.1	47	2.9	1.4
Alemania	14286	3499	0.1	0.2	12	11	11	14	11	8	71	75	79	1.4	75	0.1	0.4
Andorra	14	4	3.9	2.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	91	3.8	2.0
Angola	9022	3162	2.7	2.8	27	24	21	52	53	48	37	40	42	6.5	55	7.3	5.4
Antigua y Barbuda	28	8	-0.6	1.9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	38	-0.3	2.5
Arabia Saudita	9781	2921	5.2	2.5	18	5	4	48	36	25	52	68	73	3.4	81	7.5	3.0
Argelia	11780	3271	3.0	1.7	16	7	5	49	32	21	53	67	72	2.4	65	4.4	3.2
Argentina	12279	3364	1.5	1.1	9	8	8	23	22	18	66	71	75	2.3	90	2.0	1.5
Armenia	760	167	1.7	-1.0	5	8	10	23	21	12	70	68	72	1.4	64	2.3	-1.4
Australia	4802	1272	1.4	1.2	9	7	7	20	15	12	71	77	81	1.8	89	1.4	1.5
Austria	1573	393	0.2	0.5	13	11	9	15	12	9	70	76	80	1.4	66	0.2	0.5
Azerbaiyán	2536	564	1.7	0.9	7	7	7	29	27	16	65	66	67	1.8	52	2.0	0.7
Bahamas	106	28	2.0	1.5	7	6	6	31	24	17	66	70	73	2.0	91	3.1	2.2
Bahrein	227	65	4.0	2.5	9	4	3	40	29	17	62	72	76	2.3	97	4.3	3.2
Bangladesh	64486	18900	2.4	2.0	20	12	8	45	35	25	44	54	64	2.9	26	7.2	3.8
Barbados	66	17	0.6	0.5	9	8	7	22	16	11	69	75	77	1.5	54	1.0	1.7
Belarús	1870	454	0.6	-0.3	7	11	15	16	14	9	71	71	69	1.2	73	2.7	0.2
Bélgica	2128	558	0.2	0.3	12	11	10	14	12	10	71	76	79	1.6	97	0.3	0.4
Belice	124	36	2.1	2.6	8	5	4	40	35	25	66	72	76	3.0	49	1.7	2.9
Benin	4553	1525	3.0	3.3	22	15	11	47	47	40	46	53	56	5.5	41	6.7	4.5
Bhután	248	60	3.0	1.1	23	14	7	47	38	19	41	52	66	2.2	12	6.1	4.2
Bolivia	4167	1245	2.3	2.1	20	11	8	46	36	28	46	59	65	3.5	65	4.0	3.2
Bosnia y Herzegovina	825	189	0.9	-0.5	7	7	9	23	15	9	66	72	75	1.2	47	2.8	0.5
Botswana	783	218	3.3	1.9	13	7	15	45	35	25	55	64	50	2.9	59	11.8	4.1
Brasil	62565	18110	2.2	1.5	10	7	6	35	24	19	59	66	72	2.3	85	3.7	2.4
Brunei Darussalam	132	41	3.4	2.5	7	3	3	36	28	22	67	74	77	2.3	74	3.7	3.4
Bulgaria	1298	341	0.2	-0.8	9	12	15	16	12	9	71	71	73	1.3	71	1.4	-0.5
Burkina Faso	7778	2670	2.4	3.0	24	17	15	51	49	44	42	50	52	6.0	19	6.8	5.2
Burundi	4383	1541	2.4	2.4	20	19	16	44	48	47	44	46	49	6.8	11	7.3	5.8
Cabo Verde	242	74	1.4	2.4	12	8	5	40	39	29	56	65	72	3.4	59	5.5	4.3
Camboya	6247	1708	1.7	2.3	20	12	9	42	44	26	44	55	59	3.2	21	2.0	5.7
Camerún	8908	2866	2.9	2.4	19	13	15	45	42	35	46	55	50	4.4	56	6.4	4.6
Canadá	6909	1720	1.2	1.0	7	7	7	17	14	10	73	77	81	1.5	80	1.3	1.4
Chad	5690	1989	2.5	3.3	21	16	15	46	48	46	45	52	51	6.2	26	5.5	5.0
Chile	4848	1234	1.6	1.4	10	6	5	29	23	15	62	73	79	1.9	88	2.1	1.8
China	341820	84062	1.6	0.9	8	7	7	33	21	13	62	68	73	1.7	42	3.9	3.6
Chipre	200	50	0.5	1.3	10	8	7	19	19	12	71	76	79	1.6	70	3.0	1.7
Colombia	16196	4388	2.2	1.6	9	6	6	38	27	19	61	68	73	2.2	73	3.2	2.2
Comoras	403	130	3.3	2.7	18	11	7	50	41	34	48	56	65	4.4	38	5.1	4.8
Congo	1825	595	3.0	2.6	14	11	12	44	39	35	54	57	55	4.5	61	4.7	3.5
Costa Rica	1482	394	2.6	2.2	7	4	4	33	27	18	67	75	79	2.1	63	4.0	3.7
Côte d'Ivoire	9271	2872	4.4	2.4	18	13	16	51	45	36	49	54	48	4.5	46	6.1	3.5
Croacia	846	204	0.4	0.0	10	11	12	15	12	9	69	72	76	1.3	57	1.9	0.4
Cuba	2571	632	1.0	0.4	7	7	8	29	17	11	70	74	78	1.5	75	2.0	0.5
Dinamarca	1210	318	0.2	0.3	10	12	10	16	12	11	73	75	78	1.8	86	0.5	0.4
Djibouti	369	107	6.2	2.3	21	14	11	49	42	29	43	51	55	4.0	87	7.3	3.3
Dominica	22	6	0.3	-0.1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	73	2.1	0.3
Ecuador	5060	1403	2.7	1.5	12	6	5	42	29	21	58	68	75	2.6	64	4.4	2.5
Egipto	29422	8719	2.2	1.8	17	9	6	41	32	24	50	62	71	2.9	43	2.4	1.9
El Salvador	2696	772	1.8	1.7	12	7	6	44	30	23	57	65	72	2.7	60	2.9	3.1
Emiratos Árabes Unidos	1006	327	10.6	5.0	11	3	1	36	27	16	61	73	79	2.3	77	10.5	5.1
Eritrea	2402	837	2.7	2.5	21	16	9	47	41	40	43	48	58	5.1	20	3.8	4.2
Eslovaquia	1087	260	0.7	0.1	10	10	10	19	15	10	70	72	75	1.2	56	2.3	0.1
Eslovenia	343	89	0.7	0.2	10	10	10	17	11	9	69	73	78	1.3	51	2.3	0.4
España	7742	2321	0.7	0.8	9	8	9	20	10	11	72	77	81	1.4	77	1.4	0.9
Estados Unidos	75992	20957	1.0	1.0	9	9	8	16	16	14	71	75	78	2.1	81	1.1	1.6
Estonia	254	68	0.7	-0.9	11	13	14	15	14	11	71	69	71	1.5	69	1.1	-1.2
Etiopía	42124	13651	2.7	2.9	21	18	13	49	47	38	43	47	53	5.3	16	4.6	4.7

	Población (miles) 2007		Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Tasa bruta de mortalidad			Tasa bruta de natalidad			Esperanza de vida			Tasa total de fecundidad 2007	Población urbana (%) 2007	Tasa anual del crecimiento de la población urbana (%)	
	menores de 18	menores de 5	1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007			1970-1990	1990-2007
ex República Yugoslava de Macedonia	476	115	1.0	0.4	8	8	9	24	17	11	66	71	74	1.4	70	2.0	1.6
Federación de Rusia	27044	7302	0.7	-0.2	9	12	16	14	14	11	69	68	65	1.3	73	1.5	-0.3
Fiji	320	88	1.6	0.9	8	6	7	34	29	21	60	67	69	2.8	52	2.5	2.3
Filipinas	36804	11095	2.6	2.1	11	7	5	40	33	26	57	65	72	3.3	64	4.5	4.0
Finlandia	1093	287	0.4	0.3	10	10	10	14	13	11	70	75	79	1.8	61	1.4	0.3
Francia	13573	3828	0.6	0.5	11	9	9	17	13	12	72	77	81	1.9	77	0.8	0.8
Gabón	555	159	2.8	2.2	20	11	12	34	36	26	47	61	57	3.1	85	6.6	3.6
Gambia	803	264	3.5	3.4	28	15	10	50	43	35	37	51	59	4.8	56	6.8	5.9
Georgia	1006	233	0.7	-1.3	9	9	12	19	16	11	67	71	71	1.4	52	1.5	-1.7
Ghana	10553	3216	2.7	2.4	16	11	9	45	40	30	49	57	60	3.9	49	3.9	4.5
Granada	42	10	0.1	0.6	9	10	8	28	28	18	64	66	69	2.3	31	0.1	0.3
Grecia	1906	514	0.7	0.5	8	9	10	17	10	9	72	77	79	1.3	59	1.3	0.6
Guatemala	6588	2093	2.5	2.4	15	9	6	44	39	34	52	62	70	4.2	48	3.2	3.5
Guinea	4656	1566	2.3	2.6	27	19	12	50	47	40	38	47	56	5.5	34	5.1	3.9
Guinea-Bissau	918	333	2.8	3.0	29	23	19	49	50	50	36	42	46	7.1	30	5.9	3.5
Guinea Ecuatorial	247	82	0.8	2.4	25	19	15	41	42	39	40	47	51	5.4	39	2.0	3.3
Guyana	267	70	0.1	0.1	11	9	8	38	25	17	60	62	66	2.3	28	0.2	-0.2
Haití	4211	1250	2.1	1.8	18	13	9	39	37	28	47	54	61	3.6	40	4.1	3.8
Honduras	3257	948	3.0	2.2	15	7	6	47	38	28	52	66	70	3.3	47	4.6	3.4
Hungría	1903	471	0.0	-0.2	11	14	13	15	12	9	69	69	73	1.3	67	0.5	-0.1
India	446646	126808	2.2	1.8	16	10	8	38	32	23	49	59	64	2.8	29	3.5	2.8
Indonesia	76805	21630	2.1	1.4	17	9	6	41	26	19	48	61	70	2.2	50	5.0	4.6
Irán (República Islámica de)	24229	6472	3.4	1.3	14	7	5	43	35	20	54	64	71	2.0	68	4.9	2.6
Iraq	13847	4217	3.0	2.6	12	8	9	46	39	32	56	63	59	4.3	67	4.1	2.5
Irlanda	1063	323	0.9	1.2	11	9	7	22	15	16	71	75	79	2.0	61	1.3	1.7
Islandia	78	21	1.1	1.0	7	7	6	21	17	14	74	78	82	2.0	93	1.4	1.2
Islas Cook	5	1	-0.9	-1.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	-0.5	-0.3
Islas Marshall	22	6	4.2	1.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67	4.3	1.6
Islas Salomón	229	71	3.3	2.7	10	12	7	46	40	31	54	57	63	3.9	18	5.5	4.4
Israel	2262	683	2.2	2.5	7	6	5	27	22	20	71	76	81	2.8	92	2.6	2.8
Italia	9882	2734	0.3	0.2	10	10	10	17	10	9	72	77	81	1.4	68	0.4	0.3
Jamaica	1007	273	1.2	0.8	8	7	7	35	25	20	68	72	72	2.5	54	2.1	1.4
Japón	21206	5549	0.8	0.2	7	7	9	19	10	8	72	79	83	1.3	66	1.7	0.5
Jordania	2500	731	3.5	3.5	16	6	4	52	36	26	54	67	72	3.1	83	4.8	4.6
Kazajstán	4558	1316	1.2	-0.4	9	9	10	26	23	19	62	67	67	2.3	58	1.7	-0.3
Kenya	18593	6359	3.7	2.8	15	10	12	51	42	39	52	60	53	5.0	21	6.5	3.9
Kirguistán	1945	514	2.0	1.1	11	8	8	31	31	22	60	66	66	2.5	36	2.0	0.9
Kiribati	35	10	2.5	1.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	4.0	4.1
Kuwait	785	242	5.3	1.7	6	2	2	48	24	18	66	75	78	2.2	98	6.0	1.8
Lesotho	953	271	2.2	1.3	17	11	19	43	36	29	49	59	42	3.4	19	5.7	2.1
Letonia	411	103	0.6	-0.9	11	13	14	14	14	9	70	69	73	1.3	68	1.3	-1.1
Líbano	1365	362	1.0	1.9	9	7	7	33	26	18	65	69	72	2.2	87	2.7	2.3
Liberia	2017	725	2.2	3.3	22	21	18	49	50	50	42	43	45	6.8	60	4.9	5.2
Libia, Jamahiriya Árabe	2183	688	3.9	2.0	16	5	4	49	26	24	51	68	74	2.8	85	6.7	2.7
Liechtenstein	7	2	1.5	1.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	1.6	1.6
Lituania	688	150	0.8	-0.5	9	11	12	17	15	9	71	71	73	1.3	66	2.4	-0.7
Luxemburgo	102	27	0.6	1.2	12	11	9	13	13	11	70	75	79	1.7	83	1.0	1.4
Madagascar	9829	3190	2.8	2.9	21	15	10	47	44	37	44	51	59	4.8	27	5.3	4.0
Malasia	9663	2756	2.6	2.3	9	5	4	37	30	21	61	70	74	2.6	69	4.5	4.5
Malawi	7479	2461	3.7	2.3	24	18	15	56	50	41	41	49	48	5.6	18	7.0	5.2
Maldivas	121	31	2.9	2.0	17	9	6	40	40	23	50	60	68	2.6	31	6.8	3.2
Malí	6721	2321	2.3	2.8	26	20	15	52	52	48	39	47	54	6.5	32	4.7	4.9
Malta	84	20	0.9	0.7	9	8	8	17	15	10	70	76	79	1.4	96	0.9	1.1
Marruecos	11075	3005	2.4	1.4	17	8	6	47	30	20	52	64	71	2.4	60	4.1	2.8
Mauricio	358	94	1.2	1.0	7	6	7	28	20	15	62	69	73	1.9	42	1.4	0.9
Mauritania	1443	462	2.6	2.8	18	11	8	45	40	33	47	57	64	4.4	41	7.6	3.1
México	37772	10342	2.4	1.4	10	5	5	44	28	20	61	70	76	2.2	77	3.4	1.8
Micronesia (Estados Federados de)	50	14	2.2	0.8	9	7	6	41	34	26	62	66	68	3.8	22	2.4	0.0
Moldova	932	211	1.0	-0.9	10	10	12	18	19	11	65	68	69	1.4	47	2.9	-0.9

TABLA 6. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

	Población (miles) 2007		Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Tasa bruta de mortalidad			Tasa bruta de natalidad			Esperanza de vida			Tasa total de fecundidad 2007	Población urbana (%) 2007	Tasa anual del crecimiento de la población urbana (%)	
	menores de 18	menores de 5	1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	2007	2007	1970-1990	1990-2007
Mónaco	6	2	1.2	0.5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	1.2	0.5
Mongolia	898	232	2.8	1.0	14	9	7	42	33	19	53	61	67	1.9	57	4.0	1.1
Montenegro	142	38	0.6	0.1	3	5	10	10	11	14	69	75	74	1.8	—	—	—
Mozambique	10909	3700	1.8	2.7	25	20	20	48	43	40	39	43	42	5.2	36	8.3	6.2
Myanmar	15617	4132	2.1	1.1	15	11	10	40	27	18	51	59	62	2.1	32	2.5	2.8
Namibia	939	248	3.0	2.2	15	9	13	43	42	26	53	62	52	3.2	36	4.1	4.1
Nauru	4	1	1.7	0.6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100	1.7	0.6
Nepal	12606	3651	2.3	2.3	21	13	8	42	39	28	43	54	64	3.3	17	6.3	6.4
Nicaragua	2441	673	2.7	1.8	13	7	5	47	37	25	54	64	73	2.8	60	3.3	2.6
Níger	7724	2797	3.1	3.5	26	22	14	58	56	49	40	46	57	7.2	17	5.9	4.4
Nigeria	75065	24823	2.8	2.6	22	18	17	47	47	40	42	47	47	5.4	50	5.3	5.0
Niue	1	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	37	—	—
Noruega	1092	284	0.4	0.6	10	11	9	17	14	12	74	77	80	1.8	78	0.9	1.1
Nueva Zelandia	1064	285	1.0	1.2	9	8	7	22	17	14	71	75	80	2.0	86	1.2	1.4
Omán	1013	271	4.5	2.0	17	4	3	50	38	22	49	70	76	3.0	72	9.3	2.7
Países Bajos	3576	969	0.7	0.6	8	9	9	17	13	11	74	77	80	1.7	81	1.2	1.6
Pakistán	70609	19333	3.2	2.2	16	11	7	43	42	27	51	60	65	3.5	36	4.2	3.3
Palau	8	2	1.4	1.8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	68	2.2	1.8
Panamá	1181	344	2.4	1.9	8	5	5	38	26	21	65	72	75	2.6	73	3.0	3.9
Papúa Nueva Guinea	2941	894	2.4	2.5	19	11	10	42	37	30	43	54	57	3.8	14	3.9	2.9
Paraguay	2537	734	2.7	2.2	7	6	6	37	33	25	65	68	72	3.1	60	4.0	3.6
Perú	10273	2817	2.5	1.5	14	7	6	42	30	21	53	65	71	2.5	73	3.4	1.9
Polonia	7471	1767	0.8	0.0	8	10	10	17	15	9	70	71	76	1.2	62	1.6	0.1
Portugal	1996	558	0.7	0.4	11	10	11	21	12	11	67	74	78	1.5	59	1.8	1.7
Qatar	208	65	7.2	3.5	13	3	2	34	23	16	60	69	76	2.7	96	7.4	3.9
Reino Unido	13100	3503	0.1	0.4	12	11	10	16	14	12	72	76	79	1.8	90	0.8	0.5
República Centroafricana	2137	674	2.4	2.2	22	16	18	42	42	36	42	50	44	4.6	38	3.9	2.5
República Checa	1822	469	0.2	-0.1	12	12	11	16	12	9	70	72	76	1.2	73	2.1	-0.2
República de Corea	10418	2319	1.5	0.7	9	6	6	31	16	9	60	71	79	1.2	81	4.5	1.3
República Democrática del Congo	33784	12268	3.1	2.9	20	18	18	48	49	50	45	47	46	6.7	33	2.6	4.3
República Democrática Popular Lao	2681	720	2.3	2.1	19	13	7	44	43	27	46	54	64	3.2	21	4.7	4.3
República Dominicana	3788	1113	2.3	1.7	11	6	6	42	29	24	58	67	72	2.8	68	3.9	3.1
República Popular Democrática de Corea	6656	1562	1.7	1.0	7	6	10	35	21	13	62	71	67	1.9	62	2.1	1.4
República Unida de Tanzania	20630	7050	3.1	2.7	18	15	13	48	44	40	47	51	52	5.2	25	7.5	4.6
Rumania	4154	1051	0.7	-0.5	9	11	12	21	14	10	68	69	72	1.3	54	2.2	-0.5
Rwanda	4921	1685	3.3	1.7	20	33	17	53	49	44	44	33	46	5.9	21	5.9	10.3
Saint Kitts y Nevis	17	5	-0.5	1.3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	32	-0.4	0.8
Samoa	88	24	0.6	0.9	10	7	5	39	34	25	55	65	71	4.0	23	0.8	1.4
San Marino	6	2	1.2	1.5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	89	3.1	1.4
San Vicente y las Granadinas	42	12	0.9	0.6	11	7	7	40	25	20	61	69	71	2.2	47	3.0	1.5
Santa Lucía	54	15	1.4	1.1	8	7	7	41	25	19	64	71	74	2.2	28	2.4	0.8
Santa Sede	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santo Tomé y Príncipe	76	23	2.3	1.8	13	10	8	47	38	33	55	62	65	3.9	60	4.2	3.9
Senegal	5998	1942	2.9	2.6	21	12	9	48	43	35	45	57	63	4.7	42	4.2	3.3
Serbia	2204	610	0.8	0.2	9	10	12	18	15	13	68	71	74	1.8	—	—	—
Seychelles	44	15	1.6	1.1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	50	4.8	1.2
Sierra Leona	2889	1019	2.1	2.1	29	26	22	47	48	46	35	39	42	6.5	42	4.8	4.4
Singapur	994	200	1.9	2.3	5	5	5	23	18	8	69	75	80	1.3	100	1.9	2.4
Siria, República Árabe	8424	2544	3.5	2.6	13	5	3	47	37	27	55	68	74	3.1	51	4.1	3.1
Somalia	4389	1539	3.1	1.5	24	22	17	51	46	43	40	42	48	6.1	36	4.5	2.8
Sri Lanka	5504	1464	1.6	0.7	8	7	7	31	21	15	65	70	72	1.9	15	1.0	-0.1
Sudáfrica	18385	5235	2.4	1.7	14	8	17	38	29	23	53	62	50	2.7	60	2.9	2.7
Sudán	17961	5528	2.9	2.3	20	14	10	47	41	32	44	53	58	4.3	43	5.3	5.4
Suecia	1912	505	0.3	0.4	10	11	10	14	14	11	74	78	81	1.8	84	0.4	0.5
Suiza	1488	358	0.5	0.5	9	9	8	16	12	9	73	78	82	1.4	76	1.6	1.2
Surinam	158	44	0.4	0.8	8	6	7	37	24	20	63	68	70	2.4	75	2.4	1.4
Swazilandia	534	147	3.2	1.6	18	10	21	50	41	29	48	59	40	3.5	25	7.5	2.2
Tailandia	16430	4518	1.9	1.0	10	7	9	37	19	15	59	67	70	1.8	33	3.6	1.7
Tayikistán	3081	857	2.9	1.4	10	8	6	40	39	27	60	63	67	3.4	24	2.2	-0.1

	Población (miles) 2007		Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Tasa bruta de mortalidad			Tasa bruta de natalidad			Esperanza de vida			Tasa total de fecundidad 2007	Población urbana (%) 2007	Tasa anual del crecimiento de la población urbana (%)	
	menores de 18	menores de 5	1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007	1970	1990	2007			1970-1990	1990-2007
Territorio Palestino Ocupado	2095	685	3.4	3.7	19	7	4	49	46	36	54	68	73	5.2	72	4.5	4.2
Timor-Leste	590	199	1.0	2.6	22	18	9	46	43	42	40	46	61	6.6	27	3.4	4.5
Togo	3260	1061	3.1	3.0	18	12	10	48	44	37	48	58	58	4.9	42	4.9	5.2
Tonga	44	12	-0.2	0.3	6	6	6	37	30	25	65	70	73	3.8	24	0.4	0.8
Trinidad y Tabago	357	94	1.2	0.5	7	7	8	27	21	15	66	70	70	1.6	13	-0.5	3.1
Túnez	3178	830	2.4	1.3	14	6	6	39	27	17	54	69	74	1.9	66	3.8	2.1
Turkmenistán	1845	494	2.6	1.8	11	8	8	37	35	22	58	63	63	2.5	47	2.3	2.1
Turquía	24623	6646	2.3	1.6	12	8	6	39	26	18	56	65	72	2.1	68	4.5	2.6
Tuvalu	4	1	1.3	0.7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	57	4.6	2.8
Ucrania	8389	2025	0.4	-0.6	9	13	16	15	13	9	71	70	68	1.2	68	1.4	-0.5
Uganda	17349	6028	3.2	3.2	16	15	14	49	50	47	50	51	51	6.5	13	5.7	4.4
Uruguay	938	252	0.5	0.4	10	10	9	21	18	15	69	72	76	2.1	92	0.9	0.7
Uzbekistán	10593	2879	2.7	1.7	10	7	7	36	35	23	63	67	67	2.5	37	3.1	1.2
Vanuatu	103	31	2.8	2.4	14	7	5	43	37	29	53	64	70	3.8	24	4.9	4.2
Venezuela (República Bolivariana de)	10089	2896	3.0	2.0	7	5	5	37	29	22	65	71	74	2.6	94	3.8	2.8
Viet Nam	30263	8109	2.2	1.6	18	8	5	41	31	19	49	65	74	2.2	27	2.7	3.6
Yemen	11729	3740	3.3	3.5	27	13	8	56	51	38	38	54	62	5.5	28	5.5	5.6
Zambia	6270	2030	3.2	2.3	17	16	19	49	44	40	49	49	42	5.2	35	4.5	1.7
Zimbabwe	6175	1706	3.5	1.4	13	8	19	48	37	28	55	63	43	3.2	37	6.1	3.0

DATOS CONSOLIDADOS

África al subsahariana	383988	127624	2.9	2.6	20	16	15	48	45	39	45	50	50	5.2	36	4.7	4.3
África oriental y meridional	186875	61296	2.9	2.5	19	15	15	47	43	38	46	51	50	4.9	29	4.7	3.9
África occidental y central	197113	66328	2.9	2.7	22	17	16	48	47	41	43	49	50	5.5	43	4.8	4.6
África septentrional y Oriente Medio	153178	44789	3.0	2.0	16	8	6	45	35	25	51	63	69	3.0	58	4.4	2.9
Asia meridional	614747	175250	2.3	1.9	17	11	8	39	33	24	49	59	64	3.0	29	3.8	3.0
Asia Oriental y Pacífico	559872	144441	1.8	1.0	10	7	7	35	22	15	59	67	72	1.9	44	3.9	3.5
América Latina y el Caribe	197226	55622	2.2	1.5	10	7	6	37	27	20	60	68	73	2.4	78	3.3	2.2
ECE/CEI	100110	26458	1.0	0.2	9	11	12	20	18	14	67	68	68	1.7	62	2.0	0.3
Países industrializados [§]	204334	54922	0.7	0.6	10	9	9	17	13	11	71	76	79	1.7	76	1.0	0.9
Países en desarrollo [§]	1962419	562128	2.2	1.6	13	9	8	38	29	22	55	63	67	2.8	44	3.8	3.1
Países menos adelantados [§]	383853	124237	2.5	2.5	21	16	12	47	42	36	44	51	55	4.7	28	4.9	4.4
Mundo	2213456	629106	1.8	1.4	12	9	9	32	26	20	59	65	68	2.6	49	2.7	2.3

[§] También incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional aparecen en la lista de la página 152.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Esperanza de vida al nacer – Promedio de años de vida de un recién nacido según la probabilidad de muerte prevaleciente para una muestra representativa de la población en el momento de su nacimiento.

Tasa bruta de mortalidad – Número anual de defunciones por cada 1.000 habitantes.

Tasa bruta de natalidad – Número anual de nacimientos por cada 1.000 habitantes.

Tasa total de fecundidad – Número de nacimientos por mujer durante el período de procreación en el caso de que viva hasta el final de su edad de procrear y tenga hijos en los períodos correspondientes a cada grupo de edad, de acuerdo con las tasas de fecundidad prevalecientes para cada grupo de edad.

Población urbana – Proporción de población residente en zonas urbanas según las definiciones utilizadas en los censos nacionales más recientes.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Esperanza de vida – División de Población de las Naciones Unidas.

Población infantil – División de Población de las Naciones Unidas.

Tasas brutas de mortalidad y natalidad – División de Población de las Naciones Unidas.

Fecundidad – División de Población de las Naciones Unidas.

Población urbana – División de Población de las Naciones Unidas.

TABLA 7. INDICADORES ECONÓMICOS

Países y territorios	INB per cápita (dólares EEUU) 2007	Tasa media anual de crecimiento del PNB per cápita (%)		Tasa media anual de inflación (%) 1990-2007	% de la población por debajo de la línea interna- cional de la pobreza de US\$1,25 al día 2005	% de gasto del gobierno central asignado a (1997-2006*)			Flujos de AOD en millones de dólares 2006	Flujos de AOD en % INB del país receptor 2006	Servicio de la deuda como % de la exportación bienes y servicios	
		1970-1990	1990-2007			defensa	salud	educación			1990	2006
Afganistán	250x	—	—	—	—	—	—	—	3000	37	—	—
Albania	3290	-0.7x	5.2	18	1	4	4	2	321	3	4x	3
Alemania	38860	2.3x	1.4	1	—	4	19	1	—	—	—	—
Andorra	d	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Angola	2560	0.4x	2.9	319	54	34x	6x	15x	171	1	7	13
Antigua y Barbuda	11520	8.3x	1.7	2	—	—	—	—	3	0	—	—
Arabia Saudita	15440	-1.5	0.3	4	—	36x	6x	14x	25	0	—	—
Argelia	3620	1.6	1.4	13	7	17	4	24	209	0	62	—
Argentina	6050	-0.7	1.5	6	5	3	5	5	114	0	30	13
Armenia	2640	—	5.8	69	11	—	—	—	213	4	—	6
Australia	35960	1.5	2.4	2	—	6	15	10	—	—	—	—
Austria	42700	2.4	1.8	2	—	2	14	10	—	—	—	—
Azerbaiyán	2550	—	2.8	71	0	12	1	4	206	1	—	1
Bahamas	15730x	1.8	0.4x	3x	—	3	16	20	—	—	—	—
Bahrein	19350	-1.3x	2.4x	2x	—	14	8	15	57x	1x	—	—
Bangladesh	470	0.6	3.1	4	50y	10	7	17	1223	2	17	3
Barbados	d	1.5	1.3x	3x	—	—	—	—	-1	0	—	—
Belarús	4220	—	3.4	162	0	4	3	4	73	0	—	2
Bélgica	40710	2.2	1.8	2	—	3	16	3	—	—	—	—
Belice	3800	2.9	2.4	1	—	5x	8x	20x	8	1	5	16
Benin	570	0	1.3	6	47	17x	6x	31x	375	8	7	6x
Bhután	1770	6.8x	5.2	7	26	—	9	13	94	10	—	—
Bolivia	1260	-1.1	1.3	7	20	5	10	22	581	6	31	8
Bosnia y Herzegovina	3580	—	10.8x	5x	0	—	—	—	494	4	—	7
Botswana	5840	8.2	4.2	8	31	8x	5x	26x	65	1	4	1
Brasil	5910	2.3	1.2	72	8y	3	6	6	82	0	19	36
Brunei Darussalam	26930x	-2.2x	-0.3x	4x	—	—	—	—	—	—	—	—
Bulgaria	4590	3.4x	2.3	51	0	6	11	5	—	—	19	10
Burkina Faso	430	1.3	2.5	3	57	14x	7x	17x	871	14	6	—
Burundi	110	1.1	-2.7	12	81	23	2	15	415	52	41	40
Cabo Verde	2430	—	3.3	4	21	—	—	—	138	13	5	4
Camboya	540	—	6.2x	3x	40	—	—	—	529	8	0x	1
Camerún	1050	3.3	0.6	4	33	10	3	12	1684	9	18	15x
Canadá	39420	2	2.2	2	—	6	9	3	—	—	—	—
Chad	540	-1	2.4	7	62	—	8x	8x	284	6	2	—
Chile	8350	1.5	3.7	6	1	7	15	17	83	0	20	19
China	2360	6.6	8.9	5	16y	12	0	2	1245	0	10	2
Chipre	24940	5.9x	2.2	4	—	4	6	12	—	—	—	—
Colombia	3250	2	1	14	15	13	9	20	988	1	39	31
Comoras	680	0.1x	-0.4	4	46	—	—	—	30	7	2	—
Congo	1540	3.2	-0.2	8	54	10	4	4	254	7	32	2x
Costa Rica	5560	0.7	2.5	13	2	0	21	22	24	0	21	4
Côte d'Ivoire	910	-1.9	-0.7	6	23	4x	4x	21x	251	2	26	0
Croacia	10460	—	3	33	0	4	13	8	200	0	—	33
Cuba	c	—	3.6x	4x	—	—	23x	10x	78	0	—	—
Dinamarca	54910	2	1.9	2	—	5	1	12	—	—	—	—
Djibouti	1090	—	-2.1	3	19	—	—	—	117	14	4x	6
Dominica	4250	4.7x	2.4	1	—	—	—	—	19	7	4	13x
Ecuador	3080	1.3	1.2	5	10	13x	11x	18x	189	0	27	23
Egipto	1580	4.3	2.5	7	2	9	3	15	873	1	18	5
El Salvador	2850	-1.8	1.8	4	14	3	14	14	157	1	14	12
Emiratos Árabes Unidos	26210x	-4.8x	-0.3x	3x	—	30	7	17	—	—	—	—
Eritrea	230	—	-0.3x	12x	—	—	—	—	129	15	—	—
Eslovaquia	11730	—	3.3	8	0	5	19	4	—	—	—	—
Eslovenia	20960	—	3.5	15	0	3	15	13	53x	0x	—	—
España	29450	1.9	2.4	4	—	4	15	2	—	—	—	—
Estados Unidos	46040	2.2	2	2	—	20	25	3	—	—	—	—
Estonia	13200	1.5x	5.2	24	0	5	16	7	—	—	—	—
Etiopía	220	—	2.2	5	39	17	1	5	1947	15	33	7
ex República Yugoslava de Macedonia	3460	—	0.5	30	0	—	—	—	200	3	—	15
Federación de Rusia	7560	—	1.2	71	0	12	8	4	—	—	—	13

	INB per cápita (dólares EEUU) 2007	Tasa media anual de crecimiento del PNB per cápita (%)		Tasa media anual de inflación (%) 1990-2007	% de la población por debajo de la línea interna- cional de la pobreza de US\$1,25 al día 2005	% de gasto del gobierno central asignado a (1997-2006*)			Flujos de AOD en millones de dólares 2006	Flujos de AOD en % INB del país receptor 2006	Servicio de la deuda como % de la exportación bienes y servicios	
		1970-1990	1990-2007			defensa	salud	educación			1990	2006
Fiji	3800	0.6x	1.5x	4x	—	6x	9x	18x	56	2	12	1
Filipinas	1620	0.8	1.7	7	23	5	2	19	562	0	23	18
Finlandia	44400	2.8	2.8	2	—	4	3	10	—	—	—	—
Francia	38500	2.2	1.6	1	—	6x	16x	7x	—	—	—	—
Gabón	6670	0.3	-0.7	6	5	—	—	—	31	0	4	5x
Gambia	320	0.9	0.2	8	34	4x	7x	12x	74	15	18	11
Georgia	2120	3.2	1.8	102	13	23	7	11	361	5	—	7
Ghana	590	-2.1	2.1	24	30	5x	7x	22x	1176	10	21	4
Granada	4670	4.9	2.5	2	—	—	10x	17x	27	6	2	5x
Grecia	29630	1.3	2.7	6	—	8	7	11	—	—	—	—
Guatemala	2440	0.2	1.4	7	12	11x	11x	17x	487	1	11	4
Guinea	400	0.3x	1.3	8	70	29x	3x	11x	164	4	18	17x
Guinea-Bissau	200	-0.2	-2.6	16	49	4x	1x	3x	82	27	21	35x
Guinea Ecuatorial	12860	—	21.1	13	—	—	—	—	27	1	2	—
Guyana	1300	-1.5	3.1	8	8	—	—	—	173	20	20x	3
Haití	560	-0.3	-2.1	18	55	—	—	—	581	14	4	3
Honduras	1600	0.8	1.5	15	22	7x	10x	19x	587	7	30	5
Hungría	11570	3	3.3	13	0	3	6	5	—	—	30	32
India	950	2.1	4.5	6	42y	14	2	4	1379	0	25	7
Indonesia	1650	4.7	2.3	15	21y	7	1	4	1405	0	31	9
Irán (República Islámica de)	3470	-2.3	2.5	23	1	14	6	7	121	0	1	—
Iraq	2170x	—	—	—	—	—	—	—	8661	0	—	—
Irlanda	48140	2.8	5.8	4	—	3	16	14	—	—	—	—
Islandia	54100	3.2	2.4	4	—	0	27	11	—	—	—	—
Islas Cook	—	—	—	—	—	—	—	—	32	0	—	—
Islas Marshall	3070	—	-2	5	—	—	—	—	55	28	—	—
Islas Salomón	730	3.4	-1.6	7	—	—	—	—	205	62	10	2
Israel	21900	1.9	1.7	6	—	19	12	15	—	—	—	—
Italia	33540	2.8	1.2	3	—	3	3	10	—	—	—	—
Jamaica	3710	-1.3	0.8	15	0	2	7	15	37	0	20	11
Japón	37670	3	0.9	-1	—	4x	2x	6x	—	—	—	—
Jordania	2850	2.5x	2	2	0	19	10	16	580	4	18	5
Kazajstán	5060	—	3.2	75	3	6	5	6	172	0	—	33
Kenya	680	1.2	0	11	20	6	7	26	943	5	26	6
Kirguistán	590	—	-0.5	46	22	7	12	11	311	12	—	4
Kiribati	1170	-5.3	1.8	2	—	—	—	—	-45	-36	—	—
Kuwait	31640	-6.8x	1.1x	4x	—	14	6	12	—	—	—	—
Lesotho	1000	3.1	1.8	8	43	5	6	25	72	4	4	4
Letonia	9930	3.4	4.7	21	0	5	12	6	—	—	0x	29
Líbano	5770	—	2.5	8	—	11	2	7	707	3	—	19
Liberia	150	-4.2	1.9	42	84	9x	5x	11x	269	57	—	0
Libia, Jamahiriya Árabe	9010	-4.9x	—	—	—	—	—	—	37	0	—	—
Liechtenstein	d	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituania	9920	—	3	29	0	5	12	7	—	—	—	21
Luxemburgo	75880	2.7	3.2	2	—	1	13	10	—	—	—	—
Madagascar	320	-2.4	-0.4	14	68	5	8	13	754	14	32	5x
Malasia	6540	4	3.2	4	1	11	6	23	240	0	12	4
Malawi	250	-0.1	0.3	30	74	5x	7x	12x	669	30	23	—
Maldivas	3200	—	5.5x	1x	—	5	8	14	39	4	4	5
Malí	500	-0.3	2.2	5	51	8x	2x	9x	825	13	8	4
Malta	15310	6.5	2.7x	3	—	2	14	13	11x	0x	—	—
Marruecos	2250	2	2	3	3	13	3	18	1046	2	18	12
Mauricio	5450	5.1x	3.7	6	—	1	9	15	19	0	6	6
Mauritania	840	-0.9	0.6	8	21	—	4x	23x	188	8	24	—
México	8340	1.6	1.6	14	1	3	5	25	247	0	16	19
Micronesia (Estados Federados de)	2470	—	-0.2	2	—	—	—	—	109	41	—	—
Moldova	1260	1.8x	-1.3	52	8	1	13	9	228	6	—	10
Mónaco	d	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mongolia	1290	—	2.2	30	22	9	6	9	203	9	17x	2
Montenegro	5180	—	3.4x	—	—	—	—	—	1586	68	—	—
Mozambique	320	-1x	4.1	20	75	35x	5x	10x	1611	23	21	2

TABLA 7. INDICADORES ECONÓMICOS

	INB per cápita (dólares EEUU) 2007	Tasa media anual de crecimiento del PNB per cápita (%)		Tasa media anual de inflación (%) 1990-2007	% de la población por debajo de la línea interna- cional de la pobreza de US\$1,25 al día 2005	% de gasto del gobierno central asignado a (1997-2006*)			Flujos de AOD en millones de dólares 2006	Flujos de AOD en % INB del país receptor 2006	Servicio de la deuda como % de la exportación bienes y servicios	
		1970-1990	1990-2007			defensa	salud	educación			1990	2006
Myanmar	220x	1.5	6.8x	24x	—	23	3	13	147	0	17	1
Namibia	3360	-2.3x	1.8	9	49	7x	10x	22x	145	2	—	—
Nauru	—	—	—	—	—	—	—	—	17	0	—	—
Nepal	340	1.2	1.9	7	55	11	5	18	514	6	12	5
Nicaragua	980	-3.7	1.9	21	16	6x	13x	15x	733	14	2	4
Níger	280	-2.2	-0.6	4	66	—	—	—	401	11	12	5x
Nigeria	930	-1.4	1.2	23	64	3x	1x	3x	11434	12	22	16x
Niue	—	—	—	—	—	—	—	—	9	0	—	—
Noruega	76450	3.2	2.6	4	—	5	16	6	—	—	—	—
Nueva Zelanda	28780	0.8	2	2	—	3	16	19	—	—	—	—
Omán	11120	3.3	2.2x	2x	—	33	7	15	35	0	12	1
Países Bajos	45820	1.5	2.1	2	—	4	10	11	—	—	—	—
Pakistán	870	3	1.6	10	23	18	1	2	2147	2	16	8
Palau	8210	—	—	3x	—	—	—	—	37	23	—	—
Panamá	5510	0.3	2.6	2	9	—	18	16	30	0	3	25
Papúa Nueva Guinea	850	-0.7	-0.6	8	36	4	7	22	279	6	37	9x
Paraguay	1670	2.8	-0.3	11	9	11x	7x	22x	56	1	12	6
Perú	3450	-0.6	2.7	13	8	—	13	7	468	1	6	12
Polonia	9840	—	4.4	13	0	4	11	12	—	—	4	24
Portugal	18950	2.6	1.9	4	—	3	16	16	—	—	—	—
Qatar	12000x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Reino Unido	42740	2	2.4	3	—	7	15	4	—	—	—	—
República Centroafricana	380	-1.3	-0.8	3	62	—	—	—	134	9	8	—
República Checa	14450	—	2.4	7	0	4	16	10	—	—	—	—
República de Corea	19690	6.2	4.4	4	—	10	0	14	—	—	—	—
República Democrática del Congo	140	-2.4	-4.3	335	59	18	0	0	2056	27	—	—
República Democrática Popular Lao	580	—	4.2	25	44	—	—	—	364	13	8	—
República Dominicana	3550	2.1	3.8	11	5	4	10	13	53	0	7	8
República Popular Democrática de Corea	a	—	—	—	—	—	—	—	55	0	—	—
República Unida de Tanzania	400	—	1.8	15	88	16x	6x	8x	1825	14	25	3
Rumania	6150	0.9x	2.3	57	1	5	14	5	—	—	0	16
Rwanda	320	1.1	1.1	9	77	—	5x	26x	585	25	9	9
Saint Kitts y Nevis	9630	6.3x	2.8	3	—	—	—	—	5	1	3	22x
Samoa	2430	—	2.6	6	—	—	—	—	47	11	5	6
San Marino	45130	—	—	—	—	—	18	9	—	—	—	—
San Vicente y las Granadinas	4210	3.3	3	2	—	—	12	16	5	1	3	11x
Santa Lucía	5530	5.3x	1.3	2	21	—	—	—	18	2	2	6x
Santa Sede	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santo Tomé y Príncipe	870	—	—	—	—	—	—	—	22	17	28	37
Senegal	820	-0.7	1.1	4	34	7	3	14	825	9	14	10x
Serbia	4730	—	2.6x	—	—	—	—	—	96	0	—	—
Seychelles	8960	2.9	1.4	3	—	3	9	8	14	2	7	18
Sierra Leona	260	-0.4	-0.4	19	53	10x	10x	13x	364	27	8	8
Singapur	32470	5.6	3.8	1	—	31	6	22	—	—	—	—
Siría, República Árabe	1760	2	1.5	7	—	24	2	9	27	0	20	1
Somalia	140x	-0.9	—	—	—	38x	1x	2x	392	0	25x	—
Sri Lanka	1540	3	3.9	9	14	18	6	10	796	3	10	7
Sudáfrica	5760	0.1	1	8	26	—	—	—	718	0	—	6
Sudán	960	0.1	3.6	38	—	28	1	8	2058	7	4	4
Suecia	46060	1.8	2.2	2	—	5	3	6	—	—	—	—
Suiza	59880	1.2	0.7	1	—	5	0	5	—	—	—	—
Surinam	4730	-2.4x	1.8	54	16	—	—	—	64	4	—	—
Swazilandia	2580	3.1	-0.3	12	63	8	8	20	35	1	6	2
Tailandia	3400	5	2.9	3	0	6	9	20	-216	0	14	9
Tayikistán	460	—	-2.2	99	21	9	2	4	240	9	—	5
Territorio Palestino Ocupado	1230	—	-2.9x	4x	—	—	—	—	1449	33	—	—
Timor-Leste	1510	—	—	—	53	—	—	—	210	24	—	—
Togo	360	-0.6	-0.2	4	39	11x	5x	20x	79	4	8	0x
Tonga	2320	—	2	4	—	—	7x	13x	21	10	2	3
Trinidad y Tabago	14100	0.5	5.1	5	4	2	9	17	13	0	—	—
Túnez	3200	2.5	3.4	4	3	5	5	20	432	1	22	13

	INB per cápita (dólares EEUU) 2007	Tasa media anual de crecimiento del PNB per cápita (%)		Tasa media anual de inflación (%) 1990-2007	% de la población por debajo de la línea interna- cional de la pobreza de US\$1,25 al día 2005	% de gasto del gobierno central asignado a (1997-2006*)			Flujos de AOD en millones de dólares 2006	Flujos de AOD en % INB del país receptor 2006	Servicio de la deuda como % de la exportación bienes y servicios	
		1970-1990	1990-2007			defensa	salud	educación			1990	2006
Turkmenistán	b	—	-6.8x	408x	25	—	—	—	26	0	—	—
Turquía	8020	1.9	2.2	52	3	8	3	10	570	0	27	25
Tuvalu	—	—	—	—	—	—	—	—	15	0	—	—
Ucrania	2550	—	-0.7	93	0	3	3	6	484	1	—	16
Uganda	340	—	3.1	8	52	26x	2x	15x	1551	17	47	5
Uruguay	6380	0.9	1.5	18	0	4	7	8	21	0	31	43
Uzbekistán	730	—	1.2	106	46	—	—	—	149	1	—	—
Vanuatu	1840	1.1x	-0.4	3	—	—	—	—	49	13	2	1
Venezuela (República Bolivariana de)	7320	-1.6	-0.2	35	18	5	8	21	58	0	22	13
Viet Nam	790	—	6	10	21	—	4	14	1846	3	—	2
Yemen	870	—	1.6	17	18	19	4	22	284	2	4	2
Zambia	800	-2.3	0.1	34	64	4	13	14	1425	19	13	3
Zimbabwe	340	-0.4	-2.1x	62x	—	7	8	24	280	6	19	—

DATOS CONSOLIDADOS

África al subsahariana	965	-0.1	1.3	35	51	—	—	—	35799	6	17	7
África oriental y meridional	1245	—	1.4	40	49	—	—	—	13793	3	14	7
África occidental y central	698	-0.6	1.3	26	53	—	—	—	22006	11	19	—
África septentrional y Oriente Medio	3666	-0.1	1.6	11	4	15	5	14	16660	1	21	8
Asia meridional	889	2.1	4.1	6	40	14	2	5	9191	1	21	7
Asia Oriental y Pacífico	2742	5.7	6.8	5	17	11	1	7	7477	0	16	4
América Latina y el Caribe	5628	1.4	1.5	35	8	4	7	14	5989	0	20	21
ECE/CEI	5686	—	1.6	67	4	9	7	6	5928	0	—	17
Países industrializados [§]	38579	2.3	1.9	2	—	12	18	4	—	—	—	—
Países en desarrollo [§]	2405	2.4	4	18	25	10	3	9	77364	1	19	10
Países menos adelantados [§]	491	-0.2	2.5	60	54	14	5	14	28181	9	12	6
Mundo	7952	2.3	2.4	8	—	11	14	6	81045	0	18	11

[§] También incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional aparecen en la lista de la página 152.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

INB per cápita – El Ingreso Nacional Bruto (INB) es la suma del valor agregado por todos los productores residentes, más cualquier impuesto sobre productos que no haya sido incluido en la valoración de la producción (menos subsidios), más los ingresos primarios netos (remuneración de empleados y rentas de propiedades) de las personas no residentes. El INB per cápita, convertido en dólares de los Estados Unidos utilizando el método del Atlas del Banco Mundial, es el ingreso nacional bruto dividido por la población a mediados del año.

PIB per cápita – El Producto Interno Bruto (PIB) es la suma del valor agregado por todos los productores residentes, más cualquier impuesto sobre productos que no haya sido incluido en la valoración de la producción (menos subsidios). El PIB per cápita, convertido en dólares de los Estados Unidos utilizando el método del Atlas del Banco Mundial, es el producto interno bruto dividido por la población a mediados del año. El crecimiento se calcula sobre la base de los datos del PIB a precios constantes, en moneda local.

% de la población por debajo de la línea internacional de la pobreza de US\$1,25 al día – Porcentaje de la población que vive con menos de 1,25 dólar al día según los precios de 2005, tras un ajuste para equiparar el poder adquisitivo. El nuevo umbral de la pobreza refleja las revisiones de la paridad del poder adquisitivo de los tipos de cambio sobre la base de los resultados del Programa de Comparación Internacional. Las revisiones revelan que el costo de vida es más elevado en el mundo en desarrollo de lo que se calculaba. Como resultado de estas revisiones, las tasas de pobreza de cada uno de los países no pueden compararse con las tasas de pobreza que aparecieron en anteriores ediciones. Para obtener más información sobre la definición, metodología y fuentes de los datos presentado, consulte <www.worldbank.org>.

AOD – Asistencia oficial al desarrollo neta.

Servicio de la deuda – Suma total pagada por intereses y principal de la deuda externa con garantía pública.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

INB per cápita – Banco Mundial.

PIB per cápita – Banco Mundial.

Tasa de inflación – Banco Mundial.

% de la población por debajo de la línea internacional de la pobreza de US\$1,25 al día – Banco Mundial.

Gastos en salud, educación y defensa – Fondo Monetario Internacional (FMI).

AOD – Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

Servicio de la deuda – Banco Mundial.

NOTAS

- a: ingresos bajos (935 dólares o menos).
b: ingresos de bajos a medianos (de 936 dólares a 3.705 dólares).
c: ingresos medianos altos (3.706 dólares a 11.455 dólares).
d: ingresos altos (11.456 dólares o más).
– Datos no disponibles.

x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.

y Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

TABLA 8. SITUACIÓN DE LAS MUJERES

Países y territorios	Esperanza de vida: mujeres con respecto al % de hombres 2007	Tasa de alfabetización femenina: mujeres con respecto al % de hombres 2000-2007*	Tasa de matriculación y asistencia: mujeres como % de hombres					Tasa de cobertura de la atención prenatal (%) 2000-2007*			Cobertura de la atención obstétrica (%) 2000-2007*		Tasa de mortalidad derivada de la maternidad*		
			neta en la escuela primaria 2000-2007*		neta en la escuela secundaria 2000-2007*		Prevalencia de anticonceptivos (%) 2000-2007*	Tasa de cobertura de la atención prenatal (%) 2000-2007*		Nacimientos atendidos por personal especializado	Partos en instituciones	2000-2007* registrada	2005		
			matriculados	asisten	matriculados	asisten		Por lo menos una vez	Por lo menos 4 veces				ajustada	Riesgo de mortalidad de la madre en su vida. 1 en:	
Afganistán	100	29	63	60	—	33	10	16	—	14	13	1600	1800	8	
Albania	109	99	99	100	98	97	60	97	—	100	98	20	92	490	
Alemania	107	—	100	—	—	—	75x	—	—	—	—	8x	4	19200	
Andorra	—	—	101	—	103	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Angola	108	65	—	102	—	90	6	80	—	47	46	—	1400	12	
Antigua y Barbuda	—	—	—	—	—	—	53	100	—	100	—	0	—	—	
Arabia Saudita	106	89	—	—	—	—	32x	90x	—	91x	91x	—	18	1400	
Argelia	104	79	98	99	106	112	61	89	—	95	95	120x	180	220	
Argentina	111	100	99	—	110	—	—	99	89y	99	99	48	77	530	
Armenia	110	100	105	99	104	102	53	93	71	98	97	27	76	980	
Australia	106	—	101	—	102	—	—	100x	—	100x	—	—	4	13300	
Austria	107	—	101	—	—	—	51x	100x	—	100x	—	—	4	21500	
Azerbaiyán	112	99	97	98	96	98	51	77	45	88	78	29	82	670	
Bahamas	108	—	103	—	102	—	—	98	—	99	—	—	16	2700	
Bahrein	104	96	100	100	105	111	62x	97x	—	98x	98x	46x	32	1300	
Bangladesh	103	82	104	106	104	114	56	51	21	18	15	320	570	51	
Barbados	107	—	99	—	101	—	55x	100	—	100	—	0x	16	4400	
Belarús	119	100	98	101	102	102	73	99	—	100	100	12	18	4800	
Bélgica	108	—	100	—	96	—	78x	—	—	—	—	—	8	7800	
Belice	108	—	101	100	108	103	34	94	76x	96	88	42	52	560	
Benin	104	53	84	87	50	66	17	84	61	74	78	400	840	20	
Bhután	105	63	100	91	101	—	35y	88	—	56	55	260	440	55	
Bolivia	107	90	101	99	98	98	58	79	58	67	57	230	290	89	
Bosnia y Herzegovina	107	95	—	97	—	100	36	99	—	100	100	9	3	29000	
Botswana	100	100	103	103	114	122	48	97	—	94	80x	330x	380	130	
Brasil	111	101	102	100x	111	119x	77x	97	87	88x	97	53	110	370	
Brunei Darussalam	106	96	100	—	105	—	—	100x	—	99x	—	0x	13	2900	
Bulgaria	110	99	99	—	98	—	86x	—	—	99	—	7	11	7400	
Burkina Faso	106	59	82	90	72	91	17	85	18	54	51	480x	700	22	
Burundi	106	78	97	97	—	79	9	92	—	34	29	620	1100	16	
Cabo Verde	109	88	99	100x	113	—	61	98	64x	78	78	15	210	120	
Camboya	109	79	98	102	85	90	40	69	27	44	22	470	540	48	
Camerún	102	78	—	94	—	93	29	82	60	63	61	670	1000	24	
Canadá	106	—	100	—	—	—	75x	—	—	98	—	—	7	11000	
Chad	105	31	70	76	33	51	3	39	18	14	13	1100	1500	11	
Chile	108	100	—	—	—	—	58y	95x	—	100	100	20	16	3200	
China	105	93	100	—	—	—	85	90	—	98	88	41	45	1300	
Chipre	107	98	100	—	102	—	—	—	—	—	—	0x	10	6400	
Colombia	111	100	100	102	111	111	78	94	83	96	92	73	130	290	
Comoras	107	87	95	100	101	103	26	75	52x	62	43x	380	400	52	
Congo	105	89	90	101	—	104	21	86	75	83	82	780	740	22	
Costa Rica	106	101	102	102	110	110	96	92	—	99	94	36	30	1400	
Côte d'Ivoire	104	63	80	87	57	69	13	85	45	57	54	540	810	27	
Croacia	110	98	99	—	102	—	—	—	—	100	—	10	7	10500	
Cuba	105	100	101	—	103	—	77	100	—	100	—	21	45	1400	
Dinamarca	106	—	101	—	103	—	—	—	—	—	—	10x	3	17800	
Djibouti	105	—	82	97	66	84	18	92	7	61	74	74x	650	35	
Dominica	—	—	106	—	110	—	50x	100	—	99	—	0	—	—	
Ecuador	108	98	101	—	102	—	73	84	58	99x	74	110	210	170	
Egipto	107	73	96	97	94	93	59	70	59	74	65	84	130	230	
El Salvador	109	94	100	—	105	—	67	86	71	92	69	71	170	190	
Emiratos Árabes Unidos	106	98	100	—	102	—	28x	97x	—	99x	99x	3x	37	1000	
Eritrea	109	—	87	93	67	92	8	70	41	28	26	1000x	450	44	
Eslovaquia	111	—	101	—	—	—	74x	—	—	100	—	4	6	13800	
Eslovenia	110	100	100	—	101	—	74x	98x	—	100	—	17	6	14200	
España	108	98	99	—	103	—	81x	—	—	—	—	6x	4	16400	
Estados Unidos	107	—	102	—	100	—	76x	—	—	99x	—	8x	11	4800	
Estonia	117	100	99	—	102	—	70	—	—	100	—	7	25	2900	
Etiopía	105	46	92	101	65	77	15	28	12	6	5	670	720	27	
ex República Yugoslava de Macedonia	107	97	100	96	98	99	—	94	—	99	99	4	10	6500	
Federación de Rusia	123	100	100	—	—	—	—	—	—	100	—	24	28	2700	

	Esperanza de vida: mujeres con respecto al % de hombres 2007	Tasa de alfabetización femenina: mujeres con respecto al % de hombres 2000-2007*	Tasa de matriculación y asistencia: mujeres como % de hombres					Tasa de cobertura de la atención prenatal (%) 2000-2007*		Nacimientos atendidos por personal especializado	Partos en instituciones	Tasa de mortalidad derivada de la maternidad [†]		
			neta en la escuela primaria 2000-2007*		neta en la escuela secundaria 2000-2007*		Prevalencia de anticonceptivos (%) 2000-2007*	Por lo menos una vez	Por lo menos 4 veces			2000-2007* registrada	2005 ajustada	Riesgo de mortalidad de la madre en su vida. 1 en:
			matriculados	asisten	matriculados	asisten								
Fiji	107	—	100	—	110	—	44	—	—	99	—	34	210	160
Filipinas	106	101	102	102	121	127	51	88	70	60	38	160	230	140
Finlandia	108	—	100	—	100	—	—	100x	—	100x	100	6x	7	8500
Francia	109	—	100	—	102	—	75x	99x	—	99x	—	10x	8	6900
Gabón	101	91	99	100	—	106	33	94	63	86	85	520	520	53
Gambia	103	—	109	103	94	87	18	98	—	57	55	730	690	32
Georgia	112	—	103	101	105	98	47	94	75	98	96	23	66	1100
Ghana	101	81	97	100	91	99	17	92	69	50	49	210x	560	45
Granada	105	—	99	—	102	—	54y	100	—	100	—	0	—	—
Grecia	106	98	100	—	101	—	—	—	—	—	—	1x	3	25900
Guatemala	111	86	96	94x	92	103x	43	84	—	41	42	130	290	71
Guinea	106	42	86	87	57	66	9	82	49	38	31	980	910	19
Guinea-Bissau	107	72	71	97	55	88	10	78	—	39	36	410	1100	13
Guinea Ecuatorial	105	86	90	98	—	95	—	86	—	65	—	—	680	28
Guyana	109	—	—	100	—	110	34	81	—	83	83	120	470	90
Haití	106	106	—	107	—	117	32	85	54	26	25	630	670	44
Honduras	110	102	102	104	—	123	65	92	81	67	67	110x	280	93
Hungría	112	100	99	—	100	—	77x	—	—	100	—	8	6	13300
India	105	71	96	96	—	83	56	74	37	47	39	300	450	70
Indonesia	106	93	97	101	100	104	61	93	81	72	40	310	420	97
Irán (República Islámica de)	105	88	110	97	94	—	79	77x	94y	97	96	25	140	300
Iraq	107	76	86	88	70	75	50	84	—	89	63	84	300	72
Irlanda	106	—	101	—	106	—	—	—	—	100	100	6x	1	47600
Islandia	104	—	99	—	102	—	—	—	—	—	—	—	4	12700
Islas Cook	—	—	103	—	110	—	44	—	—	98	—	6x	—	—
Islas Marshall	—	—	99	—	108	—	34	—	—	95x	—	74	—	—
Islas Salomón	103	—	99	—	87	—	7	—	—	85x	—	140x	220	100
Israel	105	—	101	—	100	—	—	—	—	—	—	5x	4	7800
Italia	108	99	99	—	101	—	60x	—	—	—	—	7x	3	26600
Jamaica	108	113	100	100	105	105	69	91	87x	97	94	95	170	240
Japón	109	—	100	—	100	—	56	—	—	100x	—	8x	6	11600
Jordania	105	93	102	100	103	104	57	99	94	99	99	41x	62	450
Kazajstán	118	100	100	99	100	100	51	100	70x	100	100	70	140	360
Kenya	104	90	102	100	97	114	39	88	52	42	40	410	560	39
Kirguistán	113	100	99	103	102	103	48	97	81x	98	97	100	150	240
Kiribati	—	—	101	—	111	—	21x	88x	—	85x	—	56	—	—
Kuwait	105	97	99	—	105	—	50x	95x	—	98x	98x	5x	4	9600
Lesotho	99	123	104	108	154	171	37	90	70	55	52	760x	960	45
Letonia	116	100	103	—	—	—	48x	—	—	100	—	9	10	8500
Líbano	106	—	99	99	110	113	58	96	—	98x	—	100x	150	290
Liberia	104	85	97	—	58	—	11	85	—	51	37	580x	1200	12
Libia, Jamahiriya Árabe	107	83	—	—	—	—	45x	81x	—	94x	—	77x	97	350
Liechtenstein	—	—	103	—	111	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituania	116	100	99	—	101	—	47x	—	—	100	—	13	11	7800
Luxemburgo	108	—	101	—	105	—	—	—	—	100	—	0x	12	5000
Madagascar	106	85	100	104	104	125	27	80	40	51	32	470	510	38
Malasia	107	95	100	—	110	—	55x	79	—	98	98	28	62	560
Malawi	101	82	106	102	93	96	42	92	57	54	54	810	1100	18
Maldivas	102	100	100	—	109	—	39	81	—	84	—	140	120	200
Malí	109	51	79	74	—	68	8	70	35	45	45	460	970	15
Malta	105	104	99	—	107	—	—	—	—	98x	—	—	8	8300
Marruecos	106	63	94	95	84	93	63	68	31	63	61	230	240	150
Mauricio	110	94	102	—	102	—	76	—	—	98	98	22	15	3300
Mauritania	106	76	105	105	90	82	8	64	16	57	49	750	820	22
México	107	96	99	100	99	—	71	86x	—	93	86	62	60	670
Micronesia (Estados Federados de)	102	—	—	—	—	—	45x	—	—	88	—	270x	—	—
Moldova	111	99	100	102	104	103	68	98	89	100	99	16	22	3700
Mónaco	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mongolia	110	101	102	102	113	106	66	99	—	99	99	90	46	840
Montenegro	106	—	—	99	—	101	39	97	—	99	100	23	—	—
Mozambique	102	58	93	90	91	80	17	85	53	48	48	410	520	45
Myanmar	111	92	101	102	100	94	34	76	—	57	16	320	380	110
Namibia	101	99	106	101	132	132	55	95	70	81	81	270	210	170

TABLA 8. SITUACIÓN DE LAS MUJERES

	Esperanza de vida: mujeres con respecto al % de hombres 2007	Tasa de alfabetización femenina: mujeres con respecto al % de hombres 2000-2007*	Tasa de matriculación y asistencia: mujeres como % de hombres					Prevalencia de anticonceptivos (%) 2000-2007*	Tasa de cobertura de la atención prenatal (%) 2000-2007*		Nacimientos atendidos por personal especializado	Partos en instituciones	Tasa de mortalidad derivada de la maternidad*		
			neta en la escuela primaria 2000-2007*		neta en la escuela secundaria 2000-2007*		Por lo menos una vez		Por lo menos 4 veces	2000-2007* registrada			2005		
			matriculados	asisten	matriculados	asisten							ajustada	Riesgo de mortalidad de la madre en su vida. 1 en:	
Nauru	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Nepal	102	62	96	95	—	83	48	44	29	19	18	280	830	31	
Nicaragua	109	102	100	108	116	132	72	90	78	74	66	87	170	150	
Níger	97	37	71	70	63	65	11	46	15	33	17	650	1800	7	
Nigeria	102	80	86	88	84	87	13	58	47	35	33	—	1100	18	
Niue	—	—	—	—	105x	—	—	—	—	100	—	—	—	—	
Noruega	106	—	101	—	101	—	—	—	—	—	—	6x	7	7700	
Nueva Zelandia	105	—	100	—	103	—	75x	95x	—	100x	—	15x	9	5900	
Omán	104	87	102	—	99	—	32	100	83y	98	98	13	64	420	
Países Bajos	106	—	99	—	101	—	79x	—	—	100x	—	—	6	10200	
Pakistán	101	59	78	85	77	78	30	61	28	39	34	530x	320	74	
Palau	—	—	96	—	—	—	17	—	—	100	—	0x	—	—	
Panamá	107	99	99	—	111	—	—	72x	—	91	92	66	130	270	
Papúa Nueva Guinea	111	86	—	—	—	—	26x	78x	—	41	—	370x	470	55	
Paraguay	106	99	101	100	106	99	73	94	79	77	74	120	150	170	
Perú	107	90	102	101	100	100	71	91	87	71	72	190	240	140	
Polonia	112	99	101	—	102	—	49x	—	—	100	—	3	8	10600	
Portugal	108	97	99	—	110	—	—	—	—	100	—	8x	11	6400	
Qatar	102	100	101	—	98	—	43x	—	—	99x	98x	10x	12	2700	
Reino Unido	106	—	101	—	104	—	84	—	—	99x	—	7x	8	8200	
República Centroafricana	106	52	72	84	71	64	19	69	40x	53	51	540	980	25	
República Checa	108	—	103	—	—	—	69x	99x	97x	100	—	8	4	18100	
República de Corea	110	—	93	—	94	—	81x	—	—	100x	—	20x	14	6100	
República Democrática del Congo	106	67	—	89	—	81	31	85	—	74	70	1300	1100	13	
República Democrática Popular Lao	104	83	94	95	86	84	38	27	—	19	—	410	660	33	
República Dominicana	109	101	103	104	122	145	73	99	95	98	98	160	150	230	
República Popular Democrática de Corea	106	—	—	—	—	—	62x	—	—	97	—	110x	370	140	
República Unida de Tanzania	104	83	99	106	90	108	26	78	62	43	47	580	950	24	
Rumania	110	99	100	—	98	—	70	94	76	98	98	15	24	3200	
Rwanda	107	84	107	103	—	88	17	94	13	39	28	750	1300	16	
Saint Kitts y Nevis	—	—	122	—	87	—	54y	100	—	100	—	0	—	—	
Samoa	109	99	100	—	114	—	43x	—	—	100x	—	29	—	—	
San Marino	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
San Vicente y las Granadinas	106	—	96	—	124	—	48y	95	—	100	—	0	—	—	
Santa Lucía	105	—	98	—	124	—	47x	99	—	100	—	0	—	—	
Santa Sede	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Santo Tomé y Príncipe	106	89	101	101	111	105	30	97	—	81	78	150	—	—	
Senegal	107	61	98	102	76	78	12	87	40	52	62	400	980	21	
Serbia	106	—	100	100	—	103	41	98	—	99	99	13	—	—	
Seychelles	—	101	101	—	106	—	—	—	—	—	—	57	—	—	
Sierra Leona	108	54	—	101	71	79	5	81	—	43	19	1800	2100	8	
Singapur	105	94	—	—	—	—	62x	—	—	100x	—	6x	14	6200	
Siria, República Árabe	105	85	95	100	95	101	58	84	—	93	70	65	130	210	
Somalia	105	—	—	82	—	51	15	26	6	33	9	1000	1400	12	
Sri Lanka	111	96	100	—	—	—	68	99	—	99	98	43	58	850	
Sudáfrica	103	98	100	104x	112	117x	60	92	73x	92	—	170	400	110	
Sudán	105	73	83	93	—	133	7	60	—	87	—	550x	450	53	
Suecia	106	—	100	—	100	—	—	—	—	—	—	5x	3	17400	
Suiza	107	—	99	—	95	—	82x	—	—	—	—	5x	5	13800	
Surinam	110	95	103	99	138	121	46	90	—	90	88	150	72	530	
Swazilandia	100	97	101	103	121	132	51	85	79	69	74	590	390	120	
Tailandia	113	97	99	100	111	109	77	98	—	97	97	12	110	500	
Tayikistán	108	100	96	99	84	83	38	77	—	83	62	97	170	160	
Territorio Palestino Ocupado	104	92	100	101	106	—	50	99	—	99	97	—	—	—	
Timor-Leste	103	—	96	98	—	—	20	61	30	18	10	—	380	35	
Togo	106	56	87	93	48	70	17	84	46x	62	63	480x	510	38	
Tonga	103	100	97	—	125	—	33	—	—	95	—	78	—	—	

	Esperanza de vida: mujeres con respecto al % de hombres 2007	Tasa de alfabetización femenina: mujeres con respecto al % de hombres 2000-2007*	Tasa de matriculación y asistencia: mujeres como % de hombres						Tasa de cobertura de la atención prenatal (%) 2000-2007*		Nacimientos atendidos por personal especializado	Tasa de mortalidad derivada de la maternidad†			
			neta en la escuela primaria 2000-2007*		neta en la escuela secundaria 2000-2007*		Prevalencia de anticonceptivos (%) 2000-2007*	Partos en instituciones 2000-2007*				2005			
			matriculados	asisten	matriculados	asisten				Por lo menos una vez				Por lo menos 4 veces	registrada
Trinidad y Tabago	106	99	100	100	104	107	43	96	—	98	97	45x	45	1400	
Túnez	106	80	101	98	110	—	66	92	—	90	89	69x	100	500	
Turkmenistán	114	100	—	100	—	100	48	99	83	100	98	14	130	290	
Turquía	107	84	96	96	86	83	71	81	54	83	78	29	44	880	
Tuvalu	—	—	—	—	—	—	32	—	—	100	—	—	—	—	
Ucrania	119	100	100	102	101	102	67	99	—	99	99	17	18	5200	
Uganda	103	80	—	99	90	94	24	94	47	42	41	440	550	25	
Uruguay	110	101	100	—	—	—	84	94x	97	100x	—	35	20	2100	
Uzbekistán	110	98	—	100	—	98	65	99	79x	100	97	28	24	1400	
Vanuatu	106	95	99	—	87	—	28	—	—	88x	—	68x	—	—	
Venezuela (República Bolivariana de)	108	99	100	102	114	147	77x	94	—	95	95	61	57	610	
Viet Nam	105	93x	—	100	—	102	76	91	29	88	64	160	150	280	
Yemen	105	53	76	60x	53	37x	28	41	11x	36	24	370	430	39	
Zambia	101	78x	104	105	80	112	34	93	72	43	44	730	830	27	
Zimbabwe	97	94	101	102	96	93	60	94	71	69	68	560	880	43	

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	104	75	93	95	84	87	23	72	42	45	40	—	920	22
África oriental y meridional	104	79	98	101	90	92	30	72	40	40	33	—	760	29
África occidental y central	103	72	86	89	77	84	17	71	44	49	46	—	1100	17
África septentrional y Oriente Medio	105	78	94	96	92	97	56	72	—	81	71	—	210	140
Asia meridional	104	71	94	95	—	85	53	68	34	41	35	—	500	59
Asia Oriental y Pacífico	106	93	99	101**	103**	105**	78	89	66**	87	73	—	150	350
América Latina y el Caribe	109	99	100	101	107	—	69	94	83	85	86	—	130	280
ECE/CEI	115	97	98	98	95	96	64	90	—	94	89	—	46	1300
Países industrializados [§]	108	—	101	—	101	—	72	—	—	—	—	—	8	8000
Países en desarrollo [§]	105	86	96	96**	97**	91**	60	77	46**	61	54	—	450	76
Países menos adelantados [§]	104	72	94	97	86	94	29	64	32	39	32	—	870	24
Mundo	106	88	97	96**	98**	91**	62	77	47**	62	54	—	400	92

[§] También incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional aparecen en la lista de la página 152.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Esperanza de vida al nacer – Promedio de años de vida de un recién nacido según la probabilidad de muerte prevaleciente para una muestra representativa de la población en el momento de su nacimiento.

Tasa de alfabetización de adultos – Proporción de personas de 15 o más años que pueden leer y escribir.

Tasas brutas de escolarización y asistencia: mujeres con respecto al % de hombres – La tasa neta de matriculación y asistencia de las niñas dividida por la de los niños, expresada como porcentaje.

Tasa neta de matriculación en la escuela primaria o secundaria – El número de niños matriculados en la escuela primaria o secundaria con la edad oficial de acudir a la escuela primaria o secundaria, expresada como porcentaje del número total de niños en edad oficial de acudir a la escuela primaria.

Tasa neta de asistencia a la escuela primaria – El número de niños con la edad oficial de acudir a la escuela primaria que asisten a la escuela primaria o secundaria, expresada como porcentaje del número total de niños en edad oficial de acudir a la escuela primaria.

Tasa neta de asistencia a la escuela secundaria – El número de niños con la edad oficial de acudir a la escuela secundaria o terciaria, expresada como porcentaje del número total de niños en edad oficial de acudir a la escuela secundaria.

Prevalencia de anticonceptivos – Proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad en uniones, que utilizan en la actualidad métodos anticonceptivos.

Cobertura de atención prenatal – Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que durante el embarazo fueron atendidas al menos una vez por personal de salud especializado (médicos, enfermeras o parteras) y el porcentaje que recibieron la atención de cualquier personal de salud por lo menos cuatro veces.

Nacimientos atendidos por personal especializado – Proporción de nacimientos atendidos por personal especializado de la salud (médicos, enfermeras, parteras).

Partos en instituciones – Proporción de mujeres de 15 a 49 años que dieron a luz durante los dos años precedentes a la encuesta y lo hicieron en un centro de salud.

Tasa de mortalidad derivada de la maternidad – Número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo por cada 100.000 nacidos vivos. La columna "registrada" indica las cifras presentadas por los países, que no han sido ajustadas para tomar en cuenta las clasificaciones erróneas y la población que ha quedado sin registrar.

Riesgo de mortalidad de la madre en su vida – El riesgo de mortalidad de la madre a lo largo de su vida considera la probabilidad que tiene de quedar embarazada y la probabilidad de que muera como resultado del embarazo, acumuladas a lo largo de su ciclo reproductivo.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Esperanza de vida – División de Población de las Naciones Unidas.

Adultos alfabetizados – Instituto de Estadísticas de la UNESCO.

Asistencia a la escuela primaria y secundaria – Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS).

Prevalencia de anticonceptivos – DHS, MICS, División de Población de las Naciones Unidas y UNICEF.

Atención prenatal – DHS, MICS, Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF.

Cobertura de atención prenatal – DHS, MICS y otras encuestas nacionales en los hogares.

Nacimientos atendidos por personal especializado – DHS, MICS, OMS y UNICEF.

Partos en instituciones – DHS, MICS, OMS y UNICEF.

Mortalidad derivada de la maternidad – OMS y UNICEF.

Riesgo a lo largo de la vida – OMS y UNICEF.

† Los datos sobre la mortalidad derivada de la maternidad en la columna con el título "registrada" han sido presentados por las autoridades nacionales. UNICEF, la OMS, FNUAP y el Banco Mundial analizan periódicamente estos datos y realizan ajustes para corregir los problemas, de los que hay numerosos ejemplos, que se producen como consecuencia de la presentación de datos incompletos o clasificados erróneamente sobre la mortalidad derivada de la maternidad, y para preparar estimaciones sobre los países sin datos. La columna titulada "ajustada" presenta estimaciones del año 2005 basadas en las evaluaciones más recientes.

NOTAS	—	Datos no disponibles.
	x	Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
	y	Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
	*	Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado por el titular de la columna.
	**	No incluye China.

TABLA 9. PROTECCIÓN INFANTIL

Países y territorios	Trabajo infantil (5 a 14 años) 1999–2007*			Matrimonio precoz 1998–2007*			Inscripción del nacimiento 2000–2007*			Mutilación-excisión genital de la mujer 2002–2007*				Actitudes hacia la violencia doméstica 2001–2007*	Discapa- cidad infantil ^o 1999–2007*	Disciplina infantil 2005–2007*
	total	hombre	mujer	total	urbana	rural	total	urbana	rural	mujer ^a (15 a 49 años)			hijas ^b			
										total	urbana	rural				
Afganistán	30	28	33	43	—	—	6	12	4	—	—	—	—	—	—	—
Albania	12	14	9	8	7	8	98	97	98	—	—	—	—	30	16	49
Angola	24	22	25	—	—	—	29	34	19	—	—	—	—	—	—	—
Argelia	5	6	4	2	2	2	99	99	99	—	—	—	—	68	1y	86
Argentina	7y	8y	5y	—	—	—	91y	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Armenia	4y	—	—	10	7	16	96	97	95	—	—	—	—	22	12y	—
Azerbaiyán	7y	8y	5y	12	—	—	94	96	92	—	—	—	—	49	—	75
Bahrein	5	6	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bangladesh	13	18	8	64	58	69	10	13	9	—	—	—	—	—	21	—
Belarús	5	6	4	7	6	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	83
Belice	40	39	42	—	—	—	94	92	97	—	—	—	—	12	44	68
Benin	46	47	45	34	19	47	60	68	56	13	9	15	2	47	—	—
Bhután	19y	16y	22y	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bolivia	22	22	22	26	22	37	74	76	72	—	—	—	—	—	—	—
Bosnia y Herzegovina	5	7	4	6	2	7	100	99	100	—	—	—	—	5	10	36
Botswana	—	—	—	10x	13x	9x	58	66	52	—	—	—	—	—	—	—
Brasil	6y	7y	4y	24x	22x	30x	89y	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Burkina Faso	47y	46y	48y	48	29	61	64	86	58	73	76	71	25	71	—	83
Burundi	19	19	19	18	14	18	60	62	60	—	—	—	—	—	—	—
Cabo Verde	3y	4y	3y	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1y	—
Camboya	45y	45y	45y	23	18	25	66	71	66	—	—	—	—	55	—	—
Camerún	31	31	30	36	23	57	70	86	58	1	1	2	1	56	33	92
Chad	53	54	51	72	65	73	9	36	3	45	47	44	21	—	3y	—
Chile	3	3	2	—	—	—	95y	—	—	—	—	—	—	—	—	—
China	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2y	—
Colombia	5	6	4	23	19	38	90	97	77	—	—	—	—	—	3y	—
Comoras	27	26	28	30x	23x	33x	83	87	83	—	—	—	—	—	—	—
Congo	25	24	25	31	24	40	81y	88y	75y	—	—	—	—	76	—	—
Costa Rica	5	6	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Côte d'Ivoire	35	36	34	35	27	43	55	79	41	36	34	39	9	65	—	90
Cuba	—	—	—	—	—	—	100y	100y	100y	—	—	—	—	—	—	—
Djibouti	8	8	8	5	5	13	89	90	82	93	93	96	49	—	—	70
Ecuador	12	12	13	22	—	—	85	85	85	—	—	—	—	—	—	—
Egipto	7	8	5	17	9	22	99	99	99	96	92	98	28y	50	8y	92
El Salvador	6y	9y	4y	27	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Eritrea	—	—	—	47	31	60	—	—	—	89	86	91	63	—	—	—
Etiopía	53	59	46	49	27	55	7	29	5	74	69	76	38	81	—	—
ex República Yugoslava de Macedonia	6	7	5	4	3	4	94	95	93	—	—	—	—	21	21	69
Filipinas	12	13	11	14	10	22	83	87	78	—	—	—	—	24	—	—
Gabón	—	—	—	34	30	49	89	90	87	—	—	—	—	—	—	—
Gambia	25	20	29	36	24	45	55	57	54	78	72	83	64	74	—	84
Georgia	18	20	17	17	12	23	92	97	87	—	—	—	—	7	30	66
Ghana	34	34	34	22	15	28	51	69	42	4	2	6	1	47	21	89
Guatemala	29	25	32	34	25	44	—	—	—	—	—	—	—	—	2y	—
Guinea	25	26	24	63	45	75	43	78	33	96	94	96	57	86	—	—
Guinea-Bissau	39	41	37	24	14	32	39	53	33	45	39	48	35	52	—	80
Guinea Ecuatorial	28	28	28	—	—	—	32	43	24	—	—	—	—	—	—	—
Guyana	19	21	17	20	15	22	93	96	92	—	—	—	—	18	—	74
Haití	21	22	19	30	27	33	81	87	78	—	—	—	—	29	—	—
Honduras	16	16	15	39	33	46	94	95	93	—	—	—	—	16	—	—
India	12	12	12	47	29	56	41	59	35	—	—	—	—	54	—	—
Indonesia	4y	5y	4y	24	15	33	55	69	43	—	—	—	—	25	—	—
Iraq	11	12	9	17	16	19	95	95	96	—	—	—	—	59	21	84
Jamaica	6	7	5	9	7	11	89	88	89	—	—	—	—	6	24	87
Jordania	—	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	90	—	—
Kazajistán	2	2	2	7	6	9	99	99	99	—	—	—	—	10	—	52
Kenya	26	27	25	25	19	27	48y	64y	44y	32	21	36	21	68	—	—
Kirguistán	4	4	3	10	7	14	94	96	93	—	—	—	—	38	—	51
Lesotho	23	25	21	23	13	26	26	39	24	—	—	—	—	—	—	—
Líbano	7	8	6	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Liberia	—	—	—	40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Madagascar	32	36	28	39	29	42	75	87	72	—	—	—	—	28	—	—
Malawi	29	28	29	50	38	53	—	—	—	—	—	—	—	28	—	—
Maldivas	—	—	—	—	—	—	73	—	—	—	—	—	—	70	—	—
Malí	34	35	33	71	60	77	53	75	45	85	81	87	69	75	—	—
Marruecos	11y	13y	9y	16	12	21	85	92	80	—	—	—	—	—	—	—
Mauritania	4y	5y	3y	35	27	44	56	75	42	72	60	84	66	—	30	—
México	16y	15y	16y	28x	31x	21x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Moldova	32	32	33	19	16	22	98	98	98	—	—	—	—	21	—	—
Mongolia	18	19	17	9	7	12	98	98	99	—	—	—	—	20	26	79
Montenegro	10	12	8	5	5	5	98	98	99	—	—	—	—	11	14	61
Mozambique	—	—	—	56	41	66	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Myanmar	—	—	—	—	—	—	65y	88y	59y	—	—	—	—	—	—	—
Namibia	13y	15y	12y	9	—	—	67	83	59	—	—	—	—	35	—	—
Nepal	31y	30y	33y	51	41	54	35	42	34	—	—	—	—	23	—	—
Nicaragua	15	18	11	43	36	55	81	90	73	—	—	—	—	17	—	—
Níger	43	43	43	75	42	84	32	71	25	2	2	2	1	70	—	—
Nigeria	13y	—	—	43	27	52	33y	52y	25y	19	28	14	10	65	—	—
Pakistán	—	—	—	32x	21x	37x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panamá	3	5	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Paraguay	15	17	12	24x	18x	32x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Perú	19	20	19	18	13	31	93	95	90	—	—	—	—	—	—	—
Portugal	3y	4y	3y	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
República Centroafricana	47	44	49	61	57	64	49	72	36	26	21	29	7	—	48	88
República Democrática del Congo	32	29	34	—	—	—	34	30	36	—	—	—	—	—	—	—

	Trabajo infantil (5 a 14 años) 1999–2007*			Matrimonio precoz 1998–2007*			Inscripción del nacimiento 2000–2007*			Mutilación-excisión genital de la mujer 2002–2007*				Actitudes hacia la violencia doméstica 2001–2007*	Discapa- cidad infantil ^b 1999–2007*	Disciplina infantil 2005–2007*
	total	hombre	mujer	total	urbana	rural	total	urbana	rural	mujer* (15 a 49 años)			hijas ^b	total	total	total
República Democrática Popular Lao	25	24	26	—	—	—	59	71	56	—	—	—	—	—	—	—
República Dominicana	10	12	7	40	38	47	78	82	70	—	—	—	—	9	5y	83
República Popular Democrática de Corea	—	—	—	—	—	—	99	99	99	—	—	—	—	—	—	—
República Unida de Tanzania	36	37	34	41	23	49	8	22	4	15	7	18	4	60	—	—
Rumania	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rwanda	35	36	35	13	9	14	82	79	83	—	—	—	—	48	2y	—
Santo Tomé y Príncipe	8	8	7	33	31	37	69	70	67	—	—	—	—	32	29	—
Senegal	22	24	21	39	23	55	55	75	44	28	22	34	20	65	—	—
Serbia	4	5	4	6	4	8	99	99	99	—	—	—	—	6	14	73
Sierra Leona	48	49	48	56	34	66	48	62	44	94	86	97	35	85	34	92
Siria, República Árabe	4	5	3	13	15	12	95	96	95	—	—	—	—	—	—	87
Somalia	49	45	54	45	35	52	3	6	2	98	97	98	46	76y	—	—
Sri Lanka	8	9	7	12y	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sudáfrica	—	—	—	8	5	12	78y	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sudán	13	14	12	34	24	40	33	53	22	89	88	90	43y	—	—	—
Surinam	—	—	—	19	14	33	97	98	95	—	—	—	—	13	39	84
Swazilandia	9	9	9	5	1	6	30	38	28	—	—	—	—	38	—	—
Tailandia	8	8	8	20	12	23	99	100	99	—	—	—	—	—	15	—
Tayikistán	10	9	11	13	13	13	88	85	90	—	—	—	—	74y	—	74
Territorio Palestino Ocupado	—	—	—	19	—	—	96y	97y	96y	—	—	—	—	—	—	95
Timor-Leste	4	4	4	—	—	—	53y	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Togo	29	29	30	24	15	36	78	93	69	6	4	7	1	53	—	90
Trinidad y Tabago	1	1	1	8	—	—	96	—	—	—	—	—	—	8	—	75
Túnez	—	—	—	10x	7x	14x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Turkmenistán	—	—	—	7	9	6	96	96	95	—	—	—	—	38y	—	—
Turquía	5	4	6	18	17	22	84	87	79	—	—	—	—	39	—	—
Ucrania	7	8	7	6	6	10	100	100	100	—	—	—	—	5	—	70
Uganda	36	37	36	46	27	52	21	24	21	1	0	1	—	70	11y	—
Uruguay	8y	8y	8y	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Uzbekistán	2	2	2	7	9	7	100	100	100	—	—	—	—	70	3	—
Venezuela (República Bolivariana de)	8	9	6	—	—	—	92	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Viet Nam	16	15	16	10	3	13	88	94	86	—	—	—	—	64	4y	93
Yemen	11y	11y	12y	32	28	35	22	38	16	23x	26x	22x	20x	—	29	94
Zambia	12y	11y	12y	42	32	49	10	16	6	1	1	1	—	85	—	—
Zimbabwe	13y	12y	14y	34	20	44	74	83	71	—	—	—	—	48	—	—

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	35n	36n	34n	40	25	48	37	52	30	34	30	37	19	65	—	—
África oriental y meridional	36	38	33	36	20	43	32	41	24	43	36	46	28	65	—	—
África occidental y central	35n	34n	35n	44	28	55	41	57	35	28	28	29	14	64	—	—
África septentrional y Oriente Medio	9	10	8	18	12	23	75	86	67	—	—	—	—	—	—	89
Asia meridional	13	13	12	49	32	58	36	52	30	—	—	—	—	53	—	—
Asia Oriental y Pacífico	10**	11**	10**	19**	12**	25**	72**	81**	67**	—	—	—	—	34**	3	—
América Latina y el Caribe	11	11	10	—	—	—	89	92	82	—	—	—	—	—	—	—
ECE/CEI	5	5	5	11	11	13	92	93	92	—	—	—	—	32	—	—
Países industrializados [§]	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Países en desarrollo [§]	16***	17***	15***	36**	22**	46**	50**	65**	39**	—	—	—	—	51**	—	—
Países menos adelantados [§]	30	31	28	49	37	55	29	42	25	—	—	—	—	—	—	—
Mundo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

[§] También incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional aparecen en la lista de la página 152.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Trabajo infantil – Porcentaje de niños de 5 a 14 años que trabajaban en el momento de la encuesta. Se considera que un niño está sometido al trabajo infantil cuando se dan las condiciones siguientes: (a) niños de 5 a 11 años que, durante la semana precedente a la encuesta, realizaron una actividad económica al menos durante una hora o realizaron trabajos domésticos por lo menos durante 28 horas y, (b) niños de 12 a 14 años que, durante la semana precedente a la encuesta, realizaron una actividad económica al menos durante 14 horas o realizaron trabajos domésticos por lo menos durante 28 horas.

Variables en el contexto del trabajo infantil – Sexo del niño; zona de residencia urbana o rural; 20% más pobre o 20% más rico de la población en relación a los ingresos de la familia (una descripción más minuciosa sobre el procedimiento para calcular los bienes familiares se puede encontrar en <www.childinfo.org>); la educación de las madres se refiere a las madres con algún nivel de instrucción o ninguno.

Matrimonio infantil – Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años de edad que ya estaban casadas o tenían algún tipo de vínculo antes de cumplir 18 años.

Inscripción al nacer – Porcentaje de niños y niñas menores de cinco años que fueron inscritos en el momento de la encuesta. El numerador de este indicador incluye niños y niñas cuyo certificado de nacimiento se mostró al entrevistador, o cuya madre o cuidador dijo que el nacimiento había sido registrado. Los datos de MICS se refieren a los niños vivos en el momento de la encuesta.

Mutilación/excisión genital femenina – (a) Mujer – El porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que sufrieron una mutilación/excisión. (b) Hijas – el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con una hija por lo menos que haya sufrido una mutilación/excisión. La mutilación/excisión genital femenina conlleva la excisión o alteración de los genitales femeninos por razones sociales.

Actitudes hacia la violencia doméstica – Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que consideran que está justificado que un marido golpee a su mujer por al menos una de las razones especificadas. A las mujeres se les preguntó si está justificado que un marido golpee a su mujer bajo una serie de circunstancias, entre ellas si la mujer quema la comida, discute con él, sale a la calle sin decirsele o se niega a tener relaciones sexuales.

Discapacidad infantil – Porcentaje de niños de 2 a 9 años con por lo menos una discapacidad registrada (por ejemplo, cognoscitiva, motora, ataques convulsivos, problemas de visión, audición o locución).

Disciplina infantil – Porcentaje de niños de 2 a 14 años que sufren algún castigo psicológico o físico.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Trabajo infantil – Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y Encuestas de Demografía y Salud (DHS).

Matrimonio infantil – DHS y otras encuestas nacionales.

Inscripción del matrimonio – MICS, DHS, otras encuestas nacionales y sistemas del registro civil.

Ablación/excisión genital de la mujer – MICS, DHS y otras encuestas nacionales.

Actitudes hacia la violencia doméstica – MICS, DHS y otras encuestas nacionales.

Discapacidad infantil – MICS, DHS y otras encuestas nacionales.

Disciplina infantil – MICS, DHS y otras encuestas nacionales.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
- y Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
- n No incluye Nigeria.
- ◊ Para una descripción más completa de la metodología y los cambios recientes en el cálculo de estas estimaciones, véanse las Notas generales a los datos en la página 114
- * Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.
- ** No incluye China.
- *** No incluye China ni Nigeria.

Datos consolidados

Los promedios por región geográfica o categoría económica que se ofrecen al final de cada tabla se calculan utilizando datos de los países y territorios agrupados como se indica a continuación.

África subsahariana

Angola; Benin; Botswana; Burkina Faso; Burundi; Camerún; Cabo Verde; Chad; Comoras; Congo; Côte d'Ivoire; Eritrea; Etiopía; Gabón; Gambia; Ghana; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Kenya; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Malí; Mauritania; Mauricio; Mozambique; Namibia; Níger; Nigeria; República Centroafricana; República Democrática del Congo; República Unida de Tanzania; Rwanda; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Seychelles; Sierra Leona; Somalia; Sudáfrica; Swazilandia; Togo; Uganda; Zambia; Zimbabwe

Oriente Medio y África del Norte

Arabia Saudita; Argelia; Bahrein; Djibouti; Egipto; Emiratos Árabes Unidos; Iraq; Jamahiriya Árabe Libia; Jordania; Kuwait; Líbano; Marruecos; Omán; Qatar; República Árabe Siria; República Islámica de Irán; Sudán; Territorio Palestino Ocupado; Túnez; Yemen

Asia meridional

Afganistán; Bangladesh; Bhután; India; Maldivas; Nepal; Pakistán; Sri Lanka

Asia oriental y el Pacífico

Brunei Darussalam; Camboya; China; Estados Federados de Micronesia; Fiji; Filipinas; Indonesia; Islas Cook; Islas Marshall; Islas Salomón; Kiribati; Malasia; Mongolia; Myanmar; Nauru; Niue; Palau; Papua Nueva Guinea; República de Corea; República Democrática Popular de Corea; República Democrática Popular Lao; Samoa; Singapur; Tailandia; Timor-Leste; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Viet Nam

América Latina y el Caribe

Antigua y Barbuda; Argentina; Bahamas; Barbados; Belice; Bolivia; Brasil; Chile; Colombia; Costa Rica; Cuba; Dominica; Ecuador; El Salvador; Granada; Guatemala; Guyana; Haití; Honduras; Jamaica; México; Nicaragua; Panamá; Paraguay; Perú; República Dominicana; Saint Kitts y Nevis; Santa Lucía; San Vicente y las Granadinas; Suriname; Trinidad y Tabago; Uruguay; Venezuela (República Bolivariana de)

Europa central y del Este y Comunidad de Estados Independientes

Albania; Armenia; Azerbaiyán; Belarús; Bosnia y Herzegovina; Bulgaria; Croacia; ex República Yugoslava de Macedonia; Federación de Rusia; Georgia; Kazajistán; Kirguistán; Moldova; Montenegro; Rumania; Serbia; Tayikistán; Turquía; Turkmenistán; Ucrania; Uzbekistán

Países y territorios industrializados

Alemania; Andorra; Australia; Austria; Bélgica; Canadá; Chipre; Dinamarca; Eslovaquia; Eslovenia; Estonia; España; Estados Unidos; Finlandia; Francia; Grecia; Hungría; Irlanda; Islandia; Israel; Italia; Japón; Letonia; Liechtenstein; Lituania; Luxemburgo; Malta; Mónaco; Nueva Zelanda; Noruega; Países Bajos; Polonia; Portugal; Reino Unido; República Checa; San Marino; Santa Sede; Suecia; Suiza

Países y territorios en desarrollo

Afganistán; Arabia Saudita; Argelia; Angola; Antigua y Barbuda; Argentina; Armenia; Azerbaiyán; Bahamas; Bahrein; Bangladesh; Barbados; Belice; Benin; Bhután; Bolivia; Botswana; Brasil; Brunei Darussalam; Burkina Faso; Burundi; Camboya; Camerún; Cabo Verde; Chad; Chile; China; Chipre; Colombia; Comoras; Congo; Costa Rica; Côte d'Ivoire; Cuba; Djibouti; Dominica; Ecuador; Egipto; El Salvador; Emiratos Árabes Unidos; Estados Federados de Micronesia; Eritrea; Etiopía; Fiji; Filipinas; Gabón; Gambia;

Georgia; Ghana; Granada; Guatemala; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Guyana; Haití; Honduras; India; Indonesia; Iraq; Islas Cook; Islas Marshall; Islas Salomón; Israel; Jamahiriya Árabe Libia; Jamaica; Jordania; Kazajistán; Kenya; Kiribati; Kuwait; Kirguistán; Líbano; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Malasia; Maldivas; Malí; Mauritania; Mauricio; México; Mongolia; Marruecos; Mozambique; Myanmar; Namibia; Nauru; Nepal; Nicaragua; Níger; Nigeria; Niue; Omán; Pakistán; Palau; Panamá; Papua Nueva Guinea; Paraguay; Perú; Qatar; República Árabe Siria; República Centroafricana; República de Corea; República Democrática del Congo; República Democrática Popular Lao; República Dominicana; República Islámica de Irán; República Popular Democrática de Corea; República Unida de Tanzania; Rwanda; Saint Kitts y Nevis; Santa Lucía; San Vicente y las Granadinas; Samoa; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Seychelles; Sierra Leona; Singapur; Somalia; Sudáfrica; Sri Lanka; Sudán; Suriname; Swazilandia; Tajikistán; Tailandia; Timor-Leste; Territorio Palestino Ocupado; Togo; Tonga; Trinidad y Tobago; Túnez; Turquía; Turkmenistán; Tuvalu; Uganda; Uruguay; Uzbekistán; Vanuatu; Venezuela (República Bolivariana de); Viet Nam; Yemen; Zambia; Zimbabwe

Países y territorios menos adelantados

Afganistán; Angola; Bangladesh; Benin; Bhután; Burkina Faso; Burundi; Camboya; Cabo Verde; Chad; Comoras; Djibouti; Eritrea; Etiopía; Gambia; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Haití; Islas Salomón; Kiribati; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Maldivas; Malí; Mauritania; Mozambique; Myanmar; Nepal; Níger; República Centroafricana; República Democrática del Congo; República Democrática Popular Lao; República Unida de Tanzania; Rwanda; Samoa; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Sierra Leona; Somalia; Sudán; Timor-Leste; Togo; Tuvalu; Uganda; Vanuatu; Yemen; Zambia

Medición del desarrollo humano

Introducción a la tabla 10

Si se pretende que el desarrollo adquiera una imagen más humana, será necesario utilizar una medida indicativa del progreso tanto económico como humano. Desde el punto de vista de UNICEF, es preciso establecer un método universalmente aceptado para medir el nivel y los cambios en el estado de bienestar de la infancia.

La tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5) se utiliza en la Tabla 10 (páginas 154–157) como el indicador principal de ese progreso. En 2007, el número de niños que morían antes de cumplir cinco años fue inferior a los 9,2 millones. En comparación, en 1960, aproximadamente 20 millones de niños morían todos los años, lo que señala un importante declive a largo plazo del número de muertes de menores de 5 años en el mundo.

La TMM5 tiene varias ventajas. En primer lugar, este indicador mide los resultados finales del proceso de desarrollo en vez de factores intermedios tales como el nivel de escolarización, la disponibilidad de calorías per cápita o el número de médicos por cada 1.000 habitantes, todos los cuales son medios para conseguir un fin.

En segundo lugar, la TMM5 es el resultado de una amplia variedad de factores: antibióticos para tratar la neumonía; mosquiteros tratados con insecticida para evitar el paludismo; salud nutricional y conocimientos básicos de salud de la madre; cobertura de inmunización y utilización de la TRO; acceso a servicios de atención maternoinfantil (incluida la atención prenatal); nivel de ingresos y disponibilidad de alimentos de la familia; acceso a agua potable y saneamiento eficaz; y grado de seguridad del medio ambiente infantil.

En tercer lugar, la TMM5 está menos expuesta que, por ejemplo, el INB per cápita, a la falacia del promedio estadístico. Esto se debe a que los límites naturales impiden que los hijos de los ricos puedan tener una pro-

babilidad 1.000 veces mayor de sobrevivir, aunque los límites sociales establecidos les permitan poseer un ingreso 1.000 veces más elevado. En otras palabras, es mucho más difícil que la presencia de una minoría rica afecte a la TMM5 de un país y, por tanto, este indicador representa de forma más adecuada, aunque imperfecta, el estado de salud de la mayoría de la población infantil y de la sociedad en su conjunto.

La velocidad del ritmo de reducción de la TMM5 puede medirse mediante el cálculo de la tasa media de reducción anual (TMRA). A diferencia de las comparaciones entre niveles absolutos, la TMRA refleja el hecho de que la reducción de la TMM5 es cada vez más difícil de conseguir a partir de ciertos límites. En efecto, cuanto más bajos son los niveles de mortalidad de los menores de 5 años ya alcanzados, la misma reducción absoluta representa obviamente una mayor reducción porcentual. Así pues, la TMRA indica un avance más rápido en el caso de una reducción de 10 puntos, por ejemplo, cuando ésta se logra con niveles iniciales más bajos de mortalidad de menores de 5 años. Es decir, una disminución de 10 puntos de la TMM5 desde el índice 100 al 90 representa una reducción del 10% mientras la misma disminución de 10 puntos desde el índice 20 al 10 representa una reducción del 50%. (Un valor negativo para la reducción del porcentaje indica un aumento de la TMM5 durante el período especificado).

La utilización combinada de la TMM5 y su tasa de reducción, junto con la tasa de crecimiento del PIB per cápita, permiten obtener un cuadro representativo de los avances logrados por cualquier país, territorio o región, durante un período de tiempo, en la satisfacción de las necesidades humanas más básicas.

Como muestra la tabla 10, no existe una relación fija entre la tasa anual de reducción de

la TMM5 y la tasa anual de crecimiento del PIB per cápita. Estas comparaciones ayudan a destacar las relaciones entre los avances económicos y el desarrollo humano.

Finalmente, la tabla muestra la tasa global de fecundidad por países y territorios, y su tasa media de reducción anual. Como se puede apreciar, muchos de los países y territorios que han logrado reducciones significativas de la TMM5 han alcanzado asimismo reducciones igualmente significativas en las tasas de fecundidad.

TABLA 10. RITMO DE PROGRESO

Países y territorios	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años			Tasa media anual de reducción (%) ^a		Reducción desde 1990 (%) ^a	Tasa media anual de crecimiento del PIB per cápita (%)		Tasa global de fecundidad			Tasa media anual de reducción (%)	
		1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007		1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007
Afganistán	2	320	260	257	1.0	0.1	1	—	—	7.7	8.0	7.1	-0.2	0.7
Albania	126	107	46	15	4.2	6.6	67	-0.7x	5.2	4.9	2.9	2.1	2.6	2.0
Alemania	173	26	9	4	5.3	4.8	56	2.3x	1.4	2.0	1.4	1.4	1.9	0.0
Andorra	189	—	6	3	—	4.1	50	—	—	—	—	—	—	—
Angola	16	—	258	158	—	2.9	39	0.4x	2.9	7.3	7.2	6.5	0.1	0.6
Antigua y Barbuda	140	—	—	11	—	—	—	8.3x	1.7	—	—	—	—	—
Arabia Saudita	97	185	44	25	7.2	3.3	43	-1.5	0.3	7.3	5.8	3.4	1.1	3.2
Argelia	75	220	69	37	5.8	3.7	46	1.6	1.4	7.4	4.7	2.4	2.3	4.0
Argentina	125	68	29	16	4.3	3.5	45	-0.7	1.5	3.1	3.0	2.3	0.1	1.7
Armenia	99	—	56	24	—	5.0	57	—	5.8	3.2	2.5	1.4	1.2	3.7
Australia	160	21	9	6	4.2	2.4	33	1.5	2.4	2.7	1.9	1.8	1.9	0.3
Austria	173	29	9	4	5.9	4.8	56	2.4	1.8	2.3	1.5	1.4	2.3	0.2
Azerbaiyán	71	—	98	39	—	5.4	60	—	2.8	4.6	3.0	1.8	2.2	3.1
Bahamas	134	49	29	13	2.6	4.7	55	1.8	0.4x	3.6	2.6	2.0	1.6	1.5
Bahrein	145	82	19	10	7.3	3.8	47	-1.3x	2.4x	6.5	3.7	2.3	2.8	2.8
Bangladesh	58	238	151	61	2.3	5.3	60	0.6	3.1	6.4	4.4	2.9	1.9	2.5
Barbados	137	54	17	12	5.8	2.0	29	1.5	1.3x	3.1	1.7	1.5	3.1	0.6
Belarus	134	—	24	13	—	3.6	46	—	3.4	2.3	1.9	1.2	1.0	2.6
Bélgica	166	24	10	5	4.4	4.1	50	2.2	1.8	2.2	1.6	1.6	1.7	-0.2
Belice	97	—	43	25	—	3.2	42	2.9	2.4	6.3	4.5	3.0	1.7	2.5
Benin	25	256	184	123	1.7	2.4	33	0	1.3	7.0	6.8	5.5	0.2	1.3
Bhután	45	288	148	84	3.3	3.3	43	6.8x	5.2	6.7	5.9	2.2	0.6	5.7
Bolivia	61	243	125	57	3.3	4.6	54	-1.1	1.3	6.6	4.9	3.5	1.5	1.9
Bosnia y Herzegovina	132	82	22	14	6.6	2.7	36	—	10.8x	2.9	1.7	1.2	2.6	2.0
Botswana	69	144	57	40	4.6	2.1	30	8.2	4.2	6.6	4.7	2.9	1.7	2.8
Brasil	107	134	58	22	4.2	5.7	62	2.3	1.2	5.0	2.8	2.3	2.9	1.3
Brunei Darussalam	148	78	11	9	9.8	1.2	18	-2.2x	-0.3x	5.7	3.2	2.3	2.8	2.0
Bulgaria	137	33	18	12	3.0	2.4	33	3.4x	2.3	2.2	1.7	1.3	1.2	1.6
Burkina Faso	7	281	206	191	1.6	0.4	7	1.3	2.5	7.6	7.3	6.0	0.2	1.1
Burundi	10	219	189	180	0.7	0.3	5	1.1	-2.7	6.8	6.8	6.8	0.0	0.0
Cabo Verde	84	—	60	32	—	3.7	47	—	3.3	7.0	5.5	3.4	1.2	2.8
Cambodia	40	—	119	91	—	1.6	24	—	6.2x	5.9	5.8	3.2	0.1	3.5
Camerún	18	215	139	148	2.2	-0.4	-6	3.3	0.6	6.2	5.9	4.4	0.2	1.8
Canadá	160	22	8	6	5.1	1.7	25	2	2.2	2.2	1.7	1.5	1.5	0.5
Chad	3	—	201	209	—	-0.2	-4	-1	2.4	6.5	6.7	6.2	-0.1	0.4
Chile	148	98	21	9	7.7	5.0	57	1.5	3.7	4.0	2.6	1.9	2.1	1.8
China	107	118	45	22	4.8	4.2	51	6.6	8.9	5.6	2.2	1.7	4.7	1.4
Chipre	166	31	11	5	5.2	4.6	55	5.9x	2.2	2.6	2.4	1.6	0.4	2.5
Colombia	112	105	35	20	5.5	3.3	43	2	1	5.6	3.0	2.2	3.1	1.8
Comoras	55	215	120	66	2.9	3.5	45	0.1x	-0.4	7.1	6.1	4.4	0.7	2.0
Congo	24	142	104	125	1.6	-1.1	-20	3.2	-0.2	6.3	5.4	4.5	0.8	1.0
Costa Rica	140	83	18	11	7.6	2.9	39	0.7	2.5	5.0	3.2	2.1	2.3	2.4
Côte d'Ivoire	22	236	151	127	2.2	1.0	16	-1.9	-0.7	7.4	6.6	4.5	0.5	2.2
Croacia	160	42	13	6	5.9	4.5	54	—	3	2.0	1.7	1.3	0.9	1.3
Cuba	156	39	13	7	5.5	3.6	46	—	3.6x	4.0	1.8	1.5	4.2	0.9
Dinamarca	173	16	9	4	2.9	4.8	56	2	1.9	2.1	1.7	1.8	1.2	-0.5
Djibouti	22	—	175	127	—	1.9	27	—	-2.1	7.4	6.2	4.0	0.9	2.5
Dominica	140	60	18	11	6.0	2.9	39	4.7x	2.4	—	—	—	—	—
Ecuador	107	140	57	22	4.5	5.6	61	1.3	1.2	6.3	3.7	2.6	2.7	2.0
Egipto	77	236	93	36	4.7	5.6	61	4.3	2.5	6.2	4.4	2.9	1.7	2.4
El Salvador	99	162	60	24	5.0	5.4	60	-1.8	1.8	6.4	3.7	2.7	2.7	1.8
Emiratos Árabes Unidos	151	84	15	8	8.6	3.7	47	-4.8x	-0.3x	6.6	4.4	2.3	2.1	3.8
Eritrea	50	237	147	70	2.4	4.4	52	—	-0.3x	6.6	6.2	5.1	0.3	1.2
Eslovaquia	151	31	15	8	3.6	3.7	47	—	3.3	2.5	2.0	1.2	1.0	2.9
Eslovenia	173	29	11	4	4.8	6.0	64	—	3.5	2.3	1.5	1.3	2.0	1.0
España	173	25	9	4	5.1	4.8	56	1.9	2.4	2.9	1.3	1.4	3.9	-0.2
Estados Unidos	151	23	11	8	3.7	1.9	27	2.2	2	2.2	2.0	2.1	0.6	-0.2
Estonia	160	20	18	6	0.5	6.5	67	1.5x	5.2	2.1	1.9	1.5	0.4	1.6
Etiopía	27	241	204	119	0.8	3.2	42	—	2.2	6.8	6.8	5.3	0.0	1.4
ex República														
Yugoslava de Macedonia	123	119	38	17	5.7	4.7	55	—	0.5	3.2	1.9	1.4	2.4	1.8
Federación de Rusia	126	40	27	15	2.0	3.5	44	—	1.2	2.0	1.9	1.3	0.3	2.0

	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años			Tasa media anual de reducción (%) ^(a)		Reducción desde 1990 (%) ^(a)	Tasa media anual de crecimiento del PIB per cápita (%)		Tasa global de fecundidad			Tasa media anual de reducción (%)	
		1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007		1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007
Fiji	117	—	22	18	—	1.2	18	0.6x	1.5x	4.5	3.4	2.8	1.5	1.2
Filipinas	94	89	62	28	1.8	4.7	55	0.8	1.7	6.3	4.3	3.3	1.8	1.7
Finlandia	173	16	7	4	4.1	3.3	43	2.8	2.8	1.9	1.7	1.8	0.3	-0.2
Francia	173	18	9	4	3.5	4.8	56	2.2	1.6	2.5	1.8	1.9	1.7	-0.5
Gabón	40	—	92	91	—	0.1	1	0.3	-0.7	4.8	4.8	3.1	0.0	2.6
Gambia	34	311	153	109	3.5	2.0	29	0.9	0.2	6.7	6.0	4.8	0.5	1.4
Georgia	88	—	47	30	—	2.6	36	3.2	1.8	2.6	2.1	1.4	1.0	2.4
Ghana	30	183	120	115	2.1	0.3	4	-2.1	2.1	6.7	5.8	3.9	0.7	2.3
Granada	114	—	37	19	—	3.9	49	4.9	2.5	4.6	3.7	2.3	1.1	2.8
Grecia	173	32	11	4	5.3	6.0	64	1.3	2.7	2.4	1.4	1.3	2.5	0.5
Guatemala	71	168	82	39	3.6	4.4	52	0.2	1.4	6.2	5.6	4.2	0.6	1.7
Guinea	17	326	231	150	1.7	2.5	35	0.3x	1.3	7.0	6.7	5.5	0.2	1.2
Guinea-Bissau	5	—	240	198	—	1.1	18	-0.2	-2.6	6.8	7.1	7.1	-0.2	0.0
Guinea Ecuatorial	4	—	170	206	—	-1.1	-21	—	21.1	5.7	5.9	5.4	-0.2	0.5
Guyana	59	—	88	60	—	2.3	32	-1.5	3.1	5.6	2.6	2.3	3.8	0.6
Haití	47	222	152	76	1.9	4.1	50	-0.3	-2.1	5.8	5.4	3.6	0.3	2.5
Honduras	99	169	58	24	5.3	5.2	59	0.8	1.5	7.3	5.1	3.3	1.7	2.5
Hungría	156	40	17	7	4.3	5.2	59	3	3.3	2.0	1.8	1.3	0.6	2.0
India	49	190	117	72	2.4	2.9	38	2.1	4.5	5.4	4.0	2.8	1.5	2.0
Indonesia	86	172	91	31	3.2	6.3	66	4.7	2.3	5.5	3.1	2.2	2.8	2.1
Irán (República Islámica de)	83	191	72	33	4.9	4.6	54	-2.3	2.5	6.6	5.0	2.0	1.3	5.3
Iraq	66	125	53	44	4.3	1.1	17	—	—	7.2	5.9	4.3	1.0	1.9
Irlanda	173	23	9	4	4.7	4.8	56	2.8	5.8	3.9	2.1	2.0	3.1	0.4
Islandia	189	16	7	3	4.1	5.0	57	3.2	2.4	3.0	2.2	2.0	1.6	0.3
Islas Cook	117	—	32	18	—	3.4	44	—	—	—	—	—	—	—
Islas Marshall	64	—	92	54	—	3.1	41	—	-2	—	—	—	—	—
Islas Salomón	50	—	121	70	—	3.2	42	3.4	-1.6	6.9	5.9	3.9	0.8	2.4
Israel	166	29	12	5	4.4	5.1	58	1.9	1.7	3.8	3.0	2.8	1.2	0.4
Italia	173	33	10	4	6.0	5.4	60	2.8	1.2	2.4	1.3	1.4	3.1	-0.3
Jamaica	86	62	33	31	3.2	0.4	6	-1.3	0.8	5.5	2.9	2.5	3.1	1.1
Japón	173	17	6	4	5.2	2.4	33	3	0.9	2.1	1.6	1.3	1.3	1.3
Jordania	99	107	40	24	4.9	3.0	40	2.5x	2	7.9	5.5	3.1	1.8	3.3
Kazajstán	84	88	60	32	1.9	3.7	47	—	3.2	3.5	2.8	2.3	1.1	1.3
Kenya	26	156	97	121	2.4	-1.3	-25	1.2	0	8.1	5.9	5.0	1.6	1.0
Kirguistán	73	—	74	38	—	3.9	49	—	-0.5	4.9	3.9	2.5	1.2	2.7
Kiribati	57	—	88	63	—	2.0	28	-5.3	1.8	—	—	—	—	—
Kuwait	140	59	15	11	6.8	1.8	27	-6.8x	1.1x	7.2	3.5	2.2	3.6	2.8
Lesotho	45	171	102	84	2.6	1.1	18	3.1	1.8	5.8	4.9	3.4	0.8	2.2
Letonia	148	20	17	9	0.8	3.7	47	3.4	4.7	1.9	1.9	1.3	0.0	2.3
Líbano	91	54	37	29	1.9	1.4	22	—	2.5	5.1	3.1	2.2	2.4	2.1
Liberia	20	284	205	133	1.6	2.5	35	-4.2	1.9	6.9	6.9	6.8	0.0	0.1
Libia, Jamahiriya Árabe	117	160	41	18	6.8	4.8	56	-4.9x	—	7.6	4.8	2.8	2.3	3.3
Liechtenstein	189	—	10	3	—	7.1	70	—	—	—	—	—	—	—
Lituania	151	22	16	8	1.6	4.1	50	—	3	2.3	2.0	1.3	0.7	2.7
Luxemburgo	189	23	9	3	4.7	6.5	67	2.7	3.2	2.0	1.6	1.7	1.1	-0.3
Madagascar	32	180	168	112	0.3	2.4	33	-2.4	-0.4	6.8	6.2	4.8	0.4	1.5
Malasia	140	70	22	11	5.8	4.1	50	4	3.2	5.6	3.7	2.6	2.0	2.1
Malawi	33	334	209	111	2.3	3.7	47	-0.1	0.3	7.3	7.0	5.6	0.2	1.2
Maldivas	88	—	111	30	—	7.7	73	—	5.5x	7.0	6.2	2.6	0.6	5.1
Malí	6	372	250	196	2.0	1.4	22	-0.3	2.2	7.5	7.4	6.5	0.0	0.8
Malta	166	28	11	5	4.7	4.6	55	6.5	2.7x	2.1	2.0	1.4	0.0	2.4
Marruecos	81	184	89	34	3.6	5.7	62	2	2	7.1	4.0	2.4	2.8	3.1
Mauricio	126	86	24	15	6.4	2.8	38	5.1x	3.7	3.7	2.2	1.9	2.5	1.1
Mauritania	27	233	130	119	2.9	0.5	8	-0.9	0.6	6.6	5.8	4.4	0.6	1.6
México	78	111	52	35	3.8	2.3	33	1.6	1.6	6.7	3.4	2.2	3.4	2.5
Micronesia (Estados Federados de)	69	—	58	40	—	2.2	31	—	-0.2	6.9	5.0	3.8	1.7	1.6
Moldova	117	65	37	18	2.8	4.2	51	1.8x	-1.3	2.6	2.4	1.4	0.3	3.2
Mónaco	173	—	9	4	—	4.8	56	—	—	—	—	—	—	—
Mongolia	67	—	98	43	—	4.8	56	—	2.2	7.5	4.1	1.9	3.0	4.6
Montenegro	145	—	16	10	—	2.8	38	—	3.4x	2.4	2.0	1.8	0.9	0.6
Mozambique	14	277	201	168	1.6	1.1	16	-1x	4.1	6.6	6.2	5.2	0.3	1.1
Myanmar	36	179	130	103	1.6	1.4	21	1.5	6.8x	6.1	3.4	2.1	2.8	3.0
Namibia	53	126	87	68	1.9	1.4	22	-2.3x	1.8	6.5	5.8	3.2	0.5	3.5

TABLA 10. RITMO DE PROGRESO

	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años			Tasa media anual de reducción (%) ^a		Reducción desde 1990 (%) ^a	Tasa media anual de crecimiento del PIB per cápita (%)		Tasa global de fecundidad			Tasa media anual de reducción (%)	
		1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007		1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007
Nauru	88	—	—	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nepal	62	237	142	55	2.6	5.6	61	1.2	1.9	5.9	5.2	3.3	0.6	2.6
Nicaragua	78	165	68	35	4.4	3.9	49	-3.7	1.9	6.9	4.8	2.8	1.9	3.2
Níger	11	318	304	176	0.2	3.2	42	-2.2	-0.6	8.1	7.9	7.2	0.1	0.5
Nigeria	8	265	230	189	0.7	1.2	18	-1.4	1.2	6.9	6.8	5.4	0.1	1.3
Niue	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Noruega	173	16	9	4	2.9	4.8	56	3.2	2.6	2.5	1.9	1.8	1.5	0.1
Nueva Zelandia	160	21	11	6	3.2	3.6	45	0.8	2	3.1	2.1	2.0	2.0	0.2
Omán	137	200	32	12	9.2	5.8	63	3.3	2.2x	7.2	6.6	3.0	0.4	4.6
Países Bajos	166	16	8	5	3.5	2.8	38	1.5	2.1	2.4	1.6	1.7	2.2	-0.6
Pakistán	43	184	132	90	1.7	2.3	32	3	1.6	6.6	6.3	3.5	0.2	3.4
Palau	145	—	21	10	—	4.4	52	—	—	—	—	—	—	—
Panamá	104	68	34	23	3.5	2.3	32	0.3	2.6	5.3	3.0	2.6	2.8	0.9
Papúa Nueva Guinea	56	156	94	65	2.5	2.2	31	-0.7	-0.6	6.2	4.8	3.8	1.2	1.3
Paraguay	91	75	41	29	3.0	2.0	29	2.8	-0.3	5.7	4.5	3.1	1.2	2.2
Perú	112	170	78	20	3.9	8.0	74	-0.6	2.7	6.3	3.9	2.5	2.4	2.6
Polonia	156	35	17	7	3.6	5.2	59	—	4.4	2.2	2.0	1.2	0.4	3.0
Portugal	173	66	15	4	7.4	7.8	73	2.6	1.9	2.8	1.5	1.5	3.0	0.3
Qatar	126	51	26	15	3.4	3.2	42	—	—	6.9	4.4	2.7	2.3	2.9
Reino Unido	160	21	9	6	4.2	2.4	33	2	2.4	2.3	1.8	1.8	1.2	0.0
República Centroafricana	12	232	171	172	1.5	0.0	-1	-1.3	-0.8	5.7	5.7	4.6	0.0	1.2
República Checa	173	24	12	4	3.5	6.5	67	—	2.4	2.0	1.8	1.2	0.5	2.3
República de Corea	166	54	9	5	9.0	3.5	44	6.2	4.4	4.5	1.6	1.2	5.2	1.7
República Democrática del Congo	15	235	200	161	0.8	1.3	20	-2.4	-4.3	6.4	6.7	6.7	-0.3	0.0
República Democrática Popular Lao	50	218	163	70	1.5	5.0	57	—	4.2	6.4	6.2	3.2	0.2	3.9
República Dominicana	73	131	66	38	3.4	3.2	42	2.1	3.8	6.2	3.3	2.8	3.1	0.9
República Popular Democrática de Corea	62	70	55	55	1.2	0.0	0	—	—	4.0	2.4	1.9	2.6	1.5
República Unida de Tanzania	29	217	157	116	1.6	1.8	26	—	1.8	6.8	6.1	5.2	0.5	0.9
Rumania	126	52	32	15	2.4	4.5	53	0.9x	2.3	2.9	1.9	1.3	2.0	2.3
Rwanda	9	223	195	181	0.7	0.4	7	1.1	1.1	8.2	7.6	5.9	0.4	1.5
Saint Kitts y Nevis	117	—	36	18	—	4.1	50	6.3x	2.8	—	—	—	—	—
Samoa	95	101	50	27	3.5	3.6	46	—	2.6	6.1	4.8	4.0	1.2	1.0
San Marino	173	—	13	4	—	6.9	69	—	—	—	—	—	—	—
San Vicente y las Granadinas	114	72	22	19	5.9	0.9	14	3.3	3	6.0	3.0	2.2	3.5	1.8
Santa Lucía	117	66	21	18	5.7	0.9	14	5.3x	1.3	6.1	3.3	2.2	3.0	2.5
Santa Sede	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santo Tomé y Príncipe	38	104	101	99	0.1	0.1	2	—	—	6.5	5.4	3.9	0.9	1.9
Senegal	31	276	149	114	3.1	1.6	23	-0.7	1.1	7.0	6.6	4.7	0.3	1.9
Serbia	151	—	—	8	—	—	—	—	2.6x	2.4	2.1	1.8	0.6	1.0
Seychelles	134	59	19	13	5.7	2.2	32	2.9	1.4	—	—	—	—	—
Sierra Leona	1	371	290	262	1.2	0.6	10	-0.4	-0.4	6.5	6.5	6.5	0.0	0.0
Singapur	189	27	8	3	6.1	5.8	63	5.6	3.8	3.0	1.8	1.3	2.7	1.9
Siría, República Árabe	123	128	37	17	6.2	4.6	54	2	1.5	7.6	5.5	3.1	1.6	3.4
Somalia	19	—	203	142	—	2.1	30	-0.9	—	7.3	6.8	6.1	0.3	0.6
Sri Lanka	110	100	32	21	5.7	2.5	34	3	3.9	4.4	2.5	1.9	2.7	1.7
Sudáfrica	60	113	64	59	2.8	0.5	8	0.1	1	5.6	3.6	2.7	2.2	1.7
Sudán	34	168	125	109	1.5	0.8	13	0.1	3.6	6.6	6.0	4.3	0.5	1.9
Suecia	189	13	7	3	3.1	5.0	57	1.8	2.2	2.0	2.0	1.8	0.1	0.7
Suiza	166	18	8	5	4.1	2.8	38	1.2	0.7	2.0	1.5	1.4	1.4	0.5
Surinam	91	—	51	29	—	3.3	43	-2.4x	1.8	5.7	2.7	2.4	3.6	0.7
Swazilandia	40	199	96	91	3.6	0.3	5	3.1	-0.3	6.9	5.7	3.5	0.9	2.9
Tailandia	156	103	31	7	6.0	8.8	77	5	2.9	5.5	2.1	1.8	4.8	0.8
Tayikistán	54	138	117	67	0.8	3.3	43	—	-2.2	6.9	5.2	3.4	1.4	2.5
Territorio Palestino Ocupado	95	—	38	27	—	2.0	29	—	-2.9x	7.9	6.4	5.2	1.0	1.3
Timor-Leste	39	—	184	97	—	3.8	47	—	—	6.3	5.3	6.6	0.8	-1.2
Togo	37	219	150	100	1.9	2.4	33	-0.6	-0.2	7.0	6.4	4.9	0.5	1.6
Tonga	104	50	32	23	2.2	1.9	28	—	2	5.9	4.6	3.8	1.3	1.2
Trinidad y Tabago	78	54	34	35	2.3	-0.2	-3	0.5	5.1	3.5	2.4	1.6	1.8	2.4
Túnez	110	201	52	21	6.8	5.3	60	2.5	3.4	6.6	3.6	1.9	3.0	3.7

	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años			Tasa media anual de reducción (%) ^o		Reducción desde 1990 (%) ^o	Tasa media anual de crecimiento del PIB per cápita (%)		Tasa global de fecundidad			Tasa media anual de reducción (%)	
		1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007		1970-1990	1990-2007	1970	1990	2007	1970-1990	1990-2007
Turkmenistán	65	—	99	50	—	4.0	49	—	-6.8x	6.3	4.3	2.5	1.9	3.2
Turquía	104	201	82	23	4.5	7.5	72	1.9	2.2	5.5	3.0	2.1	3.0	2.1
Tuvalu	75	—	53	37	—	2.1	30	—	—	—	—	—	—	—
Ucrania	99	36	25	24	1.8	0.2	4	—	-0.7	2.1	1.9	1.2	0.6	2.6
Uganda	21	195	175	130	0.5	1.7	26	—	3.1	7.1	7.1	6.5	0.0	0.5
Uruguay	132	60	25	14	4.4	3.4	44	0.9	1.5	2.9	2.5	2.1	0.7	1.0
Uzbekistán	68	—	74	41	—	3.5	45	—	1.2	6.5	4.2	2.5	2.2	3.0
Vanuatu	81	155	62	34	4.6	3.5	45	1.1x	-0.4	6.3	4.9	3.8	1.2	1.6
Venezuela (República Bolivariana de)	114	62	32	19	3.3	3.1	41	-1.6	-0.2	5.4	3.4	2.6	2.2	1.7
Viet Nam	126	85	56	15	2.1	7.7	73	—	6	7.0	3.7	2.2	3.2	3.2
Yemen	48	309	127	73	4.4	3.3	43	—	1.6	8.6	8.1	5.5	0.3	2.2
Zambia	13	179	163	170	0.5	-0.2	-4	-2.3	0.1	7.4	6.5	5.2	0.7	1.2
Zimbabwe	43	131	95	90	1.6	0.3	5	-0.4	-2.1x	7.4	5.2	3.2	1.8	2.8

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	232	186	148	1.1	1.3	20	-0.1	1.3	6.8	6.3	5.2	0.4	1.1
África oriental y meridional	202	165	123	1.0	1.7	25	—	1.4	6.8	6.0	4.9	0.6	1.2
África occidental y central	260	206	169	1.2	1.2	18	-0.6	1.3	6.8	6.6	5.5	0.1	1.1
África septentrional y Oriente Medio	195	79	46	4.5	3.2	42	-0.1	1.6	6.8	5.0	3.0	1.5	3.0
Asia meridional	197	125	78	2.3	2.8	38	2.1	4.1	5.7	4.3	3.0	1.4	2.2
Asia Oriental y Pacífico	121	56	27	3.9	4.3	52	5.7	6.8	5.6	2.5	1.9	4.1	1.6
América Latina y el Caribe	122	55	26	4.0	4.4	53	1.4	1.5	5.3	3.2	2.4	2.5	1.8
ECE/CEI	91	53	25	2.7	4.4	53	—	1.6	2.8	2.3	1.7	0.9	1.9
Países industrializados [§]	24	10	6	4.4	3.0	40	2.3	1.9	2.3	1.7	1.7	1.3	0.2
Países en desarrollo [§]	162	103	74	2.3	1.9	28	2.4	4	5.8	3.6	2.8	2.3	1.6
Países menos adelantados [§]	241	179	130	1.5	1.9	27	-0.2	2.5	6.7	5.8	4.7	0.7	1.3
Mundo	143	93	68	2.2	1.8	27	2.3	2.4	4.7	3.2	2.6	1.9	1.3

[§] También incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional aparecen en la lista de la página 152.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Tasa de mortalidad de menores de 5 años – Probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta la edad de 5 años, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.

Reducción desde 1990 (%) – Porcentaje de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5) desde 1990 hasta 2007. La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas estableció en 2000 la meta de reducir en dos terceras partes (67%) la TMM5 desde 1990 a 2015. Por tanto, este indicador ofrece una evaluación actual de los progresos hacia esta meta.

PIB per cápita – El Producto Interno Bruto (PIB) es la suma del valor agregado por todos los productores residentes, más cualquier impuesto a los productos (menos subsidios) que no haya sido incluido en la valoración de la producción. El PIB per cápita es el producto interno bruto dividido por la población a mediados del año. El crecimiento se calcula sobre la base de los datos del PIB a precios constantes, en moneda local.

Tasa total de fecundidad – Número de niños que nacerían por mujer si viviera hasta el final de sus años de fecundidad y tuviera hijos a cada edad según las tasas prevalentes de fecundidad para cada edad.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Tasa de mortalidad de menores de 5 años – UNICEF, División de Población de las Naciones Unidas y División de Estadística de las Naciones Unidas.

PIB per cápita – Banco Mundial.

Fecundidad – División de Población de las Naciones Unidas.

- NOTAS**
- Datos no disponibles.
 - x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
 - ^o Un valor negativo indica un aumento en las tasas de mortalidad de menores de cinco años desde 1990.

Glosario

AIEP	Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
MICS	Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PIB	producto interno bruto
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	virus de inmunodeficiencia humana



Oficinas del UNICEF

UNICEF, Sede central

UNICEF House
3 United Nations Plaza
Nueva York, NY 10017,
Estados Unidos

UNICEF, Oficina de Ginebra

Palais des Nations
CH-1211 Ginebra 10, Suiza

Oficina Regional para Europa Central y Oriental, la Comunidad de Estados Independientes y los Estados Bálticos

Palais des Nations
CH-1211 Ginebra 10, Suiza

UNICEF, Oficina Regional para África Oriental y Meridional

Complejo de las Naciones Unidas en Gigiri
Apartado Postal 44145-00100
Nairobi, Kenya

UNICEF, Oficina Regional para África Central y Occidental

Apartado Postal 29720 Yoff
Dakar, Senegal

UNICEF, Oficina Regional para América Latina y el Caribe

Avenida Morse
Ciudad del Saber Clayton
Edificio #102
Apartado 0843-03045
Ciudad de Panamá, Panamá

UNICEF, Oficina Regional para Asia Oriental y Pacífico

Apartado Postal 2-154
19 Phra Atit Road
Bangkok 10200, Tailandia

UNICEF, Oficina Regional para Oriente Medio y Norte de África

Apartado Postal 1551
Ammán 11821, Jordania

UNICEF, Oficina Regional para Asia Meridional

Apartado Postal 5815
Lekhnath Marg
Katmandú, Nepal

**Hay más información disponible
en nuestro sitio en la Internet:
www.unicef.org/spanish**



Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

3 UN Plaza, New York, NY 10017

Estados Unidos

Internet: www.unicef.org/spanish

US \$25,00 UK £12,10 €16,80

ISBN: 978-92-806-4306-0

No. de venta: S.09.XX.1

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Diciembre 2008