

Informe sobre la salud en el mundo 2005

**¡Cada madre y cada niño contarán!**



### © Organización Mundial de la Salud 2005

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; e-mail: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS – ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales – deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; e-mail: [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

La información relativa a esta publicación puede obtenerse de:

World Health Report  
Organización Mundial de la Salud  
1211 Ginebra 27, Suiza  
Correo electrónico: [whr@who.int](mailto:whr@who.int)

Para cursar pedido de ejemplares de esta publicación: [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int).

Este informe ha sido preparado bajo la dirección general de Joy Phumaphi (Subdirectora General, Salud Maternoinfantil y Planificación de la Familia), Tim Evans (Subdirector General, Pruebas Científicas e Información para las Políticas) y Wim Van Lerberghe (Redactor Jefe). Los autores principales son Wim Van Lerberghe, Annick Manuel, Zoë Matthews y Cathy Wolfheim, y el Director de Edición fue Thomson Prentice.

Realizaron valiosas aportaciones (contribuciones, documentos de antecedentes, análisis, revisiones, sugerencias y críticas) Elisabeth Aahman, Carla Abou-Zahr, Fifi Amoako Johnson, Fred Arnold, Alberta Bacci, Rajiv Bahl, Rebecca Bailey, Robert Beaglehole, Rafael Bengoa, Janie Benson, Yves Bergevin, Stan Bernstein, Julian Bilous, Ties Boerma, Jo Borghi, Paul Bossyns, Assia Brandrup-Lukanov, Eric Buch, Flavia Bustreo, Meena Cabral de Mello, Virginia Camacho, Guy Carrin, Andrew Cassels, Kathryn Church, Alessandro Colombo, Jane Cottingham, Bernadette Daelmans, Mario Dal Poz, Catherine d'Arcangues, Hugh Darrah, Luc de Bernis, Isabelle de Zoysa, Maria Del Carmen, Carmen Dolea, Gilles Dussault, Steve Ebener, Dominique Egger, Gerry Eijkemans, Bjorn Ekman, Zine Elmorjani, Tim Ensor, Marthe Sylvie Essengue, David Evans, Vincent Fauveau, Paulo Ferrinho, Helga Fogstad, Marta Gacic Dobo, Ulf Gerdham, Adrienne Germain, Peter Ghys, Elizabeth Goodburn, Veloshnee Govender, Metin Gulmezoglu, Jean-Pierre Habicht, Sarah Hall, Laurence Haller, Steve Harvey, Peggy Henderson, Patricia Hernández, Peter Hill, Dale Huntington, Julia Hussein, Guy Hutton, Mie Inoue, Monir Islam, Christopher James, Craig Janes, Ben Johns, Rita Kabra, Betty Kirkwood, Lianne Kuppens, Joy Lawn, Jerker Liljestrand, Ornella Lincetto, Craig Lissner, Alessandro Loretto, Jane Lucas, Doris Ma Fat, Carolyn Maclennan, Ramez Mahaini, Sudhansh Malhostra, Adriane Martin Hilber, Jose Martines, Elizabeth Mason, Matthews Mathai, Dileep Mavalankar, Gillian Mayers, Juliet McEachren, Abdelhai Mechbal, Mario Merialdi, Tom Merrick, Thierry Mertens, Susan Murray, Adepeju Olukoya, Guillermo Paraje, Justin Parkhurst, Amit Patel, Vikram Patel, Steve Pearson, Gretel Peltó, Jean Perrot, Annie Portela, Dheepa Rajan, K.V. Ramani, Esther Ratsma, Linda Richter, David Sanders, Parvathy Sankar, Robert Scherpbier, Peelaam Sekhri, Gita Sen, Iqbal Shah, Della Sherratt, Kenji Shibuya, Kristjana Sigurbjornsdottir, Angelica Sousa, Niko Speybroeck, Karin Stenberg, Will Stones, Tessa Tan-Torres Edejer, Petra Ten Hoope-Bender, Ann Tinker, Wim Van Damme, Jos Vandelaer, Paul Van Look, Marcel Vekemans, Cesar Victoria, Eugenio Villar Montesinos, Yasmin Vonschirnding, Eva Wallstam, Steve Wiersma, Karl Wilhelmson, Lara Wolfson, Juliana Yartey y Jelka Zupan.

Han contribuido a elaborar los cuadros estadísticos las siguientes personas: Elisabeth Aahman, Dorjsuren Bayarsaikhan, Ana Betran, Zulfiqar Bhutta, Maureen Birmingham, Robert Black, Ties Boerma, Cynthia Boschi-Pinto, Jennifer Bryce, Agnes Couffinhal, Simon Cousens, Trevor Croft, David D. Vans, Charu C. Garg, Kim Gustavsen, Nasim Haque, Patricia Hernández, Ken Hill, Chandika Indikadhena, Mie Inoue, Gareth Jones, Betty Kirkwood, Joseph Kutzin, Joy Lawn, Eduardo Levkovitz, Edilberto Loaiza, Doris Ma Fat, Jose Martines, Elizabeth Mason, Colin Mathers, Saul Morris, Kim Mulholland, Takondwa Mwase, Bernard Nahlen, Pamela Nakamba-Kabaso, Agnès Prudhomme, Rachel Racelis, Olivier Ronveaux, Alex Rowe, Hossein Salehi, Ian Scott, U Than Sein, Kenji Shibuya, Rick Steketee, Rubén Suarez, Tessa Tan-Torres Edejer, Nathalie van de Maele, Tessa Wardlaw, Neff Walker, Hongyi Xu, Jelka Zupan y otros numerosos funcionarios de las oficinas de la OMS en los países, departamentos gubernamentales y organismos e instituciones internacionales.

Denis Aitken y Michel Jancloes aportaron observaciones e indicaciones de gran ayuda. Los Directores Regionales y algunos de sus colaboradores también facilitaron amablemente ayuda y asesoramiento.

El informe ha sido editado por Leo Vita-Finzi, con la ayuda de Barbara Campanini. Facilitaron ayuda editorial, administrativa y a la producción Shelagh Probst y Gary Walker, quien además coordinó las fotografías. Gael Kernen proporcionó la versión para el sitio web y otros medios electrónicos. Marie Fitzsimmons se encargó de la lectura de pruebas. El índice alfabético fue preparado por Kathleen Lyle.

Fotografías de la cubierta (partiendo de arriba a la izquierda, en el sentido de las agujas del reloj): L. Gubb/OMS; Pepito Frias/OMS; Armando Waak/OMS/OPS; Carlos Gaggero/OMS/OPS; Liba Taylor/OMS; Pierre Viro/OMS. Fotografías de la contracubierta (de izquierda a derecha): Pierre Viro/OMS; J. Gorstein/OMS; G. Diez/OMS; Pierre Viro/OMS. En el informe figuran varias fotografías de «River of Life», un concurso fotográfico organizado por la OMS sobre el tema de la salud sexual y reproductiva.

Diseño: Reda Sadki  
Maqueta: Steve Ewart y Reda Sadki  
Figuras: Christophe Grangier  
Retoque fotográfico: Reda Sadki y Denis Meissner  
Coordinación de la impresión: Keith Wynn  
Impreso en Francia

# mensaje del director general

La maternidad/paternidad se acompaña siempre de un fuerte deseo de ver crecer a los hijos felices y sanos. Ésta es una de las pocas constantes de la vida de las personas en todo el mundo. Sin embargo, incluso en el siglo XXI, todavía permitimos que muchos más de 10 millones de niños y medio millón de madres mueran cada año, pese a que la mayoría de esas defunciones pueden evitarse. Setenta millones de madres y sus recién nacidos, así como innumerables niños, están excluidos de la atención sanitaria a que tienen derecho. Aún más numerosos son los que sobreviven sin protección alguna contra la pobreza que puede acarrear la mala salud.

Los dirigentes reconocen que no podemos permitir que esta situación se prolongue, pero en muchos países las mejoras en ese sentido son demasiado lentas, si no nulas, y en algunos se registra incluso un empeoramiento. Las madres, los recién nacidos y los niños representan el bienestar de una sociedad y su potencial de cara al futuro. Si sus necesidades de salud quedan desatendidas, toda la sociedad se resiente.

Las propias familias y comunidades pueden hacer mucho para corregir esta situación. Pueden mejorar, por ejemplo, el estatus de la mujer en la sociedad, la crianza de los hijos, la prevención de enfermedades, la atención a los enfermos y el uso de los servicios. Pero esa área de la salud es también una responsabilidad pública.

Los programas de salud pública necesitan colaborar para que todas las familias puedan disfrutar de una continuidad asistencial que se extienda desde el embarazo (incluso antes), pasando por el parto, hasta la infancia, en lugar de los servicios a menudo fragmentados que se ofrecen actualmente. No tiene sentido dispensar cuidados a un niño e ignorar los problemas de salud de su madre, o atender a una mujer en el momento del parto, pero no así al hijo recién nacido.

Si deseamos que todas las familias tengan acceso a la asistencia, los gobiernos deben acelerar el desarrollo de sistemas de salud coherentes, integrados y eficaces. Esto implica abordar la crisis de personal sanitario, lo que exige a su vez un nivel mucho mayor de financiación y una mejor organización de ésta en relación con esos aspectos de la salud. El objetivo deben ser unos sistemas de salud capaces de responder a estas necesidades, eliminar los obstáculos financieros a la atención y proteger a las personas de la pobreza, que es tanto una causa como un efecto de la mala salud.

El mundo necesita apoyar a los países que luchan por instituir el acceso universal y la protección financiera para todos los niños y las madres. Sólo así podremos garantizar que cada madre, cada recién nacido y cada niño necesitados de atención la obtengan efectivamente, y que nadie se vea abocado a la pobreza como consecuencia de los costos de esa atención. De este modo lograremos avanzar no sólo hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sino hacia otras metas más ambiciosas.



LEE Jong-wook  
Director General  
Organización Mundial de la Salud  
Ginebra, abril de 2005

# panorama general

El *Informe sobre la salud en el mundo* de este año se publica cuando apenas queda un decenio para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), esto es, las aspiraciones internacionalmente convenidas en materia de desarrollo para la población mundial que han de cumplirse para 2015. Esos objetivos subrayan la importancia de la mejora de la salud, en particular la de las madres y los niños, como parte integral de la reducción de la pobreza.

La salud de la madre y el niño es una prioridad que se remonta a mucho antes de los años noventa, pues tiene a sus espaldas un siglo de programas, actividades y experiencias. Ahora bien, lo que ha cambiado en la última década es el enfoque mundial de los ODM y su insistencia en seguir de cerca los avances en todas las partes del planeta. Por otro lado, también se ha ido modificando con el tiempo la naturaleza de la prioridad asignada a la salud maternoinfantil. Mientras que las madres y los niños eran antes destinatarios de programas bienintencionados, ahora reclaman cada vez más la posibilidad de acceder a una atención sanitaria de calidad como un derecho garantizado por el Estado. Ese cambio de actitud ha hecho que la salud maternoinfantil haya dejado de ser una preocupación técnica para convertirse en un imperativo moral y político.

En el presente informe, la exclusión se identifica no sólo como un factor clave de la falta de equidad, sino también como uno de los principales obstáculos al progreso. En muchos países el acceso universal a esta atención a la que tienen derecho todas las mujeres y los niños está todavía lejos de materializarse. Además de pasar revista a los irregulares avances logrados hasta la fecha, el informe describe las estrategias requeridas para acelerar las mejoras que se sabe que son posibles. Es necesario reorientar las estrategias técnicas elaboradas en el marco de programas de salud maternoinfantil, así como poner más énfasis en la importancia de los problemas de los recién nacidos, que a menudo se pasan por alto. En ese sentido, se aboga en este informe por replantear la salud de la madre y el niño para empezar a hablar de salud de la madre, *el recién nacido* y el niño.

Las estrategias técnicas adecuadas para mejorar la salud de la madre, el recién nacido y el niño sólo se pueden implantar eficazmente si son ejecutadas – en todos los programas y por todos los dispensadores de servicios – desde el embarazo y el parto hasta la niñez. No tiene sentido atender a un niño e ignorar a su madre, como tampoco lo tiene preocuparse por una parturienta y no prestar la suficiente atención a la salud de su hijo recién nacido. Para asegurar a las familias el acceso universal

a una atención ininterrumpida de esta índole, es preciso que haya una interacción entre los programas, aunque lo que importa en última instancia es que se amplíen y fortalezcan los sistemas de salud. Al mismo tiempo, el hecho de colocar la salud de la madre, el recién nacido y el niño en el centro del movimiento en pro del acceso universal ofrece una plataforma para la construcción de sistemas sanitarios sostenibles allí donde las estructuras existentes son precarias o frágiles. Incluso en los lugares en que los ODM no se cumplirán plenamente para 2015, el avance hacia el acceso universal implica la posibilidad de transformar la vida de millones de personas para las décadas venideras.

### PROGRESOS IRREGULARES Y DIFERENCIAS CADA VEZ MAYORES: ¿QUÉ HA FALLADO?

Cada año 3,3 millones de niños – quizá más – nacen muertos, más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida y otros 6,6 millones mueren antes de cumplir los cinco años. Las muertes maternas también siguen constituyendo un grave problema: el total anual asciende ahora a 529 000 defunciones; con frecuencia se trata de muertes repentinas e imprevistas que se producen durante el embarazo propiamente dicho (unas 68 000 a consecuencia de un aborto peligroso), durante el parto o después de nacer el bebé. Esas muertes dejan atrás a unas familias destrozadas, que a menudo se ven arrastradas a la pobreza por tener que costear una atención sanitaria que llegó demasiado tarde o no dio resultado.

¿Cómo es posible que esa situación se mantenga si las causas de defunción son en buena parte evitables? ¿Y por qué sigue siendo preciso que este informe haga hincapié en la necesidad de centrar la atención en la salud de la madre, el recién nacido y el niño si hace décadas que ésta ocupa un lugar prioritario, y por añadidura han transcurrido más de 10 años desde que la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de las Naciones Unidas incorporó resueltamente el acceso a la atención de salud reproductiva para todos en la agenda mundial?

Aunque en los últimos años son cada vez más los países que consiguen mejorar la salud y el bienestar de las madres, los recién nacidos y los niños, aquellos que de entrada presentaban las cargas de mortalidad y morbilidad más elevadas son los que menos avances han logrado durante los años noventa. En algunos países la situación incluso ha empeorado, y se han registrado preocupantes retrocesos en lo referente a la mortalidad neonatal, en la niñez y materna. Los progresos se han ralentizado y son cada vez más desiguales, ocasionando grandes disparidades entre los países y, dentro de éstos, entre ricos y pobres. Sin una intensificación radical de los esfuerzos, hay escasas esperanzas de eliminar en todos los países las muertes maternoinfantiles evitables.

Los países donde los indicadores sanitarios correspondientes a las madres, los recién nacidos y los niños están en fase de estancamiento o retroceso a menudo han sido incapaces de destinar suficientes inversiones a sus sistemas sanitarios. Los distritos de salud han tenido dificultades para organizar el acceso a una atención eficaz para las mujeres y los niños. Las crisis humanitarias, la pobreza omnipresente y la epidemia de VIH/SIDA han contribuido todas ellas a exacerbar los efectos de los recesos económicos y la crisis de recursos humanos sanitarios. Dado que la exclusión de la atención sanitaria está muy extendida y que las desigualdades son cada vez mayores, los avances exigen un fortalecimiento de los sistemas de salud en gran escala.

Ahora bien, las decisiones técnicas siguen siendo importantes, pues en el pasado los programas no siempre han adoptado los mejores enfoques para asegurar a todos

el acceso a una atención de calidad. Con demasiada frecuencia, se ha permitido la fragmentación de los programas, lo que ha obstaculizado la continuidad en la prestación de asistencia sanitaria o impedido que se confiriese la debida atención a la profesionalización de los servicios. La experiencia técnica y los logros y fallos de los últimos años han mostrado cuál es el mejor camino para seguir adelante.

## ADOPTAR LAS DECISIONES TÉCNICAS Y ESTRATÉGICAS ADECUADAS

No cabe ninguna duda de que se dispone de los conocimientos técnicos necesarios para responder a muchos, si no a la mayoría, de los principales problemas y riesgos relacionados con la salud y la supervivencia de la madre, el recién nacido y el niño. También está cada vez más claro qué estrategias son capaces de contribuir a que las familias y los sistemas de salud puedan asegurar conjuntamente que esas soluciones técnicas se apliquen para todos, en el lugar y el momento oportunos.

Un campo en el que se han observado logros ejemplares es el de la atención prenatal: la demanda ha crecido y sigue aumentando en la mayoría de las partes del mundo. No obstante, se puede explotar mejor su considerable potencial, haciendo hincapié en las intervenciones eficaces y utilizándola como plataforma para otros programas de salud, por ejemplo en relación con el VIH/SIDA y la prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, con iniciativas centradas en la tuberculosis y la malaria y con la planificación familiar. Los agentes sanitarios también pueden aprovechar mejor la atención prenatal para ayudar a las embarazadas a prepararse para el parto y para el papel de madre o a enfrentarse a un entorno que tal vez sea poco propicio para un embarazo saludable y feliz. Las mujeres embarazadas, en particular las adolescentes, pueden estar expuestas a la violencia, la discriminación en el lugar de trabajo y en la escuela o la marginación. Estos problemas deben atajarse también, aunque no sólo, introduciendo mejoras en los entornos sociales, políticos y jurídicos. Un ejemplo ilustrativo es el modo en que las sociedades responden al problema de los embarazos involuntarios, inoportunos y no deseados, que suman muchos millones. Sigue habiendo grandes necesidades desatendidas en materia de anticoncepción, y también subsisten carencias cuantitativas y cualitativas en lo que respecta a la información y la educación. Existe además una necesidad evidente de facilitar el acceso a una atención postaborto de calidad que tenga en cuenta las necesidades de la paciente y a unos servicios de aborto seguros, en la máxima medida de lo permitido por la ley.

Prestar asistencia a la totalidad de los 136 millones de partos que se producen cada año es uno de los principales retos a los que se enfrentan ahora los sistemas de salud de todo el mundo. Ese desafío aumentará en el futuro próximo, conforme grandes cohortes de jóvenes alcancen su edad reproductiva, sobre todo en aquellas partes del planeta donde más peligroso es dar a luz. Las mujeres se arriesgan a morir para traer al mundo una nueva vida, pero con una asistencia especializada y sensible a sus necesidades, tanto durante como después del parto, se puede evitar la casi totalidad de los desenlaces fatales y las secuelas discapacitantes – por ejemplo, la tragedia de las fístulas obstétricas – y mitigar buena parte del sufrimiento. El nacimiento de un niño es un acontecimiento crucial en la vida de las familias y en la construcción de las comunidades; aunque eso debe seguir siendo así, también es importante que el parto tenga lugar en condiciones seguras. Para lograr un grado óptimo de seguridad, todas las mujeres, sin excepción, precisan una asistencia profesional especializada en el momento del parto; asimismo, es primordial que den a luz cerca de su hogar

en un entorno apropiado donde se respeten sus valores culturales en esta esfera. Lo más idóneo es que esa atención sea dispensada por una matrona diplomada o un profesional sanitario con conocimientos de partería, en un servicio descentralizado de primer nivel. Actuando de este modo es posible evitar, mitigar y solucionar muchos problemas potencialmente mortales que pueden surgir durante el parto y reducir la mortalidad materna a niveles sorprendentemente bajos. Conviene subrayar, no obstante, que en el caso de las mujeres con problemas para los que las competencias o el equipo disponibles en el primer nivel de atención son insuficientes, los profesionales especializados en partería necesitan el respaldo que sólo puede proporcionar un hospital. Todas las mujeres necesitan una asistencia materna de primer nivel, y sólo una minoría de ellas precisan una atención de apoyo, pero para ser eficaces, ambos niveles deben funcionar de forma coordinada y ser implantados simultáneamente.

La necesidad de recibir atención no cesa cuando la mujer ha dado a luz. Las horas, los días y las semanas siguientes al parto pueden ser peligrosas tanto para la madre como para su hijo. El énfasis puesto en los últimos años en la mejora de la asistencia especializada durante el parto, aunque muy positivo, no debe desviar la atención de este periodo crucial, durante el cual se producen la mitad de las muertes maternas y una cantidad considerable de enfermedades. Existe una necesidad urgente de idear maneras eficaces de organizar la continuidad de la asistencia durante las primeras semanas siguientes al parto, periodo durante el cual las responsabilidades de los servicios de salud a menudo son ambiguas o están mal definidas.

La brecha sanitaria que se observa en la prestación de atención a la mujer no sólo afecta a la asistencia posparto sino también a la asistencia posnatal. Si bien todavía se tiene una idea bastante incompleta de las necesidades desatendidas en materia de atención neonatal, está claro que los problemas de salud de los recién nacidos han sido descuidados y subestimados indebidamente. Los recién nacidos parecen haberse quedado al margen tanto de los programas de maternidad sin riesgo como de las iniciativas de supervivencia infantil. La mortalidad neonatal representa una proporción considerable de la mortalidad de niños menores de cinco años. Resulta hoy evidente que los ODM relacionados con la mortalidad en la niñez no se alcanzarán si no se registran avances sustanciales para los recién nacidos. Aunque en el mundo entero se han observado modestas disminuciones de la mortalidad neonatal (por ejemplo, las vacunas están cada vez más cerca de eliminar el tétanos como causa de muerte neonatal), algunos países del África subsahariana han experimentado retrocesos tan inesperados como alarmantes.

Para lograr progresos en salud neonatal, no se precisan costosas tecnologías, pero sí sistemas sanitarios que aseguren una atención ininterrumpida desde el comienzo del embarazo (o incluso antes) hasta el parto y el puerperio, con la correspondiente asistencia especializada de profesionales sanitarios. Ante todo, es necesario asegurar que efectivamente se produzca el traslado del lactante de los servicios de salud materna a los de salud infantil, un proceso delicado al que a menudo no se presta la debida atención. Aunque los recién nacidos que son amamantados, amados y arropados suelen salir adelante sin dificultades, es posible, y de hecho ocurre, que surjan problemas. Es primordial capacitar a las familias – en particular a las madres y los padres – para cuidar debidamente a sus hijos recién nacidos, reconocer los peligros a tiempo y obtener inmediatamente ayuda profesional si surgiera alguna dificultad.

Los mayores riesgos que acechan a la vida coinciden con el comienzo de ésta, pero ello no quiere decir que desaparezcan cuando el recién nacido crece para convertirse en lactante y luego en niño pequeño. Los programas centrados en las enfermedades

prevenibles mediante vacunación, la malnutrición, las enfermedades diarreicas o las infecciones respiratorias aún tienen mucho camino por recorrer. La inmunización, por ejemplo, ha registrado avances satisfactorios en algunas regiones, pero en otras la cobertura se ha quedado estancada en niveles que oscilan entre el 50% y el 70% y precisa un nuevo ímpetu. Sin embargo, estos programas han logrado tales avances en lo referente a la carga de morbilidad que en muchos países ha cambiado el perfil epidemiológico. Ahora es necesario contar con enfoques más integrados, en primer lugar, para responder eficazmente al cambiante espectro de problemas que requieren atención y, en segundo lugar, para lograr que la asistencia, que hasta ahora se concentraba principalmente en la supervivencia del niño, también dé prioridad a su crecimiento y desarrollo. Esto es lo que se precisa desde el punto de vista de la salud pública, y también lo que esperan las familias.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) combina un conjunto de intervenciones eficaces para prevenir las defunciones y promover un crecimiento y desarrollo sanos. En lugar de añadir simplemente más ramas a un único canal de prestación de servicios, la AIEPI ha transformado la perspectiva del sistema de salud sobre la atención infantil, logrando que no se limite al mero tratamiento de las enfermedades. Tres son los componentes principales de la AIEPI: ampliar los conocimientos del personal de salud para tratar enfermedades y ofrecer asesoramiento a las familias; fortalecer el apoyo del sistema de salud; y mejorar la capacidad de las familias y las comunidades para criar unos hijos sanos y afrontar las enfermedades que surjan. La AIEPI ha ido pues más allá de la tradicional idea de que el cometido del personal de los centros de salud es dispensar una serie de intervenciones técnicas a su población destinataria. Su logro es que está acercando la atención sanitaria a los hogares, al tiempo que contribuye a mejorar las vías de derivación de casos y la atención hospitalaria; el reto estriba ahora en poner la AIEPI al alcance de todas las familias con niños y en crear las condiciones necesarias para que éstas aprovechen ese tipo de atención siempre que sea preciso.

## AVANCES HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL: ACCESO PARA TODOS, CON PROTECCIÓN FINANCIERA

Existe un sólido consenso en cuanto a que, aunque se adopten todas las opciones técnicas adecuadas, los programas de salud materna, neonatal y del niño sólo serán eficaces si establecen conjuntamente, y también con las familias y las comunidades, una continuidad asistencial que vaya desde el embarazo y el parto hasta la niñez. Para asegurar una continuidad de esa índole, es preciso contar con sistemas de salud ampliamente fortalecidos que sitúen la atención materna, neonatal e infantil en el centro de sus estrategias de desarrollo. También es imprescindible que programas e instancias con diferentes antecedentes, intereses e integrantes aúnen sus fuerzas. El proyecto común que puede hacer confluir las distintas agendas es el acceso universal a la atención sanitaria. No se trata simplemente de afinar el discurso promotor: la idea de base es enmarcar la salud de las madres, los recién nacidos y los niños dentro de un proyecto político más amplio que sea claro y sencillo, respondiendo así a la demanda de la sociedad, que pide la protección de la salud de sus ciudadanos y el acceso a la atención sanitaria, una exigencia que se percibe cada vez más como legítima. Con todo, no debe subestimarse la magnitud del reto que supone expandir los servicios para avanzar hacia el acceso universal.

Llegar a todos los niños con un conjunto de intervenciones esenciales de salud infantil que permita cumplir los ODM e incluso superarlos es una tarea técnicamente

factible dentro del próximo decenio. En los 75 países que acaparan el grueso de la mortalidad en la niñez, se precisarían para ello US\$ 52 400 millones, además de los gastos actuales, de los que US\$ 25 000 millones representan el gasto adicional en recursos humanos. Estos US\$ 52 400 millones equivalen a un incremento inmediato del 6% del promedio actual del gasto público en salud en esos países, que para 2015 debería aumentar a un 18%. En los 21 países que encaran las mayores dificultades y donde es probable que el tiempo de implantación sea largo, el gasto público actual en salud se debería incrementar en un 27% a partir de 2006, hasta alrededor de un 76% en 2015.

En lo que respecta a la atención materna y neonatal, la meta del acceso universal está más alejada. Cabe imaginar diferentes escenarios para asegurar la expansión de los servicios, teniendo en cuenta las circunstancias específicas de cada uno de los 75 países antes mencionados. En la actualidad, aproximadamente un 43% de las madres y los recién nacidos reciben algún tipo de asistencia, pero en modo alguno toda la gama de servicios que se precisan para al menos evitar las defunciones maternas. En su conjunto, los escenarios optimistas – pero también realistas – para cada uno de estos 75 países darían acceso a una gama completa de atención de primer nivel y de apoyo en 2015 a 101 millones de madres (alrededor de un 73% del número previsto de partos) y a sus hijos. En caso de cumplirse estos escenarios, los ODM relacionados con la salud de la madre no se alcanzarían en todos los países, aunque a nivel mundial la reducción de la mortalidad materna y perinatal estaría en pleno avance. La puesta en práctica de estos 75 escenarios de país requeriría unos US\$ 39 000 millones por encima de los gastos actuales. Esto representaría en 2006 un crecimiento del 3%, que con el paso de los años iría aumentando hasta un 14%, del promedio actual del gasto público en salud de los países en cuestión. En los 20 países que en estos momentos presentan la cobertura más baja y enfrentan las mayores dificultades, el gasto público actual en salud exigiría un incremento de un 7% en 2006, que en 2015 debería ser de un 43%.

La primera tarea, y también la más apremiante, es desplegar el personal sanitario requerido para expandir los servicios de salud materna, neonatal e infantil y avanzar así hacia el acceso universal. Corregir las graves escaseces y los desequilibrios que muchos países afrontan en lo referente a la distribución de profesionales sanitarios seguirá constituyendo un reto importante en los próximos años. La labor adicional que se precisa para la extensión masiva de las actividades de atención al niño exige el equivalente a 100 000 profesionales polivalentes contratados a tiempo completo, que habría que complementar, según los escenarios para los que se ha calculado el costo, con 4,6 millones de agentes de salud comunitarios. Según las necesidades previstas en materia de dotación de personal para ampliar la cobertura de la atención materna y neonatal, haría falta formar, en los próximos 10 años, al menos 334 000 matronas adicionales – o su equivalente –, así como mejorar la preparación de 140 000 profesionales sanitarios que en estos momentos prestan atención materna de primer grado y 27 000 médicos que actualmente carecen de la competencia necesaria para ofrecer atención de apoyo.

Sin planificación y creación de capacidad, tanto a nivel nacional como dentro de los distritos sanitarios, no será posible solventar esas carencias y mejorar la combinación de especialidades y el entorno de trabajo. La planificación por sí sola, sin embargo, no basta para corregir los desaciertos que han jalonado el desarrollo de los recursos humanos. Existen problemas que tras haber sido descuidados durante años exigen ahora una atención inmediata: el más importante de ellos es la acuciante cuestión de la remuneración de la mano de obra.

En muchos países el nivel de los salarios se considera, con razón, injusto e insuficiente para cubrir los costos diarios de subsistencia, y huelga decir que no está a la altura de las expectativas de los profesionales sanitarios. Esta situación es una de las causas fundamentales de la desmotivación, la falta de productividad y las distintas formas de éxodo de profesionales y migración: de las zonas rurales a las zonas urbanas, del sector público al privado o de los países más pobres a los más ricos. Se trata asimismo de un factor que entorpece seriamente el correcto funcionamiento de los servicios, ya que muchos agentes de salud optan por el pluriempleo para mejorar sus condiciones de vida o simplemente para llegar a fin de mes; esto conduce a una competencia por el tiempo, una pérdida de recursos para el sector público y conflictos de intereses a la hora de atender a los pacientes. Pero los problemas pueden ser incluso más graves si los profesionales sanitarios adoptan un comportamiento depredador: la explotación financiera puede tener consecuencias catastróficas en los usuarios de los servicios, y obstaculizar el acceso para otros, así como acentuar la crisis de confianza en unos servicios a los que tienen derecho las madres y los niños.

Urge idear y desplegar todo un abanico de medidas que permitan romper este círculo vicioso y hacer que la productividad y la dedicación vuelvan a situarse en los niveles que espera la población y a los que aspiran la mayoría de los agentes de salud. Una de las medidas más problemáticas a este respecto es la mejora de la remuneración de la fuerza laboral. Incluso un modesto intento en este sentido, como la duplicación o incluso la triplicación de la masa salarial y las prestaciones totales de la fuerza laboral en los 75 países para los que se han desarrollado escenarios, puede seguir siendo insuficiente para captar, retener y redistribuir a profesionales de calidad. Ahora bien, únicamente para retribuir al personal de atención materna, neonatal e infantil haría falta un aumento del 2% del gasto público actual en salud durante 10 años hasta alcanzar un incremento del 17%. Una medida de ese tipo, por un lado, traería consigo consecuencias políticas y macroeconómicas y, por otro, supondría un gran esfuerzo, que los gobiernos por sí solos no podrían asumir y que también requeriría de la solidaridad internacional. En vísperas de una década que estará centrada en los recursos humanos para la salud, se precisará para ello un debate fundamental, tanto en los países como en el plano internacional, sobre el volumen de los fondos que se podrían asignar y sobre la forma de canalizarlos. Esto es especialmente importante porque la rehabilitación de la remuneración de la fuerza laboral sólo es parte de la solución: crear una atmósfera de estabilidad y esperanza también es fundamental para infundir en los profesionales de la salud la confianza que precisan para trabajar con eficiencia y entrega.

Al mismo tiempo, asegurar un acceso universal no es meramente una cuestión de incrementar la oferta de servicios y remunerar a los dispensadores de atención sanitaria. Para asegurar un uso normal de los servicios, es preciso eliminar los obstáculos económicos y ofrecer a los usuarios una protección financiera previsible contra los costos que implica recibir atención, en particular contra los gastos catastróficos que pueden arrastrar a una familia a la pobreza. Ese tipo de gastos se presentan cuando los honorarios cobrados al usuario son elevados, cuando las familias tienen una capacidad de pago limitada y cuando no están generalizados los sistemas mancomunados y de prepago. Para alcanzar la protección financiera que exige el acceso universal, los países deben evitar los sistemas de pago a cargo del usuario, oficiales o no, y asegurar la implantación generalizada de sistemas mancomunados y de prepago. Con independencia de que los países decidan basar la protección financiera en fondos recaudados mediante impuestos, en el seguro social de enfermedad o en una

combinación de ambos, es importante tener en cuenta dos condiciones: en primer lugar, que no se excluya en último término a ningún grupo de la población, y en segundo lugar, que los servicios de atención maternoinfantil figuren en lugar prioritario dentro de los derechos que corresponden a la población en materia de salud y sean financiados de un modo coherente a través del sistema elegido al efecto. Aunque se puede tardar muchos años en pasar de una situación de oferta limitada de servicios, pagos elevados del bolsillo del usuario y exclusión de los más pobres a una situación de acceso universal y protección financiera, la expansión de las redes de prestación de atención de salud debe avanzar simultáneamente con la construcción de mecanismos de seguro como los descritos.

La planificación de la atención materna, neonatal e infantil está supeditada a un elemento clave: la financiación. En primer lugar, se precisan más fondos para sufragar el robustecimiento de la oferta de servicios, con miras a avanzar hacia el acceso universal. En segundo lugar, es imprescindible ir implantando sistemas de protección financiera a medida que mejora el acceso. En tercer lugar, la canalización de ese mayor volumen de fondos, tanto nacionales como internacionales, debe garantizar la flexibilidad y previsibilidad necesarias para hacer frente a las principales dificultades que afectan al sistema sanitario, en particular los problemas relacionados con los recursos humanos.

Canalizar ese mayor volumen de flujos financieros a través de los sistemas nacionales de seguro médico – ya se trate de sistemas basados en los impuestos, del seguro social de enfermedad o de un sistema mixto – constituye la mejor manera de afrontar simultáneamente esos tres retos. Aunque ello exige importantes esfuerzos en materia de fortalecimiento de la capacidad, también ofrece la posibilidad de proteger la financiación de la fuerza laboral en las políticas de reforma del sector público y del sector sanitario y en los foros donde se deciden políticas macroeconómicas y de reducción de la pobreza. Esta solución brinda la posibilidad de abordar el problema de la remuneración y las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios de manera tal que se ofrezca a éstos perspectivas fiables y a largo plazo, cosa que no ocurre con los mecanismos tradicionales de presupuestación o las soluciones provisionales adoptadas en la financiación de proyectos.

Aunque en algunos países el esfuerzo de financiación requerido parece estar dentro de lo razonablemente posible, en muchos otros es demasiado grande para que pueda ser asumido únicamente por los gobiernos. Tanto los países como la comunidad internacional tendrán que mostrar un compromiso político sostenido para movilizar y redistribuir los cuantiosos recursos que se precisan, crear la capacidad institucional necesaria para gestionarlos y asegurar que la salud materna, neonatal e infantil permanezca en el centro de esos esfuerzos. Este decenio puede caracterizarse por la aceleración de los avances hacia la cobertura universal, lo que significa acceso y protección financiera para todos los ciudadanos. De ese modo ninguna madre, ningún recién nacido y ningún niño quedarán desatendidos. Y es que todos y cada uno de ellos merecen la máxima atención.

## RESUMEN DE LOS CAPÍTULOS

### Capítulo 1. Las madres y los niños son importantes – y su salud también

En este capítulo se recuerda cómo la salud de la madre y el niño se convirtió en una prioridad de salud pública en el siglo XX. Durante siglos, la atención maternoinfantil fue considerada como un asunto doméstico, competencia exclusiva de madres y matronas. En el siglo XX esta preocupación puramente doméstica se convirtió en una prioridad de salud pública. En los primeros años del siglo XXI, los ODM la han colocado en el centro de la lucha contra la pobreza y la desigualdad, como una cuestión de derechos humanos. Ese cambio de énfasis es trascendental para determinar cómo debe responder el mundo a los muy desiguales progresos registrados en diferentes países en ese sentido.

El capítulo ofrece un resumen de la situación actual en que se halla la salud de la madre, el recién nacido y el niño. La mayor parte de los avances se han registrado en países que ya se encontraban en una posición relativamente buena a comienzos de los años noventa, mientras que los países que partieron con las tasas de mortalidad más elevadas son también aquellos donde más decepcionantes han sido las mejoras.

En términos mundiales, las tasas de mortalidad de menores de cinco años cayeron en la última parte del siglo XX de 146 por 1000 nacidos vivos en 1970 a 79 por 1000 en 2003. Hacia el cambio de milenio, sin embargo, esa tendencia general a la baja empezó a frenarse en algunas partes del mundo. Las mejoras continuaron o se aceleraron en las Regiones de las Américas, Asia Sudoriental y Europa, mientras que en las Regiones de África, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental se observó una desaceleración de los avances. En 93 países, que conjuntamente representan el 40% de la población mundial, la mortalidad de menores de cinco años está disminuyendo rápidamente. En otros 51 países, a los que corresponde el 48% de la población mundial, los progresos son más lentos, lo que implica que únicamente cumplirán los ODM si las mejoras se aceleran de forma notable. Aún más preocupante es la situación de los 43 países que comprenden el 12% restante de la población mundial, donde los niveles de mortalidad de menores de cinco años, que ya de entrada eran altos o muy altos, están ahora en una fase de estancamiento o de retroceso.

Sólo recientemente se ha empezado a disponer de datos fiables sobre los recién nacidos, datos que por otra parte son más difíciles de interpretar. Según se desprende de las últimas estimaciones, la mortalidad neonatal, bastante más alta de lo que se solía creer, representa el 40% de las defunciones de menores de cinco años; menos del 2% de las muertes de recién nacidos se producen en países de ingresos altos. La diferencia entre países ricos y pobres parece acrecentarse cada vez más.

Más de 300 millones de mujeres del mundo entero padecen actualmente enfermedades, de corta o larga duración, atribuibles al embarazo o al parto. La distribución de las 529 000 defunciones maternas que se registran cada año, incluidas 68 000 muertes provocadas por abortos peligrosos, es aún más desigual que la de las defunciones de recién nacidos y niños: sólo un 1% se da en los países ricos. Aunque impera cierta sensación de progreso, respaldada por el seguimiento de indicadores que apuntan a un mayor uso de los servicios de salud durante el embarazo y el parto en todas las regiones, excepto el África subsahariana, durante los años noventa, el panorama general no muestra ninguna mejora espectacular, y la falta de información fiable sobre la suerte que corren las madres – y sus hijos recién nacidos – en muchos países sigue siendo alarmante.

## Capítulo 2. Los obstáculos a los progresos: ¿cuestión de contexto o de política?

En este capítulo se intentan explicar las razones de los serios reveses sufridos por los progresos de la salud maternoinfantil en muchos países. La lentitud de los avances, o el estancamiento o retroceso de la situación, están claramente relacionados con la pobreza, las crisis humanitarias y, sobre todo en el África subsahariana, los efectos directos e indirectos del VIH/SIDA. Estos factores contribuyen, al menos en parte, a acentuar o mantener la exclusión del acceso a la atención sanitaria. En numerosos países, muchas mujeres y niños ni siquiera tienen acceso a las prestaciones sanitarias más básicas, es decir, las que son importantes para la mera supervivencia.

Las causas, manifestaciones y características específicas de la exclusión varían de un país a otro. En algunos países se observa un modelo de exclusión marginal: la mayoría de la población tiene acceso a las redes de servicios, pero quedan excluidos algunos grupos importantes. En otros, generalmente en los más pobres, predomina una privación masiva: sólo una pequeña minoría, que suele estar conformada por los ricos de las zonas urbanas, disfruta de un acceso razonable, mientras que la inmensa mayoría de la población queda excluida. Estos países suelen contar con sistemas sanitarios débiles, frágiles y de escasa densidad.

Los retos de política sanitaria varían en función de los distintos modelos de exclusión. Muchos países han basado sus regímenes asistenciales en un sistema de distritos sanitarios, respaldado por una red de centros de salud y un hospital de distrito de referencia. Esas estrategias a menudo han adolecido de tal escasez de recursos que no han logrado estar a la altura de las expectativas. En este capítulo se sostiene que el modelo de distritos sanitarios sigue siendo una fórmula racional al alcance de los gobiernos para organizar la prestación de atención de salud descentralizada, aunque se requieren un compromiso e inversiones a largo plazo para obtener resultados sostenidos.

## Capítulo 3. Grandes expectativas en torno a la reducción de los riesgos del embarazo

En este capítulo se repasan los tres elementos más importantes para mejorar el desenlace de los embarazos, a saber: asegurar una buena asistencia prenatal, hallar formas adecuadas de evitar embarazos no deseados o hacer frente a sus consecuencias y mejorar el modo en que la sociedad atiende a las mujeres embarazadas.

La atención prenatal es un campo en el que se han alcanzado logros ejemplares: la cobertura mundial se amplió en un 20% durante los años noventa y sigue aumentando en la mayoría del mundo. La preocupación por un buen desenlace del embarazo ha convertido a las mujeres en el grupo más numeroso implicado activamente en la búsqueda de atención sanitaria. La atención prenatal brinda la oportunidad de prestar una asistencia que vaya mucho más allá de la puramente relacionada con el embarazo. Su potencial para promover modos de vida saludables no está suficientemente explotado; lo mismo ocurre también con el aprovechamiento de la atención prenatal como plataforma para programas centrados en la malnutrición, el VIH/SIDA, las infecciones de transmisión sexual, la malaria, la tuberculosis y la promoción de la planificación familiar. Las consultas prenatales son la ocasión ideal para establecer planes de parto que aseguren que el alumbramiento propiamente dicho tenga lugar en circunstancias seguras y que ayuden a las embarazadas a prepararse para el papel de madre.

En este capítulo se enuncian una serie de orientaciones esenciales para el futuro, entre ellas la necesidad de mejorar la calidad asistencial y de seguir ampliando la cobertura.

Incluso en las sociedades que valoran sobremanera el embarazo, la situación de una mujer encinta no siempre es envidiable. En muchos lugares es necesario mejorar los entornos sociales, políticos y jurídicos para dar respuesta a problemas como el bajo estatus que ocupa la mujer, la violencia de género, la discriminación en el lugar de trabajo y en la escuela o la marginación. Eliminar las fuentes de exclusión social es tan importante como prestar atención prenatal.

Se estima que cada año se producen 87 millones de embarazos involuntarios, inoportunos o no deseados. Subsiste una enorme necesidad desatendida de realizar inversiones en materia de anticoncepción, información y educación para prevenir los embarazos no deseados, aunque lo cierto es que ninguna política de planificación familiar será capaz de prevenirlos en su totalidad. Más de la mitad de las mujeres afectadas – esto es, 46 millones cada año – recurren al aborto inducido; el hecho de que 18 millones se sometan a él en condiciones peligrosas constituye un importante problema de salud pública. Sin embargo, sí es posible evitar todas y cada una de las 68 000 muertes y las discapacidades y el sufrimiento atribuibles a los abortos peligrosos. No se trata sólo de tener en cuenta lo que un país considere legal y lo que no, sino también de garantizar el acceso de la mujer, en la medida máxima permitida por la ley, a unos servicios de aborto y una atención postaborto de buena calidad y acordes con sus necesidades.

#### Capítulo 4. Atender 136 millones de partos anuales

En este capítulo se examinan las principales complicaciones del parto y las causas de mortalidad materna más importantes. Entre las causas directas de defunción materna más destacadas figuran las hemorragias, las infecciones, la eclampsia, el parto obstruido y los abortos peligrosos. Si bien es cierto que el parto es un momento de grandes riesgos, en muchos lugares más de la mitad de las defunciones maternas se producen durante el puerperio. Existen intervenciones eficaces para evitar la mayor parte de las muertes y discapacidades a largo plazo atribuibles al parto. La trayectoria de logros en materia de reducción de la mortalidad materna y neonatal muestra que la prestación de una atención profesional especializada durante el parto y después de éste puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte, tanto para la mujer como para el recién nacido. Y a la inversa, la obstaculización del acceso a una atención de esa índole puede conducir rápidamente a un aumento de los desenlaces desfavorables.

Todas las madres y todos los recién nacidos, no sólo los que se considera que corren un riesgo particularmente alto de padecer complicaciones, precisan una atención materna y neonatal especializada que, además de dispensarse cerca de su hogar, acercarse a su modo de vida y respetar sus valores culturales en esta esfera, ha de ser segura y correr a cargo de un profesional bien preparado que sea capaz de actuar inmediatamente si surgen complicaciones. Lo más idóneo es que esta asistencia obstétrica sea prestada por matronas diplomadas, o profesionales sanitarios con conocimientos equivalentes, en maternidades dirigidas por parteras. Estos profesionales pueden evitar, mitigar o resolver muchos de los problemas potencialmente mortales y en buena parte imprevisibles que pueden surgir durante el parto y reducir así la mortalidad materna a niveles sorprendentemente bajos. Así y todo, deben contar con el respaldo que sólo puede ofrecer un hospital para prestar ayuda a las madres que presenten problemas que superen sus competencias o los medios a su alcance. Todas las mujeres necesitan una atención materna de primer nivel, y sólo en una minoría de los casos se precisa atención de apoyo; ahora bien, para ser eficaces, ambas deben

funcionar de forma coordinada y expandirse simultáneamente. En muchos países, los niveles de utilización de los servicios de atención puerperal son incluso más bajos que los correspondientes a la atención obstétrica. Se trata de una esfera de importancia crucial, con un amplio margen para mejoras.

### Capítulo 5. Los recién nacidos cobran más importancia

Hasta hace poco no se habían hecho verdaderos esfuerzos por solucionar los problemas de salud específicos de los recién nacidos. La asistencia neonatal ha estado desatendida debido a una falta de continuidad entre los programas de salud materna y los de salud infantil.

Todos los años nacen muertos casi 3,3 millones de niños, y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida. Las defunciones de lactantes durante el periodo neonatal son tan numerosas como las que se producen en los 11 meses siguientes al parto o las registradas en los niños entre uno y cuatro años. La asistencia profesional especializada durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal es tan fundamental para el recién nacido como lo es para la madre. El desafío estriba en encontrar una manera más adecuada de establecer una continuidad entre la atención durante el embarazo, la asistencia durante el parto y la atención prestada a la madre cuando está en casa con su hijo recién nacido. Aunque el eslabón más débil de la cadena es la asistencia especializada durante el parto, la atención prestada durante las primeras semanas de vida también es problemática, porque a menudo no existe una definición clara de las responsabilidades profesionales y programáticas.

En este capítulo se presentan una serie de puntos de referencia con respecto a las necesidades en materia de recursos humanos y redes de servicios para facilitar a todos una atención materna y neonatal de primer nivel y de apoyo. En muchos países existen notables carencias de servicios y, lo que es especialmente importante, de recursos humanos. Utilizando una serie de escenarios para expandir los servicios sanitarios y avanzar hacia el acceso universal a una atención materna y neonatal tanto de primer nivel como de apoyo en 75 países, parece realista prever que la cobertura aumente del 43% actual (con una gama mínima de intervenciones) a alrededor de un 73% (con una gama completa de intervenciones) en 2015. La puesta en práctica de esos escenarios costaría US\$ 1000 millones en 2006, que aumentarían progresivamente, a medida que se expandiera la cobertura, hasta llegar a 6000 millones en 2015, lo que equivale a un desembolso total, por encima del gasto actual en salud materna y neonatal, de US\$ 39 000 millones a lo largo de 10 años. Esa suma supondría un costo adicional de unos US\$ 0,22 anuales por habitante al principio, que se iría incrementando hasta llegar a US\$ 1,18 en 2015. Según estimaciones preliminares del posible impacto de una expansión de estas características, la mortalidad materna disminuiría en esos 75 países, entre 2000 y 2015, de un nivel global de 485 por 100 000 nacimientos a 242 por 100 000 nacimientos, mientras que la mortalidad neonatal pasaría de 35 a 29 por 1000 nacidos vivos.

### Capítulo 6. Replanteamiento de la atención infantil: supervivencia, crecimiento y desarrollo

Gracias al aumento de los conocimientos, se dispone ya de intervenciones eficaces y técnicamente idóneas para reducir la mortalidad en la niñez y mejorar la salud infantil. Lo que hace falta ahora es aplicarlas en una escala mucho mayor.

En este capítulo se explica que los programas verticales empleados en los años setenta y ochenta reportaron sin duda algunos resultados rápidos y significativos. Así,

por ejemplo, el Programa Ampliado de Inmunización y diversas iniciativas en pro de la terapia de rehidratación oral, que combinaban métodos de gestión modernos y tecnologías sencillas basadas en investigaciones bien fundadas, se adoptaron y promovieron de forma muy fructífera.

A pesar de los llamativos resultados de los enfoques verticales, pronto se observaron las limitaciones que entrañaban. Al mismo tiempo, quedó claro que era conveniente adoptar un enfoque más general con respecto a las necesidades del niño, tanto para mejorar los resultados como para responder a una demanda real de las familias. La respuesta a esa nueva situación consistió en agrupar una serie de intervenciones sencillas, asequibles y eficaces para tratar de forma conjunta las principales enfermedades infantiles y la malnutrición, en el marco de una iniciativa denominada Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). La AIEPI conjuga intervenciones eficaces para prevenir las defunciones, teniendo en cuenta los cambios en la estructura de las causas de mortalidad, pero también comprende intervenciones y enfoques destinados a mejorar la salud y el desarrollo del niño. En lugar de limitarse a añadir más programas a un único canal de prestación de asistencia, la AIEPI ha dado un paso más y ha tratado de modificar la manera de enfocar la atención infantil en el sistema de salud, con objeto de asegurar una continuidad asistencial desde la familia y la comunidad, pasando por los servicios de salud de primer nivel, hasta los servicios de derivación de casos, con énfasis especial en el apoyo psicosocial y la solución de problemas.

Muchos niños siguen sin recibir una asistencia global e integrada. A medida que los programas de salud infantil continúan avanzando hacia la integración, es necesario realizar progresos hacia la cobertura universal. Si se consiguiera que una serie de intervenciones esenciales tuviera una cobertura plena, la incidencia y la tasa de letalidad de las afecciones que provocan la muerte de los niños menores de cinco años disminuirían a un nivel que permitiría a los países acercarse a los ODM e incluso superarlos. Pero esto no será posible sin un incremento masivo del gasto en salud infantil. La puesta en práctica de una serie de escenarios para alcanzar la plena cobertura en 75 países costaría US\$ 2200 millones en 2006, que aumentarían progresivamente, a medida que se expandiera la cobertura, hasta llegar a 7800 millones en 2015, lo que equivaldría a un desembolso total, por encima del gasto actual en salud materna y neonatal, de US\$ 52 400 millones a lo largo de 10 años. Esa suma supondría un costo adicional de unos US\$ 0,47 anuales por habitante al principio, que se iría incrementando hasta llegar a US\$ 1,48 en 2015.

## Capítulo 7. Conciliar la salud de la madre, el recién nacido y el niño con el desarrollo de los sistemas de salud

En este último capítulo se analiza el lugar que la salud de la madre, el recién nacido y el niño ocupa dentro del contexto más amplio del desarrollo de los sistemas sanitarios. En la actualidad, las agendas de salud materna, neonatal e infantil ya no se examinan en términos puramente técnicos, sino como parte de la agenda, más extensa, del acceso universal. De este modo, quedan enmarcadas dentro de un proyecto político claro y sencillo: el de responder a la demanda de la sociedad, que pide la protección de la salud de los ciudadanos y el acceso a la atención sanitaria, una exigencia que se percibe cada vez más como legítima.

A fin de asegurar el acceso universal, se precisa una red asistencial suficientemente densa para suministrar los servicios pertinentes. La clave está en desplegar el personal de salud requerido para lograr expandirlos. En muchos países la característica

más patente de la crisis de recursos humanos sanitarios es la abrumadora falta de profesionales de la salud y su desigual distribución. Colmar esas lagunas seguirá constituyendo un reto importante en los próximos años. Parte del problema radica en que es preciso idear formas sostenibles de ofrecer una retribución competitiva y una serie de incentivos que contribuyan a captar, motivar y retener a agentes de salud competentes y productivos. En muchos de los países donde los avances hacia la consecución de los ODM son decepcionantes, se precisan urgentemente incrementos cuantiosos de la remuneración global del personal sanitario, un reto de una magnitud tal que muchos países pobres son incapaces de afrontarlo sin ayuda.

Sin embargo, para garantizar el acceso universal no basta con desplegar unos profesionales eficientes que se encarguen de prestar los servicios oportunos. Si se quiere asegurar que los servicios de salud sean utilizados, es necesario reducir o eliminar los obstáculos financieros que dificultan el acceso y proporcionar al usuario una protección previsible frente a los costos ocasionados por la atención recibida. En este capítulo se explica que en general la introducción de sistemas basados en el pago de los gastos a cargo del usuario no supone una solución viable al problema de la falta de fondos que encara el sector de la salud e institucionaliza la exclusión de los pobres. Por otro lado, tampoco contribuye a acelerar los avances hacia el acceso universal y la protección financiera, que sólo se pueden garantizar mediante sistemas generalizados de prepago y mancomunación. Sea cual sea el método escogido para organizar estos sistemas, es importante tener en cuenta dos condiciones: en primer lugar, que no se excluya en último término a ningún grupo de población; y, en segundo lugar, que los servicios de salud de la madre, el recién nacido y el niño se sitúen en el centro del conjunto de servicios que corresponden a la población en materia de salud y sean financiados de un modo coherente a través del sistema elegido al efecto.

Con el tiempo, la mayoría de los países tienden a avanzar hacia la cobertura universal, ampliando los sistemas de prepago y de mancomunación, a medida que expanden sus redes de prestación de atención sanitaria. Esto también tiene consecuencias en los flujos de financiación dirigidos a la salud materna, neonatal e infantil. En la mayoría de los países, la mejor forma de garantizar en esta esfera la sostenibilidad financiera a corto y medio plazo radica en contemplar todas las fuentes de financiación: externas e internas, así como públicas y privadas. La canalización de los fondos hacia sistemas de seguro generalizados que, por un lado, costeen la expansión de las redes de atención sanitaria y, por otro, aseguren la protección financiera es el sistema que mayores garantías de éxito ofrece para lograr una financiación sostenible de la salud de la madre, el recién nacido y el niño y de los sistemas sanitarios de los que ésta depende.

## OFICINAS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

### Sede

Organización Mundial de la Salud  
20, avenue Appia  
1211 Ginebra 27, Suiza  
Teléfono: (41) 22 791 21 11  
Fax: (41) 22 791 31 11  
Correo electrónico: [info@who.int](mailto:info@who.int)  
Sitio web: <http://www.who.int>

### Oficina Regional de la OMS para África

Cite du Djoue  
P.O. Box 06  
Brazzaville, Congo  
Teléfono: (47) 241 39100  
Fax: (47) 241 39503  
Correo electrónico: [regafro@whoafr.org](mailto:regafro@whoafr.org)  
Sitio web: <http://www.afro.who.int>

### Oficina Regional de la OMS para las Américas/ Oficina Sanitaria Panamericana

525, 23rd Street N.W.  
Washington, D.C. 20037, EE.UU.  
Teléfono: (1) 202 974 3000  
Fax: (1) 202 974 3663  
Correo electrónico: [postmaster@paho.org](mailto:postmaster@paho.org)  
Sitio web: <http://www.paho.org>

### Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental

World Health House  
Indraprastha Estate  
Mahatma Gandhi Road  
Nueva Delhi 110002, India  
Teléfono: (91) 112 337 0804/09/10/11  
Fax: (91) 112 337 0197/337 9395  
Correo electrónico: [postmaster@whosea.org](mailto:postmaster@whosea.org)  
Sitio web: <http://www.whosea.org>

### Oficina Regional de la OMS para Europa

8, Scherfigsvej  
2100 Copenhagen Ø, Dinamarca  
Teléfono: (45) 39 17 17 17  
Fax: (45) 39 17 18 18  
Correo electrónico: [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)  
Sitio web: <http://www.who.dk>

### Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental

WHO Post Office  
Abdul Razzak Al Sanhoury Street  
Nasr City  
El Cairo 11371, Egipto  
Teléfono: (202) 670 25 35  
Fax: (202) 670 24 92 o 670 24 94  
Correo electrónico: [postmaster@emro.who.int](mailto:postmaster@emro.who.int)  
Sitio web: <http://www.emro.who.int>

### Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental

P.O. Box 2932  
Manila 1099, Filipinas  
Teléfono: (632) 528 8001  
Fax: (632) 521 1036 o 526 0279  
Correo electrónico: [postmaster@wpro.who.int](mailto:postmaster@wpro.who.int)  
Sitio web: <http://www.wpro.who.int>

### Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer

150, cours Albert-Thomas  
69372 Lyon Cédex 08, Francia  
Teléfono: (33) 472 73 84 85  
Fax: (33) 472 73 85 75  
Correo electrónico: [webmaster@iarc.fr](mailto:webmaster@iarc.fr)  
Sitio web: <http://www.iarc.fr>



Los niños son el futuro de la sociedad, y sus madres son las guardianas de ese futuro. Sin embargo, este año, casi 11 millones de niños menores de cinco años morirán por causas en gran medida prevenibles, y entre ellos hay cuatro millones que fallecerán durante el primer mes de vida. A eso hay que añadir 3,3 millones de niños nacidos muertos. Al mismo tiempo, aproximadamente medio millón de mujeres morirán durante el embarazo o el parto, o poco después.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2005 – ¡Cada madre y cada niño contarán!*, publicado por la Organización Mundial de la Salud, analiza las razones de que se sigan produciendo esas muertes de forma tan masiva y la manera de intentar reducir ese tributo anual. El informe presenta un análisis de los expertos sobre los obstáculos a los progresos en materia de salud de la madre, el recién nacido y el niño, así como una amplia serie de recomendaciones para superarlos. Se señala que disponemos ya de las intervenciones necesarias para transformar la vida de millones de madres y niños y prevenir millones de muertes trágicamente prematuras.

Para poner fin a la exclusión generalizada, es necesario que los países garanticen el acceso a la atención para cada madre y cada niño, mediante la continuidad de la asistencia desde el embarazo, pasando por el parto, hasta el periodo neonatal y la infancia. En el informe se hacen proyecciones detalladas de los esfuerzos – y los costos correspondientes – necesarios para extender masivamente el acceso universal a lo largo de la próxima década.

El acceso universal para madres y niños exige sistemas de salud capaces de responder a las necesidades y demandas de la población, y de ofrecerles protección frente a los graves problemas financieros que acarrea la mala salud. Para ello es necesario intensificar las inversiones en sistemas de salud y en los recursos humanos correspondientes. En el informe se sostiene que la salud de las madres, los recién nacidos y los niños debe constituir el núcleo de los derechos a la salud protegidos y financiados mediante fondos públicos y sistemas de seguro social de enfermedad.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2005* es una lectura fundamental para cualquier persona interesada en mejorar la salud de todas las madres, los recién nacidos y los niños y en garantizar que se les dedique toda la atención que merecen.



Informe sobre la salud en el mundo 2005

**¡Cada madre y cada  
niño contarán!**



Organización Mundial de la Salud

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Organización Mundial de la Salud.

Informe sobre la salud en el mundo 2005 – ¡Cada madre y cada niño contarán!

1.Salud mundial - tendencias 2.Bienestar materno 3.Bienestar del niño 4.Servicios de salud materna - organización y administración 5.Servicios de salud infantil - organización y administración 6.Organización Mundial de la Salud I.Título II.Título: Cada madre y cada niño contarán.

ISBN 92 4 356290 8

(Clasificación NLM: WA 540.1)

ISSN 1020-6760

### © Organización Mundial de la Salud 2005

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Comercialización y Difusión, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Comercialización y Difusión, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Se puede solicitar información sobre esta publicación a:

World Health Report

Organización Mundial de la Salud

1211 Ginebra 27, Suiza

E-mail: whr@who.int

Para cursar pedido de ejemplares de esta publicación: bookorders@who.int

Este informe ha sido preparado bajo la dirección general de Joy Phumaphi (Subdirectora General, Salud Maternoinfantil y Planificación de la Familia), Tim Evans (Subdirector General, Pruebas Científicas e Información para las Políticas) y Wim Van Lerberghe (Redactor Jefe). Los autores principales son Wim Van Lerberghe, Annick Manuel, Zoë Matthews y Cathy Wolfheim, y el Director de Edición fue Thomson Prentice.

Realizaron valiosas aportaciones (contribuciones, documentos de antecedentes, análisis, revisiones, sugerencias y críticas) Elisabeth Aahman, Carla Abou-Zahr, Fiifi Amoako Johnson, Fred Arnold, Alberta Bacci, Rajiv Bahl, Rebecca Bailey, Robert Beaglehole, Rafael Bengoa, Janie Benson, Yves Bergevin, Stan Bernstein, Julian Bilous, Ties Boerma, Jo Borghi, Paul Bossyns, Assia Brandrup-Lukanov, Eric Buch, Flavia Bustreo, Meena Cabral de Mello, Virginia Camacho, Guy Carrin, Andrew Cassels, Kathryn Church, Alessandro Colombo, Jane Cottingham, Bernadette Daelmans, Mario Dal Poz, Catherine d'Arcangues, Hugh Darrah, Luc de Bernis, Isabelle de Zoysa, Maria Del Carmen, Carmen Dolea, Gilles Dussault, Steve Ebener, Dominique Egger, Gerry Eijkemans, Bjorn Ekman, Zine Elmorjani, Tim Ensor, Marthe Sylvie Essengue, David Evans, Vincent Fauveau, Paulo Ferrinho, Helga Fogstad, Marta Gacic Dobo, Ulf Gerdham, Adrienne Germain, Peter Ghys, Elizabeth Goodburn, Veloshnee Govender, Metin Gulmezoglu, Jean-Pierre Habicht, Sarah Hall, Laurence Haller, Steve Harvey, Peggy Henderson, Patricia Hernández, Peter Hill, Dale Huntington, Julia Hussein, Guy Hutton, Mie Inoue, Monir Islam, Christopher James, Craig Janes, Ben Johns, Rita Kabra, Betty Kirkwood, Lianne Kuppens, Joy Lawn, Jerker Liljestrand, Ornella Lincetto, Craig Lissner, Alessandro Loretto, Jane Lucas, Doris Ma Fat, Carolyn MacLennan, Ramez Mahaini, Sudhansh Malhostra, Adriane Martin Hilber, Jose Martines, Elizabeth Mason, Matthews Mathai, Dileep Mavalankar, Gillian Mayers, Juliet McEachren, Abdelhai Mechbal, Mario Merialdi, Tom Merrick, Thierry Mertens, Susan Murray, Adepēju Olukoya, Guillermo Paraje, Justin Parkhurst, Amit Patel, Vikram Patel, Steve Pearson, Gretel Pelto, Jean Perrot, Annie Portela, Dheepa Rajan, K.V. Ramani, Esther Ratsma, Linda Richter, David Sanders, Parvathy Sankar, Robert Scherpbier, Peelam Sekhri, Gita Sen, Iqbal Shah, Della Sherratt, Kenji Shibuya, Kristjana Sigurbjornsdottir, Angelica Sousa, Niko Speybroeck, Karin Stenberg, Will Stones, Tessa Tan-Torres Edejer, Petra Ten Hoope-Bender, Ann Tinker, Wim Van Damme, Jos Vandelaer, Paul Van Look, Marcel Vekemans, Cesar Victoria, Eugenio Villar Montesinos, Yasmin von Schirnding, Eva Wallstam, Steve Wiersma, Karl Wilhelmson, Lara Wolfson, Juliana Yartey y Jelka Zupan.

Han contribuido a elaborar los cuadros estadísticos las siguientes personas: Elisabeth Aahman, Dorjsuren Bayarsaikhan, Ana Betran, Zulfiqar Bhutta, Maureen Birmingham, Robert Black, Ties Boerma, Cynthia Boschi-Pinto, Jennifer Bryce, Agnes Couffinal, Simon Cousens, Trevor Croft, David D. Vans, Charu C. Garg, Kim Gustavsen, Nasim Haque, Patricia Hernández, Ken Hill, Chandika Indikadahena, Mie Inoue, Gareth Jones, Betty Kirkwood, Joseph Kutzin, Joy Lawn, Eduardo Levcovitz, Edilberto Loaiza, Doris Ma Fat, Jose Martines, Elizabeth Mason, Colin Mathers, Saul Morris, Kim Mulholland, Takondwa Mwase, Bernard Nahlen, Pamela Nakamba-Kabaso, Agnès Prudhomme, Rachel Racelis, Olivier Ronveaux, Alex Rowe, Hossein Salehi, Ian Scott, U Than Sein, Kenji Shibuya, Rick Steketeë, Rubén Suarez, Tessa Tan-Torres Edejer, Nathalie van de Maele, Tessa Wardlaw, Neff Walker, Hongyi Xu, Jelka Zupan y otros numerosos funcionarios de las oficinas de la OMS en los países, departamentos gubernamentales y organismos e instituciones internacionales.

Denis Aitken y Michel Jancoes aportaron observaciones e indicaciones de gran ayuda. Los Directores Regionales y algunos de sus colaboradores también facilitaron amablemente ayuda y asesoramiento.

El informe ha sido editado por Leo Vita-Finzi, con la ayuda de Barbara Campanini. Facilitaron ayuda editorial, administrativa y a la producción Shelagh Probst y Gary Walker, quien además coordinó las fotografías. Gael Kernen proporcionó la versión para el sitio web y otros medios electrónicos. Marie Fitzsimmons se encargó de la lectura de pruebas. El índice alfabético fue preparado por Kathleen Lyle.

Fotografías de la cubierta (partiendo de arriba a la izquierda, en el sentido de las agujas del reloj): L. Gubb/OMS; Pepito Frias/OMS; Armando Waak/OMS/OPS; Carlos Gaggero/OMS/OPS; Liba Taylor/OMS; Pierre Viro/OMS. Fotografías de la contracubierta (de izquierda a derecha): Pierre Viro/OMS; J. Gorstein/OMS; G. Diez/OMS; Pierre Viro/OMS. En el informe figuran varias fotografías de «River of Life», un concurso fotográfico organizado por la OMS sobre el tema de la salud sexual y reproductiva.

Diseño: Reda Sadki

Maqueta: Steve Ewart y Reda Sadki

Figuras: Christophe Grangier

Retoque fotográfico: Reda Sadki y Denis Meissner

Coordinación de la impresión: Keith Wynn

Impreso en Francia

# índice

<b>Mensaje del Director General</b>	xi
<b>Panorama general</b>	xiii
Progresos irregulares y diferencias cada vez mayores: ¿qué ha fallado?	xiv
Adoptar las decisiones técnicas y estratégicas adecuadas	xv
Avances hacia la cobertura universal: acceso para todos, con protección financiera	xvii
Resumen de los capítulos	xxi
<b>Capítulo 1</b>	
<b>Las madres y los niños son importantes – y su salud también</b>	1
La salud maternoinfantil en sus inicios	2
En la situación actual se trata de un imperativo moral y político	4
Las madres, los niños y los Objetivos de Desarrollo del Milenio	9
Logros desiguales en materia de salud del niño	9
Esas muertes de recién nacidos que antes pasaban inadvertidas	11
La salud materna muestra pocos indicios de mejora	12
Un mosaico de avances, estancamientos y retrocesos	17
Las cifras siguen siendo elevadas	18
<b>Capítulo 2</b>	
<b>Los obstáculos a los progresos: ¿cuestión de contexto o de política?</b>	23
Cuestiones de contexto	24
La pobreza malogra los progresos	24
Los efectos directos e indirectos del VIH/SIDA	26
Los conflictos y las emergencias, causa de involución de los sistemas	27
Las muchas facetas de la exclusión de la atención sanitaria	28
Raíces de la exclusión	28
Esquemas de exclusión	32
Distintos esquemas de exclusión, distintos retos	34
¿Son los distritos la estrategia correcta para avanzar hacia la cobertura universal?	35
Una estrategia sin recursos	35
¿No han superado los distritos la prueba?	37

### Capítulo 3

#### Grandes expectativas en torno a la reducción de los riesgos del embarazo

Explotar el potencial de la atención prenatal	43
Cumplir las expectativas relacionadas con el embarazo	44
El embarazo: un periodo con sus propios peligros	46
Aprovechar las oportunidades	49
Orientaciones cruciales para el futuro	50
No todos los embarazos son causa de alegría	52
Planificar los embarazos antes de que lleguen a producirse	52
Los abortos peligrosos: un importante problema de salud pública	54
Atender las complicaciones del aborto	55
Valorar el embarazo: una cuestión de protección jurídica	56

### Capítulo 4

#### Atender 136 millones de partos anuales

Arriesgarse a morir para dar vida	65
Atención profesional competente: en el parto y después del parto	70
Éxitos y reveses: su relación con el desarrollo de los sistemas sanitarios	70
Atención calificada: la división del trabajo a examen	73
Una atención cercana a las mujeres... y segura	75
Un apoyo en caso de complicaciones	78
Despliegue simultáneo de los servicios	78
La atención puerperal es igual de importante	79

### Capítulo 5

#### Los recién nacidos cobran más importancia

Los mayores riesgos para la vida se presentan al principio	85
Progresos y algunas regresiones	88
Medidas para garantizar la atención neonatal	92
Atención durante el embarazo	92
Asistencia especializada durante el parto	93
Cuidado del recién nacido en casa	95
Garantía de continuidad asistencial	96
Planificación del acceso universal	98
Criterios para determinar las necesidades de oferta	98
Cabe ser optimistas, pero con cautela	101
Medidas para corregir el déficit de recursos humanos e infraestructura	104
Escenarios de expansión	104
Costos de la expansión	105

### Capítulo 6

#### Replanteamiento de la atención infantil: supervivencia, crecimiento y desarrollo

Mejorar las posibilidades de supervivencia	111
Aspiraciones del movimiento en pro de la atención primaria de salud	111
Éxito de los programas verticales	112
Necesidad de un cambio de estrategia	115
Combinación de un mayor número de intervenciones	115

Ocuparse de los niños, no sólo de las enfermedades	116
Organización de la atención infantil integrada	117
Familias y agentes de salud	118
Derivación de los niños enfermos	120
Acercar la atención sanitaria a los niños	122
Implantación de las intervenciones de salud infantil	123
Costo de la expansión de la cobertura	125
De las proyecciones de costos a la expansión de la cobertura	128

## Capítulo 7

### Conciliar la salud de la madre, el recién nacido y el niño con el desarrollo de los sistemas de salud

Reubicación de la SMRNN	135
Diferentes interesados, diferentes lenguajes	139
Mantener el impulso político	142
Rehabilitación del personal laboral	144
Algo más que una cuestión de cifras	144
Recuperación tras el legado de desatención	145
Desestabilización con la mejor intención	147
Resolver el problema de los salarios	148
Protección financiera para garantizar el acceso universal	149
Sustitución del cobro de honorarios por el prepago, la mancomunación y la refinanciación del sector	150
Explotar al máximo los mecanismos de protección financiera transitorios	153
Generalización de la protección financiera	153
Canalización eficaz de los fondos	154

## Anexo estadístico

Notas explicativas	163
<b>Cuadro 1</b>	
Indicadores básicos de todos los Estados Miembros	192
<b>Cuadro 2a</b>	
Tasas de mortalidad de menores de 5 años: estimaciones para 2003, cambio porcentual medio anual 1990–2003, y disponibilidad de datos 1980–2003	200
<b>Cuadro 2b</b>	
Tasas de mortalidad de menores de 5 años (por 1000) obtenidas directamente a partir de encuestas y del registro civil, desglosadas por edades y último periodo o año disponible	204
<b>Cuadro 3</b>	
Número anual de defunciones por distintas causas en menores de 5 años en las regiones de la OMS, estimaciones para 2000–2003	208
<b>Cuadro 4</b>	
Número anual de defunciones por distintas causas en recién nacidos en las regiones de la OMS, estimaciones para 2000–2003	208
<b>Cuadro 5</b>	
Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario, 1998–2002	210

<b>Cuadro 6</b>	Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario per cápita, 1998–2002	218
<b>Cuadro 7</b>	Algunos indicadores sobre la inmunización en todos los Estados Miembros	222
<b>Cuadro 8</b>	Algunos indicadores relacionados con la salud reproductiva y con la salud de la madre y el recién nacido	230

<b>Índice alfabético</b>	239
--------------------------	-----

## Figuras

<b>Figura 1.1</b>	Mortalidad en la niñez: progresos más lentos, sobre todo en África	8
<b>Figura 1.2</b>	La mortalidad neonatal y materna, relacionada con la falta de asistentes de partería calificados	10
<b>Figura 1.3</b>	Variación de las tasas de mortalidad de menores de 5 años, 1990–2003: países que muestran progresos, estancamiento o retroceso	14
<b>Figura 1.4</b>	Pautas de reducción de las tasas de mortalidad de menores de 5 años, 1990–2003	14
<b>Figura 1.5</b>	Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos en 2000	15
<b>Figura 1.6</b>	Tasa de mortalidad neonatal por 1000 nacidos vivos en 2000	15
<b>Figura 2.1</b>	Un caso de inversión temporal de la mortalidad materna: Mongolia en los primeros años noventa	25
<b>Figura 2.2</b>	Estancamiento tras un periodo de grandes progresos: cobertura con DTP3 desde 1980	28
<b>Figura 2.3</b>	Distintos esquemas de exclusión: privación masiva a niveles bajos de cobertura, y marginación de los más pobres en los niveles altos	31
<b>Figura 2.4</b>	De la privación masiva a la exclusión marginal: mejoras progresivas de la cobertura	32
<b>Figura 2.5</b>	Brecha de supervivencia entre ricos y pobres: ampliación en algunos países, estrechamiento en otros	33
<b>Figura 3.1</b>	La cobertura de atención prenatal está aumentando	44
<b>Figura 3.2</b>	Resultados de los embarazos que se producen cada año	51
<b>Figura 3.3</b>	Supuestos en los que se permite el aborto	54

<b>Figura 4.1</b>	Causas de mortalidad materna	66
<b>Figura 4.2</b>	La mortalidad materna desde los años sesenta en Malasia, Sri Lanka y Tailandia	70
<b>Figura 4.3</b>	Número de años requeridos para reducir la mortalidad materna a la mitad en algunos países	72
<b>Figura 5.1</b>	Defunciones en menores de cinco años, 2000	86
<b>Figura 5.2</b>	Número de defunciones neonatales por causas, 2000–2003	86
<b>Figura 5.3</b>	Evolución de las tasas de mortalidad neonatal entre 1995 y 2000	87
<b>Figura 5.4</b>	La mortalidad neonatal en los países de África muestra una situación de estancamiento y algunos retrocesos inesperados	88
<b>Figura 5.5</b>	La mortalidad neonatal es menor cuando las madres han recibido atención profesional	94
<b>Figura 5.6</b>	Aumenta la proporción de partos atendidos en centros de salud y partos asistidos por médicos	98
<b>Figura 5.7</b>	Carencia de recursos humanos en Benin, Burkina Faso, Malí y Níger, 2001	101
<b>Figura 5.8</b>	Costo de la expansión de la atención materna y neonatal, por encima del gasto actual	102
<b>Figura 6.1</b>	Enfoque integrado de la salud infantil	119
<b>Figura 6.2</b>	Proporción de distritos donde en 2003 se habían iniciado actividades de formación y fortalecimiento del sistema para la AIEPI	122
<b>Figura 6.3</b>	Costo de la expansión de las intervenciones de salud infantil, por encima del gasto actual	124

## Recuadros

<b>Recuadro 1.1</b>	Hitos del reconocimiento de los derechos de las mujeres y los niños	5
<b>Recuadro 1.2</b>	¿Por qué invertir dinero público en atención sanitaria para madres y niños?	6
<b>Recuadro 1.3</b>	Retroceso de la mortalidad materna en Malawi	12
<b>Recuadro 1.4</b>	El cómputo de nacimientos y defunciones	13
<b>Recuadro 2.1</b>	Crisis económica y quiebra del sistema sanitario: un encadenamiento fatídico de sucesos	24

<b>Recuadro 2.2</b>	El VIH/SIDA afecta directamente a la salud de las mujeres y los niños	25
<b>Recuadro 2.3</b>	Los distritos sanitarios pueden hacer progresos, incluso en circunstancias adversas	27
<b>Recuadro 2.4</b>	Cartografiar la exclusión del acceso a la atención obstétrica que salva vidas	29
<b>Recuadro 2.5</b>	Desarrollar distritos sanitarios funcionales: para obtener resultados sostenibles se requiere un compromiso a largo plazo	36
<b>Recuadro 3.1</b>	Reducción de la carga de malaria en las mujeres embarazadas y sus hijos	46
<b>Recuadro 3.2</b>	La anemia, una enfermedad que mata en silencio	47
<b>Recuadro 3.3</b>	Violencia contra la mujer	49
<b>Recuadro 4.1</b>	Fístula obstétrica: sobrevivir con dignidad	68
<b>Recuadro 4.2</b>	La depresión materna afecta a las madres y los niños	69
<b>Recuadro 4.3</b>	Los decepcionantes resultados del reconocimiento prenatal en la predicción de los partos de alto riesgo	73
<b>Recuadro 4.4</b>	Las parteras tradicionales: otra decepción	74
<b>Recuadro 4.5</b>	Formar al personal sanitario para un ejercicio profesional eficaz y sin riesgo	76
<b>Recuadro 5.1</b>	Explicación de las diferencias en la mortalidad materna, neonatal y en la niñez: ¿atención sanitaria o contexto?	89
<b>Recuadro 5.2</b>	Selección de sexo	91
<b>Recuadro 5.3</b>	Sobremedicalización	100
<b>Recuadro 5.4</b>	Desglose del costo previsto de la expansión de la cobertura de la atención materna y neonatal	103
<b>Recuadro 6.1</b>	¿De qué mueren hoy los niños?	114
<b>Recuadro 6.2</b>	Cómo pueden contribuir las familias a que las cosas cambien	118
<b>Recuadro 6.3</b>	Desglose del costo previsto de la expansión de la cobertura	126
<b>Recuadro 7.1</b>	Fondos internacionales para la salud de la madre, el recién nacido y el niño	136

<b>Recuadro 7.2</b>	
Instrumentos de presión: las alianzas para la salud de la madre, el recién nacido y el niño	137
<b>Recuadro 7.3</b>	
La SMRNN, la pobreza y la necesidad de información estratégica	138
<b>Recuadro 7.4</b>	
Enfoques sectoriales	139
<b>Recuadro 7.5</b>	
Reconstrucción de los sistemas de salud después de las crisis	143
<b>Recuadro 7.6</b>	
El necesario apoyo a la participación de la sociedad civil	152

## Tablas

<b>Tabla 1.1</b>	
Mortalidad neonatal y materna en los países con estancamiento o retroceso de la disminución de la mortalidad en la niñez	16
<b>Tabla 2.1</b>	
Factores que obstaculizan los progresos	24
<b>Tabla 4.1</b>	
Incidencia mundial de las principales complicaciones del parto	67
<b>Tabla 4.2</b>	
Características básicas de la atención materna y neonatal de primer nivel y de apoyo	75
<b>Tabla 5.1</b>	
Medidas para corregir el déficit de oferta sanitaria y expandir la atención materna y neonatal de primer nivel y de apoyo en 75 países (de una cobertura del 43% a una del 73% para 2015 y una cobertura plena para 2030)	105
<b>Tabla 6.1</b>	
Intervenciones básicas para mejorar la supervivencia infantil	125

# mensaje del director general

La crianza de los hijos se acompaña siempre de un fuerte deseo de verlos crecer felices y sanos. Ésta es una de las pocas constantes de la vida de las personas en todo el mundo. Sin embargo, incluso en el siglo XXI, todavía permitimos que muchos más de 10 millones de niños y medio millón de madres mueran cada año, pese a que la mayoría de esas defunciones pueden evitarse. Setenta millones de madres y sus recién nacidos, así como innumerables niños, están excluidos de la atención sanitaria a que tienen derecho. Aún más numerosos son los que sobreviven sin protección alguna contra la pobreza que puede acarrear la mala salud.

Los dirigentes reconocen que no podemos permitir que esta situación se prolongue, pero en muchos países las mejoras en ese sentido son demasiado lentas, si no nulas, y en algunos se registra incluso un empeoramiento. Las madres, los recién nacidos y los niños representan el bienestar de una sociedad y su potencial de cara al futuro. Si sus necesidades de salud quedan desatendidas, toda la sociedad se resiente.

Las propias familias y comunidades pueden hacer mucho para corregir esta situación. Pueden mejorar, por ejemplo, el estatus de la mujer en la sociedad, la crianza de los hijos, la prevención de enfermedades, la atención a los enfermos y el uso de los servicios. Pero esa área de la salud es también una responsabilidad pública.

Los programas de salud pública necesitan colaborar para que todas las familias puedan disfrutar de una continuidad asistencial que se extienda desde el embarazo (incluso antes), pasando por el parto, hasta la infancia, en lugar de los servicios a menudo fragmentados que se ofrecen actualmente. No tiene sentido dispensar cuidados a un niño e ignorar los problemas de salud de su madre, o atender a una mujer en el momento del parto, pero no así al hijo recién nacido.

Si deseamos que todas las familias tengan acceso a la asistencia, los gobiernos deben acelerar el desarrollo de sistemas de salud coherentes, integrados y eficaces. Esto implica abordar la crisis de personal sanitario, lo que exige a su vez un nivel mucho mayor de financiación y una mejor organización de ésta en relación con esos aspectos de la salud. El objetivo deben ser unos sistemas de salud capaces de responder a estas necesidades, eliminar los obstáculos financieros a la atención y proteger a las personas de la pobreza, que es tanto una causa como un efecto de la mala salud.

El mundo necesita apoyar a los países que luchan por instituir el acceso universal y la protección financiera para todos los niños y las madres. Sólo así podremos garantizar que cada madre, cada recién nacido y cada niño necesitados de atención la obtengan efectivamente, y que nadie se vea abocado a la pobreza como consecuencia de los costos de esa atención. De este modo lograremos avanzar no sólo hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sino hacia otras metas más ambiciosas.



LEE Jong-wook  
Director General  
Organización Mundial de la Salud  
Ginebra, abril de 2005

# panorama general

El *Informe sobre la salud en el mundo* de este año se publica cuando apenas queda un decenio para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), esto es, las aspiraciones internacionalmente convenidas en materia de desarrollo para la población mundial que han de cumplirse para 2015. Esos objetivos subrayan la importancia de la mejora de la salud, en particular la de las madres y los niños, como parte integral de la reducción de la pobreza.

La salud de la madre y el niño es una prioridad que se remonta a mucho antes de los años noventa, pues tiene a sus espaldas un siglo de programas, actividades y experiencias. Ahora bien, lo que ha cambiado en la última década es el enfoque mundial de los ODM y su insistencia en seguir de cerca los avances en todas las partes del planeta. Por otro lado, también se ha ido modificando con el tiempo la naturaleza de la prioridad asignada a la salud maternoinfantil. Mientras que las madres y los niños eran antes destinatarios de programas bienintencionados, ahora reclaman cada vez más la posibilidad de acceder a una atención sanitaria de calidad como un derecho garantizado por el Estado. Ese cambio de actitud ha hecho que la salud maternoinfantil haya dejado de ser una preocupación técnica para convertirse en un imperativo moral y político.

En el presente informe, la exclusión se identifica no sólo como un factor clave de la falta de equidad, sino también como uno de los principales obstáculos al progreso. En muchos países el acceso universal a esta atención a la que tienen derecho todas las mujeres y los niños está todavía lejos de materializarse. Además de pasar revista a los irregulares avances logrados hasta la fecha, el informe describe las estrategias requeridas para acelerar las mejoras que se sabe que son posibles. Es necesario reorientar las estrategias técnicas elaboradas en el marco de programas de salud maternoinfantil, así como poner más énfasis en la importancia de los problemas de los recién nacidos, que a menudo se pasan por alto. En ese sentido, se aboga en este informe por replantear la salud de la madre y el niño para empezar a hablar de salud de la madre, *el recién nacido* y el niño.

Las estrategias técnicas adecuadas para mejorar la salud de la madre, el recién nacido y el niño sólo se pueden implantar eficazmente si son ejecutadas – en todos los programas y por todos los dispensadores de servicios – desde el embarazo y el parto hasta la niñez. No tiene sentido atender a un niño e ignorar a su madre, como tampoco lo tiene preocuparse por una parturienta y no prestar la suficiente atención a la salud de su hijo recién nacido. Para asegurar a las familias el acceso universal

a una atención ininterrumpida de esta índole, es preciso que haya una interacción entre los programas, aunque lo que importa en última instancia es que se amplíen y fortalezcan los sistemas de salud. Al mismo tiempo, el hecho de colocar la salud de la madre, el recién nacido y el niño en el centro del movimiento en pro del acceso universal ofrece una plataforma para la construcción de sistemas sanitarios sostenibles allí donde las estructuras existentes son precarias o frágiles. Incluso en los lugares en que los ODM no se cumplirán plenamente para 2015, el avance hacia el acceso universal implica la posibilidad de transformar la vida de millones de personas para las décadas venideras.

## PROGRESOS IRREGULARES Y DIFERENCIAS CADA VEZ MAYORES: ¿QUÉ HA FALLADO?

Cada año 3,3 millones de niños – quizá más – nacen muertos, más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida y otros 6,6 millones mueren antes de cumplir los cinco años. Las muertes maternas también siguen constituyendo un grave problema: el total anual asciende ahora a 529 000 defunciones; con frecuencia se trata de muertes repentinas e imprevistas que se producen durante el embarazo propiamente dicho (unas 68 000 a consecuencia de un aborto peligroso), durante el parto o después de nacer el bebé. Esas muertes dejan atrás a unas familias destrozadas, que a menudo se ven arrastradas a la pobreza por tener que costear una atención sanitaria que llegó demasiado tarde o no dio resultado.

¿Cómo es posible que esa situación se mantenga si las causas de defunción son en buena parte evitables? ¿Y por qué sigue siendo preciso que este informe haga hincapié en la necesidad de centrar la atención en la salud de la madre, el recién nacido y el niño si hace décadas que ésta ocupa un lugar prioritario, y por añadidura han transcurrido más de 10 años desde que la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de las Naciones Unidas incorporó resueltamente el acceso a la atención de salud reproductiva para todos en la agenda mundial?

Aunque en los últimos años son cada vez más los países que consiguen mejorar la salud y el bienestar de las madres, los recién nacidos y los niños, aquellos que de entrada presentaban las cargas de mortalidad y morbilidad más elevadas son los que menos avances han logrado durante los años noventa. En algunos países la situación incluso ha empeorado, y se han registrado preocupantes retrocesos en lo referente a la mortalidad neonatal, en la niñez y materna. Los progresos se han ralentizado y son cada vez más desiguales, ocasionando grandes disparidades entre los países y, dentro de éstos, entre ricos y pobres. Sin una intensificación radical de los esfuerzos, hay escasas esperanzas de eliminar en todos los países las muertes maternoinfantiles evitables.

Los países donde los indicadores sanitarios correspondientes a las madres, los recién nacidos y los niños están en fase de estancamiento o retroceso a menudo han sido incapaces de destinar suficientes inversiones a sus sistemas sanitarios. Los distritos de salud han tenido dificultades para organizar el acceso a una atención eficaz para las mujeres y los niños. Las crisis humanitarias, la pobreza omnipresente y la epidemia de VIH/SIDA han contribuido todas ellas a exacerbar los efectos de los recesos económicos y la crisis de recursos humanos sanitarios. Dado que la exclusión de la atención sanitaria está muy extendida y que las desigualdades son cada vez mayores, los avances exigen un fortalecimiento de los sistemas de salud en gran escala.

Ahora bien, las decisiones técnicas siguen siendo importantes, pues en el pasado los programas no siempre han adoptado los mejores enfoques para asegurar a todos

el acceso a una atención de calidad. Con demasiada frecuencia, se ha permitido la fragmentación de los programas, lo que ha obstaculizado la continuidad en la prestación de asistencia sanitaria o impedido que se confiriese la debida atención a la profesionalización de los servicios. La experiencia técnica y los logros y fallos de los últimos años han mostrado cuál es el mejor camino para seguir adelante.

## ADOPTAR LAS DECISIONES TÉCNICAS Y ESTRATÉGICAS ADECUADAS

No cabe ninguna duda de que se dispone de los conocimientos técnicos necesarios para responder a muchos, si no a la mayoría, de los principales problemas y riesgos relacionados con la salud y la supervivencia de la madre, el recién nacido y el niño. También está cada vez más claro qué estrategias son capaces de contribuir a que las familias y los sistemas de salud puedan asegurar conjuntamente que esas soluciones técnicas se apliquen para todos, en el lugar y el momento oportunos.

Un campo en el que se han observado logros ejemplares es el de la atención prenatal: la demanda ha crecido y sigue aumentando en la mayoría de las partes del mundo. No obstante, se puede explotar mejor su considerable potencial, haciendo hincapié en las intervenciones eficaces y utilizándola como plataforma para otros programas de salud, por ejemplo en relación con el VIH/SIDA y la prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, con iniciativas centradas en la tuberculosis y la malaria y con la planificación familiar. Los agentes sanitarios también pueden aprovechar mejor la atención prenatal para ayudar a las embarazadas a prepararse para el parto y para el papel de madre o a enfrentarse a un entorno que tal vez sea poco propicio para un embarazo saludable y feliz. Las mujeres embarazadas, en particular las adolescentes, pueden estar expuestas a la violencia, la discriminación en el lugar de trabajo y en la escuela o la marginación. Estos problemas deben atajarse también, aunque no sólo, introduciendo mejoras en los entornos sociales, políticos y jurídicos. Un ejemplo ilustrativo es el modo en que las sociedades responden al problema de los embarazos involuntarios, inoportunos y no deseados, que suman muchos millones. Sigue habiendo grandes necesidades desatendidas en materia de anticoncepción, y también subsisten carencias cuantitativas y cualitativas en lo que respecta a la información y la educación. Existe además una necesidad evidente de facilitar el acceso a una atención postaborto de calidad que tenga en cuenta las necesidades de la paciente y a unos servicios de aborto seguros, en la máxima medida de lo permitido por la ley.

Prestar asistencia a la totalidad de los 136 millones de partos que se producen cada año es uno de los principales retos a los que se enfrentan ahora los sistemas de salud de todo el mundo. Ese desafío aumentará en el futuro próximo, conforme grandes cohortes de jóvenes alcancen su edad reproductiva, sobre todo en aquellas partes del planeta donde más peligroso es dar a luz. Las mujeres se arriesgan a morir para traer al mundo una nueva vida, pero con una asistencia especializada y sensible a sus necesidades, tanto durante como después del parto, se puede evitar la casi totalidad de los desenlaces fatales y las secuelas discapacitantes – por ejemplo, la tragedia de las fístulas obstétricas – y mitigar buena parte del sufrimiento. El nacimiento de un niño es un acontecimiento crucial en la vida de las familias y en la construcción de las comunidades; aunque eso debe seguir siendo así, también es importante que el parto tenga lugar en condiciones seguras. Para lograr un grado óptimo de seguridad, todas las mujeres, sin excepción, precisan una asistencia profesional especializada en el momento del parto; asimismo, es primordial que den a luz cerca de su hogar

en un entorno apropiado donde se respeten sus valores culturales en esta esfera. Lo más idóneo es que esa atención sea dispensada por una matrona diplomada o un profesional sanitario con conocimientos de partería, en un servicio descentralizado de primer nivel. Actuando de este modo es posible evitar, mitigar y solucionar muchos problemas potencialmente mortales que pueden surgir durante el parto y reducir la mortalidad materna a niveles sorprendentemente bajos. Conviene subrayar, no obstante, que en el caso de las mujeres con problemas para los que las competencias o el equipo disponibles en el primer nivel de atención son insuficientes, los profesionales especializados en partería necesitan el respaldo que sólo puede proporcionar un hospital. Todas las mujeres necesitan una asistencia materna de primer nivel, y sólo una minoría de ellas precisan una atención de apoyo, pero para ser eficaces, ambos niveles deben funcionar de forma coordinada y ser implantados simultáneamente.

La necesidad de recibir atención no cesa cuando la mujer ha dado a luz. Las horas, los días y las semanas siguientes al parto pueden ser peligrosas tanto para la madre como para su hijo. El énfasis puesto en los últimos años en la mejora de la asistencia especializada durante el parto, aunque muy positivo, no debe desviar la atención de este periodo crucial, durante el cual se producen la mitad de las muertes maternas y una cantidad considerable de enfermedades. Existe una necesidad urgente de idear maneras eficaces de organizar la continuidad de la asistencia durante las primeras semanas siguientes al parto, periodo durante el cual las responsabilidades de los servicios de salud a menudo son ambiguas o están mal definidas.

La brecha sanitaria que se observa en la prestación de atención a la mujer no sólo afecta a la atención posparto sino también a la atención posnatal. Si bien todavía se tiene una idea bastante incompleta de las necesidades desatendidas en materia de atención neonatal, está claro que los problemas de salud de los recién nacidos han sido descuidados y subestimados indebidamente. Los recién nacidos parecen haberse quedado al margen tanto de los programas de maternidad sin riesgo como de las iniciativas de supervivencia infantil. La mortalidad neonatal representa una proporción considerable de la mortalidad de niños menores de cinco años. Resulta hoy evidente que los ODM relacionados con la mortalidad en la niñez no se alcanzarán si no se registran avances sustanciales para los recién nacidos. Aunque en el mundo entero se han observado modestas disminuciones de la mortalidad neonatal (por ejemplo, las vacunas están cada vez más cerca de eliminar el tétanos como causa de muerte neonatal), algunos países del África subsahariana han experimentado retrocesos tan inesperados como alarmantes.

Para lograr progresos en salud neonatal, no se precisan costosas tecnologías, pero sí sistemas sanitarios que aseguren una atención ininterrumpida desde el comienzo del embarazo (o incluso antes) hasta el parto y el puerperio, con la correspondiente asistencia especializada de profesionales sanitarios. Ante todo, es necesario asegurar que efectivamente se produzca el traslado del lactante de los servicios de salud materna a los de salud infantil, un proceso delicado al que a menudo no se presta la debida atención. Aunque los recién nacidos que son amamantados, amados y arropados suelen salir adelante sin dificultades, es posible, y de hecho ocurre, que surjan problemas. Es primordial capacitar a las familias – en particular a las madres y los padres – para cuidar debidamente a sus hijos recién nacidos, reconocer los peligros a tiempo y obtener inmediatamente ayuda profesional si surgiera alguna dificultad.

Los mayores riesgos que acechan a la vida coinciden con el comienzo de ésta, pero ello no quiere decir que desaparezcan cuando el recién nacido crece para convertirse en lactante y luego en niño pequeño. Los programas centrados en las enfermedades

prevenibles mediante vacunación, la malnutrición, las enfermedades diarreicas o las infecciones respiratorias aún tienen mucho camino por recorrer. La inmunización, por ejemplo, ha registrado avances satisfactorios en algunas regiones, pero en otras la cobertura se ha quedado estancada en niveles que oscilan entre el 50% y el 70% y precisa un nuevo ímpetu. Sin embargo, estos programas han logrado tales avances en lo referente a la carga de morbilidad que en muchos países ha cambiado el perfil epidemiológico. Ahora es necesario contar con enfoques más integrados, en primer lugar, para responder eficazmente al cambiante espectro de problemas que requieren atención y, en segundo lugar, para lograr que la asistencia, que hasta ahora se concentraba principalmente en la supervivencia del niño, también dé prioridad a su crecimiento y desarrollo. Esto es lo que se precisa desde el punto de vista de la salud pública, y también lo que esperan las familias.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) combina un conjunto de intervenciones eficaces para prevenir las defunciones y promover un crecimiento y desarrollo sanos. En lugar de añadir simplemente más ramas a un único canal de prestación de servicios, la AIEPI ha transformado la perspectiva del sistema de salud sobre la atención infantil, logrando que no se limite al mero tratamiento de las enfermedades. Tres son los componentes principales de la AIEPI: ampliar los conocimientos del personal de salud para tratar enfermedades y ofrecer asesoramiento a las familias; fortalecer el apoyo del sistema de salud; y mejorar la capacidad de las familias y las comunidades para criar unos hijos sanos y afrontar las enfermedades que surjan. La AIEPI ha ido pues más allá de la tradicional idea de que el cometido del personal de los centros de salud es dispensar una serie de intervenciones técnicas a su población destinataria. Su logro es que está acercando la atención sanitaria a los hogares, al tiempo que contribuye a mejorar las vías de derivación de casos y la atención hospitalaria; el reto estriba ahora en poner la AIEPI al alcance de todas las familias con niños y en crear las condiciones necesarias para que éstas aprovechen ese tipo de atención siempre que sea preciso.

## AVANCES HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL: ACCESO PARA TODOS, CON PROTECCIÓN FINANCIERA

Existe un sólido consenso en cuanto a que, aunque se adopten todas las opciones técnicas adecuadas, los programas de salud materna, neonatal y del niño sólo serán eficaces si establecen conjuntamente, y también con las familias y las comunidades, una continuidad asistencial que vaya desde el embarazo y el parto hasta la niñez. Para asegurar una continuidad de esa índole, es preciso contar con sistemas de salud ampliamente fortalecidos que sitúen la atención materna, neonatal e infantil en el centro de sus estrategias de desarrollo. También es imprescindible que programas e instancias con diferentes antecedentes, intereses e integrantes aúnen sus fuerzas. El proyecto común que puede hacer confluir las distintas agendas es el acceso universal a la atención sanitaria. No se trata simplemente de afinar el discurso promotor: la idea de base es enmarcar la salud de las madres, los recién nacidos y los niños dentro de un proyecto político más amplio que sea claro y sencillo, respondiendo así a la demanda de la sociedad, que pide la protección de la salud de sus ciudadanos y el acceso a la atención sanitaria, una exigencia que se percibe cada vez más como legítima. Con todo, no debe subestimarse la magnitud del reto que supone expandir los servicios para avanzar hacia el acceso universal.

Llegar a todos los niños con un conjunto de intervenciones esenciales de salud infantil que permita cumplir los ODM e incluso superarlos es una tarea técnicamente

factible dentro del próximo decenio. En los 75 países que acaparan el grueso de la mortalidad en la niñez, se precisarían para ello US\$ 52 400 millones, además de los gastos actuales, de los que US\$ 25 000 millones representan el gasto adicional en recursos humanos. Estos US\$ 52 400 millones equivalen a un incremento inmediato del 6% del promedio actual del gasto público en salud en esos países, que para 2015 debería aumentar a un 18%. En los 21 países que encaran las mayores dificultades y donde es probable que el tiempo de implantación sea largo, el gasto público actual en salud se debería incrementar en un 27% a partir de 2006, hasta alrededor de un 76% en 2015.

En lo que respecta a la atención materna y neonatal, la meta del acceso universal está más alejada. Cabe imaginar diferentes escenarios para asegurar la expansión de los servicios, teniendo en cuenta las circunstancias específicas de cada uno de los 75 países antes mencionados. En la actualidad, aproximadamente un 43% de las madres y los recién nacidos reciben algún tipo de asistencia, pero en modo alguno toda la gama de servicios que se precisan para al menos evitar las defunciones maternas. En su conjunto, los escenarios optimistas – pero también realistas – para cada uno de estos 75 países darían acceso a una gama completa de atención de primer nivel y de apoyo en 2015 a 101 millones de madres (alrededor de un 73% del número previsto de partos) y a sus hijos. En caso de cumplirse estos escenarios, los ODM relacionados con la salud de la madre no se alcanzarían en todos los países, aunque a nivel mundial la reducción de la mortalidad materna y perinatal estaría en pleno avance. La puesta en práctica de estos 75 escenarios de país requeriría unos US\$ 39 000 millones por encima de los gastos actuales. Esto representaría en 2006 un crecimiento del 3%, que con el paso de los años iría aumentando hasta un 14%, del promedio actual del gasto público en salud de los países en cuestión. En los 20 países que en estos momentos presentan la cobertura más baja y enfrentan las mayores dificultades, el gasto público actual en salud exigiría un incremento de un 7% en 2006, que en 2015 debería ser de un 43%.

La primera tarea, y también la más apremiante, es desplegar el personal sanitario requerido para expandir los servicios de salud materna, neonatal e infantil y avanzar así hacia el acceso universal. Corregir las graves escaseces y los desequilibrios que muchos países afrontan en lo referente a la distribución de profesionales sanitarios seguirá constituyendo un reto importante en los próximos años. La labor adicional que se precisa para la extensión masiva de las actividades de atención al niño exige el equivalente a 100 000 profesionales polivalentes contratados a tiempo completo, que habría que complementar, según los escenarios para los que se ha calculado el costo, con 4,6 millones de agentes de salud comunitarios. Según las necesidades previstas en materia de dotación de personal para ampliar la cobertura de la atención materna y neonatal, haría falta formar, en los próximos 10 años, al menos 334 000 matronas adicionales – o su equivalente –, así como mejorar la preparación de 140 000 profesionales sanitarios que en estos momentos prestan atención materna de primer grado y 27 000 médicos que actualmente carecen de la competencia necesaria para ofrecer atención de apoyo.

Sin planificación y creación de capacidad, tanto a nivel nacional como dentro de los distritos sanitarios, no será posible solventar esas carencias y mejorar la combinación de especialidades y el entorno de trabajo. La planificación por sí sola, sin embargo, no basta para corregir los desaciertos que han jalonado el desarrollo de los recursos humanos. Existen problemas que tras haber sido descuidados durante años exigen ahora una atención inmediata: el más importante de ellos es la acuciante cuestión de la remuneración de la mano de obra.

En muchos países el nivel de los salarios se considera, con razón, injusto e insuficiente para cubrir los costos diarios de subsistencia, y huelga decir que no está a la altura de las expectativas de los profesionales sanitarios. Esta situación es una de las causas fundamentales de la desmotivación, la falta de productividad y las distintas formas de éxodo de profesionales y migración: de las zonas rurales a las zonas urbanas, del sector público al privado o de los países más pobres a los más ricos. Se trata asimismo de un factor que entorpece seriamente el correcto funcionamiento de los servicios, ya que muchos agentes de salud optan por el pluriempleo para mejorar sus condiciones de vida o simplemente para llegar a fin de mes; esto conduce a una competencia por el tiempo, una pérdida de recursos para el sector público y conflictos de intereses a la hora de atender a los pacientes. Pero los problemas pueden ser incluso más graves si los profesionales sanitarios adoptan un comportamiento depredador: la explotación financiera puede tener consecuencias catastróficas en los usuarios de los servicios, y obstaculizar el acceso para otros, así como acentuar la crisis de confianza en unos servicios a los que tienen derecho las madres y los niños.

Urge idear y desplegar todo un abanico de medidas que permitan romper este círculo vicioso y hacer que la productividad y la dedicación vuelvan a situarse en los niveles que espera la población y a los que aspiran la mayoría de los agentes de salud. Una de las medidas más problemáticas a este respecto es la mejora de la remuneración de la fuerza laboral. Incluso un modesto intento en este sentido, como la duplicación o incluso la triplicación de la masa salarial y las prestaciones totales de la fuerza laboral en los 75 países para los que se han desarrollado escenarios, puede seguir siendo insuficiente para captar, retener y redistribuir a profesionales de calidad. Ahora bien, únicamente para retribuir al personal de atención materna, neonatal e infantil haría falta un aumento del 2% del gasto público actual en salud durante 10 años hasta alcanzar un incremento del 17%. Una medida de ese tipo, por un lado, traería consigo consecuencias políticas y macroeconómicas y, por otro, supondría un gran esfuerzo, que los gobiernos por sí solos no podrían asumir y que también requeriría de la solidaridad internacional. En vísperas de una década que estará centrada en los recursos humanos para la salud, se precisará para ello un debate fundamental, tanto en los países como en el plano internacional, sobre el volumen de los fondos que se podrían asignar y sobre la forma de canalizarlos. Esto es especialmente importante porque la rehabilitación de la remuneración de la fuerza laboral sólo es parte de la solución: crear una atmósfera de estabilidad y esperanza también es fundamental para infundir en los profesionales de la salud la confianza que precisan para trabajar con eficiencia y entrega.

Al mismo tiempo, asegurar un acceso universal no es meramente una cuestión de incrementar la oferta de servicios y remunerar a los dispensadores de atención sanitaria. Para asegurar un uso normal de los servicios, es preciso eliminar los obstáculos económicos y ofrecer a los usuarios una protección financiera previsible contra los costos que implica recibir atención, en particular contra los gastos catastróficos que pueden arrastrar a una familia a la pobreza. Ese tipo de gastos se presentan cuando los honorarios cobrados al usuario son elevados, cuando las familias tienen una capacidad de pago limitada y cuando no están generalizados los sistemas mancomunados y de prepago. Para alcanzar la protección financiera que exige el acceso universal, los países deben evitar los sistemas de pago a cargo del usuario, oficiales o no, y asegurar la implantación generalizada de sistemas mancomunados y de prepago. Con independencia de que los países decidan basar la protección financiera en fondos recaudados mediante impuestos, en el seguro social de enfermedad o en una

combinación de ambos, es importante tener en cuenta dos condiciones: en primer lugar, que no se excluya en último término a ningún grupo de la población, y en segundo lugar, que los servicios de atención maternoinfantil figuren en lugar prioritario dentro de los derechos que corresponden a la población en materia de salud y sean financiados de un modo coherente a través del sistema elegido al efecto. Aunque se puede tardar muchos años en pasar de una situación de oferta limitada de servicios, pagos elevados del bolsillo del usuario y exclusión de los más pobres a una situación de acceso universal y protección financiera, la expansión de las redes de prestación de atención de salud debe avanzar simultáneamente con la construcción de mecanismos de seguro como los descritos.

La planificación de la atención materna, neonatal e infantil está supeditada a un elemento clave: la financiación. En primer lugar, se precisan más fondos para sufragar el robustecimiento de la oferta de servicios, con miras a avanzar hacia el acceso universal. En segundo lugar, es imprescindible ir implantando sistemas de protección financiera a medida que mejora el acceso. En tercer lugar, la canalización de ese mayor volumen de fondos, tanto nacionales como internacionales, debe garantizar la flexibilidad y previsibilidad necesarias para hacer frente a las principales dificultades que afectan al sistema sanitario, en particular los problemas relacionados con los recursos humanos.

Canalizar ese mayor volumen de flujos financieros a través de los sistemas nacionales de seguro médico – ya se trate de sistemas basados en los impuestos, del seguro social de enfermedad o de un sistema mixto – constituye la mejor manera de afrontar simultáneamente esos tres retos. Aunque ello exige importantes esfuerzos en materia de fortalecimiento de la capacidad, también ofrece la posibilidad de proteger la financiación de la fuerza laboral en las políticas de reforma del sector público y del sector sanitario y en los foros donde se deciden políticas macroeconómicas y de reducción de la pobreza. Esta solución brinda la posibilidad de abordar el problema de la remuneración y las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios de manera tal que se ofrezca a éstos perspectivas fiables y a largo plazo, cosa que no ocurre con los mecanismos tradicionales de presupuestación o las soluciones provisionales adoptadas en la financiación de proyectos.

Aunque en algunos países el esfuerzo de financiación requerido parece estar dentro de lo razonablemente posible, en muchos otros es demasiado grande para que pueda ser asumido únicamente por los gobiernos. Tanto los países como la comunidad internacional tendrán que mostrar un compromiso político sostenido para movilizar y redistribuir los cuantiosos recursos que se precisan, crear la capacidad institucional necesaria para gestionarlos y asegurar que la salud materna, neonatal e infantil permanezca en el centro de esos esfuerzos. Este decenio puede caracterizarse por la aceleración de los avances hacia la cobertura universal, lo que significa acceso y protección financiera para todos los ciudadanos. De ese modo ninguna madre, ningún recién nacido y ningún niño quedarán desatendidos. Y es que todos y cada uno de ellos merecen la máxima atención.

## RESUMEN DE LOS CAPÍTULOS

### Capítulo 1. Las madres y los niños son importantes – y su salud también

En este capítulo se recuerda cómo la salud de la madre y el niño se convirtió en una prioridad de salud pública en el siglo XX. Durante siglos, la atención maternoinfantil fue considerada como un asunto doméstico, competencia exclusiva de madres y matronas. En el siglo XX esta preocupación puramente doméstica se convirtió en una prioridad de salud pública. En los primeros años del siglo XXI, los ODM la han colocado en el centro de la lucha contra la pobreza y la desigualdad, como una cuestión de derechos humanos. Ese cambio de énfasis es trascendental para determinar cómo debe responder el mundo a los muy desiguales progresos registrados en diferentes países en ese sentido.

El capítulo ofrece un resumen de la situación actual en que se halla la salud de la madre, el recién nacido y el niño. La mayor parte de los avances se han registrado en países que ya se encontraban en una posición relativamente buena a comienzos de los años noventa, mientras que los países que partieron con las tasas de mortalidad más elevadas son también aquellos donde más decepcionantes han sido las mejoras.

En términos mundiales, las tasas de mortalidad de menores de cinco años cayeron en la última parte del siglo XX de 146 por 1000 nacidos vivos en 1970 a 79 por 1000 en 2003. Hacia el cambio de milenio, sin embargo, esa tendencia general a la baja empezó a frenarse en algunas partes del mundo. Las mejoras continuaron o se aceleraron en las Regiones de las Américas, Asia Sudoriental y Europa, mientras que en las Regiones de África, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental se observó una desaceleración de los avances. En 93 países, que conjuntamente representan el 40% de la población mundial, la mortalidad de menores de cinco años está disminuyendo rápidamente. En otros 51 países, a los que corresponde el 48% de la población mundial, los progresos son más lentos, lo que implica que únicamente cumplirán los ODM si las mejoras se aceleran de forma notable. Aún más preocupante es la situación de los 43 países que comprenden el 12% restante de la población mundial, donde los niveles de mortalidad de menores de cinco años, que ya de entrada eran altos o muy altos, están ahora en una fase de estancamiento o de retroceso.

Sólo recientemente se ha empezado a disponer de datos fiables sobre los recién nacidos, datos que por otra parte son más difíciles de interpretar. Según se desprende de las últimas estimaciones, la mortalidad neonatal, bastante más alta de lo que se solía creer, representa el 40% de las defunciones de menores de cinco años; menos del 2% de las muertes de recién nacidos se producen en países de ingresos altos. La diferencia entre países ricos y pobres parece acrecentarse cada vez más.

Más de 300 millones de mujeres del mundo entero padecen actualmente enfermedades, de corta o larga duración, atribuibles al embarazo o al parto. La distribución de las 529 000 defunciones maternas que se registran cada año, incluidas 68 000 muertes provocadas por abortos peligrosos, es aún más desigual que la de las defunciones de recién nacidos y niños: sólo un 1% se da en los países ricos. Aunque impera cierta sensación de progreso, respaldada por el seguimiento de indicadores que apuntan a un mayor uso de los servicios de salud durante el embarazo y el parto en todas las regiones, excepto el África subsahariana, durante los años noventa, el panorama general no muestra ninguna mejora espectacular, y la falta de información fiable sobre la suerte que corren las madres – y sus hijos recién nacidos – en muchos países sigue siendo alarmante.

## Capítulo 2. Los obstáculos a los progresos: ¿cuestión de contexto o de política?

En este capítulo se intentan explicar las razones de los serios reveses sufridos por los progresos de la salud maternoinfantil en muchos países. La lentitud de los avances, o el estancamiento o retroceso de la situación, están claramente relacionados con la pobreza, las crisis humanitarias y, sobre todo en el África subsahariana, los efectos directos e indirectos del VIH/SIDA. Estos factores contribuyen, al menos en parte, a acentuar o mantener la exclusión del acceso a la atención sanitaria. En numerosos países, muchas mujeres y niños ni siquiera tienen acceso a las prestaciones sanitarias más básicas, es decir, las que son importantes para la mera supervivencia.

Las causas, manifestaciones y características específicas de la exclusión varían de un país a otro. En algunos países se observa un modelo de exclusión marginal: la mayoría de la población tiene acceso a las redes de servicios, pero quedan excluidos algunos grupos importantes. En otros, generalmente en los más pobres, predomina una privación masiva: sólo una pequeña minoría, que suele estar conformada por los ricos de las zonas urbanas, disfruta de un acceso razonable, mientras que la inmensa mayoría de la población queda excluida. Estos países suelen contar con sistemas sanitarios débiles, frágiles y de escasa densidad.

Los retos de política sanitaria varían en función de los distintos modelos de exclusión. Muchos países han basado sus regímenes asistenciales en un sistema de distritos sanitarios, respaldado por una red de centros de salud y un hospital de distrito de referencia. Esas estrategias a menudo han adolecido de tal escasez de recursos que no han logrado estar a la altura de las expectativas. En este capítulo se sostiene que el modelo de distritos sanitarios sigue siendo una fórmula racional al alcance de los gobiernos para organizar la prestación de atención de salud descentralizada, aunque se requieren un compromiso e inversiones a largo plazo para obtener resultados sostenidos.

## Capítulo 3. Grandes expectativas en torno a la reducción de los riesgos del embarazo

En este capítulo se repasan los tres elementos más importantes para mejorar el desenlace de los embarazos, a saber: asegurar una buena asistencia prenatal, hallar formas adecuadas de evitar embarazos no deseados o hacer frente a sus consecuencias y mejorar el modo en que la sociedad atiende a las mujeres embarazadas.

La atención prenatal es un campo en el que se han alcanzado logros ejemplares: la cobertura mundial se amplió en un 20% durante los años noventa y sigue aumentando en la mayoría del mundo. La preocupación por un buen desenlace del embarazo ha convertido a las mujeres en el grupo más numeroso implicado activamente en la búsqueda de atención sanitaria. La atención prenatal brinda la oportunidad de prestar una asistencia que vaya mucho más allá de la puramente relacionada con el embarazo. Su potencial para promover modos de vida saludables no está suficientemente explotado; lo mismo ocurre también con el aprovechamiento de la atención prenatal como plataforma para programas centrados en la malnutrición, el VIH/SIDA, las infecciones de transmisión sexual, la malaria, la tuberculosis y la promoción de la planificación familiar. Las consultas prenatales son la ocasión ideal para establecer planes de parto que aseguren que el alumbramiento propiamente dicho tenga lugar en circunstancias seguras y que ayuden a las embarazadas a prepararse para el papel de madre.

En este capítulo se enuncian una serie de orientaciones esenciales para el futuro, entre ellas la necesidad de mejorar la calidad asistencial y de seguir ampliando la cobertura.

Incluso en las sociedades que valoran sobremanera el embarazo, la situación de una mujer encinta no siempre es envidiable. En muchos lugares es necesario mejorar los entornos sociales, políticos y jurídicos para dar respuesta a problemas como el bajo estatus que ocupa la mujer, la violencia de género, la discriminación en el lugar de trabajo y en la escuela o la marginación. Eliminar las fuentes de exclusión social es tan importante como prestar atención prenatal.

Se estima que cada año se producen 87 millones de embarazos involuntarios, inoportunos o no deseados. Subsiste una enorme necesidad desatendida de realizar inversiones en materia de anticoncepción, información y educación para prevenir los embarazos no deseados, aunque lo cierto es que ninguna política de planificación familiar será capaz de prevenirlos en su totalidad. Más de la mitad de las mujeres afectadas – esto es, 46 millones cada año – recurren al aborto provocado; el hecho de que 18 millones se sometan a él en condiciones peligrosas constituye un importante problema de salud pública. Sin embargo, sí es posible evitar todas y cada una de las 68 000 muertes y las discapacidades y el sufrimiento atribuibles a los abortos peligrosos. No se trata sólo de tener en cuenta lo que un país considere legal y lo que no, sino también de garantizar el acceso de la mujer, en la medida máxima permitida por la ley, a unos servicios de aborto y una atención postaborto de buena calidad y acordes con sus necesidades.

#### Capítulo 4. Atender 136 millones de partos anuales

En este capítulo se examinan las principales complicaciones del parto y las causas de mortalidad materna más importantes. Entre las causas directas de defunción materna más destacadas figuran las hemorragias, las infecciones, la eclampsia, el parto obstruido y los abortos peligrosos. Si bien es cierto que el parto es un momento de grandes riesgos, en muchos lugares más de la mitad de las defunciones maternas se producen durante el puerperio. Existen intervenciones eficaces para evitar la mayor parte de las muertes y discapacidades a largo plazo atribuibles al parto. La trayectoria de logros en materia de reducción de la mortalidad materna y neonatal muestra que la prestación de una atención profesional especializada durante el parto y después de éste puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte, tanto para la mujer como para el recién nacido. Y a la inversa, la obstaculización del acceso a una atención de esa índole puede conducir rápidamente a un aumento de los desenlaces desfavorables.

Todas las madres y todos los recién nacidos, no sólo los que se considera que corren un riesgo particularmente alto de padecer complicaciones, precisan una atención materna y neonatal especializada que, además de dispensarse cerca de su hogar, acercarse a su modo de vida y respetar sus valores culturales en esta esfera, ha de ser segura y correr a cargo de un profesional bien preparado que sea capaz de actuar inmediatamente si surgen complicaciones. Lo más idóneo es que esta asistencia obstétrica sea prestada por matronas diplomadas, o profesionales sanitarios con conocimientos equivalentes, en maternidades dirigidas por parteras. Estos profesionales pueden evitar, mitigar o resolver muchos de los problemas potencialmente mortales y en buena parte imprevisibles que pueden surgir durante el parto y reducir así la mortalidad materna a niveles sorprendentemente bajos. Así y todo, deben contar con el respaldo que sólo puede ofrecer un hospital para prestar ayuda a las madres que presenten problemas que superen sus competencias o los medios a su alcance. Todas las mujeres necesitan una atención materna de primer nivel, y sólo en una minoría de los casos se precisa atención de apoyo; ahora bien, para ser eficaces, ambas deben

funcionar de forma coordinada y expandirse simultáneamente. En muchos países, los niveles de utilización de los servicios de atención puerperal son incluso más bajos que los correspondientes a la atención obstétrica. Se trata de una esfera de importancia crucial, con un amplio margen para mejoras.

### Capítulo 5. Los recién nacidos cobran más importancia

Hasta hace poco no se habían hecho verdaderos esfuerzos por solucionar los problemas de salud específicos de los recién nacidos. La asistencia neonatal ha estado desatendida debido a una falta de continuidad entre los programas de salud materna y los de salud infantil.

Todos los años nacen muertos casi 3,3 millones de niños, y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida. Las defunciones de lactantes durante el periodo neonatal son tan numerosas como las que se producen en los 11 meses siguientes al parto o las registradas en los niños entre uno y cuatro años. La asistencia profesional especializada durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal es tan fundamental para el recién nacido como lo es para la madre. El desafío estriba en encontrar una manera más adecuada de establecer una continuidad entre la atención durante el embarazo, la asistencia durante el parto y la atención prestada a la madre cuando está en casa con su hijo recién nacido. Aunque el eslabón más débil de la cadena es la asistencia especializada durante el parto, la atención prestada durante las primeras semanas de vida también es problemática, porque a menudo no existe una definición clara de las responsabilidades profesionales y programáticas.

En este capítulo se presentan una serie de puntos de referencia con respecto a las necesidades en materia de recursos humanos y redes de servicios para facilitar a todos una atención materna y neonatal de primer nivel y de apoyo. En muchos países existen notables carencias de servicios y, lo que es especialmente importante, de recursos humanos. Utilizando una serie de escenarios para expandir los servicios de salud y avanzar hacia el acceso universal a una atención materna y neonatal tanto de primer nivel como de apoyo en 75 países, parece realista prever que la cobertura aumente del 43% actual (con una gama mínima de intervenciones) a alrededor de un 73% (con una gama completa de intervenciones) en 2015. La puesta en práctica de esos escenarios costaría US\$ 1000 millones en 2006, que aumentarían progresivamente, a medida que se expandiera la cobertura, hasta llegar a 6000 millones en 2015, lo que equivale a un desembolso total, por encima del gasto actual en salud materna y neonatal, de US\$ 39 000 millones a lo largo de 10 años. Esa suma supondría un costo adicional de unos US\$ 0,22 anuales por habitante al principio, que se iría incrementando hasta llegar a US\$ 1,18 en 2015. Según estimaciones preliminares del posible impacto de una expansión de estas características, la mortalidad materna disminuiría en esos 75 países, entre 2000 y 2015, de un nivel global de 485 por 100 000 nacimientos a 242 por 100 000 nacimientos, mientras que la mortalidad neonatal pasaría de 35 a 29 por 1000 nacidos vivos.

### Capítulo 6. Replanteamiento de la atención infantil: supervivencia, crecimiento y desarrollo

Gracias al aumento de los conocimientos, se dispone ya de intervenciones eficaces y técnicamente idóneas para reducir la mortalidad en la niñez y mejorar la salud infantil. Lo que hace falta ahora es aplicarlas en una escala mucho mayor.

En este capítulo se explica que los programas verticales empleados en los años setenta y ochenta reportaron sin duda algunos resultados rápidos y significativos. Así,

por ejemplo, el Programa Ampliado de Inmunización y diversas iniciativas en pro de la terapia de rehidratación oral, que combinaban métodos de gestión modernos y tecnologías sencillas basadas en investigaciones bien fundadas, se adoptaron y promovieron de forma muy fructífera.

A pesar de los llamativos resultados de los enfoques verticales, pronto se observaron las limitaciones que entrañaban. Al mismo tiempo, quedó claro que era conveniente adoptar un enfoque más general con respecto a las necesidades del niño, tanto para mejorar los resultados como para responder a una demanda real de las familias. La respuesta a esa nueva situación consistió en agrupar una serie de intervenciones sencillas, asequibles y eficaces para tratar de forma conjunta las principales enfermedades infantiles y la malnutrición, en el marco de una iniciativa denominada Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). La AIEPI conjuga intervenciones eficaces para prevenir las defunciones, teniendo en cuenta los cambios en la estructura de las causas de mortalidad, pero también comprende intervenciones y enfoques destinados a mejorar la salud y el desarrollo del niño. En lugar de limitarse a añadir más programas a un único canal de prestación de asistencia, la AIEPI ha dado un paso más y ha tratado de modificar la manera de enfocar la atención infantil en el sistema de salud, con objeto de asegurar una continuidad asistencial desde la familia y la comunidad, pasando por los servicios de salud de primer nivel, hasta los servicios de derivación de casos, con énfasis especial en el apoyo psicosocial y la solución de problemas.

Muchos niños siguen sin recibir una asistencia global e integrada. A medida que los programas de salud infantil continúan avanzando hacia la integración, es necesario realizar progresos hacia la cobertura universal. Si se consiguiera que una serie de intervenciones esenciales tuviera una cobertura plena, la incidencia y la tasa de letalidad de las afecciones que provocan la muerte de los niños menores de cinco años disminuirían a un nivel que permitiría a los países acercarse a los ODM e incluso superarlos. Pero esto no será posible sin un incremento masivo del gasto en salud infantil. La puesta en práctica de una serie de escenarios para alcanzar la plena cobertura en 75 países costaría US\$ 2200 millones en 2006, que aumentarían progresivamente, a medida que se expandiera la cobertura, hasta llegar a 7800 millones en 2015, lo que equivaldría a un desembolso total, por encima del gasto actual en salud materna y neonatal, de US\$ 52 400 millones a lo largo de 10 años. Esa suma supondría un costo adicional de unos US\$ 0,47 anuales por habitante al principio, que se iría incrementando hasta llegar a US\$ 1,48 en 2015.

## Capítulo 7. Conciliar la salud de la madre, el recién nacido y el niño con el desarrollo de los sistemas de salud

En este último capítulo se analiza el lugar que la salud de la madre, el recién nacido y el niño ocupa dentro del contexto más amplio del desarrollo de los sistemas sanitarios. En la actualidad, las agendas de salud materna, neonatal e infantil ya no se examinan en términos puramente técnicos, sino como parte de la agenda, más extensa, del acceso universal. De este modo, quedan enmarcadas dentro de un proyecto político claro y sencillo: el de responder a la demanda de la sociedad, que pide la protección de la salud de los ciudadanos y el acceso a la atención sanitaria, una exigencia que se percibe cada vez más como legítima.

A fin de asegurar el acceso universal, se precisa una red asistencial suficientemente densa para suministrar los servicios pertinentes. La clave está en desplegar el personal de salud requerido para lograr expandirlos. En muchos países la característica

más patente de la crisis de recursos humanos sanitarios es la abrumadora falta de profesionales de la salud y su desigual distribución. Colmar esas lagunas seguirá constituyendo un reto importante en los próximos años. Parte del problema radica en que es preciso idear formas sostenibles de ofrecer una retribución competitiva y una serie de incentivos que contribuyan a captar, motivar y retener a agentes de salud competentes y productivos. En muchos de los países donde los avances hacia la consecución de los ODM son decepcionantes, se precisan urgentemente incrementos cuantiosos de la remuneración global del personal sanitario, un reto de una magnitud tal que muchos países pobres son incapaces de afrontarlo sin ayuda.

Sin embargo, para garantizar el acceso universal no basta con desplegar unos profesionales eficientes que se encarguen de prestar los servicios oportunos. Si se quiere asegurar que los servicios de salud sean utilizados, es necesario reducir o eliminar los obstáculos financieros que dificultan el acceso y proporcionar al usuario una protección previsible frente a los costos ocasionados por la atención recibida. En este capítulo se explica que en general la introducción de sistemas basados en el pago de los gastos a cargo del usuario no supone una solución viable al problema de la falta de fondos que encara el sector de la salud e institucionaliza la exclusión de los pobres. Por otro lado, tampoco contribuye a acelerar los avances hacia el acceso universal y la protección financiera, que sólo se pueden garantizar mediante sistemas generalizados de prepago y mancomunación. Sea cual sea el método escogido para organizar estos sistemas, es importante tener en cuenta dos condiciones: en primer lugar, que no se excluya en último término a ningún grupo de población; y, en segundo lugar, que los servicios de salud de la madre, el recién nacido y el niño se sitúen en el centro del conjunto de servicios que corresponden a la población en materia de salud y sean financiados de un modo coherente a través del sistema elegido al efecto.

Con el tiempo, la mayoría de los países tienden a avanzar hacia la cobertura universal, ampliando los sistemas de prepago y de mancomunación, a medida que expanden sus redes de prestación de atención sanitaria. Esto también tiene consecuencias en los flujos de financiación dirigidos a la salud materna, neonatal e infantil. En la mayoría de los países, la mejor forma de garantizar en esta esfera la sostenibilidad financiera a corto y medio plazo radica en contemplar todas las fuentes de financiación: externas e internas, así como públicas y privadas. La canalización de los fondos hacia sistemas de seguro generalizados que, por un lado, costeen la expansión de las redes de atención sanitaria y, por otro, aseguren la protección financiera es el sistema que mayores garantías de éxito ofrece para lograr una financiación sostenible de la salud de la madre, el recién nacido y el niño y de los sistemas sanitarios de los que ésta depende.

## capítulo uno

# las madres y los niños son importantes – y su salud también

**El futuro saludable de la sociedad depende de la salud de los niños de hoy y de sus madres, que son las guardianas de ese futuro. Sin embargo, pese a la encomiable y amplia labor llevada a cabo a lo largo de los años, anualmente siguen muriendo 10,6 millones de niños y 529 000 madres, la mayoría de las veces por causas evitables. En este capítulo se evalúa la situación actual de los programas de salud maternoinfantil comparándolos con sus antecedentes históricos. Seguidamente, se examina con mayor detenimiento el mosaico de avances, estancamientos y retrocesos registrados en la salud de la madre y el niño a nivel mundial y se hace hincapié en la carga de mortalidad neonatal, que antes estaba subestimada.**

La mayoría de las mujeres embarazadas esperan dar a luz en condiciones seguras a un bebé que esté vivo y sano y verlo crecer gozando de buena salud. En 2005 sus probabilidades de ver cumplido ese deseo son mayores que nunca, entre otras cosas porque están tomando conciencia de cuáles son sus derechos. Con los conocimientos y la tecnología actuales, el grueso de los problemas que amenazan a las madres y los niños del mundo se pueden prevenir o tratar. La mayoría de los millones de muertes prematuras que se producen son evitables, y lo mismo ocurre con buena parte del sufrimiento provocado por la mala salud. El fallecimiento de una madre se percibe como una tragedia particularmente grave, debido al arraigado sentimiento de que nadie debería morir en el curso del proceso normal de la reproducción, así como a los efectos devastadores que tiene en la familia (1). En todas las culturas, las familias y comunidades reconocen la necesidad de cuidar a las madres y los niños y de procurar hacer tal cosa lo mejor posible.

Un número creciente de países han logrado mejorar la salud y el bienestar de las madres, los lactantes y los niños en los últimos años, y ello con notables resultados. No obstante, los países que de entrada presentaban las cargas de mortalidad y morbilidad más elevadas registraron pocos avances durante los años noventa. En algunos de ellos, la situación incluso ha empeorado en los últimos años. El progreso ha sido pues poco uniforme y, a no ser que se acelere considerablemente, hay escasas esperanzas de reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes y la mortalidad en la niñez en dos terceras partes para la fecha límite de 2015, metas éstas establecidas por la Declaración del Milenio (2, 3).

En demasiados países la salud de la madre y el niño no está mejorando como debería. Las razones de ello

son complejas y varían de un país a otro. Por un lado están los enemigos persistentes de la salud, por todos conocidos – la pobreza, las desigualdades, las guerras y los disturbios civiles y los estragos que está causando el VIH/SIDA –, pero también influye el hecho de que los conocimientos capaces de salvar vidas no se plasmen en intervenciones efectivas y de que no se invierta suficiente dinero en salud pública y en protección del medio ambiente. Esto hace que muchas madres y niños, sobre todo los más pobres entre ellos, se vean privados del derecho a tener acceso a una atención sanitaria que sea asequible y eficaz y responda a sus necesidades.

Durante siglos, la atención prestada durante el parto y a los niños pequeños se consideró como una cuestión doméstica, competencia exclusiva de madres y matronas. En el siglo XX, la salud maternoinfantil dejó de ser un asunto puramente doméstico para convertirse en una prioridad de salud pública, con las correspondientes responsabilidades para el Estado. En los primeros años del siglo XXI, los Objetivos de Desarrollo del Milenio la colocaron en el centro de la lucha contra la pobreza y la desigualdad, como una cuestión de derechos humanos. Este cambio de énfasis tiene consecuencias trascendentales con respecto al modo en que el mundo responde al progreso sumamente desigual registrado en diferentes países.

### LA SALUD MATERNOINFANTIL EN SUS INICIOS

La creación de programas de salud pública para mejorar la salud de mujeres y niños tiene su origen en Europa, a finales del siglo XIX. Viendo las cosas retrospectivamente, los motivos a los que respondió esa preocupación parecen cínicos: los gobiernos veían en aquel entonces a las madres y niños sanos como un recurso para alcanzar sus ambiciones económicas y políticas. Muchos políticos europeos compartían la idea de que la mala salud de los niños de la nación constituía una amenaza para sus aspiraciones culturales y militares (4). Ese sentimiento llegó a ser particularmente fuerte en Francia y Gran Bretaña, que habían tenido dificultades para reclutar soldados con la forma física requerida para ir a la guerra. Los gobiernos vieron una posible solución en los experimentos pioneros franceses del decenio de 1890, como los dispensarios *Goutte de lait* (gota de leche) de Léon Dufour o las *Consultations de nourrissons* (centros de consultas para lactantes) de Pierre Budin (5). Esos programas ofrecían un modo científico y convincente para criar niños saludables que luego se convertirían en obreros

Uno de los primeros dispensarios de salud maternoinfantil, a finales del siglo XIX, fue «L'Œuvre de la goutte de lait»: consulta del Dr. Variot en el dispensario de Belleville, en París.



productivos y robustos soldados. Los programas también fueron encontrando cada vez más apoyo en la emergente reforma social y los movimientos de beneficencia de la época. Esto hizo que, para comienzos del siglo XX, todos los países industrializados y sus colonias, así como Tailandia y muchos países latinoamericanos, hubiesen instituido al menos una forma embrionaria de servicios de salud maternoinfantil (6). La Primera Guerra Mundial aceleró ese movimiento. Josephine Baker, en aquel entonces Jefa de la División de Higiene Infantil en Nueva York, resumió la situación con las siguientes palabras:

*«Por cruel que pueda parecer, alguien debería señalar que la Guerra Mundial mejoró indirectamente la suerte de los niños... Al ver que cada día los hombres morían por miles en los campos de batalla y que el número de bajas era cada vez mayor, las naciones en guerra, de uno y otro bando, empezaron a percatarse de que las nuevas vidas humanas, que más tarde podrían sustituir a las vidas adultas brutalmente arrebatadas, eran un bien nacional extremadamente valioso. [Los niños] cobraron así un nuevo protagonismo, convirtiéndose en la esperanza de la nación. Ésa es la manera más delicada de expresarlo. Un modo más despiadado – y sospecho que más ajustado a la verdad – de describir lo ocurrido es decir simple y llanamente que fue la utilidad militar de la vida humana lo que acarreó este cambio. Cuando una nación está librando una guerra o preparándose para librarla... tiene que asegurar sus futuras existencias de carne de cañón.» (7)*

La preocupación por la salud de madres y niños se ganó pronto una legitimidad propia, más allá de cálculos militares y económicos. La creciente participación de diversas instancias – médicas y no médicas, benéficas y gubernamentales – resonó con las expectativas cada vez mayores y el creciente activismo político de la sociedad civil (1). Movimientos obreros, agrupaciones de mujeres, organizaciones benéficas y profesionales hicieron suya la causa de la salud maternoinfantil de muy diversas maneras. Así, por ejemplo, la Organización Internacional del Trabajo propuso en 1919 una serie de normas jurídicas para la protección de la maternidad en el trabajo; a comienzos de los años treinta el *New York Times* publicó artículos sobre la mortalidad materna; y en 1938, 60 asociaciones locales del Reino Unido proclamaron una Carta de derechos de la madre (*Mothers' Charter*). Respaldada por una gran profusión de informes oficiales, la salud maternoinfantil pasó a ser una prioridad para los ministerios de salud. Los programas de salud maternoinfantil se convirtieron, junto con la lucha contra las enfermedades infecciosas, en un paradigma de la salud pública (8).

Pero cuando realmente empezaron a ganar terreno estos programas fue después de la Segunda Guerra Mundial. Los acontecimientos mundiales precipitaron el interés público por las funciones y responsabilidades de los gobiernos, y la Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada en 1948 por unas Naciones Unidas recién creadas, consignaba la obligación de éstos de prestar «cuidados y asistencia especiales» a la maternidad y la infancia (9). Esto dotó a la cuestión de la salud maternoinfantil de una dimensión internacional y moral y supuso un enorme avance con respecto a las preocupaciones políticas y económicas que imperaban 50 años atrás.

Uno de los cometidos fundamentales asignados a la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948 era «promover la salud y la asistencia materno e infantil» (10). Para el decenio de 1950, los planes sanitarios nacionales y los documentos de política de los organismos de desarrollo insistían invariablemente en que las madres y los niños eran grupos vulnerables y, por consiguiente, eran «grupos destinatarios» prioritarios para la acción de salud pública. La noción de madres y

niños como grupos vulnerables también fue crucial para el movimiento en pro de la atención primaria de salud lanzado en 1978 en Alma-Ata (ahora Almaty, en Kazajistán). Esta primera tentativa importante de lograr una ampliación en gran escala de la cobertura de la atención sanitaria en las zonas rurales impulsó los programas de salud materno-infantil, haciendo hincapié en iniciativas destinadas a aumentar la cobertura inmunitaria y a luchar contra la malnutrición, las enfermedades diarreicas y los trastornos respiratorios. En la práctica, los programas de salud infantil solían constituir el contenido programático esencial – y a menudo el único – de los primeros intentos de aplicación de la atención primaria (11).

### EN LA SITUACIÓN ACTUAL SE TRATA DE UN IMPERATIVO MORAL Y POLÍTICO

Aunque en sus primeras etapas la aplicación de la atención primaria de salud a menudo tenía un enfoque restringido, uno de sus méritos fue que sentó las bases para vincular la salud con el desarrollo y con un debate de la sociedad civil más amplio sobre las desigualdades. La difícil situación de las madres y los niños pronto acabó entendiéndose como una cuestión que rebasaba con mucho el problema de la vulnerabilidad biológica. En el llamamiento de 1987 a favor de la acción en pro de una maternidad sin riesgos, se indica expresamente que «hunde sus raíces en los entornos sociales,

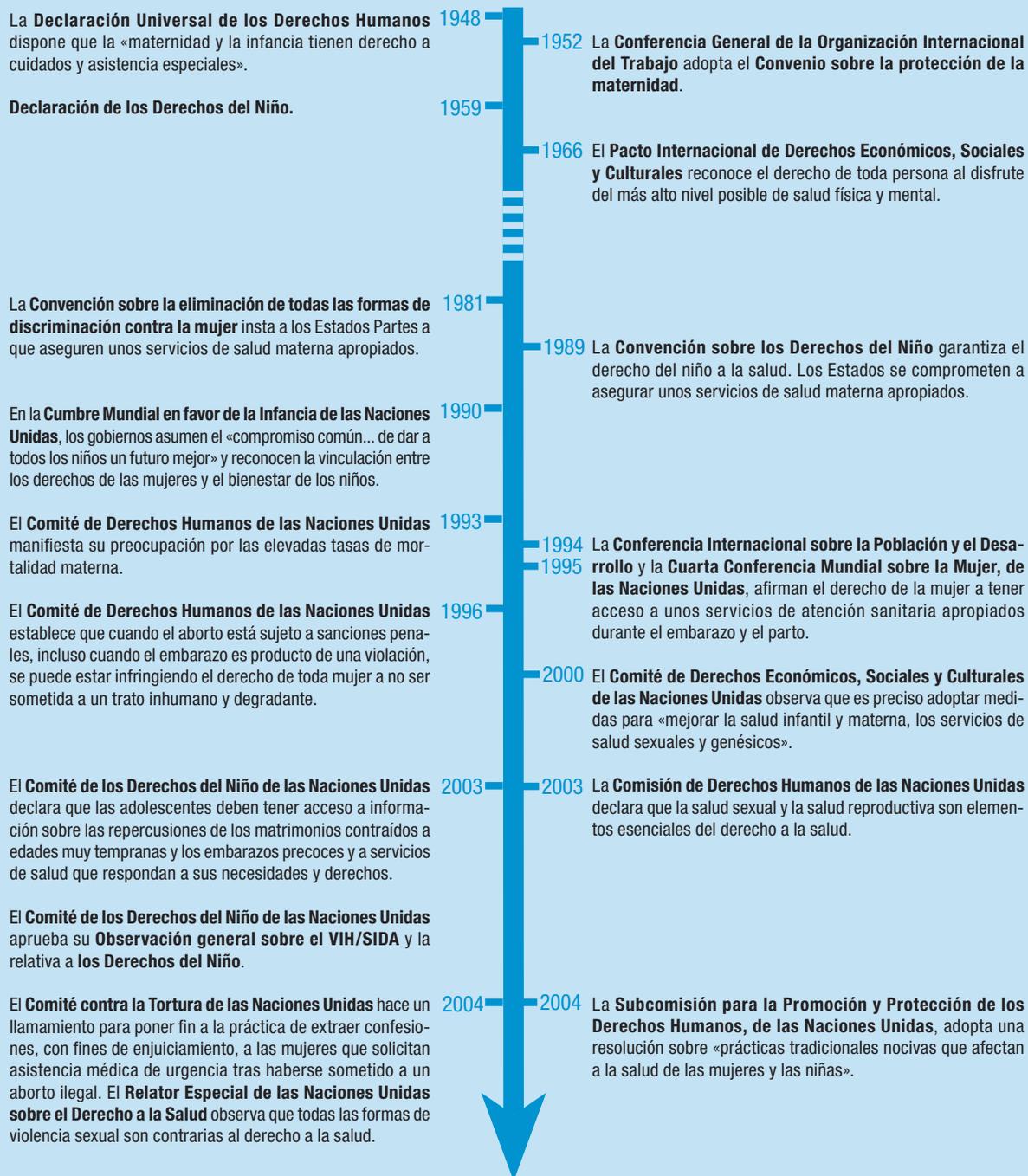


WHO Archives - WH012, SFARO 211

Los programas de salud infantil fueron esenciales en las primeras iniciativas de creación de servicios de atención primaria de salud. En la foto, una enfermera comunitaria de Tailandia observa cómo una madre a su bebé.

## Recuadro 1.1 Hitos del reconocimiento de los derechos de las mujeres y los niños

En el siglo XX vieron la luz varios tratados internacionales que hacían a los países signatarios responsables de los derechos humanos de sus ciudadanos. Durante los últimos dos decenios los organismos de las Naciones Unidas, así como diversos tribunales internacionales, regionales y nacionales, han ido haciendo cada vez más hincapié en los derechos humanos de las madres y los niños.



culturales y económicos adversos de la sociedad, en especial en el entorno que las sociedades crean para las mujeres» (12). En el recuadro 1.1 se resumen algunos de los hitos importantes en el establecimiento de los derechos de la mujer y el niño.

Desde esta perspectiva, más politizada, la relativa falta de poder de decisión de la

## Recuadro 1.2 ¿Por qué invertir dinero público en atención sanitaria para madres y niños?

Los Estados modernos garantizan a las madres, los recién nacidos y los niños una serie de derechos sanitarios que se fundamentan en convenios de derechos humanos. Asegurar el acceso de todos ellos a la atención de salud se ha convertido en un imperativo moral y político, que tiene también una sólida base racional.

Desde el punto de vista de la salud pública, un criterio importante para el establecimiento de prioridades y la financiación pública es que existan módulos de intervención costoeficaces. En lo que respecta a la salud materno-infantil, esos módulos están debidamente documentados (14, 15). Pero la costoeficacia no es sino uno de los criterios que rigen las inversiones públicas. Otros criterios comúnmente empleados incluyen (16): la generación de externalidades positivas; la producción de bienes públicos, acompañada de la ley de rescate; y la posibilidad de aumentar la equidad y evitar gastos catastróficos. Cualquiera de estos criterios puede brindar por sí solo una condición suficiente para efectuar inversiones públicas. Cuando coinciden varios de ellos, como en las intervenciones de salud materno-infantil, la justificación para invertir dinero público es aún mayor.

La atención sanitaria destinada a las madres y los niños produce efectos positivos obvios a través de la vacunación o el tratamiento de las enfermedades infecciosas propias de la infancia y a través de la mejor salud del niño que entraña la mejora de la salud materna. Se han llevado a cabo pocas investigaciones sistemáticas sobre el capital humano, social y económico generado por el mejoramiento de la salud materno-infantil, pero los efectos negativos de la mala salud son evidentes.

La salud de las madres es un determinante fundamental de la salud de sus hijos y, por tanto, afecta indirectamente a la formación de capital humano. Los niños huérfanos de madre mueren con mayor frecuencia, corren un mayor riesgo de padecer malnutrición y tienen menos probabilidades de ser escolarizados (17, 18). El bebé de una mujer embarazada que está enferma o desnutrida es más propenso a padecer insuficiencia ponderal (19–21) y problemas de desarrollo (19, 22–24). Además, los niños

con bajo peso al nacer corren un mayor riesgo de morir o sufrir infecciones y retrasos de crecimiento (25), obtienen resultados inferiores en las pruebas cognitivas (26–28) y pueden tener mayores probabilidades de padecer enfermedades crónicas en la edad adulta (29, 30).

Los niños sanos son imprescindibles para la formación de capital humano. Las enfermedades de la infancia y la malnutrición reducen el desarrollo cognitivo y el rendimiento intelectual (31–33), así como la escolarización y la asistencia a clase (34, 35), lo que redundan en detrimento del rendimiento escolar final. El retraso del crecimiento intrauterino y la malnutrición durante la primera infancia tienen efectos a largo plazo en la estatura y la fuerza corporal (36, 37), con repercusiones en la productividad en la edad adulta.

Además, con la muerte o enfermedad de una mujer la sociedad pierde a un miembro cuyo trabajo y cuyas actividades son esenciales para la vida y la cohesión de la familia y la comunidad. Las madres sanas tienen más tiempo y están más disponibles para la interacción social y la creación de los vínculos que son indispensables para la formación de capital social. Asimismo, desempeñan un importante papel social al cuidar de las personas enfermas.

Los costos económicos de la mala salud materno-infantil son elevados (38); es probable que se logren ahorros sustanciales en los gastos futuros por medio de programas de planificación familiar (39, 40) e intervenciones que mejoren la salud de la madre y el niño a largo plazo. Los consiguientes avances en lo que respecta al capital humano y social se traducen en beneficios económicos a largo plazo (41). Está demostrado que las inversiones destinadas a la inmunización (42), a programas de nutrición (41, 43), a intervenciones para reducir el bajo peso al nacer (36) y a programas integrados de desarrollo sanitario y social (44, 45) reportan ganancias económicas.

Los programas de salud de la madre y el niño también son excelentes candidatos para recibir financiación pública porque producen bienes públicos. Aunque muchas intervenciones de salud materno-infantil pueden clasificarse como bienes privados, los programas

integrales también incluyen componentes tales como información sobre la anticoncepción, la salud y los derechos sexuales, la lactancia materna y la asistencia al niño, que sin lugar a dudas constituyen bienes públicos. Por otro lado, la ley de rescate, que confiere prioridad a las intervenciones que salvan vidas, se aplica a muchas intervenciones relacionadas con la salud materno-infantil.

Por último, la asignación de fondos públicos para la atención de salud materno-infantil se justifica por motivos de equidad. La maternidad y la infancia son periodos caracterizados por una vulnerabilidad particularmente elevada, que requieren «cuidados y asistencia especiales» (19); también son periodos de alta vulnerabilidad porque las mujeres y los niños tienen mayores probabilidades de ser pobres. Aunque se dispone de escasa documentación sistemática que demuestre que están sobrerrepresentadas entre los pobres (46), las mujeres tienden a estar desempleadas con mayor frecuencia, cobrar sueldos más bajos, tener mayores dificultades para acceder a la educación y los recursos, y gozar de un poder de decisión más restringido, factores todos que limitan su acceso a la asistencia sanitaria. Las inversiones públicas en atención de salud materno-infantil están justificadas para corregir estas desigualdades.

Por otro lado, en los lugares donde las mujeres y los niños representan una proporción importante de la población pobre, subvencionar los servicios de salud a ellos destinados puede ser una estrategia eficaz para redistribuir los ingresos y mitigar la pobreza (14). Los problemas de salud entre madres y niños, en particular la aparición de complicaciones obstétricas importantes, son en gran medida imprevisibles y pueden dar lugar a gastos catastróficos (47) capaces de sumir a las familias en la pobreza. El riesgo de incurrir en gastos catastróficos constituye a menudo un factor disuasorio para solicitar oportunamente asistencia sanitaria; esto representa, desde un punto de vista tanto técnico como político, un argumento de peso en pro de la realización de inversiones públicas.

mujer y el hecho de que no disfrute de igualdad de acceso al empleo, las finanzas, la educación, una atención sanitaria básica y otros recursos son considerados como las causas fundamentales de su mala salud y de la de sus hijos. La mala nutrición de las niñas, el inicio precoz de la actividad sexual y los embarazos durante la adolescencia son factores todos que, tanto durante como después del embarazo, repercuten en el bienestar de las madres y los niños. Millones de mujeres y sus familias viven en un entorno social que obstaculiza la búsqueda y el disfrute de una buena salud. Las mujeres a menudo tienen un acceso limitado a la educación, la información y las nuevas ideas que podrían evitarles embarazos repetidos y salvarles la vida durante el parto. Puede que no se les permita intervenir en decisiones sobre el uso de anticonceptivos o el lugar en que han de dar a luz. Puede ocurrir también que sean reacias a acudir a los servicios de salud porque se sientan intimidadas o humilladas por el personal, o presionadas a aceptar tratamientos que están reñidos con sus propios valores y costumbres (13). La pobreza, las tradiciones culturales y los obstáculos legales que restringen su acceso a los recursos financieros no hacen sino dificultar aún más sus esfuerzos por obtener atención sanitaria para ellas mismas y para sus hijos. La injusticia de esta situación ha puesto de manifiesto que la salud de las madres y los niños es una cuestión de derechos y que se trata de una lucha diaria por hacer valer estos últimos.



La salud de las madres y los niños se enfoca hoy día como una cuestión de derechos, y hay que luchar día a día por afianzarlos.

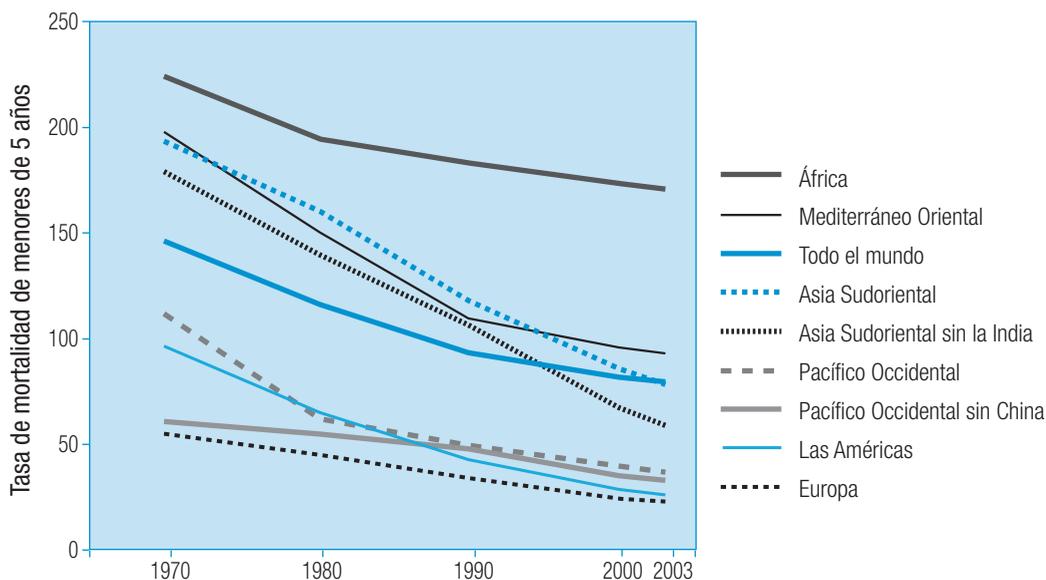
La emergencia de la preocupación por los derechos de la mujer y del niño se vio acelerada por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en 1994 en El Cairo (Egipto). En la conferencia se estableció un plan de acción de 20 años de duración que hacía hincapié en el acceso universal a los servicios de salud reproductiva (de los que la atención materno-infantil pasó a ser una parte), un acceso basado en decisiones y derechos individuales. Este cambio de perspectiva es importante, pues implica otro tipo de motivos para invertir en la salud de la madre y el niño.

En la actualidad, se sabe más que nunca sobre los factores que determinan la salud de las mujeres y los niños y sobre cuáles son las intervenciones más costoeficaces para propiciar mejoras. Ese conocimiento hace que las inversiones resulten más rentables y que negar la asistencia requerida sea aún más inaceptable. La salud de las madres y los niños cumple los criterios clásicos para establecer prioridades de salud pública (véase el recuadro 1.2). Ahora bien, por muy persuasivos que sean estos argumentos, pasan por alto dos elementos fundamentales.

En primer lugar, los niños son el futuro de la sociedad, y sus madres son las guardianas de ese futuro. Son mucho más que meras cuidadoras y amas de casa, papeles éstos frecuentemente subvalorados. Las madres transmiten la historia cultural de las familias y comunidades junto con sus normas sociales y tradiciones. Asimismo, influyen desde las primeras etapas en el comportamiento y establecen modos de vida que no sólo determinan el futuro desarrollo de sus hijos y la capacidad de éstos para gozar de buena salud, sino que además forjan las sociedades. Por esa razón, la sociedad valora la salud de sus madres y niños por sí sola y no meramente como contribución a la riqueza de la nación (48).

En segundo lugar, pocas consecuencias de las desigualdades existentes en la sociedad son tan perniciosas como las que afectan a la salud y supervivencia de las mujeres y los niños. Para los gobiernos que se toman en serio su cometido de reducir la desigualdad y redistribuir la riqueza, mejorar las condiciones de vida y asegurar a

Figura 1.1 Mortalidad en la niñez: progresos más lentos, sobre todo en África



madres y niños un acceso a la atención sanitaria son buenos puntos de partida. La mejora de su salud está en el corazón de la lucha del mundo por reducir la pobreza y la desigualdad.

## LAS MADRES, LOS NIÑOS Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

En su informe a la Cumbre del Milenio, el Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, pidió «a la comunidad internacional al más alto nivel, a los Jefes de Estado y de Gobierno reunidos en la Cumbre del Milenio, que aprueben el objetivo de reducir a la mitad la proporción de la población mundial que vive en la pobreza extrema, sacando así de la miseria a más de 1000 millones de personas, para el año 2015» (49). Instó además a que no se escatimaran esfuerzos para alcanzar ese objetivo en ese año, en todas las regiones y en todos los países. La Declaración del Milenio (50), que vio la luz tras una década de «estancamiento y deterioro sin precedentes» (51), estableció ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) específicos, cada uno de ellos con sus metas numéricas y sus indicadores para evaluar los avances logrados. Los ODM hicieron que los países y la comunidad internacional se fundieran en una alianza mundial que, por primera vez, articulaba un compromiso, de países tanto ricos como pobres, para abordar todo un abanico de dimensiones de la pobreza y la desigualdad en un modo concertado e integrado.

La agenda sanitaria ocupa un lugar muy destacado dentro de los ODM: está plasmada explícitamente en tres de los ocho objetivos, en ocho de las 18 metas y en 18 de los 48 indicadores. El énfasis puesto en la salud refleja un consenso mundial respecto a que la mala salud es por sí sola una dimensión importante de la pobreza. La mala salud contribuye a la pobreza. Mejorar la salud es una condición previa para la mitigación de la pobreza y el desarrollo. El mejoramiento sostenible de la salud depende de que se logre aliviar la pobreza y reducir las desigualdades.

No es casual que la formulación de las metas y los indicadores de los ODM revele la especial prioridad conferida a la salud y el bienestar de las mujeres, las madres y los niños. La salud maternoinfantil figura claramente en el programa internacional, y ello pese a la ausencia del acceso universal a servicios de salud reproductiva como objetivo específico de Desarrollo del Milenio. En términos mundiales, estamos realizando avances hacia los ODM relacionados con la salud de la madre y el niño. Ese logro se ve ensombrecido, sin embargo, por la persistencia de una mortalidad inaceptablemente alta y por la creciente desigualdad en lo que respecta a la salud maternoinfantil y el acceso a la atención sanitaria en el mundo entero.

## LOGROS DESIGUALES EN MATERIA DE SALUD DEL NIÑO

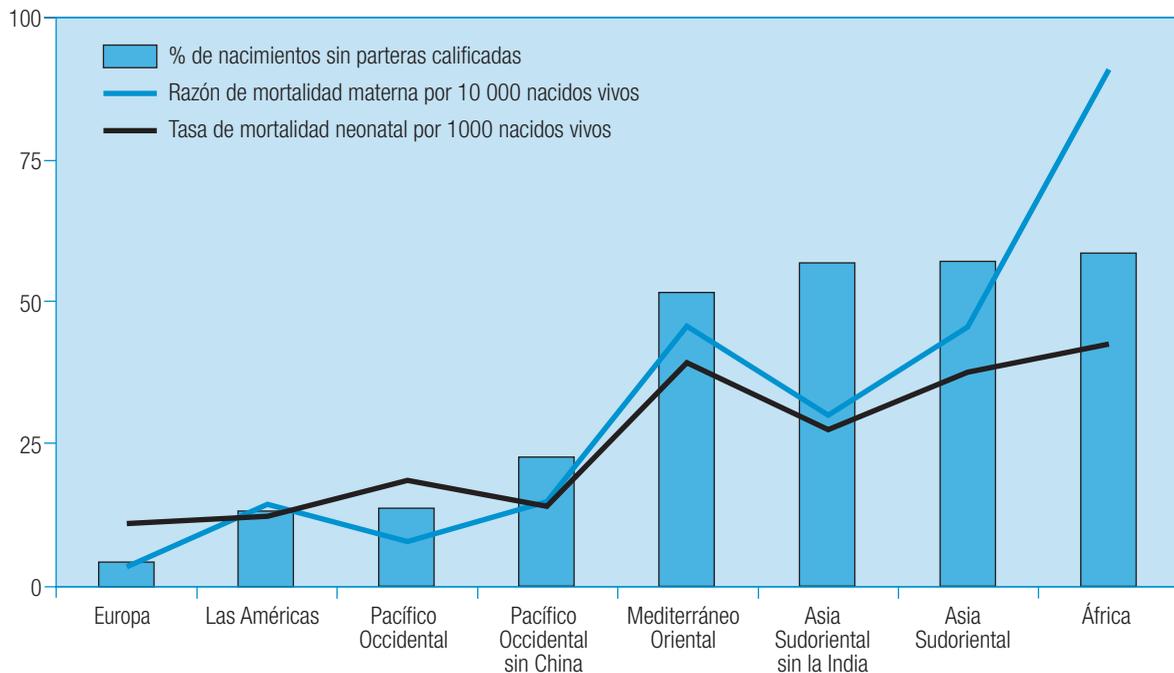
Estar sano es mucho más que la mera supervivencia. No obstante, las tasas de mortalidad de los niños menores de cinco años ofrecen un buen indicador para medir los avances realizados... o la trágica falta de progresos. Las tasas de mortalidad de menores de cinco años cayeron en todo el mundo durante toda la segunda mitad del siglo XX: de 146 por 1000 en 1970 a 79 por 1000 en 2003. Desde 1990 esa tasa ha disminuido en alrededor del 15%, lo que supone la salvación de más de dos millones de vidas en 2003 solamente. Hacia el cambio de milenio, sin embargo, esa tendencia general a la baja mostraba indicios de desaceleración. Entre 1970 y 1990, la tasa de mortalidad de menores de cinco años disminuyó al ritmo de un 20% por década, mientras que entre 1990 y 2000 sólo se redujo en un 12% (véase la figura 1.1).

Detrás de los promedios mundiales también se esconden notables diferencias regionales. El ritmo de los avances empezó a frenarse en los años ochenta en las Regiones de la OMS de África y el Pacífico Occidental, y durante los años noventa en la Región del Mediterráneo Oriental. La Región de África partió con los niveles más elevados, experimentó las reducciones más limitadas (aproximadamente un 5% por decenio entre 1980 y 2000) y registró la desaceleración más marcada. En cambio, los avances continuaron o se aceleraron en las Regiones de las Américas, Asia Sudoriental y Europa.

El resultado es que las diferencias entre las regiones se están acentuando. La tasa de mortalidad de menores de cinco años es ahora siete veces más elevada en la Región de África que en la Región de Europa; esa tasa antes «sólo» era de 4,3 en 1980 y de 5,4 en 1990. Las muertes de niños se concentran cada vez más en la Región de África (el 43% del total mundial en 2003, frente al 30% en 1990). Dado que el 28% de las defunciones infantiles siguen registrándose en Asia Sudoriental, dos de las seis regiones de la OMS – África y Asia Sudoriental – acaparan más del 70% de todas las muertes de niños. Visto de otro modo, más del 50% de todas las defunciones de niños se concentran en apenas seis países: China, Etiopía, la India, Nigeria, el Pakistán y la República Democrática del Congo.

La suerte de los niños del mundo también ha sido dispar en lo que atañe a su estado nutricional. En términos generales, los niños de hoy están mejor alimentados: entre 1990 y 2000 la prevalencia mundial de retrasos de crecimiento e insuficiencia ponderal disminuyó en un 20% y un 18%, respectivamente. Ahora bien, en Asia meridional y central los niños siguen presentando niveles elevadísimos de malnutrición, y en toda el África subsahariana el número de niños con retrasos de crecimiento o bajo peso aumentó durante el periodo en cuestión (52).

Figura 1.2 La mortalidad neonatal y materna, relacionada con la falta de asistentes de partería calificados



## ESAS MUERTES DE RECIÉN NACIDOS QUE ANTES PASABAN INADVERTIDAS

Si se quieren realizar nuevos avances en la reducción de la mortalidad en la niñez, es preciso redoblar los esfuerzos para lograr una disminución sustancial del número de defunciones entre los recién nacidos. Las primeras estimaciones mundiales de mortalidad neonatal, que datan de 1983 (53), se calcularon utilizando datos históricos, y se suele considerar que sólo dan una indicación aproximada de la magnitud del problema. Se dispone de estimaciones más rigurosas para 1995 y 2000. Éstas se basan en encuestas demográficas nacionales, así como en modelos estadísticos. Las nuevas estimaciones muestran que la carga de mortalidad neonatal es bastante más elevada de lo que muchos creen.

Cada año mueren unos cuatro millones de recién nacidos antes de alcanzar las cuatro semanas de vida: el 98% de estas defunciones se dan en países en desarrollo. Las muertes neonatales representan actualmente alrededor del 40% de todas las defunciones de niños menores de cinco años en el mundo entero y más de la mitad de la mortalidad de lactantes (54, 55). Las tasas más elevadas corresponden al África subsahariana y a Asia. Dos terceras partes de las defunciones neonatales se concentran en las Regiones de África (28%) y Asia Sudoriental (36%) (56). La diferencia entre países ricos y pobres es cada vez mayor: la mortalidad neonatal es actualmente 6,5 veces inferior en los países de ingresos altos que en los demás. El riesgo de una mujer a lo largo de la vida de perder a un bebé recién nacido es ahora de 1 entre 5 en África, lo que contrasta con la proporción de 1 entre 125 correspondiente a los países más desarrollados (57).

Las cifras arriba indicadas no incluyen las muertes prenatales, cifradas en 3,3 millones por año. Los datos sobre la mortinatalidad escasean aún más que los relativos a las muertes neonatales. Esto no es sorprendente, pues sólo se registra un 14% de los nacimientos mundiales. Tanto el número de nacidos vivos como las muertes de recién nacidos están subnotificados; las muertes fetales incluso tienen mayores probabilidades de quedar subnotificadas, en particular las muertes fetales tempranas.

Aunque la carga de mortalidad neonatal y mortinatalidad es muy sustancial, en muchos sentidos sólo es parte del problema, ya que las mismas condiciones que contribuyen a ella también causan discapacidades graves, que los afectados a menudo padecerán de por vida. Así, por ejemplo, cada año más de un millón de niños que sobreviven tras sufrir asfixia durante el parto desarrollan problemas tales como parálisis cerebral, dificultades de aprendizaje u otras discapacidades (58). Por cada recién nacido que muere, al menos otros 20 padecen lesiones debidas al parto, infecciones, complicaciones asociadas a la prematuridad y otras afecciones neonatales. Sus familias, que no suelen estar preparadas para afrontar tales tragedias, quedan profundamente afectadas.

La salud y supervivencia de un recién nacido está estrechamente ligada a la de su madre. En primer lugar, porque las madres más sanas tienen bebés más sanos; en segundo lugar, porque cuando una madre recibe una asistencia insuficiente o nula durante el embarazo, el parto y el puerperio, ése suele ser también el caso de su hijo recién nacido. La figura 1.2 muestra que tanto las madres como los recién nacidos tienen más probabilidades de supervivencia si durante el parto han contado con la asistencia de profesionales calificados.

## LA SALUD MATERNA MUESTRA POCOS INDICIOS DE MEJORA

El embarazo, el parto y sus consecuencias siguen constituyendo en los países en desarrollo las principales causas de defunción, enfermedad y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva, más que ningún otro problema de salud. Más de 300 millones de mujeres del mundo en desarrollo padecen enfermedades, de corta o larga duración, atribuibles al embarazo o el parto; cada año mueren 529 000 mujeres (68 000 de ellas de resultas de un aborto practicado en condiciones de riesgo), dejando atrás a unos hijos que corren un mayor riesgo de fallecer por ser huérfanos de madre (59).

Esta situación ha mostrado escasos indicios de mejora en el plano mundial. No obstante, durante los años sesenta y setenta, algunos países lograron reducir sus tasas de mortalidad materna a la mitad durante un periodo de 10 años o menos. Unos pocos países, como Bolivia y Egipto, han alcanzado ese logro en años más recientes. Otros países parecen haber experimentado retrocesos (véase el recuadro 1.3). Los últimos logros ejemplares en materia de salud materna a menudo han tenido menor eco que los relacionados con la salud del niño. Esto se debe en parte a que los resultados tardan más en hacerse patentes, en buena medida porque, con las fuentes de información actualmente disponibles, los cambios en materia de mortalidad materna son mucho más difíciles de medir.

En nuestros días, como era de esperar, la mayoría de las muertes maternas se producen en los países más pobres. Es en África y en Asia donde esas defunciones son más numerosas. Menos del 1% de estas muertes se registran en países de altos ingresos. Las tasas de mortalidad materna más elevadas, con diferencia, se dan en el África subsahariana, donde el riesgo de mortalidad materna durante toda la vida es de 1 entre 16, mientras que en los países ricos la proporción es de 1 entre 2800.

Obtener información sobre la mortalidad materna sigue siendo un serio problema. A finales de los años setenta, menos de un país en desarrollo de cada tres era capaz de facilitar datos al respecto, y los datos disponibles solían consistir únicamente en estadísticas hospitalarias parciales. Aunque ahora la situación ha mejorado, los

### Recuadro 1.3 Retroceso de la mortalidad materna en Malawi

Malawi es uno de los países que han sufrido un notable retroceso en lo que a mortalidad materna se refiere, pasando de 752 defunciones maternas por 100 000 nacimientos vivos en 1992 a 1120 en 2000, según las encuestas demográficas y de salud de Malawi. Según estudios confidenciales sobre las defunciones maternas registradas en centros de salud en 1989 y 2001, existen tres factores que al parecer contribuyeron a ese incremento. En primer lugar, hubo un drástico aumento proporcional en el número de muertes provocadas por el SIDA. Esto no es sorprendente, pues la tasa nacional de prevalencia del VIH asciende ya al 8,4%. En segundo lugar, disminuyó el número de madres que dieron a luz en centros de salud: la proporción bajó del 55% al 43% entre 2000 y 2001. En tercer lugar, la calidad de la asis-

tencia prestada en los centros de salud se deterioró. Entre 1989 y 2001, la proporción de defunciones asociadas a la prestación de una atención sanitaria deficiente aumentó del 31% al 43%. En 2001 sólo una madre de cada cuatro que moría en un hospital había recibido una atención estándar. Errores de diagnóstico (11% de las muertes), demoras en el inicio del tratamiento (19%), tratamientos inadecuados (16%) o falta de sangre para realizar transfusiones (18%): la prestación de una atención hospitalaria deficiente representó el principal factor evitable más importante en el 38% de las defunciones.

La reducción de la cobertura y el empeoramiento de la calidad de la atención sanitaria están relacionados con el deterioro de la disponibilidad de personal sanitario (que, a su

vez, no es ajena a la epidemia de VIH/SIDA). En las zonas remotas ocurre con frecuencia que una sola matrona tiene que hacerse cargo de todo un centro de salud rural, y que además se pretende que esté disponible para trabajar día y noche, los siete días de la semana. Uno de cada 10 servicios de maternidad está cerrado por falta de personal. Los hospitales también padecen graves problemas de escasez de matronas, siendo a menudo el personal de limpieza, no calificado para ello, el que se encarga de los partos. La escasez de personal en los servicios de maternidad es catastrófica y está empeorando rápidamente; las probabilidades de las mujeres malawianas de dar a luz en un entorno seguro disminuyen en consecuencia.

nacimientos y defunciones en los países en desarrollo a menudo únicamente se registran para pequeños segmentos de la población, excepto en algunos países asiáticos y latinoamericanos. La causa de defunción sólo se registra sistemáticamente en 100 países del mundo, que abarcan una tercera parte de la población mundial. Incluso resulta difícil obtener datos de encuestas fiables que sean representativos en el plano nacional. Para 62 países en desarrollo, incluidos la mayoría de los que presentan tasas de mortalidad muy elevadas, las únicas estimaciones de que se dispone se basan en modelos estadísticos. La interpretación de estos datos es incluso más peligrosa que la de los procedentes de encuestas o de registros parciales de defunciones. Los países que sólo cuentan con estimaciones basadas en modelos estadísticos representan el 27% de los nacimientos que se producen en el mundo, lo que hace que no se tenga

## Recuadro 1.4 El cómputo de nacimientos y defunciones

Si nadie lleva un cálculo de sus nacimientos y defunciones, las mujeres y los niños simplemente no cuentan (61). Las tasas de mortalidad a menudo sólo son estimaciones aproximadas, de fiabilidad variable. Esto se debe a que los modos de estimar la mortalidad distan mucho de ser perfectos y a que, en numerosos casos, no se confiere suficiente prioridad a la obtención de esa información vital.

Con frecuencia se da por supuesto que los números citados en relación con las defunciones maternoinfantiles se basan en **estadísticas hospitalarias**. Pero aparte de los problemas que conlleva el mantenimiento de los sistemas de notificación, lo cierto es que sólo una parte de los eventos vitales tienen lugar en centros de salud. La información hospitalaria constituye actualmente la fuente de datos menos fiable sobre nacimientos y defunciones.

El mejor método para estimar la mortalidad maternoinfantil es contar los nacimientos y defunciones empleando los **sistemas de registro civil**. En muchos países en desarrollo, sin embargo, esos sistemas siguen siendo incompletos. Los nacimientos y defunciones en ellos registrados subrepresentan a la población rural y a la población socioeconómicamente desfavorecida. En 47 países del mundo, menos del 50 % de la población registra a sus muertos. En consecuencia, sólo se puede calcular, por ejemplo, una tasa fiable de mortalidad neonatal para 72 países, que representan menos del 14% de los nacimientos mundiales. Dado que no siempre se utilizan las definiciones internacionalmente recomendadas de lo que constituye una defunción neonatal (62, 63), las tasas calculadas, en especial en Asia central, a veces no son comparables entre países (64). En la actualidad, los sistemas de registro civil incluso resultan aún menos satisfactorios para estimar la mortalidad materna. Determinar

la causa de defunción y relacionarla con el embarazo es difícil, sobre todo en lugares donde la mayoría de los fallecimientos se producen en el hogar. Los errores de clasificación o el subregistro son frecuentes en los países que cuentan con sistemas de registro civil plenamente operacionales – entre un 17% y un 63% (65) –, por no hablar de aquellos en los que estos sistemas sólo abarcan a una parte de la población.

Muchos países en desarrollo donde los nacimientos y defunciones no se computan de forma sistemática llevan a cabo **encuestas por muestreo** en las que se pregunta a las mujeres por su «historia obstétrica» y se averigua cuántos de sus hijos han muerto, cuándo y a qué edad. De esas encuestas se obtienen las estimaciones de mortalidad en la niñez. Aunque a menudo son bastante robustas, tales estimaciones pueden estar sesgadas o ser inexactas, por haberse basado las encuestas en muestras inadecuadas y no representativas del conjunto de la población. La información sobre un niño fallecido cuya madre también ha muerto simplemente no se recogerá. Con frecuencia las madres no conocen las fechas de nacimiento exactas; también puede ocurrir que no quieran o no puedan recordar a qué edad murió alguno de los hijos. La integridad y exactitud de los datos depende sobremanera de la habilidad y de la sensibilidad cultural del entrevistador. Desafortunadamente, a menudo es imposible averiguar la calidad de los datos encuestales de dominio público.

La mortalidad materna es aún más difícil de estimar a partir de las encuestas por muestreo. La información debe obtenerse de los familiares. En general, se pregunta a las mujeres si sus hermanas murieron durante el embarazo o poco después (66). Esto presupone que cada mujer que fallece durante

el parto tenía una hermana, que su hermana está viva para contar lo sucedido, que está enterada de la muerte de su hermana y que sabe a qué edad y en qué etapa del embarazo murió. Dado que las defunciones maternas son estadísticamente infrecuentes, es difícil obtener información sobre suficientes muertes para estimar la razón de mortalidad materna con la suficiente precisión y fiabilidad, a no ser que se emprendan estudios más costosos, como la encuesta sobre la mortalidad durante la etapa reproductiva (60). El resultado de todo ello es que los niveles y tendencias a menudo son muy difíciles de interpretar.

En los países donde los registros son incompletos y donde no se ha llevado a cabo ninguna encuesta, la única opción que queda para establecer la mortalidad consiste en elaborar **estimaciones basadas en modelos**. Se trata en la práctica de una estimación razonada basada en información perteneciente a países similares o vecinos. Un total de 28 países cuentan únicamente con este tipo de estimaciones para la mortalidad neonatal, y 62 para la mortalidad materna. Las estimaciones basadas en modelos deben manejarse con mucha cautela, pero pueden constituir la única información disponible.

Por primera vez, este *Informe sobre la salud en el mundo* presenta por separado cuadros con estimaciones de país de la mortalidad derivada de encuestas o de, cuando ello fue posible, sistemas de registro de estadísticas vitales, así como cuadros para todos los países con estimaciones de país que han sido objeto de modelización y ajuste. Estas estimaciones se presentan en los cuadros 2a, 2b y 8 del anexo.

Figura 1.3 Variación de las tasas de mortalidad de menores de 5 años, 1990–2003: países que muestran progresos, estancamiento o retroceso

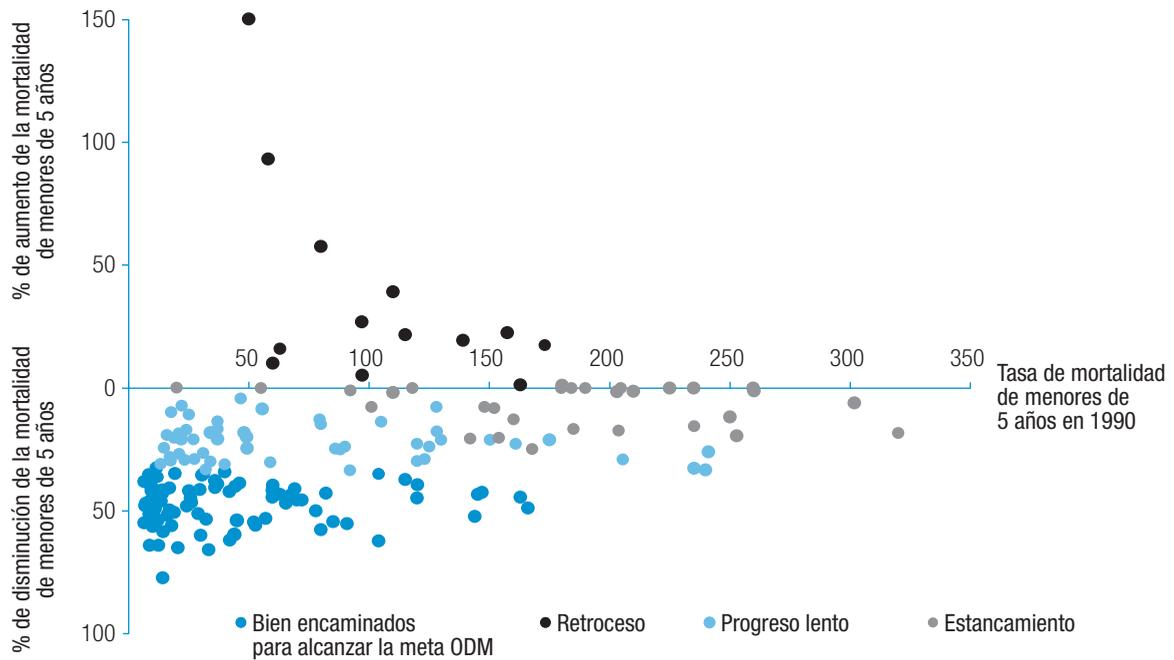


Figura 1.4 Pautas de reducción de las tasas de mortalidad de menores de 5 años, 1990–2003

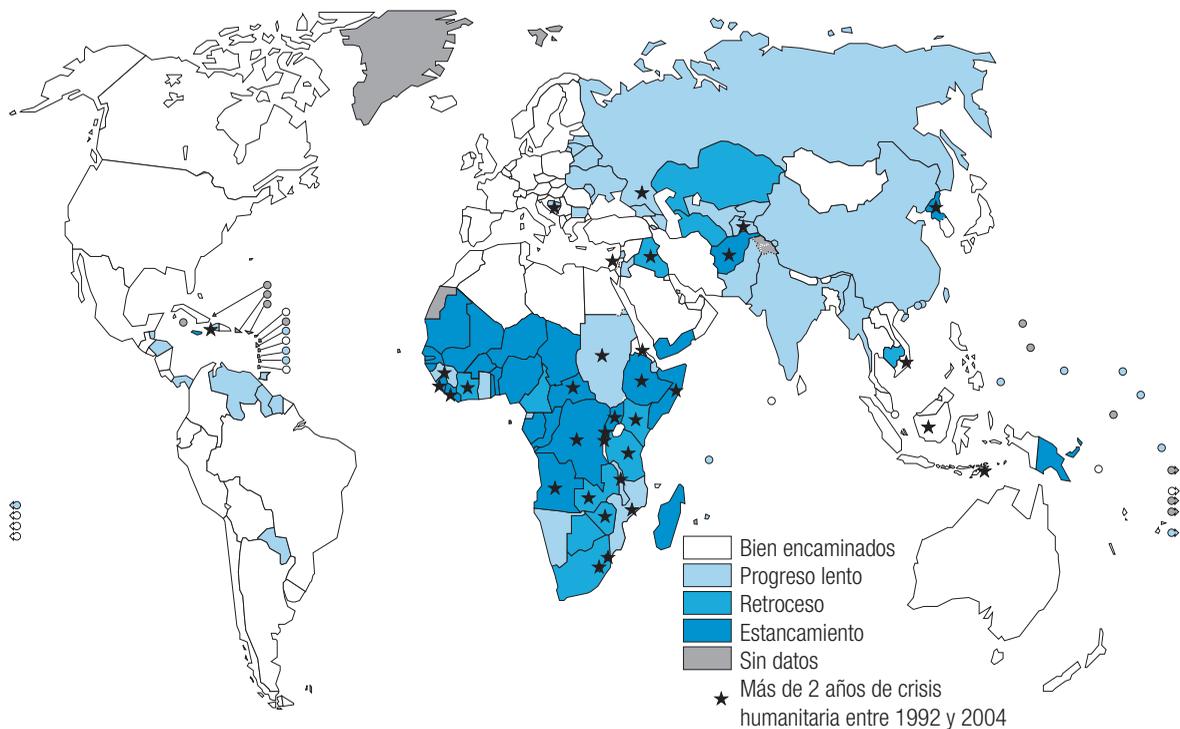


Figura 1.5 Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos en 2000

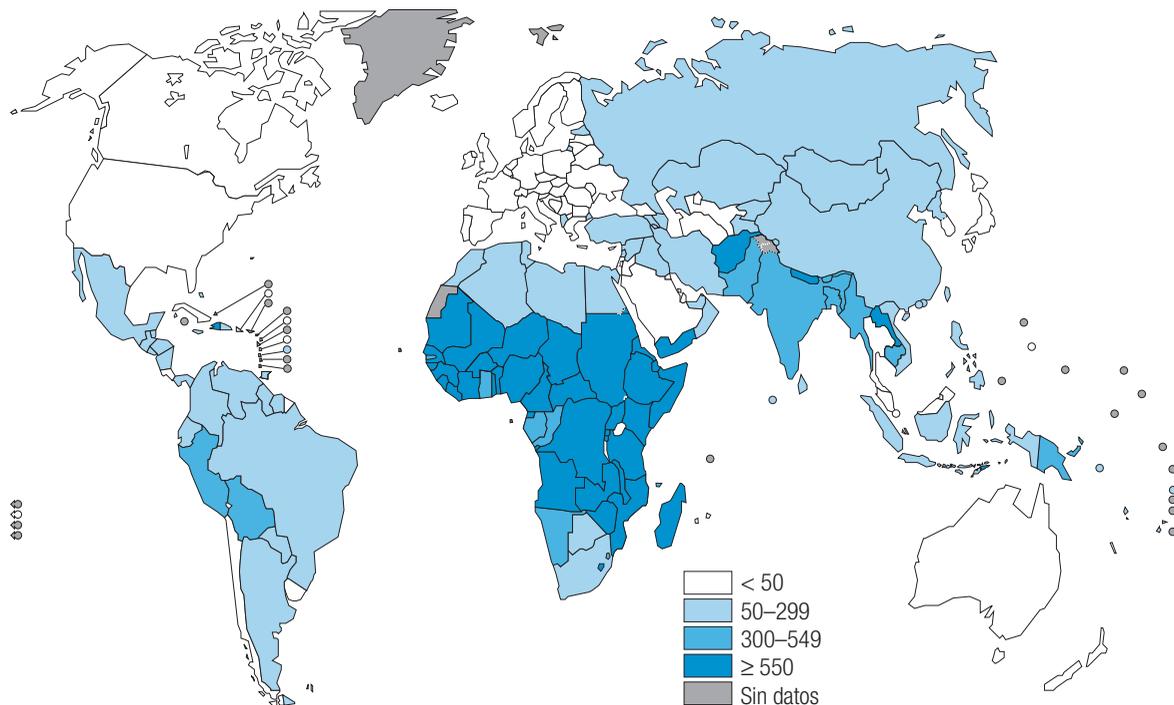
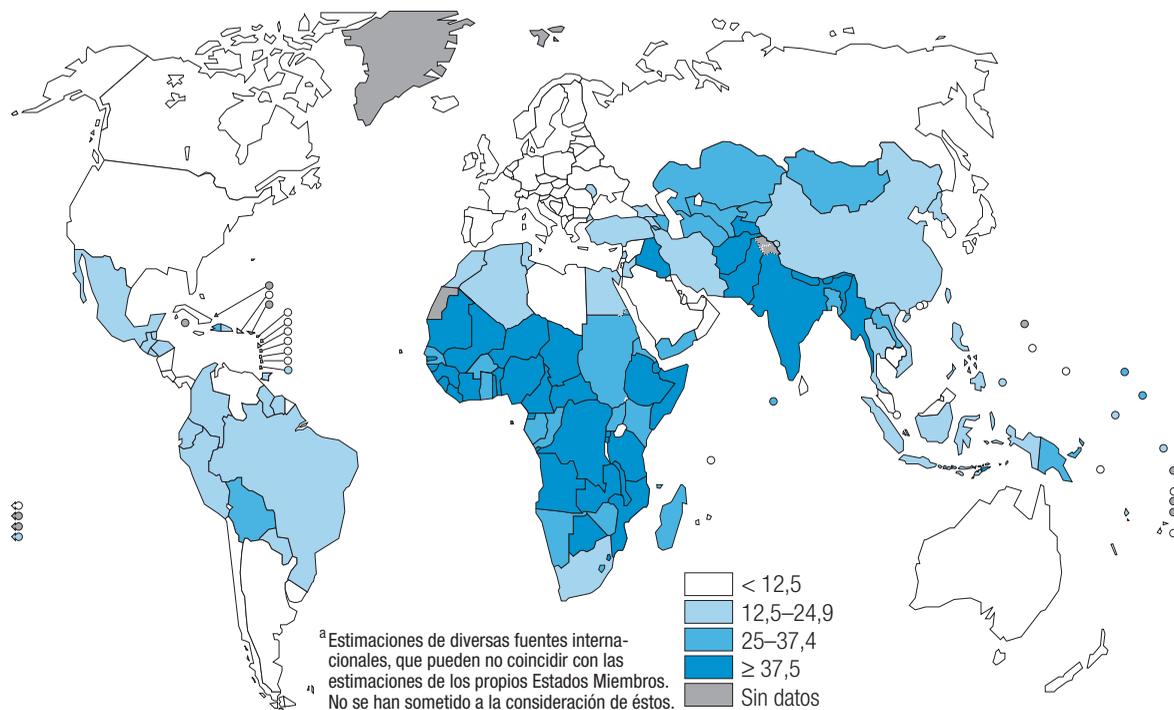


Figura 1.6 Tasa de mortalidad neonatal por 1000 nacidos vivos en 2000<sup>a</sup>



constancia de la suerte que corren 36 millones – aproximadamente 1 de cada 4 – de las mujeres que dan a luz cada año.

No obstante, gracias a las progresivas mejoras en lo que respecta a la disponibilidad de datos, existe ahora una base de datos cada vez mayor sobre mortalidad materna por países. Desde 1990, un grupo de trabajo mixto integrado por la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) ha estado evaluando y sintetizando regularmente la información disponible (60). Sin embargo, no ha sido posible establecer con cierta seguridad los cambios registrados a lo largo del tiempo: la incertidumbre asociada a las estimaciones de mortalidad materna hace que sea difícil determinar si la mortalidad ha aumentado o disminuido, de modo que aún no se puede confirmar una reducción mundial de las razones de mortalidad materna.

Con todo, impera una sensación de progreso, respaldada por el seguimiento de indicadores que apuntan a notables aumentos en el uso de servicios de salud durante el embarazo y el parto en todas las regiones excepto el África subsahariana a lo largo de los años noventa. La proporción de partos asistidos por personal calificado aumentó en un 24% en esa década, las cesáreas se triplicaron y el uso de servicios de asistencia prenatal aumentó en un 21%. Dado que, según se ha comprobado, la atención profesional es crucial para evitar defunciones maternas, así como para mejorar la salud de las madres, es probable que las razones de mortalidad materna estén disminuyendo en todas partes, excepto en los países que a principios de los años noventa presentaban niveles muy elevados. En el caso de estos últimos, en su mayoría pertenecientes al África subsahariana, no ha habido indicios de progreso.

**Tabla 1.1** Mortalidad neonatal y materna en los países con estancamiento o retroceso de la disminución de la mortalidad en la niñez

Disminución de la mortalidad en la niñez (1990–2003)	Nº de países	Población (2003) <sup>a</sup>	Media anual de nacidos vivos (2000–2005) <sup>a</sup>	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (1990) <sup>b</sup>	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (2003) <sup>b</sup>	Nº de defunciones de menores de 5 años (2003) <sup>a</sup>	Tasa de mortalidad neonatal (2000) <sup>b</sup>	Nº de defunciones de recién nacidos (2000) <sup>a</sup>	Razón de mortalidad materna (2000) <sup>c</sup>	Nº de defunciones maternas (2000) <sup>a</sup>
Bien encaminada	30 (OCDE)	1 155 219 (18%)	14 980 (11%)	22	13	190,5 (2%)	7	110,5 (3%)	29	4,3 (1%)
	63 (no OCDE)	1 386 579 (22%)	30 782 (23%)	78	39	1 200,5 (12%)	19	591,6 (15%)	216	65 (12%)
Con avances lentos	51	3 011 922 (48%)	58 858 (44%)	92	72	4 185,5 (40%)	35	2 069,5 (52%)	364	212,9 (40%)
En retroceso	14	241 209 (4%)	7 643 (6%)	111	139	1 046,9 (10%)	41	305,4 (8%)	789	59,9 (11%)
Estancada	29	487 507 (8%)	20 678 (16%)	207	188	3 773,9 (36%)	47	921,3 (23%)	959	185,8 (35%)

<sup>a</sup>En miles.

<sup>b</sup>Por 1000 nacidos vivos.

<sup>c</sup>Por 100 000 nacidos vivos.

## UN MOSAICO DE AVANCES, ESTANCAMIENTOS Y RETROCESOS

Tras la desaceleración de la mejora de los indicadores mundiales que tanto preocupa a las instancias decisorias (67) se oculta todo un mosaico de países: unos van bien encaminados, otros muestran lentos avances o se han quedado estancados, y otros empiezan a registrar retrocesos. Puesto que la mayoría de los avances se concentran en países que ya presentaban niveles de mortalidad maternoinfantil relativamente bajos, mientras que los países en peores condiciones se encuentran estancados, es inevitable que las diferencias entre unos y otros sean cada vez mayores.

Un total de 93 países, incluidos la mayoría de los comprendidos en el tramo de ingresos elevados, van «bien encaminados» para lograr el objetivo de reducir las tasas de mortalidad de menores de cinco años correspondientes a 1990 en dos terceras partes para 2015 o antes de ese año. Los países bien encaminados son los que ya presentaban las tasas más bajas en 1990 (tomados conjuntamente, su tasa era de 59 por 1000 en 1990).

Otros 51 países están mostrando progresos más lentos: el número de defunciones de menores de cinco años va a la baja y las tasas de mortalidad están disminuyendo, pero no al ritmo requerido para situarse en 2015 en una tercera parte del nivel correspondiente a 1990, a no ser que se aceleren notablemente los avances durante los próximos 10 años. Estos países partieron de niveles un poco más elevados que los países bien encarrilados, con una tasa media de mortalidad de menores de cinco años de 92 por 1000.

Más problemáticos resultan los 29 países en los que las tasas de mortalidad están «estancadas», es decir, donde el número de defunciones sigue aumentando, porque las modestas reducciones en las tasas de mortalidad son insuficientes para compensar el creciente número de nacimientos. Se trata de los países que presentaban los niveles más elevados (media de 207) en 1990. Por último, hay 14 países «en retroceso», donde las tasas de mortalidad de menores de cinco años disminuyeron en 1990 a un promedio de 111, pero seguidamente volvieron a aumentar. Durante los años noventa, el número de países perteneciente a este último grupo superó la cifra correspondiente a la suma de los dos decenios precedentes. Además, estos retrocesos fueron más pronunciados que en ocasiones anteriores. La inmensa mayoría de los países en fase de retroceso o estancamiento pertenecen a la Región de África.

Esta distribución de países,<sup>1</sup> clasificados por categorías en función del progreso registrado en la mortalidad de menores de cinco años durante los años noventa, se corresponde a grandes rasgos con lo ocurrido en materia de salud neonatal y materna en esos mismos países. Aunque no se dispone de datos sobre las correspondientes tendencias, la mortalidad neonatal y materna alcanza sus niveles más elevados en los países que se encuentran en situación de retroceso o estancamiento en lo que respecta a la mortalidad de menores de cinco años (véanse la tabla 1.1 y las figuras 1.3–1.6).

---

<sup>1</sup>Datos no disponibles para cinco países.

## LAS CIFRAS SIGUEN SIENDO ELEVADAS

Dado que la situación está mejorando a un ritmo más lento del previsto – y del esperado – el aumento del número de muertes evitadas se ve parcialmente contrarrestado por el rápido crecimiento demográfico. Es perfectamente posible que el número de muertes prematuras de madres y niños esté aumentando, ya que, pese a la disminución de las tasas, el número de madres, nacimientos y niños sigue creciendo. En el plano mundial, el número de nacimientos alcanzará hacia 2015 un máximo histórico de 137 millones por año (68): 3,5 millones más que en la actualidad. La mayor parte de ese incremento corresponderá al África subsahariana y a algunas partes de Asia – el Pakistán y la India septentrional – donde el número de nacimientos seguirá aumentando hasta bien entrado el decenio de 2020, incluso si la tasa de fecundidad continúa bajando. Se trata de regiones donde la protección ofrecida a las adolescentes y las mujeres jóvenes contra los embarazos precoces o no deseados es claramente insuficiente, donde la mortalidad atribuible a abortos peligrosos es muy elevada, donde dar a luz comporta grandes riesgos y donde es difícilísimo sobrevivir a la niñez.

¿Por qué sigue siendo necesario que este informe haga hincapié en la necesidad de centrar la atención en la salud de la madre y del niño, cuando hace décadas que se reconoce su importancia prioritaria y cuando han transcurrido ya más de 10 años desde la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo? Los avances se han ralentizado y son cada vez más dispares, con diferencias crecientes entre países ricos y pobres, y a menudo también entre ricos y pobres dentro de un mismo país. En el siguiente capítulo se analizan las razones de esa heterogeneidad.

## Referencias

1. Loudon I. Childbirth. In: Bynum WF, Porter R, eds. *Companion encyclopedia of the history of medicine*. Londres y Nueva York, NY, Routledge, 1993:1050–1071.
2. Haines A, Cassels A. Can the Millennium Development Goals be attained? *BMJ*, 2004, 329:394–397.
3. Nullis-Kapp C. The knowledge is there to achieve development goals, but is the will? *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:804–805.
4. Dwork D. *War is good for babies and other young children*. Londres, Tavistock, 1987.
5. Budin P. La mortalité infantile de 0 à 1 an. *L'Obstétrique*, 1903:1–44.
6. Ungerer RLS. *Começar de novo: Uma revisao historica sobre a crianca e o alojamento conjunto mae-filho*. Rio de Janeiro, Papel Virtual Editora, 2000.
7. Baker SJ. *Fighting for life*. New York, NY, Macmillan, 1939.
8. Van Lerberghe W, De Brouwere, V. Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality. In: De Brouwere V, Van Lerberge W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Amberes, ITG Press, 2001:7–34 (Studies in Health Organization and Policy, 17).
9. *Declaración Universal de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 1948.
10. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Artículo 2. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1948 ([http://policy.who.int/cgi-bin/om\\_isapi.dll?infobase=basic-sp&softpage=Browse\\_Frame\\_Pg42](http://policy.who.int/cgi-bin/om_isapi.dll?infobase=basic-sp&softpage=Browse_Frame_Pg42)), visitado el 22 de noviembre de 2004).
11. Walsh JA, Warren K. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 1979, 301:967–974.
12. Mahler H. The Safe Motherhood Initiative: a call to action. *Lancet*, 1987,1:668–670.
13. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala, 2003.

14. Jowett M. Safe Motherhood interventions in low-income countries: an economic justification and evidence of cost effectiveness. *Health Policy*, 2000, 53:201–228.
15. *Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
16. Musgrove P. Public spending on health care: how are different criteria related? *Health Policy*, 1999, 47:207–223.
17. Strong MA. *The effects of adult mortality on infant and child mortality*. Documento inédito presentado al Committee on Population Workshop on the Consequences of Pregnancy, Maternal Morbidity and Mortality for Women, their Families, and Society, Washington, DC, 19–20 de octubre de 1998.
18. Ainsworth M, Semali I. The impact of adult deaths on the nutritional status of children. In: *Coping with AIDS: the economic impact of adult mortality on the African household*. Washington, DC, Banco Mundial, 1998.
19. Reed HE, Koblinsky MA, Mosley WH. *The consequences of maternal morbidity and maternal mortality: report of a workshop*. Washington, DC, National Academy Press, 1998.
20. Kramer MS. Determinants of low birth weight: methodological assessment and meta-analysis [Facteurs déterminants de l'insuffisance pondérale à la naissance : évaluation méthodologique et méta-analyse]. *Bulletin of the World Health Organization - Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1987, 65 (5):663–737.
21. Prada JA, Tsang RC. Biological mechanisms of environmentally induced causes of IUGR. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52(Suppl. 1):S21–S27.
22. Murphy JF, O'Riordan J, Newcombe RG, Coles EC, Pearson JF. Relation of haemoglobin levels in first and second trimesters to outcome of pregnancy. *Lancet*, 1986, 1(8488):992–995.
23. Zhou LM, Yang WW, Hua JZ, Deng CQ, Tao X, Stoltzfus RJ. Relation of hemoglobin measured at different times in pregnancy to preterm birth and low birth weight in Shanghai, China. *American Journal of Epidemiology*, 1998, 148:998–1006.
24. Meriardi M, Caulfield LE, Zavaleta N, Figueroa A, DiPietro JA. Adding zinc to prenatal iron and folate tablets improves fetal neurobehavioral development. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1999, 180:483–490.
25. Ferro-Luzzi A, Ashworth A, Martorell R, Scrimshaw N. Report of the IDECG Working Group on Effects of IUGR on Infants, Children and Adolescents: immunocompetence, mortality, morbidity, body size, body composition, and physical performance. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52(Suppl. 1):S97–S99.
26. Grantham-McGregor SM. Small for gestational age, term babies, in the first six years of life. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52(Suppl. 1):S59–S64.
27. Grantham-McGregor SM, Lira PI, Ashworth A, Morris SS, Assuncao AM. The development of low-birth-weight term infants and the effects of the environment in northeast Brazil. *Journal of Pediatrics*, 1998, 132:661–666.
28. Goldenberg R, Hack M, Grantham-McGregor SM, Schürch B. *Report of the IDECG/IUNS Working Group on IUGR: effects on neurological, sensory, cognitive, and behavioural function*. Lausanne, Secretaría del IDECG, c/o Fundación Nestlé, 1999.
29. Barker DJP. *Mothers, babies and health in later life.*, 2ª ed. Sydney, Churchill Livingstone, 1998.
30. Grivetti L, Leon D, Rasmussen K, Shetty PS, Steckel R, Villar J. Report of the IDECG Working Group on Variation in Fetal Growth and Adult Disease. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52(Suppl. 1):S102–S103.
31. Bhargava A. *Nutrition, health and economic development: some policy priorities*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (Comisión sobre Macroeconomía y Salud, documentos de trabajo de la CMS, GT1: 14).
32. Scrimshaw NS. Malnutrition, brain development, learning, and behavior. *Nutrition Research*, 1998, 18:351–379.
33. Grantham-McGregor SM, Ani CC. *Undernutrition and mental development*. Lausanne, Nestlé, 2001 (Nutrition Workshop Series, Clinical Performance Programme, 5:1–14).
34. Alderman H, Behrman JR, Lavy V, Menon R. *Child nutrition, child health, and school enrollment: a longitudinal analysis*. Washington, DC, Banco Mundial (Departamento de Investigaciones sobre Políticas de Desarrollo, División de Recursos Humanos y Lucha contra la Pobreza), 1997.

35. Glewwe P, Jacoby HG, King EM. Early childhood nutrition and academic achievement: A longitudinal analysis. *Journal of Public Economics*, 2001, 81:345–368.
36. Alderman H, Behrman JR. *Estimated economic benefits of reducing low birth weight in low-income countries*. Washington, DC, Banco Mundial, 2004 (Health, Nutrition and Population Discussion Paper).
37. Martorell R, Ramakrishnan U, Schroeder DG, Melgar P, Neufeld L. Intrauterine growth retardation, body size, body composition and physical performance in adolescence. *European Journal of Clinical Nutrition*, 1998, 52(Suppl. 1):S43–S52.
38. Islam MK, Gerdtham U-G. *A systematic review of the estimation of costs-of-illness associated with maternal newborn ill-health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004. Maternal-Newborn Health and Poverty (MNHP) Project.
39. Legislator's Committee on Population and Development. Family planning saves lives and P303 million for the Philippine Government. *People Count*, 1993, 3:1–4.
40. Martínez Manautou J. *Análisis del costo beneficio del programa de planificación familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (impacto económico)*. Ciudad de México, Academia Mexicana de Investigación en Demografía Médica, 1987.
41. Belli PC, Appaix O. *The economic benefits of investing in child health*. Washington, DC, Banco Mundial, 2003 (Health, Nutrition and Population Discussion Paper).
42. Karoly LA, Greenwood PW, Everingham SS, Houbé J, Kilburn MR, Rydell CP et al. *Investing in our children, what we know and don't know about the costs and benefits of early childhood interventions*. Santa Monica, CA, RAND Corporation, 1998.
43. Behrman JR. The economic rationale for investing in nutrition in developing countries. *World Development*, 1993, 21:1749–1771.
44. Behrman JR, Hodinott J. *Evaluación del impacto de progreso en la talla del niño en edad preescolar*. Washington, DC, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, 2000.
45. Van der Gaag J, Tan JP. *The benefits of early child development programs: an economic analysis*. Washington, DC, Banco Mundial, 1996.
46. Quisumbing AR, Haddad L, Pena C. Are women overrepresented among the poor? An analysis of poverty in 10 developing countries. *Journal of Developing Economics*, 2001, 66:225–269.
47. Borghi J, Hanson K, Acquah CA, Ekanmian G, Filippi V, Ronsmans C et al. Costs of near-miss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. *Health, Policy and Planning*, 2003, 18:383–390.
48. Sen A. *Development as freedom*. Nueva York, NY, Anchor Books, 1999.
49. *Informe del Milenio del Secretario General de las Naciones Unidas*. Nueva York, NY, Naciones Unidas 2000 (<http://www.un.org/millennium/sg/report/>, visitado el 22 de noviembre de 2004).
50. *Declaración del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 2000 (resolución 55/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas; <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/ares552.html>, visitado el 22 de noviembre de 2004).
51. *Informe sobre Desarrollo Humano 2004. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*. Madrid, Mundi-Prensa para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 2004.
52. de Onis M, Blossner M. The World Health Organization Global Database on Child Growth and Malnutrition: methodology and applications. *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:518–526.
53. Maternal and child health: regional estimates of perinatal mortality. *Weekly Epidemiological Record - Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 1989, 24:184–186.
54. *Perinatal mortality. A listing of available information*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (WHO/FRH/MSM/96.7).
55. *State of the world's newborns: a report from Saving Newborn Lives*. Washington, DC, Save the Children Fund, 2004:1–28.
56. Hyder AA, Wali SA, McGuckin J. The burden of disease from neonatal mortality: a review of South Asia and Sub-Saharan Africa. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 2003, 110:894–901.

57. Tinker A, Ransom E. Healthy mothers and healthy newborns: the vital link. Washington, DC, Save the Children/Population Reference Bureau, 2002 (Policy Perspectives on Newborn Health).
58. *Best practices: detecting and treating newborn asphyxia*. Baltimore, MD, JHPIEGO, 2004.
59. Katz J, West KP Jr., Khatri SK, Christian P, LeClerq SC, Pradhan EK et al. Risk factors for early infant mortality in Sarlahi district, Nepal. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:717–725 (resumen en español).
60. *Maternal mortality in 2000. Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
61. Graham W, Hussein J. The right to count. *Lancet*, 363:67–68.
62. Elkoff VA, Miller JE. Trends and differentials in infant mortality in the Soviet Union, 1970–90: how much is due to misreporting? *Population Studies*, 1995, 49:241–258.
63. Mugford M. A comparison of reported differences in definitions of vital events and statistics/Différences entre les définitions utilisées pour les événements et statistiques d'état civil. *World Health Statistics Quarterly/Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales*, 1983, 36(2):201–212.
64. *Social Monitor, 2003. Special feature: infant mortality*. Nueva York, NY, Fondo de las Naciones Unidas para Infancia, 2003.
65. Bouvier Colle MH, Varnoux N, Costes P, Hatton F. Reasons for the under-reporting of maternal mortality in France, as indicated by a survey of all deaths among women of childbearing age. *International Journal of Epidemiology*, 1991, 20:717–721.
66. *The sisterhood method for estimating maternal mortality: guidance for potential users*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para Infancia, 1997 (WHO/RHT/97.28 y UNICEF/EPP/97.1).
67. *Informe sobre Desarrollo Humano 2003. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza*. Madrid, Mundi-Prensa para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2003.
68. *World population prospects – the 2002 revision database*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, División de Población, 2002.

# los obstáculos a los progresos: ¿cuestión de contexto o de política?

**En este capítulo se intentan explicar las razones de los serios reveses sufridos por los progresos de la salud maternoinfantil en muchos países. Se muestra con detalle que el estancamiento, retroceso o freno de los progresos de algunos países está claramente relacionado con la pobreza, el VIH/SIDA y las crisis humanitarias, factores que conllevan la exclusión del acceso a los centros sanitarios. En numerosos países, las estrategias puestas en marcha para prestar servicios de salud no han alcanzado los resultados esperados. Aunque muchos países han basado sus sistemas asistenciales en los distritos sanitarios, con una red de centros de salud y un hospital de distrito de referencia, a menudo ha sido imposible aplicar con éxito dicho modelo en los contextos con graves limitaciones de recursos. Se sostiene aquí que el modelo de distritos sanitarios sigue siendo una fórmula racional al alcance de los gobiernos para organizar la prestación de atención de salud descentralizada.**

Aunque existe desde hace decenios un consenso mundial respecto a que la salud maternoinfantil es una prioridad pública, queda mucho por hacer. La mayor parte de los progresos se están logrando en países que ya estaban en una situación relativamente buena a principios de los años noventa, mientras que los que se hallaban en situación menos favorable, sobre todo en el África subsahariana, se han quedado atrás. Esta brecha amplia y creciente puede explicarse en gran medida por el contexto en el que se han desarrollado los sistemas sanitarios. Los estancamientos, los retrocesos y los progresos lentos observados en algunos países están claramente relacionados con contextos de pobreza, crisis humanitaria y efectos directos e indirectos del VIH/SIDA (véase la tabla 2.1), factores que han dado origen a diferencias cada vez más manifiestas entre las personas con acceso a la atención de salud y las excluidas

de estas prestaciones. La exclusión de las prestaciones sanitarias genera desigualdades en la supervivencia aún más acusadas entre las madres y los recién nacidos que en los niños. Cualquiera que sea el contexto, la ausencia de progresos obedece también a la incapacidad de los sistemas sanitarios para dispensar atención de calidad y servicios a todas las madres y los niños.

En la evolución hacia el acceso universal a la atención de salud deben tenerse en cuenta los obstáculos contextuales a los progresos, los motivos de exclusión de dicha atención y los diversos patrones de exclusión. Muchos países, y en particular los que se enfrentan a las mayores dificultades, han basado sus sistemas de

Tabla 2.1 Factores que obstaculizan los progresos

Descenso de la mortalidad en la niñez	Más de dos años de crisis humanitaria desde 1992	Tasa de prevalencia del VIH en la población adulta (media ponderada)	PIB per cápita (media ponderada de 1990–2002 en dólares internacionales de 1995)
93 países están progresando <sup>a</sup>	3/93 países	0,3	20 049 (OCDE) 4179 (fuera de la OCDE)
51 países están progresando más lentamente <sup>a</sup>	10/51 países	0,7	2657
14 países están retrocediendo	8/14 países	10,2	1627 (excluida Sudáfrica)
En 29 países la mortalidad se ha estancado	11/29 países	4,1	896

<sup>a</sup> Hacia el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio

atención de salud en el modelo de distritos sanitarios, con una estructura básica constituida por centros de salud y un hospital de distrito de referencia. En este capítulo se sostiene que, en muchos casos, la decepcionante situación de algunos países obedece más a las condiciones en las que se ha aplicado esta estrategia que al fracaso de la estrategia en sí. Se necesita un nuevo compromiso para crear las condiciones que permitan avanzar hacia una aplicación eficaz.

## CUESTIONES DE CONTEXTO

### La pobreza malogra los progresos

Muchos de los países cuyas tasas de mortalidad en la niñez están estancadas o en retroceso son pobres en términos de producto interior bruto; otros se enfrentan a situaciones de contracción económica. Se acepta habitualmente que la pobreza de ingresos está desapareciendo porque tanto la proporción como la cifra absoluta de personas que viven con menos de US\$ 1 al día están descendiendo (1). Sin embargo, casi todos estos progresos se han logrado en Asia. El África subsahariana, que reúne a la mayor parte de los países cuyas tasas de mortalidad en la niñez se han estancado o han retrocedido, aparece como la región con mayor incidencia de pobreza extrema y con una pobreza más profunda (2). Además, el ingreso medio de los pobres de África ha ido disminuyendo con el tiempo, al contrario que el de los pobres del resto del mundo en desarrollo (3).

Pero la pobreza afecta también a la salud materna. Cuando las mujeres mueren al dar a luz, ello se debe generalmente a una cadena de fallos en su interacción con el sistema sanitario: demoras en la solicitud de atención médica, incapacidad de proce-

## Recuadro 2.1 Crisis económica y quiebra del sistema sanitario: un encadenamiento fatídico de sucesos

Dashnyam, ama de casa muy pobre de 41 años, había emigrado del campo a una capital provincial de Mongolia. Ni su marido ni ella tenían trabajo, y a menudo carecían de alojamiento para su familia de seis hijos. Durante el último embarazo, Dashnyam presentó edema y preeclampsia, y hubo que extraerle manualmente la placenta. Tras ello, manifestó su deseo de no tener más hijos y se le implantó un dispositivo intrauterino (DIU). Tuvo problemas con él y en 2002, tras seis años de uso, solicitó que se lo extrajeran por padecer enfermedad inflamatoria pélvica y dolor asociado. El obstetra que lo extrajo la instó a utilizar otro método anticonceptivo, y lo mismo hizo su médico de atención primaria. Por motivos que no están claros, no

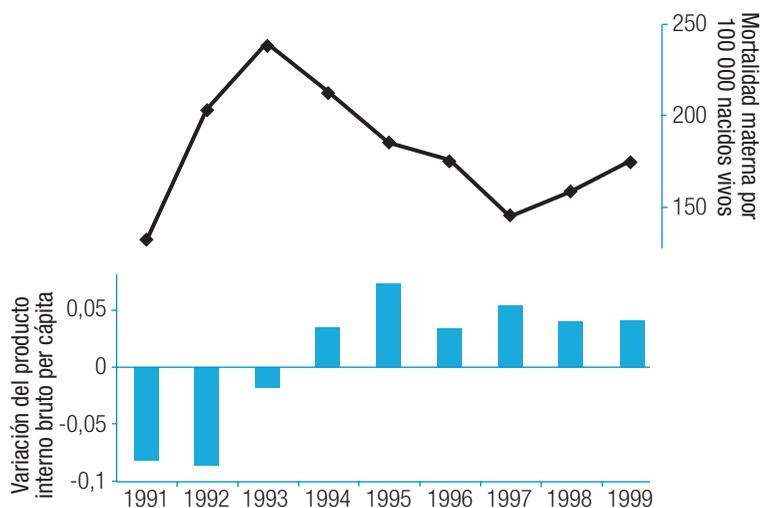
Fuente: (7).

siguió su consejo y pronto quedó embarazada de nuevo. No solicitó atención prenatal, pero el médico de familia descubrió su embarazo durante un reconocimiento prenatal de su hija de 18 años. Dados los antecedentes y la edad de Dashnyam, y puesto que expresó su deseo de no tener ese hijo, el médico de familia la apremió a que acudiera al hospital provincial para abortar. Sin embargo, para cuando Dashnyam logró reunir suficiente dinero, su embarazo estaba demasiado avanzado y ya no podía abortar. Regresó a casa y recibió atención prenatal del médico de familia. Cuando el embarazo se acercaba a su fin, manifestó síntomas de preeclampsia (tensión arterial alta y edema). Por su edad, su historial de complicaciones y la

presencia de estos síntomas graves, el médico le recomendó que acudiera sin demora al hogar materno del hospital provincial. Sin embargo, su ingreso se retrasó más de una semana para resolver cuestiones burocráticas, inicialmente porque carecía de documentos que acreditaran que estaba cubierta por el seguro de enfermedad, y luego porque no había camas disponibles. Dashnyam dio a luz por cesárea, pero tuvo una copiosa hemorragia. Se tardó en encontrar a un anestésico y por fin se logró contenerla con una intervención quirúrgica de urgencia; por desgracia, el hospital no disponía de sangre para la transfusión, y Dashnyam murió de choque hemorrágico. (Se han cambiado los nombres y los lugares.)

der según las recomendaciones médicas y fracaso del propio sistema sanitario, que no puede prestar una atención suficiente u oportuna. Estos fallos tienen más probabilidades de producirse y de coincidir en una combinación fatídica cuando los contextos macroeconómico y social se deterioran. En Mongolia, por ejemplo, la introducción del «tratamiento de choque» económico a comienzos de los años noventa provocó un caos social y un colapso económico generalizados (4, 5) que fueron seguidos de un rápido aumento del desempleo y de la generalización de la pobreza. El gasto público se redujo a la mitad como reflejo del descenso generalizado de las inversiones en servicios sociales, atención de salud y educación. Hospitales, consultorios y maternidades cerraron o recortaron su actividad (6). El sector sanitario terminó por recuperarse con la ayuda de cuantiosos préstamos al desarrollo, pero no antes de que la quiebra de los servicios condujera a un retroceso temporal de la mortalidad materna (véase la figura 2.1). En el recuadro 2.1 se describen los mecanismos por los que la dinámica de una pobreza creciente puede dar origen a una funesta cadena de sucesos.

Figura 2.1 Un caso de inversión temporal de la mortalidad materna: Mongolia en los primeros años noventa



## Recuadro 2.2 El VIH/SIDA afecta directamente a la salud de las mujeres y los niños

La pandemia de VIH/SIDA se está cobrando un tributo cada vez mayor entre las mujeres y los niños, sobre todo en el África subsahariana. En la actualidad hay unos 39 millones de personas infectadas por el VIH, de las que 2,2 millones son menores de 15 años y 18 millones son mujeres. En 2004 se registraron 4,9 millones de nuevos infectados, entre ellos 640 000 menores de 15 años (8). Casi el 90% de las infecciones pediátricas se producen en el África subsahariana, donde se conjugan altas tasas de fecundidad con altas tasas de prevalencia del VIH en la población femenina (9). En 2004, 3,1 millones de personas murieron de SIDA, entre ellas 510 000 niños (8). Así pues, el VIH/SIDA ha incrementado considerablemente la mortalidad en muchos países: es una de las principales causas de muerte entre las mujeres y los niños de los países más afectados del África subsahariana (10).

Cada año dan a luz en el mundo unos 2,2 millones de mujeres infectadas por el VIH (11). En la embarazada, la infección por el VIH aumenta el riesgo de complicaciones de la ges-

tación y el parto (abortos, anemia, hemorragia del puerperio inmediato, sepsis puerperal y complicaciones postoperatorias). El SIDA incrementa las tasas de malaria y de infecciones oportunistas como la tuberculosis, por lo que es también una importante causa indirecta de mortalidad materna (12). El efecto combinado de estos diversos mecanismos puede eclipsar los progresos logrados en la reducción de la mortalidad materna por otras causas. En Rakai (Uganda), por ejemplo, la mortalidad materna fue de 1687 por 100 000 nacidos vivos entre las mujeres infectadas por el VIH y de 310 entre las no infectadas (13). En el Hospital Docente Universitario de Lusaka (Zambia), la razón de mortalidad materna se ha multiplicado por ocho en los dos últimos decenios, debido fundamentalmente al aumento de las causas de muerte no obstétricas. Éstas eran casi insignificantes en 1975, pero en 1997 la tuberculosis relacionada con el VIH y las enfermedades respiratorias crónicas no especificadas representaban el 27% de todas las causas de muerte materna (14).

Los hijos de madres VIH-seropositivas corren mayor riesgo de morir que los de madres VIH-seronegativas (13). A medida que los padres mueren de SIDA, aumenta el número de huérfanos: en 40 países del África subsahariana, el 9% de los menores de 15 años han perdido a uno de ellos y el 1%, a ambos (15). Los huérfanos son especialmente vulnerables a los riesgos sociales y de salud: tienen menos probabilidades de acudir al colegio y suelen vivir en hogares con condiciones menos favorables que la media para la salud y el desarrollo. Entre los niños, la infección por el VIH, casi siempre contraída por transmisión materna, es responsable de altas tasas de mortalidad; aproximadamente el 60% de ellos mueren antes de los cinco años (16). En Malawi, el VIH/SIDA es responsable de hasta el 10% de las muertes en la población infantil; en Botswana, uno de los países más afectados, la mortalidad en la niñez se duplicó a lo largo de los años noventa, y en el año 2000 más del 60% de ella era imputable al VIH/SIDA (16).



J.M. Giboux/WHO

En las crisis humanitarias los servicios básicos de salud materno-infantil suelen verse perturbados (campamento de refugiados de New Jalozai, en Peshawar, Pakistán).

### Los efectos directos e indirectos del VIH/SIDA

En varios países, sobre todo del África subsahariana, a los efectos de la pobreza y la contracción de la economía sobre el entorno de las personas, su salud y el funcionamiento de los sistemas sanitarios se suma la epidemia de VIH/SIDA.

El VIH/SIDA tiene efectos directos e indirectos. Afecta directamente a la salud de las mujeres y los niños infectados (véase el recuadro 2.2). A escala mundial, la contribución directa del VIH/SIDA al número de niños que fallecen es limitada, pero ha ido aumentando de forma sostenida en el África subsahariana. En 1990, el VIH/SIDA fue responsable de aproximadamente el 2% de la mortalidad de menores de cinco años en esta parte del mundo; 10 años más tarde, la proporción había ascendido al 6,5%, si bien hay diferencias significativas de unos países a otros. Las tasas de prevalencia del VIH son mucho mayores en los países en situación de estancamiento o retroceso que en los demás (17); en 9 de cada 10 países africanos en retroceso, el VIH/SIDA era responsable de más del 10% de las defunciones infantiles en 1999, proporción muy superior a la de 1990 (18). Pero el VIH/SIDA como causa directa de muerte no puede explicar la ralentización o el retroceso de las tendencias de la mortalidad en la niñez.

El VIH/SIDA afecta también a la salud de las madres y los niños de una forma más indirecta. El correcto diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA es un servicio que rara vez se presta a las mujeres y los niños y que plantea especiales dificultades en los entornos con pocos recursos. El VIH/SIDA sobrecarga todavía más unos sistemas de salud frágiles. Genera demanda de nuevos servicios, como la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño, el asesoramiento y las pruebas del VIH, y complejos

métodos de diagnóstico e investigación (19, 20), lo cual exige un mayor gasto en infraestructuras, equipos, fármacos y recursos humanos. Allí donde no aumenta la financiación, los servicios de salud materno-infantil se ven obligados a compartir sus escasos recursos materiales y humanos. A medida que los agentes de atención de salud enferman, el resto del personal sanitario se va viendo obligado a trabajar al límite de su capacidad (21). El rendimiento laboral desciende todavía más por el temor, el desconocimiento del VIH/SIDA y de las medidas de protección, y el estrés que genera el atender a pacientes en situación desesperada. En consecuencia, resulta cada vez más difícil reclutar a personas jóvenes para ejercer la medicina o la enfermería, y en particular la obstetricia.

### Los conflictos y las emergencias, causa de involución de los sistemas

De los 43 países en los que la mortalidad en la niñez se ha estancado o ha retrocedido, 19 han sido objeto de un Procedimiento de Llamamientos unificados por una crisis humanitaria de más de dos años de duración en su territorio. Estas situaciones en las que los sistemas locales o nacionales están desorganizados o tan desbordados que son incapaces de cubrir las necesidades más básicas de las personas, y que exigen una respuesta internacional que va más allá del mandato o la capacidad de un solo organismo, se acompañan a menudo de una importante desintegración de la autoridad y mucha violencia contra los seres humanos, el entorno, las infraestructuras y la propiedad. En esas circunstancias, las mujeres y los niños son quienes lo pagan más caro, por ser los más vulnerables y también los más expuestos (los hombres adultos tienden a abandonar estas zonas, ya sea para combatir o para buscar trabajo) (22). Los ataques armados tienen a menudo como objetivo infraestructuras y sistemas básicos, como las carreteras, el abastecimiento de agua, las comunicaciones y los establecimientos de salud. El colapso de los programas de vacunación y control de enfermedades, de las redes de consultorios y de los hospitales afecta fundamentalmente a las mujeres y los niños. La inseguridad y las operaciones militares niegan el acceso a amplias áreas de territorio y limitan la dispensación de servicios de salud y el acceso a ellos. Sin embargo, gran parte de todo esto depende de la forma en que los sistemas de salud están organizados para hacer frente a estas situaciones difíciles, y los distritos sanitarios bien estructurados han demostrado tener una notable resistencia (véase el recuadro 2.3).

#### Recuadro 2.3 Los distritos sanitarios pueden hacer progresos, incluso en circunstancias adversas

Desde los años ochenta, el entorno socioeconómico de la provincia de Kivu Norte de la República Democrática del Congo (antiguo Zaire) ha ido deteriorándose. En julio de 1994, la provincia tuvo que hacer frente además a la entrada de refugiados rwandeses. Pese a estas difíciles circunstancias, el distrito sanitario de Rutshuru fue capaz de adaptarse y mantener sus actividades médicas. Durante 11 años, la red de atención de salud ha permanecido accesible y funcional, aun cuando los recursos humanos y económicos hayan sido sumamente escasos (la ayuda externa fluctuaba entre US\$

1,5 y US\$ 3 por habitante y año), sobre todo si se comparan con los que los organismos de socorro ponían a disposición de los campos de refugiados de la misma zona. Es más, la utilización de servicios curativos y las tasas de cobertura de medidas preventivas han aumentado: en concreto, la cobertura vacunal se ha triplicado. Las actividades relacionadas con la salud materna se han intensificado cuantitativa y cualitativamente, y así, el 52% de los partos se producen en centros de salud o en el hospital y la tasa de cesáreas en la población general es del 1,4%; la tasa de letalidad de las

cesáreas ha caído del 7,2% al 2,9%. El distrito fue capaz de sobrellevar una carga de trabajo de 65 000 casos de dolencias diversas en refugiados rwandeses instalados fuera de los campamentos, lo que supuso un aumento del 400% de su carga de trabajo en intervenciones curativas. Tuvo que soportar intensas presiones, pero sus servicios lograron responder eficazmente a las reiteradas situaciones de crisis gracias, fundamentalmente, al mantenimiento de una sólida estructura de gestión del distrito, basada en la comunicación permanente y la participación de la población (23).

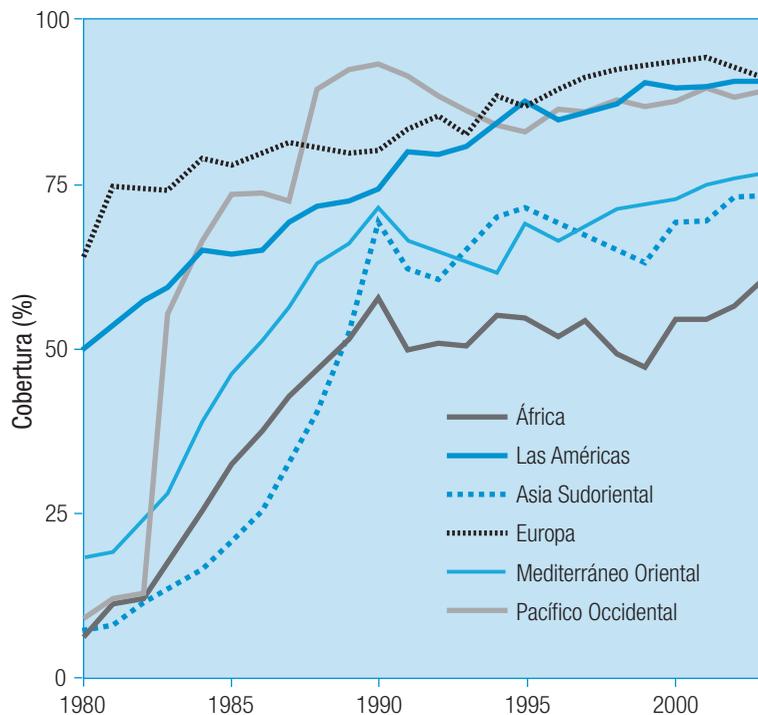
## LAS MUCHAS FACETAS DE LA EXCLUSIÓN DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Nunca antes había habido tantas madres y niños con acceso a prestaciones de salud reproductiva, materna e infantil. Sin embargo, en muchos países, el acceso universal a los bienes, los servicios y las oportunidades que mejoran o preservan la salud sigue siendo un objetivo lejano. Una proporción desigual, pero amplia, de madres y niños sigue estando excluida de prestaciones sanitarias al alcance de otros conciudadanos. La exclusión está relacionada con las desigualdades socioeconómicas. En muchos países es un signo del creciente dualismo en la sociedad: a medida que las clases medias urbanas, cada vez más numerosas, van accediendo de forma desproporcionada a los servicios públicos, entre ellos la educación y la salud, entran en competencia con los pobres por unos recursos escasos, y les resulta fácil salir vencedoras (24).

El resultado es que la exclusión del acceso a la atención de salud es habitual en los países pobres. En los 42 países que en 2000 reunían el 90% de las defunciones de menores de cinco años, el 60% de los niños con neumonía no obtuvieron el antibiótico que necesitaban, y al 70% de los niños con malaria no se les administró tratamiento (25). Una tercera parte de los niños no recibieron la vitamina A que sí se les dio a otros de sus mismos países y la mitad no disponían de agua salubre o saneamiento. Entre 1999 y 2001, menos del 2% de los niños de zonas endémicas de malaria dormían todas las noches bajo mosquiteros impregnados de insecticida. El estancamiento de los progresos en la cobertura de diversas intervenciones supone que

amplios segmentos de población siguen estando excluidos (26). La cobertura vacunal, por ejemplo, mantuvo su tendencia ascendente durante los años noventa en las regiones de la OMS de Europa, las Américas y el Pacífico Occidental, pero en las demás regiones se ha estabilizado en valores de hasta sólo un 50%–70% (véase la figura 2.2).

Figura 2.2 Estancamiento tras un periodo de grandes progresos: cobertura con DTP3<sup>a</sup> desde 1980

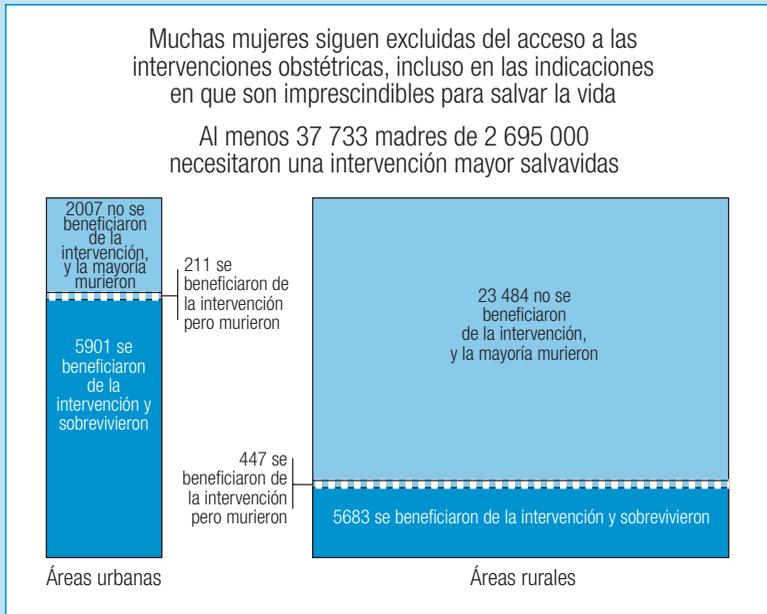


<sup>a</sup>Tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina.

### Raíces de la exclusión

En muchos de los países que experimentan un estancamiento o un retroceso (sobre todo en el África subsahariana) las barreras a la utilización de las prestaciones sanitarias, y en concreto la carencia de servicios accesibles, son una causa fundamental de exclusión. Para muchas personas dichos servicios simplemente no existen o no están a su alcance. Por ejemplo, no tener acceso a los hospitales en los que pueden llevarse a cabo intervenciones obstétricas de cirugía mayor es la principal razón por la que, en el momento de dar a luz, gran número de mujeres de las zonas rurales quedan excluidas de una atención que puede salvarles la vida (véase el recuadro 2.4).

### Recuadro 2.4 Cartografiar la exclusión del acceso a la atención obstétrica que salva vidas

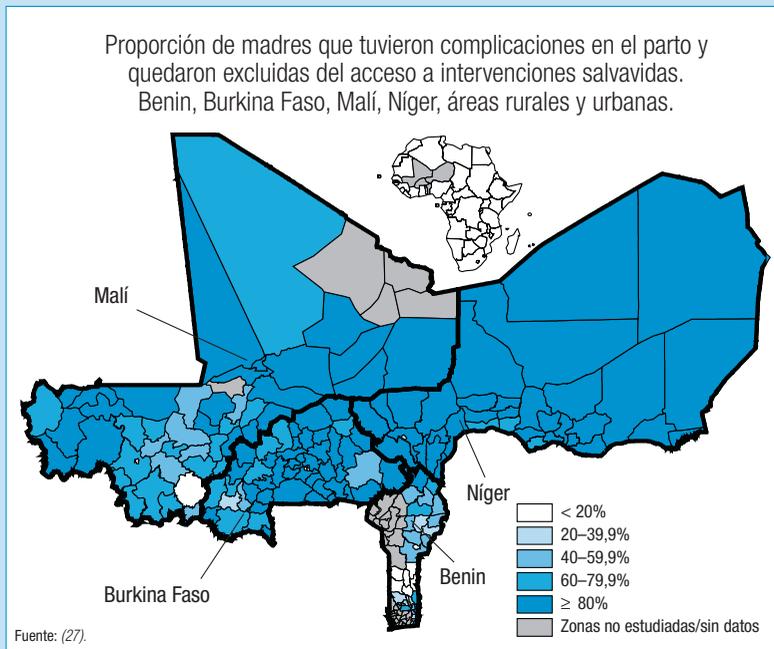


Un estudio basado en 2,7 millones de partos ha permitido cuantificar la magnitud de la exclusión del acceso a las intervenciones obstétricas mayores que salvan vidas en Burkina Faso, Malí y el Níger, y en zonas de Benin, Haití, el Pakistán y la República Unida de Tanzania. La red Unmet Obstetric Needs, en la que colaboran ministerios de salud, médicos e investigadores, analizó esta población a lo largo de un año. Estableció una cifra de referencia de 1,4% como estimación conservadora de la proporción de partos en los que se requería una intervención obstétrica mayor (cesárea, histerectomía, craneotomía, laparotomía o extracción por versión) para impedir que la madre muriera de alguna de las complicaciones potencialmente mortales incluidas en una lista preestablecida. No se contabilizaron las intervenciones realizadas por otras indicaciones, entre ellas los trastornos fetales. La figura adjunta ilustra los resultados.

Sólo el 1,1% de las madres de zonas urbanas y el 0,3% de las de ámbitos rurales tuvieron acceso a estas intervenciones. Entre el 80% (en el Níger) y el 98% (en el Pakistán) fueron cesáreas. De las 12 242 madres tratadas, entre el 93,8% y el 99,5% sobrevivieron (en Burkina Faso y el Pakistán, respectivamente), y así ocurrió también con 7779 niños. Ninguna de estas intervenciones se realizó por motivos distintos de las indicaciones maternas potencialmente mortales identificadas. Dado que dichas indicaciones están presentes como mínimo en el 1,4% de los partos, ello significa que, en el estudio, al menos el 25% de las madres de ámbitos urbanos y el 79% de las madres de ámbitos rurales quedaron excluidas del acceso a la intervención obstétrica mayor que necesitaban.

Aunque, en promedio, las áreas estudiadas (excepto el Níger) disponen de al menos un hospital por cada 500 000 habitantes, la magnitud de la exclusión está claramente relacionada con la disponibilidad y la accesibilidad de las infraestructuras sanitarias. Téngase en cuenta que la distancia media que las mujeres han de recorrer para acudir al hospital va desde 9 km en Haití a 43 km en Burkina Faso y 103 km en el Níger.

La encuesta permitió cartografiar el número de madres que necesitaron intervenciones mayores salvavidas y no tuvieron acceso a ellas. Algunos otros países disponen de mapas similares de necesidades no cubiertas. Pueden utilizarse como instrumento de planificación y como referencia para medir los progresos de la cobertura.





Joyce Ching/WHO

A la espera de un tratamiento que no llega.

Pero existen muchas otras barreras a la utilización de las prestaciones sanitarias: el uso de servicios se ve limitado a menudo por el hecho de que las mujeres no tienen capacidad de decisión, por el escaso valor que se atribuye a la salud femenina y por las actitudes negativas o críticas de los familiares (28, 29). En consecuencia, es frecuente la exclusión por razón de sexo: en la India, por ejemplo, una niña tiene 1,5 veces menos posibilidades de ser hospitalizada que un niño (30) y es hasta un 50% más probable que muera entre el primero y el quinto cumpleaños (31).

Las personas excluidas de las prestaciones sanitarias por estas barreras a la utilización de servicios están también excluidas de otros servicios como la electricidad, el abastecimiento de agua, el saneamiento básico, la educación o la información. Su exclusión de la atención sanitaria se refleja también en unos indicadores de salud peores. En Kazajstán, por ejemplo, el riesgo de morir de los niños nacidos de padres de etnia kazaka es 1,5 veces mayor que el de los nacidos de padres de etnia rusa; en Nigeria, el riesgo de morir de los hijos de madres sin educación es unas 2,5 veces mayor que el de los nacidos de madres con educación secundaria o superior.

Como parte de su labor de ampliación de la protección social en materia de salud, la Organización Panamericana de la Salud ha empezado a trazar el mapa de la exclusión de las prestaciones sanitarias en varios países de América Latina (32). Casi la mitad de la población está excluida de algunas, y a menudo de la mayoría de ellas. La importancia relativa de las razones de dicha exclusión varía de unos países a otros.

Las causas «externas» de exclusión, como las descritas anteriormente, comprenden el aislamiento geográfico y barreras generadas por la pobreza, la raza, la lengua y la cultura, asociadas a menudo al desempleo o al empleo no regulado. Para muchas

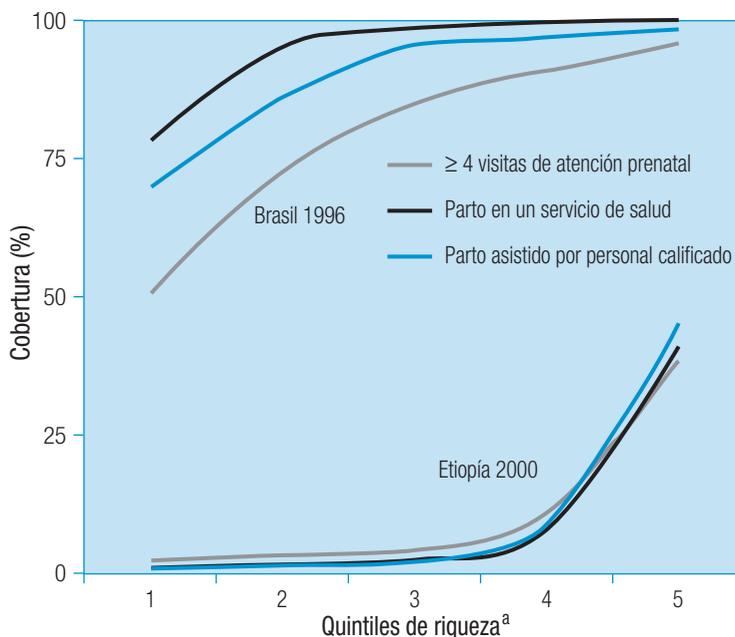
personas, el factor crítico es el efecto disuasorio de la incertidumbre en torno al coste de la atención, o de la conciencia de que ésta será inaccesible o catastróficamente cara. Estos factores externos que afectan a la utilización de los servicios son la causa más importante de exclusión en países como el Perú y el Paraguay (32).

Otras causas «internas» de exclusión radican en la forma en que opera el sistema sanitario. Incluso para las personas que sí utilizan los servicios, lo que se les ofrece puede ser inoportuno, ineficaz, discriminatorio o indiferente a sus necesidades. Ser pobre o ser mujer es a menudo motivo de discriminación, y ésta puede derivar en malos tratos, abandono, tratamientos deficientes o explicaciones demasiado someras de las pruebas o intervenciones, todo ello agravado por el hecho de que los agentes de salud piensan a veces que las mujeres son ignorantes. Por ejemplo, cuando en una atareada maternidad urbana de la India las enfermeras de la sala de partos no rellenan los historiales de las mujeres de castas inferiores, están privando a éstas de las salvaguardas de calidad que otras mujeres obtienen (33). Es frecuente que a los pacientes pobres y anónimos se los haga esperar más tiempo, se los explore más superficialmente o se los trate con desdén; puede que se les administre un tratamiento inferior, sobre todo cuando los recursos escasos se reservan para los pacientes más ricos. En zonas rurales de la República Unida de Tanzania, por ejemplo, los niños del segmento más pobre de la población que acudieron a los servicios de salud por una probable neumonía tenían menos de la mitad de posibilidades de recibir antibióticos que los niños más ricos (34).

Estos factores internos de los servicios de salud pueden ser importantes fuentes de exclusión; en todo el mundo, muchas madres y niños quedan excluidos de prestaciones a las que tienen derecho porque el sistema de salud no puede dispensarlas en el momento oportuno, a las personas adecuadas y de la forma correcta. En el Ecuador y Honduras, por ejemplo, más que en un fracaso de la utilización de los servicios, la exclusión tiene su origen principalmente en lo que ocurre dentro del propio sistema de salud (32).

La exclusión del tratamiento «normal», esto es, el que un paciente puede esperar basándose en lo que otras personas reciben, no les pasa inadvertida a las personas afectadas. En la India, por ejemplo, el 55% de las madres más pobres afirmaron que se las había hecho esperar demasiado (sólo la mitad de las madres más ricas tuvieron esta impresión) y sólo el 50% recibieron información clara sobre su tratamiento, frente al 89% de las pacientes más ricas. Otros pacientes eran también conscientes de estas prácticas: el 67%

Figura 2.3 Distintos esquemas de exclusión: privación masiva a niveles bajos de cobertura, y marginación de los más pobres en los niveles altos



<sup>a</sup>Los quintiles de riqueza son un indicador del nivel socioeconómico del hogar. Dividen a las poblaciones en cinco grupos (en orden ascendente de riqueza de 1 a 5) usando una metodología que combina información sobre las características del cabeza de familia y la posesión de determinados bienes, la disponibilidad de servicios, y datos sobre el hogar (35).

Fuente: (36).

de los pacientes de Conakry (Guinea) están convencidos de que las personas ricas y bien vestidas reciben mejores tratamientos (34).

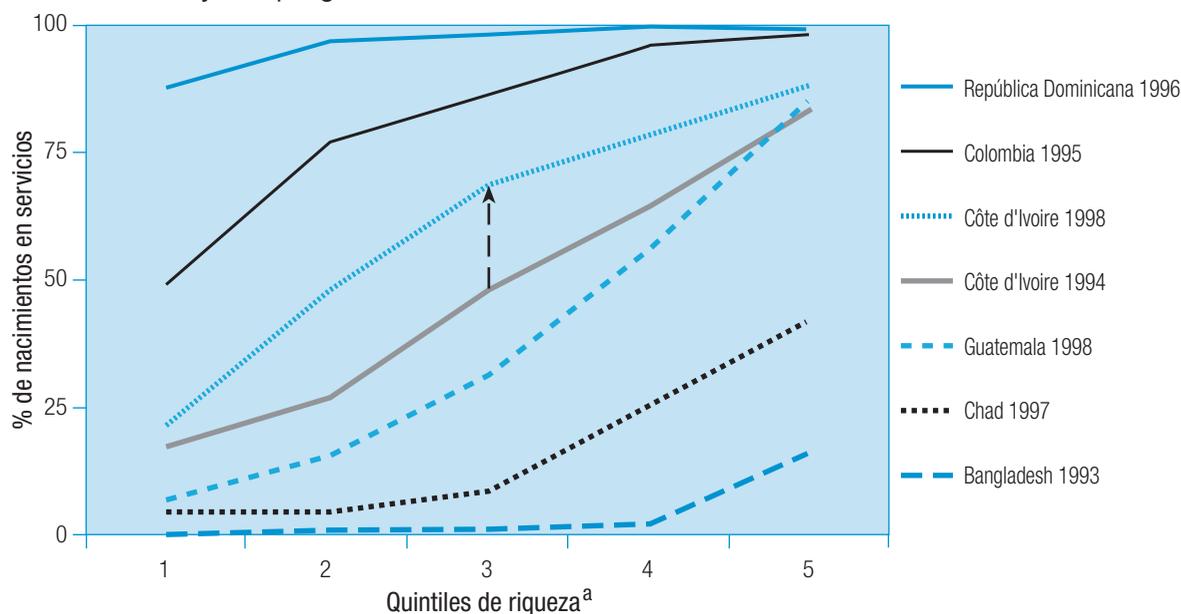
La expectativa, a menudo justificada, de recibir un tratamiento deficiente o de verse discriminado disuade a su vez de utilizar los servicios, lo que completa un círculo vicioso de exclusión que se agrava por la falta de sistemas adecuados para proteger a las mujeres y los niños de los gastos catastróficos o de la explotación económica.

La pobreza, las crisis humanitarias y la epidemia de VIH/SIDA afectan directamente a la salud y la supervivencia de las madres y los niños. Pero también afectan a su salud al crear barreras a la utilización de servicios. Además, influyen en la forma en que se dispensan éstos a las madres y los niños que los utilizan, por lo que vienen a sumarse a las fuentes de exclusión radicadas en el propio sistema de salud.

### Esquemas de exclusión

La amplitud y la profundidad de la exclusión varían de una región a otra dentro de los países, pero también entre éstos. En un extremo se hallan los países más pobres, en los que grandes segmentos de la población viven privados de atención sanitaria, e incluso entre los más acomodados sólo una pequeña minoría disfruta de un acceso adecuado a un conjunto razonable de prestaciones sanitarias, lo que genera un esquema de privación masiva. En el otro extremo se encuentran los países en los que una gran parte de la población disfruta de una amplia gama de prestaciones, pero una minoría está excluida: se trata de un esquema de marginación.

Figura 2.4 De la privación masiva a la exclusión marginal: mejoras progresivas de la cobertura



<sup>a</sup> Los quintiles de riqueza son un indicador del nivel socioeconómico del hogar. Dividen a las poblaciones en cinco grupos (en orden ascendente de riqueza de 1 a 5) usando una metodología que combina información sobre las características del cabeza de familia y la posesión de determinados bienes, la disponibilidad de servicios, y datos sobre el hogar (35).

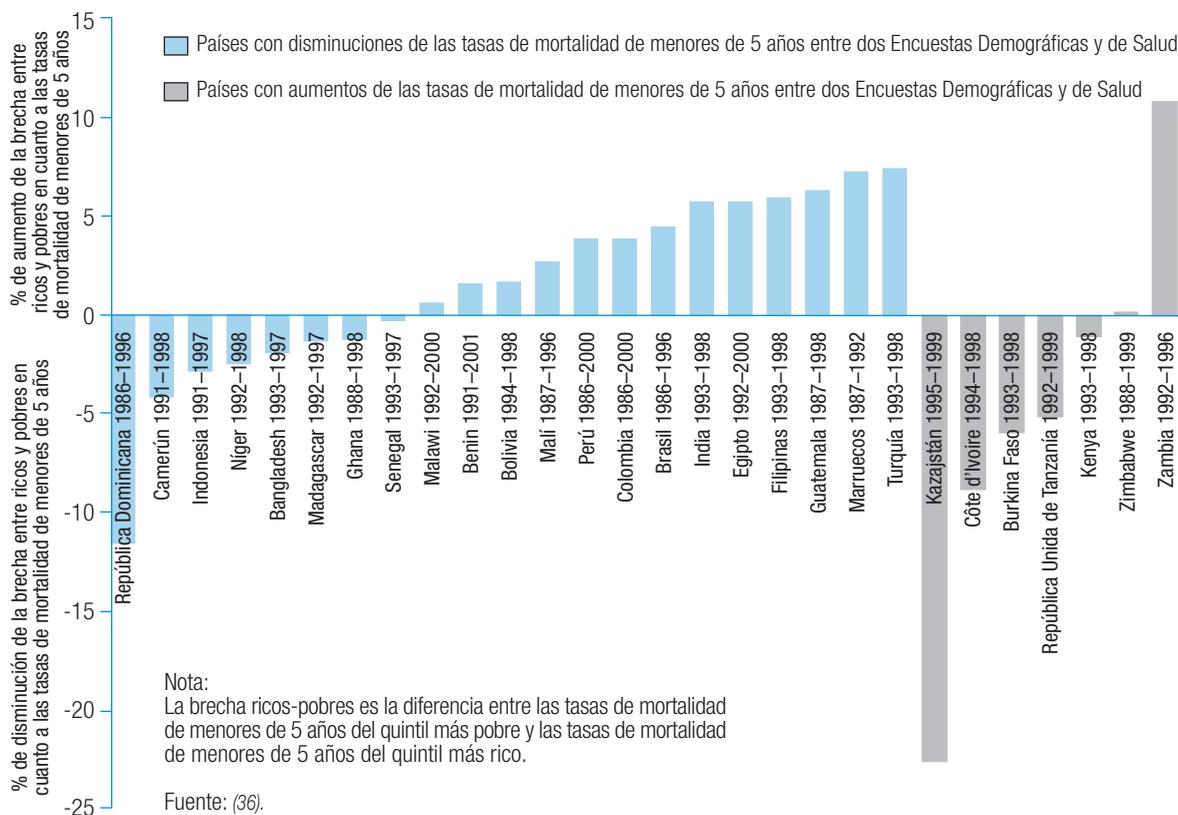
Fuente: (36).

La cobertura de la atención de salud por grupos de riqueza ilustra con crudeza estos distintos esquemas (véase la figura 2.3). Entre los extremos de la privación masiva (típica de los países con grandes problemas de dispensación de servicios y redes de atención de salud poco densas) y la marginación (típica de los países de ingresos altos o medios con redes de atención de salud densas) se sitúan los países en los que las poblaciones pobres han de hacer cola tras las más acomodadas, esperando a acceder a los servicios de atención de salud y confiando en que, a la postre, los beneficios les vayan llegando por «goteo».

A medida que los países van pasando de un esquema de privación masiva a uno de marginación aumenta la diferencia entre pobres y ricos en lo que respecta a la cobertura y la utilización de servicios, y sólo disminuye cuando las curvas se aplanan, es decir, cuando el acceso universal está al alcance (véase la figura 2.4). Salvo que se adopten medidas específicas para ampliar la cobertura y fomentar la utilización de los servicios en todos los grupos de población simultáneamente, la mejora de la cobertura de la población en su conjunto entrará en una fase de desigualdad creciente.

Esta compleja dinámica afecta también a la distribución de los resultados de salud. Durante mucho tiempo, los responsables de políticas utilizaron indicadores de salud globales (en particular la tasa de mortalidad de menores de cinco años) para el seguimiento de las políticas sanitarias. En cuanto se han podido realizar análisis más elaborados de los resultados de salud por quintil de riqueza (37), se ha empezado a

Figura 2.5 Brecha de supervivencia entre ricos y pobres: ampliación en algunos países, estrechamiento en otros



prestar atención a la aparición de diferencias cada vez mayores entre las tasas de supervivencia de las personas más pobres y las de las más acomodadas (38). En la mayoría de los 21 países en desarrollo que han reducido su tasa global de mortalidad de menores de cinco años ha aumentado la distancia entre la tasa de mortalidad de los niños de familias ricas y la de los niños de familias pobres (véase la figura 2.5). En ocho de estos países, lo que ha ocurrido realmente es que la salud y la supervivencia de las poblaciones más pobres se han deteriorado, mientras que los niños más ricos de esos mismos países han visto aumentar sus posibilidades de sobrevivir. Así pues, las medias nacionales que muestran progresos pueden ocultar desigualdades persistentes o crecientes. Una divergencia similar parece estar produciéndose en algunos países respecto a la mortalidad materna (39).

### DISTINTOS ESQUEMAS DE EXCLUSIÓN, DISTINTOS RETOS

En materia de políticas, los retos no son los mismos en los países que están a punto de lograr el acceso universal (donde la exclusión es limitada) que en aquellos donde la exclusión es un fenómeno generalizado. Por lo general, los países en los que la exclusión afecta únicamente a una parte reducida y marginada de la población van avanzando, o al menos muestran progresos lentos en la reducción de la mortalidad en la niñez. Disponen de sistemas sanitarios extensos, si bien no siempre ofrecen una gama óptima de intervenciones técnicas. Son ejemplos de este grupo de países el Brasil, Colombia y la República Dominicana. En ellos el reto es ofrecer a las madres y los niños excluidos la posibilidad de reclamar sus derechos; para ello es preciso enfrentarse a las raíces de la exclusión social, eliminar las barreras a la utilización de las prestaciones sanitarias, responder adecuadamente a las necesidades de estas personas y ofrecerles protección económica frente a las consecuencias de las enfermedades y el costo de la asistencia.

La mayoría de los países estancados o en retroceso, y muchos de los que progresan lentamente en la reducción de la mortalidad en la niñez, muestran esquemas de exclusión masiva o de colas. Entre ellos se cuentan Bangladesh, el Chad y Etiopía. Sus sistemas sanitarios son débiles, frágiles y de escasa densidad; sufren, además, el flagelo de la pobreza y a veces del VIH/SIDA y de emergencias complejas, es decir, otras tantas limitaciones al desarrollo de los sistemas sanitarios. En este grupo, el principal reto consiste en desarrollar y desplegar la atención primaria como vehículo para prestar asistencia a las madres, los recién nacidos y los niños.

El impulso generado por el movimiento de atención primaria de principios de los años ochenta centró la atención en cuestiones de equidad y condujo a la ampliación de los servicios de salud básicos a los pobres del ámbito rural. Los programas de salud maternoinfantil eran parte esencial de esa cobertura ampliada: los consultorios de atención prenatal estaban destinados a proporcionar el primer contacto, que se prolongaría en el parto y la atención posnatal para la madre y en los consultorios para los niños.

A principios de los años noventa fue ganando terreno la idea de descentralizar la atención primaria y organizarla en «distritos sanitarios integrados». Los países que llevaban bastante tiempo haciendo esto vieron reforzadas sus decisiones iniciales y otros, como Camboya y el Níger, decidieron adoptar la política de distritos. Muchos organismos de desarrollo hicieron de los distritos la base de sus estrategias de desarrollo sanitario, sobre todo para los países donde coincidían un pésimo estado de salud de la población y los sistemas sanitarios más débiles.

## ¿Son los distritos la estrategia correcta para avanzar hacia la cobertura universal?

Organizar la dispensación de atención primaria a través de distritos sanitarios prometía dar respuesta rápida a la creciente demanda de atención de salud. Además de la frustración provocada por los rendimientos cada vez menores de los enfoques verticales de los años setenta y ochenta, había tres buenas razones para ello.

La primera era que el «centro de salud» – heredero de los dispensarios, pero ahora piedra angular de todo el sistema y equivalente al médico de familia o al médico general – es la alternativa más viable a los agentes de salud de las aldeas, los programas verticales y la atención sanitaria comercial. Es también la única que responde a la demanda asistencial de la población. Las instancias decisorias nacionales fueron sensibles a este argumento, basado en las experiencias de varios proyectos de campo de pequeña y media escala: Pahou en Benin, Danfa en Ghana, Machakos en Kenya, Pikine en el Senegal y Kasongo y Kinshasa en el Zaire. Dichos proyectos demostraron que los centros de salud son una opción factible (40, 41), asequible (42–44) y eficiente (45–47) para dispensar atención de salud y una alternativa realista a los programas verticales de control de enfermedades.

En segundo lugar, los hospitales de referencia eran componentes básicos del modelo de distritos. Aunque la red de consultorios siguió siendo el punto débil, la capacidad de los hospitales de tratar las complicaciones obstétricas permitió poner en marcha la agenda de medidas de salud materna. Además, con la incorporación de los hospitales se recuperó una parte vital de la infraestructura y el personal de la sanidad pública. Ello supuso un alivio para las elites administrativas y la clase media, que nunca habían considerado la atención primaria popular de los años ochenta como algo deseable para sí mismas.

En tercer lugar, el distrito sanitario encajaba bien en el movimiento de descentralización, con el que la mayoría de los países se habían comprometido, al menos en teoría. Los distritos sanitarios parecían manejables y lo bastante descentralizados para ser flexibles y asequibles (40, 48).

## Una estrategia sin recursos

A mediados de los años noventa muchos países estaban creando sistemas de distritos, estableciendo organismos de adquisición de fármacos y definiendo un paquete mínimo de servicios. Sin embargo, como en los años posteriores a Alma-Ata, a las iniciativas no siguió la llegada de fondos, sobre todo en el África subsahariana, por lo que los resultados se hicieron esperar. En el sombrío panorama económico, la financiación seguía siendo una verdadera barrera al progreso. Con el descenso del producto interior bruto per cápita en términos reales entre 1990 y 2002, el gasto total en salud de muchos países africanos se estancó o descendió, y el gasto en salud pública se mantuvo por debajo de US\$ 10 por persona. La asistencia exterior no compensó esta situación, ya que también las aportaciones per cápita se estancaron hasta 1999 (49).

La verdadera magnitud del fracaso en el incremento de la financiación del sector sanitario durante las décadas de 1980 y 1990 queda de manifiesto en el desglose detallado de dicha financiación: en el Camerún, por ejemplo, el gasto público ordinario descendió de US\$ 5 por habitante en 1990 a US\$ 3,5 en 1996. De esta cantidad, US\$ 2,1 correspondían a salarios y US\$ 1,12 a otros gastos ordinarios. A los distritos les quedaron apenas US\$ 0,28 por persona y año para gastos ordinarios no salariales.

## Recuadro 2.5 Desarrollar distritos sanitarios funcionales: para obtener resultados sostenibles se requiere un compromiso a largo plazo

A mediados de los noventa, Ouallam, uno de los distritos más pobres del Níger, con 250 000 habitantes viviendo a una media de 74 km del hospital, disponía de siete centros de salud disfuncionales y un hospital de distrito casi vacío. Las emergencias no podían enviarse a dicho hospital en una zona sin medios de comunicación. Sin embargo, se pusieron en marcha varias medidas para cambiar esta situación. Algunas eran de carácter general y encaminadas a resolver problemas en el distrito, y otras iban dirigidas específicamente a mejorar el sistema de envío de pacientes. Las reformas llevaron ocho años (véase la tabla adjunta).

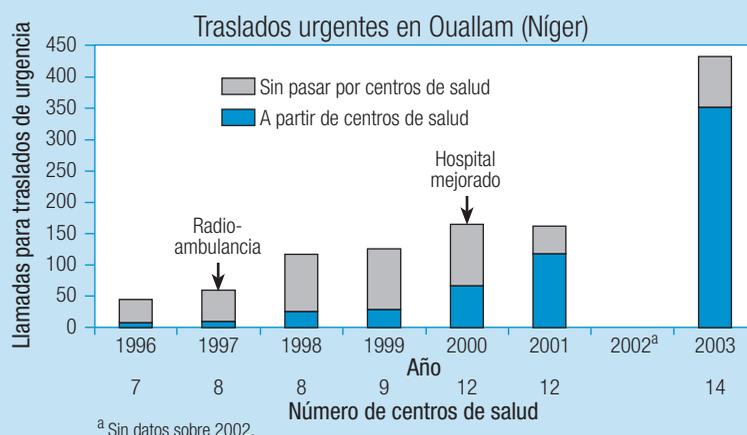
Esta inversión sostenida de tiempo y esfuerzo dio sus frutos: la cobertura de la atención prenatal creció un 42%, la cobertura de las consultas para menores de cinco años se triplicó, y la cobertura vacunal se duplicó. En un año, el número de nuevos aceptores de métodos modernos de planificación familiar pasó de 568 a 1444, y las hospitalizaciones crecieron de 434 a 1420; las intervenciones quirúrgicas y las transfusiones de sangre, antes imposibles de realizar, sumaron 219 y 86 casos respectivamente en 2003. Los traslados de urgencia al hospital experimentaron

un incremento notable, sobre todo por causas obstétricas. Para distancias superiores a 50 km dichos traslados se realizaban en el vehículo del hospital, cubierto en parte por una subvención y en parte por un mecanismo de recuperación de costos, a razón de US\$ 23 por traslado urgente (véase la figura adjunta).

Ninguna intervención explica por sí sola los progresos logrados: los resultados son consecuencia de aplicar acciones combinadas sobre diversos aspectos del sistema y de invertir en las capacidades del personal (65).

Combinación de diversas iniciativas emprendidas para facilitar el acceso eficaz a los servicios de salud en Ouallam (Níger), 1996-2003

Iniciativas encaminadas a incrementar la demanda de servicios	Iniciativas encaminadas a incrementar la utilización de servicios	Iniciativas encaminadas a mejorar la gestión de los casos en el centro de salud	Iniciativas encaminadas a facilitar el traslado urgente al hospital	Iniciativas encaminadas a mejorar la gestión de los casos en el hospital
Se crearon comités sanitarios	Se creó un plan de cobertura sanitaria	Se implantaron procedimientos normalizados de diagnóstico, tratamiento y envío de pacientes	Se empezaron a utilizar radios alimentadas con energía solar y un servicio de ambulancias	Se rehabilitaron las infraestructuras materiales
Se debatió y negoció un plan de cobertura sanitaria	Se abrieron otros siete centros de salud	Se empezó a distribuir vitamina A, se intensificó la cobertura vacunal y se comenzó a detectar y tratar la malnutrición	Se implantaron mecanismos de recuperación de costos para las ambulancias	Se empezaron a practicar intervenciones quirúrgicas y transfusiones de sangre
Se negociaron tarifas para los traslados de urgencia		Se implantaron servicios periféricos	Se renegociaron las tarifas de los traslados de urgencia	Con el personal del centro se negoció y se llevó a cabo una reorganización interna
Se fortaleció la credibilidad del centro de salud mediante la mejora de la calidad asistencial		Se discutieron con las enfermeras los resultados del envío de pacientes		Se implantó un sistema de historias clínicas
Se discutieron los envíos y los traslados de urgencia para incrementar la aceptabilidad del envío de pacientes al hospital de distrito		Se uniformaron los procedimientos y los criterios de envío de pacientes		Se creó una unidad de rehabilitación nutricional
				Se mejoraron los servicios de laboratorio y radiología
				Se implantó el aseguramiento de la calidad



Las normativas de la función pública y las políticas de ajuste estructural son las responsables de que haya habido poca flexibilidad para mejorar las condiciones de trabajo en el sector público, sobre todo en materia de salarios e incentivos. En consecuencia, muchos profesionales sanitarios se han pasado al sector privado. Los datos de Ghana, Zambia y Zimbabwe muestran que la pérdida de profesionales sanitarios del sector público se mantuvo o se aceleró durante los años noventa (50). También las rigurosas medidas presupuestarias de los programas de ajuste estructural impusieron techos al reclutamiento. Incluso se dio el caso de países que disponían de profesionales sanitarios desempleados, como Zambia, pero cuya administración pública no podía contratar a más personal (50).

El absentismo es otro problema importante que ha afectado a los ya escasos recursos humanos. Por ejemplo, en 1997 se registraron cifras del 30% al 80% entre los médicos de distrito sanitario de siete distritos rurales de Burkina Faso (51). En Ghana, las tasas de vacantes de médicos aumentaron del 43% en 1998 al 47% en 2002. Durante ese mismo periodo, las tasas de vacantes de enfermeras tituladas se dispararon del 26% al 57% (52). Gran parte del absentismo guardaba relación con unas condiciones laborales desfavorables, unos salarios insuficientes y la paulatina demoralización del personal. En varios países, además, la epidemia de VIH/SIDA agravó lo que se estaba convirtiendo en una crisis aguda de recursos humanos. Aunque escasos, los datos indican que, además de contribuir al absentismo, en los próximos años el VIH/SIDA puede hurtarles a los sistemas sanitarios africanos una quinta parte de su personal (53). La falta de medidas suficientes para proteger a los agentes de salud frente al VIH/SIDA y contra el estrés que supone atender a quienes padecen esa infección son factores adicionales que impulsan a estos trabajadores a emigrar.

Los salarios reales de los funcionarios públicos siguieron descendiendo en la década de 1990: en seis años cayeron un 21% desde su nivel de 1990 en el Togo, un 34% en Burkina Faso, un 35% en Guinea-Bissau y un 41% en el Níger. El absentismo se mantuvo (el 35% entre los médicos de distrito de Burkina Faso en 1997) al igual que la «seminaritis»: en 1995, en Malí, el personal sanitario regional pasó el 34% de su tiempo de trabajo en talleres y misiones de supervisión financiados por organismos internacionales; esta cifra se disparaba hasta el 48% en el caso de los médicos jefes. El comportamiento predatorio (54–57) y el pluriempleo (58, 59) se convirtieron en la norma, contribuyendo así a la escasez de personal sanitario en el sector público (50).

La escasez de personal sanitario es el aspecto más visible de la crisis de recursos humanos del África subsahariana. Las cifras son elocuentes: en el caso de Zimbabwe, de los 1200 médicos formados durante los años noventa, sólo 360 seguían ejerciendo en el país en 2001 (60). Ghana perdió a 328 enfermeros en 1999, lo que equivalía a su producción anual de estos agentes de salud (50). Más de la mitad de los profesionales sanitarios de Zimbabwe, Ghana y Sudáfrica están pensando en emigrar a otros países (61). Al mismo tiempo, 35 000 enfermeros sudafricanos no están empleados en el sector sanitario y dos terceras partes del personal sanitario de Swazilandia trabajan en el sector privado (62, 63).

### ¿No han superado los distritos la prueba?

El entorno en el que hubo que crear los sistemas de distritos sanitarios era claramente desfavorable. Algunos países, como Malí, lograron ampliar las redes de centros de salud y los servicios de atención maternoinfantil (64). Sin embargo, en conjunto, la expansión ha sido lenta. Por ejemplo, en 2000, sólo 13 hospitales del Níger tenían medios suficientes para practicar cesáreas (65). En Burkina Faso, y casi 10 años

después de creados los distritos sanitarios, sólo disponían de esos medios 17 de los 53 hospitales de distrito; es más, sólo cinco de esos 17 hospitales contaban con los tres médicos necesarios para garantizar la continuidad del servicio durante todo el año (66).

Ha sido decepcionante la lentitud con la que se han desplegado los distritos sanitarios: lleva tiempo transformar un distrito administrativo en un sistema de salud funcional (véase el recuadro 2.5). Sin embargo, allí donde han alcanzado el punto crítico de su transformación en estructuras estables y viables, los distritos han ofrecido resultados creíbles y patentes, a veces en circunstancias muy adversas, como en Guinea y la República Democrática del Congo.

Tomando en consideración todos los elementos, la experiencia del último decenio indica que, para los gobiernos, los distritos sanitarios siguen siendo una forma racional de desplegar la atención primaria por medio de redes de centros de salud, consultorios de medicina de familia o estructuras descentralizadas equivalentes, respaldadas por hospitales de referencia. No existen verdaderas alternativas que sirvan de vehículo para dispensar a las madres, los recién nacidos y los niños una atención integrada e ininterrumpida. El reto ahora es ampliar masivamente su implantación en un entorno adverso en el que la exclusión se ve agravada por la comercialización galopante del sector sanitario, incluidos los servicios de salud públicos o sin ánimo de lucro. El segundo reto es adaptar las estrategias de dispensación de atención de salud a la situación específica y los esquemas de exclusión de cada país. Al mismo tiempo, ya no cabe experimentar con proyectos de distritos sin tener en cuenta el contexto más amplio de las limitaciones transversales que afectan a todo el sistema. Si no existe un verdadero compromiso de fortalecer los servicios de los distritos sanitarios, lo más probable es que hablar de la importancia prioritaria de las madres y los hijos se quede en mera palabrería.

Parte de la tarea pendiente es política. La salud materna, neonatal e infantil no puede reducirse a un conjunto de programas destinados a una población determinada. Al contrario, las madres y los niños deben estar en situación de reclamar una serie de prestaciones sociales por tener derecho a ellas. Ello implica un ajuste de las políticas sanitarias a nivel macroeconómico y la movilización de recursos en los planos nacional e internacional. Tres cuestiones exigen que se les preste atención: la financiación del sector sanitario, la crisis de recursos humanos y la responsabilización de los sistemas sanitarios y los proveedores de atención de salud ante sus clientes.

Pero también sigue pendiente la tarea de reorientar el contenido de los programas. Durante demasiado tiempo se ha prestado atención al desarrollo de tecnologías y no a su imbricación en estrategias organizacionales viables que estructuren y garanticen una atención ininterrumpida. Dada la complejidad de la ampliación de los sistemas sanitarios basados en distritos, surge la tentación de regresar a los programas verticales desarrollados en torno a tecnologías de control de las enfermedades. En el pasado esta estrategia condujo a una gran fragmentación, en detrimento de la continuidad de la atención desde la gestación hasta el final de la infancia. En realidad, gran parte del reto consiste en dar cabida tanto a las cuestiones programáticas como a las sistémicas, es decir, se trata de un problema más organizacional que técnico. Los capítulos siguientes reubican las estrategias técnicas capaces de mejorar la salud materna, neonatal e infantil dentro de sistemas sanitarios que están ampliándose masivamente y se enfrentan a una demanda de asistencia cada vez más notoria.

## Referencias

1. *World development indicators 2004*. Washington, DC, Banco Mundial, 2004.
2. *Informe sobre Desarrollo Humano 2003. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza*. Madrid, Mundi-Prensa para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 2003.
3. Chen S, Ravallion M. *How have the world's poorest fared since the early 1980s?* Washington, DC, Banco Mundial, 2004.
4. Griffin K, Brenner MD, Kusago T, Ickowitz A, McKinley T. *A strategy for poverty reduction in Mongolia. Report of a UNDP mission on the integration of equity and poverty reduction concerns into development strategy*. Ulan Bator, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2001.
5. *Human development report Mongolia 2000*. Ulan Bator, Gobierno de Mongolia/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2000.
6. Gobierno de Mongolia/OMS. *Mongolia health sector review*. Ulan Bator, Organización Mundial de la Salud, 1999.
7. Janes CR, Chuluundorj O. Free markets and dead mothers: the social ecology of maternal mortality in post-socialist Mongolia. *Medical Anthropology Quarterly*, 2004, 18:230–257.
8. ONUSIDA/OMS. *Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre de 2004*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), 2004.
9. De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, de Vincenzi I, Saba J, Hoff E et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *JAMA*, 2000, 283:1175–1182.
10. Zaba B, Whiteside A, Boerma JT. Demographic and socioeconomic impact of AIDS: taking stock of the empirical evidence. *AIDS*, 2004, 18(Suppl. 2):S1–S7.
11. *Informe sobre la salud en el mundo 2004 - Cambiemos el rumbo de la historia*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
12. McIntyre J. Mothers infected with HIV. *British Medical Bulletin*, 2003, 67:127–135.
13. Sewankambo NK, Gray RH, Ahmad S, Serwadda D, Wabwire-Mangen F, Nalugoda F et al. Mortality associated with HIV infection in rural Rakai District, Uganda. *AIDS*, 2000, 14:2391–2400.
14. Ahmed Y, Mwaba P, Chintu C, Grange JM, Ustianowski A, Zumla A. A study of maternal mortality at the University Teaching Hospital, Lusaka, Zambia: the emergence of tuberculosis as a major non-obstetric cause of maternal death. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 1999, 3:675–680.
15. Monasch R, Boerma JT. Orphanhood and childcare patterns in sub-Saharan Africa: an analysis of national surveys from 40 countries. *AIDS*, 2004, 18(Suppl. 2):S55–S65.
16. Newell ML, Brahmbhatt H, Ghys PD. Child mortality and HIV infection in Africa: a review. *AIDS*, 2004, 18(Suppl. 2):S27–S34.
17. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. Cuarto informe mundial*. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), 2004.
18. Walker N, Schwartlander B, Bryce J. Meeting international goals in child survival and HIV/AIDS. *Lancet*, 2002, 360:284–289.
19. Tawfik L, Kinoti S. *Impact of HIV/AIDS on the health sector in sub-Saharan Africa: the issue of human resources*. Washington, DC, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2001.
20. *Evidence base for the impact of HIV upon health systems*. Londres, John Snow International UK and Health Systems Research Centre, 2003.
21. Dambisya YM. The fate and career destinations of doctors who qualified at Uganda's Makerere Medical School in 1984: retrospective cohort study. *BMJ*, 2004, 329:600–601.
22. Al Gasseer N, Dresden E, Keeney GB, Warren N. Status of women and infants in complex humanitarian emergencies. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2004, 49(Suppl. 1):7–13.
23. Porignon D, Soron'gane EM, Lokombe TE, Isu DK, Hennart P, Van Lerberghe W. How robust are district health systems? Coping with crisis and disasters in Rutshuru, Democratic Republic of Congo. *Tropical Medicine and International Health*, 1998, 3:559–565.
24. Pronk, J. Collateral damage or calculated default. The Millennium Development Goals and the politics of globalisation. La Haya, Institute of Social Studies, 2003.

25. Jones, G., Steketee, R.W., Black, R., Bhutta, Z.A., Morris, S. and the Bellagio Child Survival Study Group. How many deaths can we prevent this year? *Lancet*, 2003, 362: 65–71.
26. Bryce J, el Arifeen S, Pariyo G, Lanata C, Gwatkin D, Habicht JP. Reducing child mortality: can public health deliver? *Lancet*, 2003, 362:159–164.
27. *L'approche des besoins obstétricaux non couverts pour les interventions obstétricales majeures. Etude comparative Bénin, Burkina-Faso, Haïti, Mali, Maroc, Niger, Pakistan et Tanzanie*. Amberes, Unmet Obstetric Needs Network, 2002:1–47 (<http://www.uonn.org/uonn/>).
28. Matthews Z, Ramasubban R, Rishyasringa B, Stones WR. *Autonomy and maternal health-seeking among slum populations of Mumbai*. Southampton, Southampton Statistical Sciences Research Institute, 2004.
29. *Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
30. Bhan G, Bhandari N, Taneja S, Mazumder S, Bahl R, and other members of the Zinc Study Group. The effect of maternal education on gender bias in care-seeking for common childhood illnesses. *Social Science and Medicine*, 2005, 60:715–724.
31. Claeson M, Bos ER, Mawji T, Pathmanathan I. Reducing child mortality in India in the new millennium. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78:1192–1199 (resumen en español).
32. *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 2004.
33. Hulton L, Matthews Z, Stones RW. *A framework for the evaluation of quality of care in maternal services*. Southampton, Universidad de Southampton, 2000.
34. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. *Une médecine inhospitalière: les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karlhala, 2003.
35. Ferguson BD, Tandon A, Gakidou E, Murray CJL. *Estimating permanent income using indicator variables*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (Documento de trabajo N° 42 de GPE).
36. Demographic and Health Surveys. *Country statistics* (<http://www.measuredhs.com/countries/start.cfm>, visitado el 16 de diciembre de 2004).
37. Gwatkin D, Rutstein S, Johnson K, Pande R, Wagstaff A. *Socio-economic differences in health, nutrition and population*. Washington, DC, Banco Mundial, 2000 (Health, Nutrition and Population Discussion Papers).
38. Gwatkin D. *Who would gain most from efforts to reach the MDGs for health? An enquiry into the possibility of progress that fails to reach the poor*. Washington, DC, Banco Mundial, 2002.
39. Graham W, Fitzmaurice AE, Bell JS, Cairns JA. The familial technique for linking maternal death with poverty. *Lancet*, 2004, 363:23–27.
40. Pangu KA. *La santé pour tous d'ici l'an 2000: c'est possible; expérience de planification et d'implantation des centres de santé dans la zone de Kasongo au Zaïre*. Bruxelles, Université Libre de Bruxelles, Faculté de Médecine, Ecole de Santé Publique, 1988.
41. Equipe du Projet Kasongo, Darras C, Van Lerberghe W, Mercenier P. Le Projet Kasongo: une expérience d'organisation d'un système de soins de santé primaires. *Annales de la Société Belge de Médecine Tropicale*, 1981, 61(Suppl.):1–54.
42. Knippenberg R, Soucat A, Oyegbite K, Sene M, Bround D, Pangu K et al. Sustainability of primary health care including expanded program of immunizations in Bamako Initiative programs in West Africa: an assessment of 5 years' field experience in Benin and Guinea. *International Journal of Health Planning and Management*, 1997, 12(Suppl. 1):S9–S28.
43. Jancloes M, Seck B, Van de Velden L, Ndiaye B. Financing urban primary health services. Balancing community and government financial responsibilities, Pikine, Senegal, 1975–81. *Tropical Doctor*, 1985, 15:98–104.
44. Pangu KA, Van Lerberghe W. Autofinanciación y autogestión de los servicios de salud básicos. *Foro Mundial de la Salud*, 1990, 11:451–454.
45. Van Lerberghe W, Pangu K. Comprehensive can be effective: the influence of coverage with a health centre network on the hospitalisation patterns in the rural area of Kasongo, Zaire. *Social Science and Medicine*, 1988, 26:949–955.

46. Van den Broek N, Van Lerberghe W, Pangu K. Caesarean sections for maternal indications in Kasongo (Zaire). *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1989, 28:337–342.
47. Van Lerberghe W, Pangu KA, Van den Broek N. Obstetrical interventions and health centre coverage: a spatial analysis of routine data for evaluation. *Health Policy and Planning*, 1988, 3:308–314.
48. *Better health in Africa*. Washington, DC, Banco Mundial, 1994.
49. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. *International Development Statistics on line* (<http://www.oecd.org/dataoecd/50/17/5037721.htm>, visitado el 15 de diciembre de 2004).
50. *The health sector human resources crisis in Africa: an issue paper*. Washington, DC, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Oficina para África, Oficina para el Desarrollo Sostenible, SARA Project, 2003.
51. Bodart C, Servais G, Mohamed YL, Schmidt-Ehry B. The influence of health sector reform and external assistance in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 2001, 16:74–86.
52. Dovlo D. *The brain drain and retention of health professionals in Africa. A case study*. Documento presentado en la Regional Training Conference on Improving Tertiary Education in Sub-Saharan Africa: the things that work! Accra, 23–25 de septiembre de 2003.
53. Tawfik L, Kinoti SN. *The impact of HIV/AIDS on the health sector in sub-Saharan Africa: the issue of human resources*. Washington, DC, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Oficina para África, Oficina para el Desarrollo Sostenible, SARA Project, 2001.
54. Lambert D. Study of unofficial health service charges in Angola in two health centers supported by MSF. *MSF Medical News*, 1996, 5:24–26.
55. Meesen B. *Corruption dans les services de santé: le cas de Cazenga*. Bruxelles, Médecins Sans Frontières, 1997 (*Repères*: 1–20).
56. Parker D, Newbrander W. Acabar con el despilfarro y la ineficacia en el sector sanitario. Foro Mundial de la Salud, 1994, 15:107–113.
57. Asiimwe D, McPake B, Mwesigye F, Ofoumbi M, Ortenblad L, Streefland P et al. The private-sector activities of public-sector health workers in Uganda. In: Bennett S, McPake B, Mills A, eds. *Private health providers in developing countries: serving the public interest?* Londres, Zed Press, 1997.
58. Roenen C, Ferrinho P, Van Dormael M, Conceicao MC, Van Lerberghe W. How African doctors make ends meet: an exploration. *Tropical Medicine and International Health*, 1997, 2:127–135.
59. Macq J, Van Lerberghe W. Managing health services in developing countries: moonlighting to serve the public? In: Ferrinho P, Van Lerberghe W. *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance & individual coping strategies*. Amberes, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 2000, 16:177–186).
60. Lowell G, Findlay A. *Migration of highly skilled persons from developing countries: impact and policy responses*. Ginebra, Oficina Internacional del Trabajo, 2001.
61. Awases M, Nyoni J, Gbary A, Chatora R. *Migration des professionnels de la santé dans six pays : rapport de synthèse*. Brazzaville, Oficina Regional de la OMS para África, 2003.
62. *The international mobility of health professionals: an evaluation and analysis based on the case of South Africa*. Paris, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2004 (Trends in International Migration Part III SOPEMI 2003).
63. Organización Mundial de la Salud/Ministry of Health and Social Welfare of the Government of Swaziland. *A situation analysis of the health workforce in Swaziland*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
64. Maiga Z, Nafo TF, El Abassi A. *La réforme du secteur santé au Mali, 1989–1996*. Amberes, ITG Press, 1999 (Studies in Health Services Organization & Policy, 12).
65. Bossyns P, Abache R, Abdoulaye MS, Van Lerberghe W. Unaffordable or cost-effective? Introducing an emergency referral system in rural Niger (presentado).
66. Bodart C, Servais G, Mohamed YL, Schmidt-Ehry B. The influence of health sector reform and external assistance in Burkina Faso. *Health Policy and Planning*, 2001, 16:74–86.

# grandes expectativas en torno a la reducción de los riesgos del embarazo

**En este capítulo veremos que los tres componentes más importantes de la atención prestada durante el embarazo son, primeramente, asegurar una buena asistencia prenatal; en segundo lugar, evitar embarazos no deseados o hacer frente a los mismos, y, por último, construir sociedades que apoyen a las mujeres embarazadas. Aunque durante el pasado decenio hubo un aumento de la cobertura, la atención prenatal sólo podrá avanzar en el aprovechamiento de su gran potencial si se mejora la capacidad de respuesta, se eliminan los obstáculos para acceder a ella y se reorientan los esfuerzos hacia intervenciones eficaces. En vista de la magnitud del fenómeno de los embarazos involuntarios y de los niveles inaceptablemente altos de los abortos peligrosos en el mundo entero, los continuados esfuerzos para ofrecer servicios de planificación familiar, educación, información y servicios para practicar abortos seguros, siempre dentro de la legalidad, constituyen intervenciones esenciales de salud pública. Abordar el bajo estatus de la mujer, la violencia de la que es objeto y la falta de derechos laborales para las embarazadas es fundamental para contribuir a forjar sociedades que apoyen a las mujeres encintas.**

El embarazo no sólo consiste en esperar a que llegue el momento de dar a luz. Se trata a menudo de una fase decisiva en la vida de una mujer, un periodo durante el cual puede sentirse feliz y plenamente realizada, no sólo como persona sino también como miembro de la sociedad. También puede ser una etapa de angustia y sufrimiento, si se trata de un embarazo no deseado o inoportuno, o cuando se dan complicaciones o circunstancias adversas que lo hacen peligrar o provocan enfermedades, incluso la muerte. Que sea algo natural no implica que el embarazo esté exento de problemas.

La noticia de un embarazo rara vez es recibida con indiferencia. Las mujeres, así como sus parejas y familias, suelen sentir una mezcla de alegría, preocupación y esperanza de que el desenlace sea el mejor

de los posibles: que tanto la madre como el bebé estén sanos. Todas las sociedades se esmeran por asegurar que el embarazo sea efectivamente un evento feliz, y lo hacen ofreciendo durante ese periodo una asistencia prenatal apropiada para promover la salud y atender posibles problemas, adoptando medidas encaminadas a evitar embarazos no deseados y velando por que los embarazos transcurran en condiciones social y ambientalmente favorables. En todas las partes del mundo, las mujeres tienen que hacer frente durante el embarazo a numerosas desigualdades. En esos momentos cruciales, la mujer ha de poder contar con la atención y la ayuda de

los servicios de salud y también con sistemas de apoyo en el hogar y la comunidad. La exclusión, la marginación y la discriminación pueden afectar gravemente a la salud de las madres y de sus hijos.

## EXPLOTAR EL POTENCIAL DE LA ATENCIÓN PRENATAL

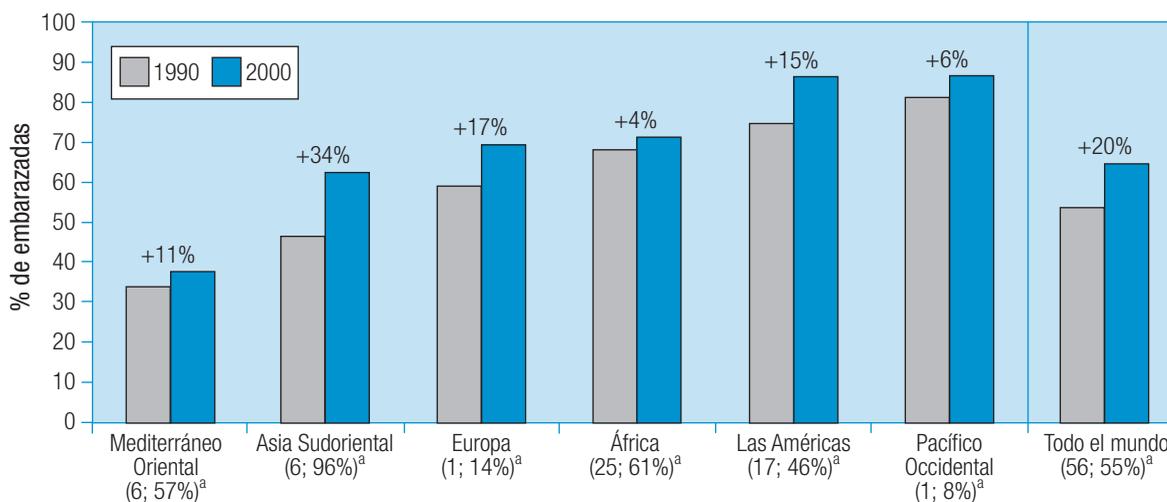
### Cumplir las expectativas relacionadas con el embarazo

El embarazo trae consigo una gran esperanza para el futuro y puede conferir a la mujer un estatus social especial y muy apreciado. Por otro lado, despierta grandes expectativas en cuanto a la atención sanitaria, que en estas circunstancias se suele solicitar de buen grado. Esto explica, al menos en parte, el extraordinario éxito de las consultas de asistencia prenatal. Las mujeres quieren una confirmación de que están embarazadas. Al mismo tiempo, saben que el embarazo puede ser peligroso, sobre todo en el mundo en desarrollo. En muchos países, es probable que una mujer embarazada conozca casos de defunciones maternas o muertes prenatales o neonatales en su propia familia extensa o en su comunidad. Es pues natural que exista una gran demanda para recibir una atención sanitaria capaz de infundir confianza, resolver los problemas que puedan surgir y confirmar el estatus conferido por el embarazo.

En los países de ingresos altos y medios, el uso de servicios de atención prenatal por parte de las mujeres embarazadas es hoy prácticamente universal, salvo entre algunos grupos marginados, como las migrantes, las minorías étnicas, las adolescentes solteras, las indigentes y las habitantes de comunidades rurales aisladas. Incluso en los entornos de ingresos bajos, las tasas de cobertura de atención prenatal – al menos para una consulta – son a menudo bastante elevadas, en todo caso mucho más que las correspondientes a la asistencia al parto de un profesional sanitario calificado.

Durante los años noventa, los países en desarrollo registraron notables incrementos en el uso de la atención prenatal. Los progresos más destacados se dieron en Asia, principalmente a consecuencia de los rápidos cambios que se produjeron en unos

Figura 3.1 La cobertura de atención prenatal está aumentando



<sup>a</sup> Número de países y porcentaje de la población regional incluida en el análisis.

Fuente: MICS (encuestas a base de indicadores múltiples) (UNICEF) y Encuestas Demográficas y de Salud.

pocos países de gran extensión, como por ejemplo Indonesia (véase la figura 3.1). También hubo incrementos importantes en el Caribe y en América Latina, aunque los países de estas regiones ya presentaban niveles relativamente elevados de atención prenatal. En el África subsahariana, en cambio, el uso de la atención prenatal apenas aumentó durante la pasada década (aunque los niveles registrados en África son relativamente altos en comparación con los correspondientes a Asia).

Si bien la cobertura de atención prenatal ha mejorado notablemente en los últimos años, es un hecho generalmente reconocido que los servicios de atención prenatal actualmente ofrecidos en muchas partes del mundo no están a la altura de los



J. Holmes/WHO

Octubre de 2004. Bounlid, una mujer de la República Democrática Popular Lao, está en su séptimo mes de embarazo y se siente cansada. El trabajo le resulta cada vez más difícil y los ingresos familiares han disminuido por ese motivo. Comienza la época de la cosecha del arroz, y el cereal debe recogerse pronto. Cuando va a trabajar a la plantación debe dejar solos a sus niños, porque no tiene fuerzas para ocuparse de ellos y trabajar al mismo tiempo.

«No he tenido atención prenatal ni creo que vaya a tenerla durante el resto del embarazo. Preveo que daré a luz en casa, como hice con mis otros cuatro hijos. Para la mayoría de las personas de mi aldea es muy caro dar a luz con asistencia especializada en la clínica, que además sólo ofrece servicios muy básicos y no tiene teléfono ni ambulancia por si hubiera complicaciones.»

Bounlid no recibió ningún tipo de consejo profesional sobre el parto ni sobre la nutrición del bebé.

niveles recomendados. Existe pues un enorme potencial que sigue sin explotarse lo suficiente. Aunque a nivel mundial se han realizado avances en lo referente a ampliar la accesibilidad y garantizar al menos una consulta prenatal, la proporción de mujeres que alcanzan el mínimo recomendado de cuatro consultas es demasiado baja (1). La primera consulta suele producirse en una etapa avanzada del embarazo; sin embargo, para obtener el máximo beneficio es necesario un inicio temprano de la atención prenatal. Esta atención es prestada por médicos, parteras, enfermeras y muchos otros profesionales de la salud (2). Poco se sabe acerca del potencial de los trabajadores no profesionales, como las comadronas tradicionales, para administrar durante el embarazo las intervenciones pertinentes de reconocida eficacia.

### El embarazo: un periodo con sus propios peligros

La atención prenatal no sólo es una manera de identificar a las mujeres que corren el riesgo de tener partos difíciles (3, 4). Aunque ocupan un lugar menos destacado que los problemas que pueden surgir durante el parto, los peligros que rodean el embarazo no son en absoluto desdeñables. Las mujeres confían en que la atención prenatal les ayudará a afrontar los problemas de salud que puedan aparecer durante el embarazo propiamente dicho. Si no se controlan, algunos de ellos pueden amenazar la salud y la supervivencia de la madre antes de que llegue el momento de dar a luz.

Una proporción importante de las defunciones maternas – puede que no menos de una de cada cuatro – se producen durante el embarazo. Sin embargo, los datos sobre la mortalidad durante el embarazo son muy fragmentarios (5). La proporción de defunciones maternas ocurridas durante el embarazo varía notablemente de un país a

## Recuadro 3.1 Reducción de la carga de malaria en las mujeres embarazadas y sus hijos

Cada año se quedan embarazadas en el mundo alrededor de 50 millones de mujeres que viven en países donde la malaria es endémica. Aproximadamente 10 000 de estas mujeres y 200 000 de sus hijos lactantes mueren de resultas de una infección palúdica, contribuyendo la anemia malárica grave a más de la mitad de esas defunciones (14, 15). La malaria durante el embarazo también incrementa el riesgo de mortinatalidad, aborto espontáneo, bajo peso al nacer y muerte neonatal. El riesgo de padecer malaria grave aumenta en las embarazadas coinfectadas por el VIH.

Más del 90% del millón de defunciones anuales achacables a la malaria se da en niños pequeños africanos, al igual que ocurre también con la mayor parte de los casos de anemia malárica grave (16–18). En África, la anemia grave probablemente es responsable de más de la mitad de todas las muertes de niños por malaria, con tasas de letalidad que oscilan entre el 8% y el 18% en los hospitales (16–22) y seguramente son aún más elevadas en la comunidad.

Las intervenciones contra la malaria y la anemia son de sobra conocidas y, aunque no sean óptimas, pueden contribuir notablemente a reducir la morbimortalidad por malaria. Los servicios de salud materna, neonatal e infantil constituyen un instrumento fundamental para esas intervenciones.

Aparte de asegurar el tratamiento inmediato de las infecciones maláricas (23), los servicios de atención materna, neonatal e infantil pueden contribuir promoviendo el uso de mosquiteros tratados con insecticida y ofreciendo tratamiento intermitente preventivo.

Los mosquiteros tratados con insecticida limitan los daños causados por la malaria: reducen la parasitemia, la frecuencia de insuficiencia ponderal del recién nacido y la anemia (24–26). Se ha demostrado que en los niños pequeños reducen la mortalidad por todas las causas en aproximadamente una quinta parte, salvando así un promedio de seis vidas por cada 1000 niños de entre 1 y 59 meses protegidos cada año (26). Se trata de un uso muy costoeficaz de los recursos escasos de atención sanitaria (27).

El tratamiento intermitente preventivo durante el embarazo consiste en la administración de una dosis terapéutica completa de un medicamento antimalárico (sulfadoxina-pirimetamina) a intervalos específicos en el segundo y tercer trimestre, con independencia de que la mujer esté infectada o no. De este modo, se reduce la anemia materna, la malaria placentaria y la insuficiencia ponderal del recién nacido en aproximadamente un 40% (28–30). El tratamiento intermitente preventivo representa una de las estrategias más costoeficaces para prevenir la morbilidad y mortalidad asociadas a la malaria (31, 32) y, según indicios recientes, podría ser una estrategia útil para el control de la malaria y la anemia en lactantes pequeños (33, 34). El Consorcio para el Tratamiento Intermitente Preventivo en Niños, que abarca a la OMS, el UNICEF y grupos de investigación radicados en África, Europa y los Estados Unidos, está estudiando las cuestiones de investigación pendientes.

otro, dependiendo de la importancia de los abortos peligrosos, los índices de violencia y las condiciones epidemiológicas en la región de que se trate (6, 7). En Egipto el 9% de todas las defunciones maternas se producen durante los primeros seis meses de gestación, y un 16% adicional durante los últimos tres meses (8).

Aparte de las complicaciones relacionadas con los abortos peligrosos, que pueden prevenirse o tratarse con una buena atención postaborto, existen tres tipos de problemas de salud durante el periodo gestacional: en primer lugar, las complicaciones del propio embarazo; en segundo lugar, las enfermedades que casualmente coinciden con una gestación y que pueden o no verse agravadas por ésta; y en tercer lugar, los efectos negativos de los modos de vida poco saludables en el desenlace del embarazo. Todos estos elementos deben abordarse por medio de la atención prenatal.

El embarazo comporta muchas complicaciones que requieren asistencia (9). En Lusaka (Zambia), cerca del 40% de los casos relacionados con embarazos remitidos al hospital universitario tuvieron que ver con problemas atribuibles al embarazo propiamente dicho y no con el parto: un 27% correspondió a amenazas de aborto o complicaciones relacionadas con el aborto, un 13% a enfermedades no específicamente relacionadas con el embarazo, como la malaria o diversas infecciones, y un 9% a trastornos hipertensivos del embarazo (10). Un estudio reciente, que abarcaba seis países de África occidental, reveló que una tercera parte de las embarazadas padecían algún tipo de enfermedad durante la gestación (sin incluir los problemas atribuibles a los abortos peligrosos) y que de éstas un 2,6% tenían que ser hospitalizadas (11).

Las complicaciones comunes del embarazo incluyen la preeclampsia y la eclampsia, que afectan al 2,8% de las gestaciones en los países en desarrollo y al 0,4% en los países desarrollados (12); estas dos enfermedades provocan muchos casos potencialmente mortales y se cobran cada año en el mundo entero la vida de más de 63 000 madres. Las hemorragias causadas por el desprendimiento prematuro de la placenta o por la placenta previa afectan a un 4% de las embarazadas (13). Entre las complicaciones menos comunes, aunque muy graves, cabe citar el embarazo ectópico y el embarazo molar.

## Recuadro 3.2 La anemia, una enfermedad que mata en silencio

La anemia es una de las primeras causas de discapacidad a nivel mundial (35), lo que la convierte en uno de los problemas de salud pública más graves del planeta. Este trastorno afecta a cerca de la mitad de las mujeres embarazadas en el mundo: un 52% en los países no industrializados, frente a un 23% en los industrializados (36). Las causas más comunes de anemia son la mala nutrición, la carencia de hierro y de otros micronutrientes, la malaria, la anquilostomiasis y la esquistosomiasis. La infección por VIH (37) y las hemoglobinopatías son otras concausas importantes.

La anemia gestacional tiene graves consecuencias clínicas. Está asociada a un mayor riesgo de mortalidad materna, en particular por hemorragias (38). Las embarazadas con anemia grave soportan peor la pérdida de

sangre (39); muchas de ellas necesitan una transfusión, intervención ésta que no siempre es viable en los países pobres y que no está exenta de riesgos. La anemia durante el embarazo está asociada asimismo a mayores niveles de mortinatalidad, defunciones perinatales, insuficiencia ponderal del recién nacido y partos prematuros (40). En los países con malaria endémica, la anemia constituye una de las causas de defunción prevenibles más comunes en las embarazadas y también en los niños menores de cinco años (41). Reducir la carga de anemia es fundamental para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la mortalidad materno-infantil. La carga de anemia más importante recae en las personas a las que es difícil acceder. La OMS ha divulgado un conjunto de directrices clínicas dentro de

su serie de publicaciones Manejo integral del embarazo y el parto (IMPAC) (42–44).

La estrategia de control de la anemia en las mujeres embarazadas incluye: la detección y un tratamiento adecuado; la profilaxis contra enfermedades parasitarias y el suministro de suplementos de hierro y ácido fólico; y una mejora de la atención obstétrica y el tratamiento de las mujeres con anemia grave.

Para que la prestación de estas intervenciones costoeficaces dé buen resultado, son necesarios los esfuerzos integrados de varios programas de salud – en particular, los centrados en las embarazadas y los niños pequeños –, así como el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, una mayor sensibilización de la comunidad y la realización de inversiones financieras.

Las enfermedades y otros problemas de salud con frecuencia pueden complicarse o agravarse durante el embarazo. La malaria, por ejemplo, empeora durante la gestación, y combinada con la anemia provoca cada año 10 000 defunciones maternas y 200 000 muertes de lactantes (véanse los recuadros 3.1 y 3.2). La mortalidad atribuible al VIH/SIDA durante el embarazo puede ser importante en los lugares con alta prevalencia de esta enfermedad. La tuberculosis, bastante frecuente entre las embarazadas, es responsable del 9% del total de defunciones de mujeres en edad reproductiva. La malnutrición materna constituye un gravísimo problema mundial, ya se deba a una carencia proteinoenergética o a la carencia de micronutrientes. Paradójicamente, la obesidad también se está convirtiendo en un problema cada vez mayor y causa diabetes y dificultades para dar a luz (45).

Los problemas de salud mental durante la gestación son al parecer más comunes de lo que se reconocía hasta hace poco. Aunque el embarazo solía considerarse como un periodo de bienestar psicológico general para la mujer (46), se han notificado elevadas tasas de morbilidad psiquiátrica entre las embarazadas, por ejemplo en Uganda (47). Los trastornos psicológicos preexistentes pueden aflorar fácilmente en forma de depresión, abuso de sustancias o intentos de suicidio, sobre todo si coinciden con un embarazo no deseado. Las tasas de depresión en la etapa final del embarazo son al menos tan elevadas, si no más, como durante el puerperio (48–51).

Además, muchas embarazadas están expuestas a riesgos directamente relacionados con su modo de vida. Los hábitos insalubres, como el consumo de alcohol, tabaco y



P. Campanale/WHO

Este niño pequeño, en el Níger, está protegido por un mosquitero tratado con insecticida.

drogas, son peligrosos tanto para la madre como para el feto, ya que pueden provocar diversos trastornos, por ejemplo desprendimiento prematuro de la placenta, síndrome de muerte súbita del lactante, síndrome alcohólico fetal o problemas de desarrollo durante la infancia (52). La violencia de género o la exposición a peligros en el lugar de trabajo no son reconocidas fácilmente por las embarazadas como algo que los profesionales sanitarios puedan ayudar a solucionar, pero de hecho constituyen problemas de salud pública importantes y subestimados (véase el recuadro 3.3).

### Aprovechar las oportunidades

Ofrecer una buena atención prenatal no consiste únicamente en ocuparse de las complicaciones del embarazo. Las mujeres conforman el grupo más numeroso de usuarios de atención sanitaria que acuden de buen grado por iniciativa propia a los centros de salud para obtener asistencia. Esto ofrece enormes posibilidades para utilizar la atención prenatal como plataforma para programas centrados en la nutrición, el VIH/SIDA, las infecciones de transmisión sexual, la malaria, la tuberculosis, etc. Por ahora, esta y otras oportunidades no se han explotado lo suficiente. Durante la prestación de atención prenatal hay tres oportunidades importantes que no deben desaprovecharse.

En primer lugar, las consultas prenatales brindan la oportunidad de promover modos de vida sanos que mejoren los resultados sanitarios a largo plazo para la madre y el bebé, y probablemente también para la familia. La promoción de la planificación familiar, el ejemplo más destacado de lo que es posible hacer en esta esfera, puede repercutir positivamente en el uso de anticonceptivos después del parto. Es más, algunas mujeres prefieren hablar de los métodos de planificación familiar durante el embarazo o como parte de la atención posnatal (64, 65). Otro ejemplo de una buena oportunidad para promover la salud prenatal son los programas para dejar de fumar durante el embarazo, que parecen tener bastante éxito (66). Esos programas reducen el riesgo de insuficiencia ponderal del recién nacido y el riesgo de parto prematuro, al tiempo que contribuyen a mejorar la salud de la embarazada a largo plazo.

En segundo lugar, la atención prenatal ofrece la oportunidad de establecer un plan de parto (67). Ello permite, además de planificar el parto, informar a las mujeres y

## Recuadro 3.3 Violencia contra la mujer

La violencia de pareja contra la mujer constituye un problema mundial de salud pública, así como una violación de los derechos humanos. Este tipo de violencia, que suele ser persistente, a veces se inicia durante el embarazo, con graves consecuencias para la salud de la madre y el niño. Según estudios realizados en países como Egipto, Etiopía, la India, México y Nicaragua, entre el 14% y el 32% de las mujeres denuncian haber sufrido durante el embarazo abusos físicos o sexuales. El agresor suele ser la pareja de la víctima (53). En el Perú, el 15% de las mujeres de Lima y el 28% de las que viven en el Departamento del Cusco han padecido violencia física durante el embarazo (54). En el Canadá, el Reino Unido, Suecia y Suiza, las tasas de abuso durante el periodo gestacional oscilan entre el 4% y el 11%. La

violencia durante el embarazo puede matar: en Pune (India) el 16% de todas las defunciones ocurridas durante el embarazo en 400 aldeas y siete hospitales se atribuyeron a la violencia de pareja (55). Además de los traumatismos físicos que provoca, la violencia incrementa el riesgo de parto prematuro, bajo peso de nacimiento, anemia, infecciones de transmisión sexual, infecciones urinarias, abuso de sustancias, y depresión y otros problemas de salud mental (56).

La atención prenatal brinda una buena oportunidad para identificar casos de violencia durante el embarazo, lo que constituye un primer paso hacia el objetivo de ofrecer respaldo a las mujeres que esperan un hijo y de ayudarlas a encontrar soluciones. La experiencia demuestra, sin embargo, que esta

identificación sólo es útil si se puede prestar el apoyo apropiado y/o reenviar a la víctima a los servicios oportunos. No basta con que los profesionales sanitarios muestren sensibilidad para con este problema: también deben saber cómo afrontarlo. Los médicos, enfermeros, asistentes de partería y demás personas que intervienen en la atención prestada a las mujeres embarazadas deben recibir una capacitación específica para reconocer la violencia de pareja y saber cómo formular las preguntas pertinentes, facilitar información en un modo confidencial y libre de prejuicios y prestar atención y apoyo, entre otras cosas reenviando los casos a los servicios que proceda (57–63).

sus familias sobre los posibles imprevistos. La preparación para el parto propiamente dicha incluye determinar el lugar en que se desea dar a luz, decidir a quién se prefiere como asistente de partería y a quién como compañero de parto, y averiguar la situación del centro asistencial apropiado más cercano. También implica obtener los fondos necesarios para los gastos relacionados con el parto y los gastos de emergencia, encontrar un medio de transporte para acudir al centro sanitario cuando ése sea el escenario previsto para el parto, e identificar a donantes de sangre compatibles para casos de urgencia. La planificación del parto se viene utilizando en muchos países desarrollados desde hace más de una década con efectos beneficiosos (68–70) y también se ha introducido con éxito en países en desarrollo, aunque por ahora de forma limitada.

En tercer lugar, la consulta de atención prenatal permite preparar a las embarazadas para el papel de madre y para lo que ocurrirá después del parto. Las mujeres y sus familias pueden aprender cómo mejorar su salud y solicitar ayuda cuando sea necesario y, sobre todo, cómo ocuparse de su hijo recién nacido. El asesoramiento sobre la experiencia de la maternidad es particularmente importante para las embarazadas adolescentes o con baja autoestima (71) y puede mejorar los cuidados que los recién nacidos y los niños recibirán en el futuro (72). En definitiva, contribuye a crear un entorno familiar saludable que responda a las necesidades del niño.

### Orientaciones cruciales para el futuro

La atención prenatal empezó a dispensarse en la primera mitad del siglo XX como una manera de educar a las mujeres «ignorantes», con énfasis especial en el bienestar del lactante y el niño. Se trataba de una respuesta a lo que se consideraba como una entrega insuficiente a las tareas maternas, que minaba el inventario físico de las naciones (73). En los años cincuenta se utilizó como instrumento para identificar a las mujeres con mayor riesgo de complicaciones. Aunque la atención prenatal resultó ser una herramienta de detección de escasa utilidad, es innegable que numerosas complicaciones del embarazo y enfermedades y problemas de salud concurrentes se pueden atender en una consulta de asistencia prenatal que dé prioridad a intervenciones eficaces.

Si bien ha recorrido un largo camino, la atención prenatal aún puede avanzar mucho más. Para ello es esencial seguir cuatro orientaciones: racionalizar los protocolos asistenciales, desplegar todo el potencial de la atención prenatal como plataforma para otros varios programas de salud fundamentales, establecer una comunicación más eficaz con las mujeres y evitar la medicalización excesiva, que puede hacer más daño que bien. Lo principal, sin embargo, es abordar la asignatura pendiente de llegar a todas las mujeres que están embarazadas.

Con demasiada frecuencia la atención prenatal tiene más de protocolo que de intervención eficaz. Muchas de las pruebas y los procedimientos realizados durante una consulta prenatal tradicional tienen escaso valor científico (74). Se podría prescindir de numerosas intervenciones ineficaces, como la práctica de pesar sistemáticamente a la mujer en cada consulta para determinar el bienestar materno y el crecimiento fetal (75). Consumen un tiempo valioso, que podría aprovecharse mejor asesorando a las mujeres sobre los modos de vida sanos y sobre problemas como la detección y el tratamiento de enfermedades ya existentes.

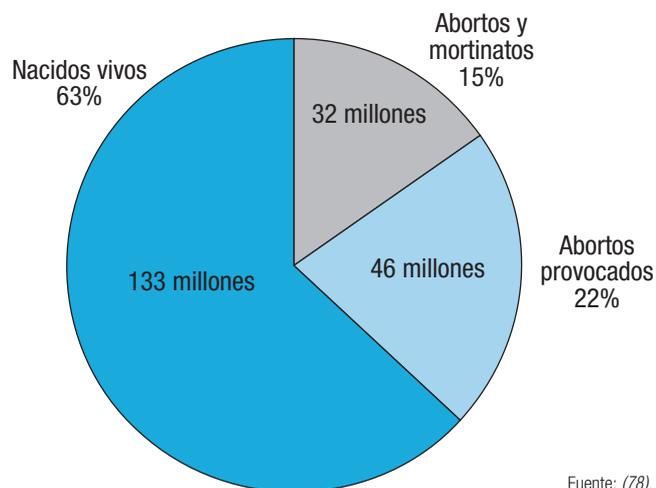
Esta interacción entre la asistencia prenatal y una atenta consideración de las circunstancias de cada mujer y las enfermedades preexistentes constituye el aspecto más subestimado de la atención durante el embarazo. El potencial de la asistencia prenatal en esta esfera no se ha explotado plenamente. Como plataforma para otros

programas de salud, como los relacionados con el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, la malaria, la tuberculosis y la planificación familiar, la atención prenatal representa un recurso valiosísimo. Se puede acceder fácilmente a directrices de la OMS (42) que orientan sobre la atención, la prevención y el tratamiento de enfermedades durante el embarazo. Por otro lado, el embarazo es un periodo idóneo para que las mujeres y el personal sanitario entablen un diálogo sobre la salud y las cuestiones sociales pertinentes. Establecer una comunicación con las mujeres y relacionar los ámbitos médico y social hará que la atención sanitaria sea más humana y que, en definitiva, responda mejor a las necesidades de las usuarias.

Una cuestión que a menudo se pasa por alto es la excesiva medicalización, impulsada por la oferta, de que son objeto los embarazos normales, a veces por razones de lucro. Una atención sobremedicalizada puede perjudicar innecesariamente la salud tanto de la madre como de su hijo y exponer a las familias a gastos evitables. Con demasiada frecuencia, se realizan sin justificación en cada consulta prenatal sofisticados exámenes, por ejemplo ecografías, al tiempo que se descuidan otros procedimientos útiles, como la medición de la tensión arterial, y nadie se ocupa de elaborar planes de parto o dar consejos sobre problemas de salud preexistentes. Esta práctica ha alcanzado extremos preocupantes en algunos países, donde se realizan ecografías con el fin de detectar fetos femeninos para luego practicar abortos selectivos por razón de sexo.

En lo que a cobertura se refiere, debe encontrarse la manera de llegar a ofrecer al menos cuatro contactos asistenciales durante cada embarazo, empezando lo suficientemente pronto para asegurar que las intervenciones sean efectivas. Las mujeres precisan dispensadores con la suficiente capacitación para prestar una asistencia integrada en un sistema sanitario que ofrezca continuidad con la atención al parto. Existen dos tipos de obstáculos para ampliar la cobertura. En primer lugar, en algunas zonas no se ofrecen estos servicios, lo que implica la necesidad de asegurar servicios periféricos o servicios físicamente accesibles. En segundo lugar, los servicios existentes a menudo dejan mucho que desear: son bastante comunes las quejas sobre la actitud poco servicial e incluso grosera del personal sanitario, la imputación de gastos imprevistos e injustos, la incomodidad de los horarios de apertura y el escaso margen de participación concedido a la pareja. Algunos cambios relativamente sencillos de la organización de las consultas prenatales (por ejemplo, no limitar las consultas prenatales a una sesión por semana) pueden propiciar mejoras notables de los niveles de utilización de los servicios. Las adolescentes son especialmente vulnerables en este sentido. La prestación de servicios que se ajusten a sus necesidades, así como a las de las mujeres jóvenes, no puede sino impulsar la expansión de la atención prenatal. La pregunta no debería ser ¿por qué no aceptan las mujeres los servicios que les ofrecemos? sino ¿por qué no ofrecemos un servicio que sea aceptado por las mujeres? (76).

Figura 3.2 Resultados de los embarazos que se producen cada año



Fuente: (78).

## NO TODOS LOS EMBARAZOS SON CAUSA DE ALEGRÍA

### Planificar los embarazos antes de que lleguen a producirse

Son muchas las mujeres que desean quedarse embarazadas, y se estima que cada año unos 123 millones lo logran. Pero a esta cifra hay que sumar un elevado número de mujeres – alrededor de 87 millones – que se quedan encintas involuntariamente. Para algunas mujeres y sus parejas esto puede ser una agradable sorpresa, pero para otras el embarazo puede coincidir con un mal momento o simplemente no ser deseado (77). De los 211 millones de embarazos que según se estima se producen cada año, unos 46 millones acaban en abortos provocados (véase la figura 3.2) (78).

Pese a la gran cantidad de embarazos involuntarios, el número de mujeres que controlan su vida reproductiva espaciando más los embarazos o limitándolos es mayor que nunca. Los aproximadamente 30 años de esfuerzos por poner los servicios de anticoncepción al alcance de las personas no han sido en vano. En los países en desarrollo, la frecuencia del uso de anticonceptivos ha aumentado de alrededor del 10% a principios de los años sesenta al 59% al final del milenio (79). A pesar de la disminución del apoyo financiero internacional, se ha registrado durante los últimos 10 años en términos mundiales un aumento anual del 1% en la frecuencia del uso de anticonceptivos (80). Esto ha traído consigo una disminución de las tasas mundiales de fecundidad: actualmente el número medio de hijos por mujer se sitúa en 2,69, mientras que a principios de los años sesenta ascendía a 4,97 (81).

No obstante, en estos momentos en que el número de mujeres que alcanzan la edad reproductiva es mayor que nunca, hay millones de personas que, aunque no desean tener un hijo o quieren posponer el siguiente embarazo, no utilizan método anticonceptivo alguno (82). Esta creciente necesidad desatendida puede deberse a la falta de acceso a los anticonceptivos – problema que afecta sobre todo a los adolescentes – o a que las mujeres no los utilizan. La razón más aducida – en un 45% de los casos – para no utilizar un método anticonceptivo es la percepción de que no hay riesgo de embarazo. Otros motivos para no utilizar anticonceptivos, en alrededor de una tercera parte de los casos, son el miedo a los efectos secundarios y el costo. La oposición al uso de anticonceptivos, a menudo atribuida al marido, es otra razón que, aunque menos frecuente, sigue teniendo su peso (83). Todos estos motivos hacen que la implantación de la anticoncepción continúe siendo muy limitada en numerosas partes de África y poco uniforme en otros continentes. Según encuestas recientes, algunos países incluso están experimentando un retroceso en lo que atañe a la cobertura de planificación familiar.

Aunque se colmaran todas las necesidades relacionadas con la anticoncepción, seguiría habiendo muchos embarazos no deseados o inoportunos. Si bien la mayoría de los métodos anticonceptivos modernos son muy eficaces cuando se utilizan de forma sistemática, a menudo no se dispone de asesoramiento y orientación sobre su uso correcto. Si todos los usuarios siguieran las instrucciones a la perfección, seguiría habiendo cerca de 6 millones de embarazos accidentales al año. El hecho es que, considerando el uso habitual de los anticonceptivos en la vida real, se calcula que cada año se producen 26,5 millones de embarazos involuntarios debido a una utilización inapropiada o un fallo de los métodos (84). Además, a veces se deja de utilizar un método por simple insatisfacción; este factor a menudo está asociado a la falta de elección, a un uso incorrecto del método en cuestión o al miedo a los efectos

secundarios, síntomas todos de una mala calidad de los servicios y la orientación relacionados con la planificación familiar.

Lo que no reflejan debidamente los estudios sobre las necesidades desatendidas en materia de anticoncepción y sobre las tasas de fracaso anticonceptivo es el importante papel que tienen las desiguales relaciones de poder entre el hombre y la mujer. Esa desigualdad contribuye de manera sustancial al mantenimiento de relaciones sexuales no deseadas y a los consiguientes embarazos no deseados (85). Las mujeres jóvenes corren un riesgo particularmente elevado de verse sometidas a contactos sexuales no deseados, o mantenidos en condiciones no deseadas, sobre todo cuando hay una gran diferencia de edad entre ellas y sus parejas (85). Entre el 7% y el 48% de las adolescentes reconocen que su primera experiencia sexual fue forzada (86, 87). Las adolescentes corren un mayor riesgo de verse presionadas para iniciar una actividad sexual a petición de un hombre de más edad o por la fuerza, y a menudo dependen de su pareja para prevenir el embarazo. Las mujeres forzadas a mantener relaciones sexuales o sometidas a abusos infligidos por sus parejas tienen menos probabilidades de estar en condiciones de utilizar métodos anticonceptivos, por lo que están más expuestas que otras a los embarazos involuntarios. Las mujeres que han sido víctimas de agresiones sexuales a menudo temen haberse quedado embarazadas y posponen el momento de someterse a exámenes médicos o de solicitar atención sanitaria. Existen cada vez más pruebas de la implicación de la violencia en los embarazos involuntarios. Hasta un 40% de las mujeres que acuden a los servicios de salud para solicitar una interrupción del embarazo han sido víctimas de abusos sexuales y/o físicos en algún momento de su vida (88, 89).

Los embarazos involuntarios y no deseados – debidos a necesidades no atendidas en materia de anticoncepción, fallos anticonceptivos o relaciones sexuales no deseadas – que llegan a término, comportan como mínimo los mismos riesgos que los embarazos deseados y deliberados. Se estima que se podrían evitar cada año no menos de 100 000 defunciones maternas si las mujeres que no quieren procrear utilizaran métodos anticonceptivos eficaces (90). Si además también se tienen en cuenta las enfermedades maternas, la prevención de los embarazos no deseados podría evitar anualmente la pérdida de 4,5 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad (91).

Las repercusiones de los embarazos no deseados son por sí solas importantísimas, pero existen además indicios que sugieren que una anticoncepción eficaz puede contribuir a una mejor salud materna – amén de evitar todas estas muertes y discapacidades –, y ello de dos maneras. En primer lugar, hay que tener en cuenta que los embarazos no deseados presentan mayores riesgos que los deseados. Si se abordan las necesidades de anticoncepción no atendidas tanto de las mujeres jóvenes como de las mayores, así como de las que deseen espaciar los nacimientos, se evitarán embarazos de alto riesgo no deseados. Ello también beneficia al niño, pues el espaciamiento de los embarazos durante al menos dos años aumenta sus posibilidades de supervivencia (92). En segundo lugar, existen algunos indicios de que las mujeres que están encintas por deseo propio cuidan más su embarazo: tienden más a recibir atención prenatal al inicio del embarazo, a dar a luz bajo supervisión médica o a asegurarse de que sus hijos reciban todas las vacunas oportunas (90). Por último, la anticoncepción contribuye de manera importante a la reducción de las defunciones y discapacidades maternas gracias a la paralela disminución del número de abortos peligrosos.

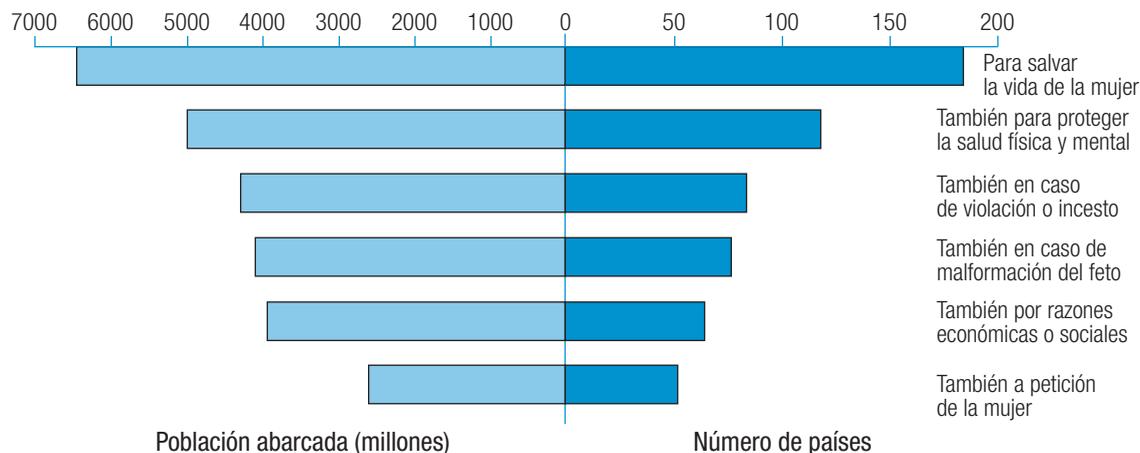
### Los abortos peligrosos: un importante problema de salud pública

De los 46 millones de interrupciones del embarazo que se llevan a cabo anualmente en el mundo, aproximadamente un 60% se practican en condiciones seguras. Desde el punto de vista de la salud pública, la distinción entre abortos seguros y abortos peligrosos es importante. Cuando es practicado por dispensadores de atención de salud debidamente capacitados, con el equipo indicado y la técnica y las normas sanitarias oportunas, el aborto es una intervención que apenas entraña riesgos. La tasa de letalidad es apenas de 1 por 100 000 intervenciones (78, 84), es decir, menor que el riesgo asociado a los embarazos llevados a término en las mejores circunstancias posibles.

Sin embargo, más de 18 millones de los abortos provocados cada año son practicados por personas que carecen de la preparación necesaria o en un entorno que no reúne las condiciones médicas mínimas, o ambas cosas a la vez, por lo que constituyen abortos peligrosos (93, 94). Prácticamente todos ellos tienen lugar en el mundo en desarrollo. Con 34 abortos peligrosos por cada 1000 mujeres, América del Sur presenta la razón más elevada, seguida de cerca por África oriental (31 por 1000), África occidental (25 por 1000), África central (22 por 1000) y Asia meridional (22 por 1000) (93). El hecho de que muchas mujeres traten de interrumpir su embarazo recurriendo a cualquier medio disponible en circunstancias en que el aborto es peligroso y/o ilegal demuestra lo primordial que es para ellas poder regular su propia fecundidad. Las mujeres pagan un alto tributo por someterse a abortos peligrosos, no sólo en lo que respecta a su salud y su vida, sino también en términos económicos. En Phnom Penh (Camboya), por ejemplo, la tarifa habitual para un aborto – legal, pero la mayoría de las veces peligroso – oscilaba en 2001 entre US\$ 15 y US\$ 55: el equivalente del sueldo de varios meses de una enfermera del sector público (95).

Los abortos peligrosos constituyen un problema que afecta en particular a las mujeres más jóvenes. Dos terceras partes son practicados en mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 30 años. Unos 2,5 millones, esto es, casi el 14% de todos los abortos peligrosos realizados en países en desarrollo, se dan en mujeres menores de 20 años. La distribución por edades correspondiente a los abortos peligrosos difiere notablemente de una región a otra. En África la proporción de mujeres de entre 15

Figura 3.3 Supuestos en los que se permite el aborto



Fuente: (104).

y 19 años que se han sometido a abortos peligrosos es más elevada que en ninguna otra región, y cerca del 60% de ellos se dan en mujeres menores de 25 años. Esto contrasta con la situación imperante en Asia, donde el porcentaje de abortos peligrosos correspondiente a las mujeres incluidas en este grupo de edad es del 30%. En el Caribe y América Latina, las mujeres de entre 20 y 29 años representan más de la mitad del total de abortos peligrosos (93).

Ahora bien, sea cual sea el lugar o el grupo de edad, las consecuencias son dramáticas. El riesgo de morir de resultas de un aborto peligroso es de aproximadamente 350 por cada 100 000; cada año fallecen 68 000 mujeres de este modo. Además, las complicaciones no mortales y las secuelas contribuyen notablemente a la carga mundial de morbilidad (96), por no mencionar el trauma emocional que provocan muchos abortos peligrosos (97). Estos abortos imponen además elevados costos a los sistemas de salud. En algunos países en desarrollo, las hospitalizaciones por complicaciones relacionadas con abortos peligrosos llegan a representar un 50% de los ingresos obstétricos (98, 99). En Lusaka (Zambia) representan el 27% de los envíos de casos no relacionados con el parto a los servicios de obstetricia y ginecología (10). La movilización en materia de camas de hospital, suministro de sangre, medicación, quirófanos, anestesia y especialistas médicos causa en muchos países una grave mengua de los escasos recursos disponibles (84). El costo diario de una paciente hospitalizada de resultas de un aborto peligroso puede ser 2500 veces superior al presupuesto sanitario por habitante y día (100).

## ATENDER LAS COMPLICACIONES DEL ABORTO

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en 1994 en El Cairo, los abortos peligrosos se identificaron como un importante problema de salud pública, y los gobiernos acordaron esforzarse por eliminarlos. El programa de acción incluía un mejor acceso a métodos anticonceptivos modernos, a una atención postaborto de alta calidad (requerida para tratar las complicaciones relacionadas tanto con los abortos espontáneos como con los abortos provocados en condiciones peligrosas) y servicios de aborto seguros, en la medida de lo permitido por la legislación local. En el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en 1999 (CIPD+5), se estableció que «en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible» (101).

La administración de una atención postaborto segura e integral para las complicaciones causadas por abortos provocados y la prestación de servicios de aborto en la medida de lo permitido por la ley siguen gravemente restringidas por las deficiencias de los sistemas de salud y la falta de acceso. Las mujeres, en particular las adolescentes, las pobres y las habitantes de zonas rurales, a menudo no saben dónde encontrar servicios que sean seguros y legales. Puede darse el caso de que carezcan de los recursos, el tiempo o el poder de decisión necesarios para aprovechar esos servicios, o que las disuada la falta de privacidad o confidencialidad o la actitud de los dispensadores de atención de salud (102). En consecuencia, muchas mujeres, sobre todo en los países en desarrollo, acaban acudiendo a dispensadores no calificados o a curanderos, poniendo así su vida en peligro. Un caso particularmente dramático es el de las refugiadas, en un contexto en el que la violación sistemática se utiliza cada vez más como arma de guerra. La mayoría de los países permiten el aborto en esas

circunstancias, pero tanto las mujeres como los dispensadores de atención sanitaria a menudo desconocen este hecho, y la asistencia humanitaria, por ejemplo la prestada en los campos de refugiados, tiende a ignorar el problema (103).

El aborto es legal, en diferentes supuestos, en muchos países (véase la figura 3.3), pero incluso las instancias decisorias y los profesionales a menudo sólo tienen una vaga idea de lo que permite o no permite la ley. En los lugares donde la legislación es menos restrictiva, las mujeres tienen en principio más posibilidades de interrumpir un embarazo no deseado en condiciones seguras. Aun así, los servicios pueden estar dotados de un equipo precario o de personal sanitario carente de la formación adecuada, y ello a pesar de que los programas de capacitación, el equipo y las políticas que se precisan para asegurar que las mujeres que reúnen las condiciones legales previstas al efecto puedan acceder a una atención segura no son complicados ni costosos (84). En la India, por ejemplo, donde existe desde 1974 una ley del aborto de corte liberal, los abortos peligrosos seguían siendo a comienzos de los años noventa siete veces más frecuentes que los abortos seguros, debido a una serie de trabas administrativas y a la falta de información, llegando a representar las muertes atribuibles a estos abortos un 20% del total de defunciones maternas. En cambio, en los lugares donde, en la medida de lo permitido por la ley, se adoptan medidas para capacitar y equipar a los profesionales y facilitar el acceso a unos servicios seguros y a la información, como lo recomienda la Asamblea General de las Naciones Unidas, las mujeres se someten con menos frecuencia a abortos peligrosos.

Cada año, muchos millones de mujeres viven la angustiante experiencia de un embarazo no deseado. La realización de inversiones sostenidas en educación, información y prestación pública de servicios de anticoncepción puede suponer grandes avances hacia la meta de reducir el número de casos al mínimo; ahora bien, ninguna política de planificación familiar será capaz de prevenir la totalidad de los embarazos no deseados. En cambio, sí es posible evitar todas y cada una de las 68 000 defunciones y también las discapacidades y el sufrimiento atribuibles a los abortos peligrosos. No se trata sólo de cómo un país defina lo que es legal y lo que no, sino también de garantizar el acceso de la mujer, en la medida máxima permitida por la ley, a unos servicios de aborto y una atención postaborto de buena calidad y acordes con sus necesidades.

### VALORAR EL EMBARAZO: UNA CUESTIÓN DE PROTECCIÓN JURÍDICA

Incluso en las sociedades que confieren sumo valor al embarazo, la situación de una mujer encinta no siempre es envidiable. Los entornos sociales que otorgan un bajo estatus a la mujer también suelen marginar a las embarazadas. Una manifestación extrema de esto es la violencia ejercida contra la mujer, que constituye en el mundo entero un importante problema de salud pública (54). Las mujeres que sufren abusos durante el embarazo corren un mayor riesgo de abortar, de ser asesinadas o de suicidarse, y sus bebés tienen más problemas de insuficiencia ponderal al nacer y sufrimiento fetal (105).

Desde que se aprobó el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas, en 1994, numerosos países han elaborado o perfeccionado sus leyes en apoyo de las metas de la CIPD. Así, por ejemplo, muchos países han promulgado leyes que penalizan la violencia contra la mujer y varios han aprobado legislación que prohíbe la mutilación genital femenina.

Estas leyes, que se están aplicando progresivamente, contribuyen a proteger a las niñas y las mujeres embarazadas, pero también a promover su salud general.

Sin el respaldo de un marco jurídico y normativo no es posible brindar protección a las embarazadas. Algunas de las leyes y políticas más lógicas son el establecimiento de una edad mínima para contraer matrimonio, la penalización de la violencia contra la mujer, la prohibición de prácticas nocivas, como la mutilación genital femenina, y la aplicación de medidas que aseguren el registro de los nacimientos. Todos los países han ratificado al menos uno de los tratados internacionales de derechos humanos (y muchos de ellos los han ratificado todos). Estos tratados, que imponen a los países la obligación jurídica de adoptar medidas encaminadas a velar por que se protejan y cumplan los derechos de sus ciudadanos, ofrecen un buen punto de partida para asegurar una protección efectiva.

Sobre la base de esos marcos es posible adoptar una amplia variedad de medidas jurídicas y reglamentarias para mejorar la protección de las mujeres embarazadas. Estos derechos incluyen la facilitación de información sobre la salud sexual y reproductiva, la implantación de inspecciones y exámenes sistemáticos obligatorios de las defunciones maternas, perinatales y neonatales, así como medidas jurídicas para asegurar protección y apoyo financieros a las mujeres embarazadas. Este último elemento incluye la cobertura de los gastos médicos y medidas para garantizar sus ingresos.

El Convenio sobre la Protección de la Maternidad de la Organización Internacional del Trabajo (adoptado en 1919 y revisado por última vez en 2000), establece unos mínimos de lo que deben incluir las legislaciones nacionales a este respecto (106). El Convenio prevé la protección contra el despido durante el embarazo, la concesión de licencias de maternidad y disposiciones especiales para el periodo de lactancia, así como el pago de prestaciones pecuniarias. Por otro lado, establece que las prestaciones médicas deberán comprender la asistencia prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia después del parto, así como la hospitalización cuando sea necesario, y que el horario de trabajo y las tareas asignadas no deben ser perjudiciales para la madre y su hijo. El Convenio exige que las licencias de maternidad tengan una duración de 14 semanas e incluyan obligatoriamente un periodo de seis semanas después del parto para proteger la salud de la madre y del hijo. Este aspecto del Convenio atañe a todas las mujeres, estén casadas o no, incluidas las que desempeñan formas atípicas de trabajo dependiente. Aunque esto se puede interpretar en un sentido amplio, entendiéndose que quedan abarcadas las mujeres de todos los sectores de la economía, incluido el informal, en la práctica la legislación en la materia sólo suele aplicarse a las mujeres empleadas en el sector estructurado. Con la creciente urbanización y el desarrollo de la economía estructurada, el cumplimiento de estas normas mínimas es un tema que está cobrando un protagonismo cada vez mayor, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados.

En cambio, las leyes, políticas y reglamentaciones existentes que limitan el acceso a los servicios de salud para las solteras o para las menores de determinada edad en la práctica dejan en la cuneta a muchas mujeres que precisan ayuda. Esto ocurre también con los servicios que exigen pagos por adelantado, excluyendo así a quienes son demasiado pobres para afrontar ese gasto. Siguen existiendo servicios de salud que exigen la autorización de un tercero (normalmente el marido) para tratar a una mujer, esté embarazada o no, incluso aunque la legislación nacional no contemple tal requisito. Si se quiere proteger a todas las embarazadas, hay que dar una respuesta urgente a este tipo de situaciones, y eso implica a menudo la revisión de políticas y

reglamentos. Las circunstancias ambientales, sociales y jurídicas pueden ser desfavorables para las mujeres embarazadas. Remitirse a los marcos generales de derechos humanos puede ser de gran ayuda para eliminar las fuentes de exclusión social, un aspecto tan importante como la propia prestación de atención prenatal.

## Referencias

1. Carroli G, Villar J, Piaggio G, Khan-Neelofur D, Gulmezoglu M, Mugford M et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet*, 2001, 357:1565–1570.
2. WHO/UNICEF. *Antenatal care in developing countries. Promises, achievements, and missed opportunities. An analysis of trends, levels, and differentials 1990–2001*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
3. Backe B, Nakling J. Effectiveness of antenatal care: a population based study. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1993, 100:727–732.
4. Hall MH, Chang PK, MacGillivray I. Is routine antenatal care worth while? *Lancet*, 1980, 2:78–80.
5. Fortney J, Smith J. Measuring maternal mortality. In: Bere M, Ravindran T, eds. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Oxford, Blackwell Science for Reproductive Health Matters, 1999.
6. Li X, Fortney J, Kotelchuck M, Glover L. The postpartum period the key to maternal mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1996, 54:1–10.
7. Hieu D, Hanenber R, Vach T, Vinh D, Sokal D. Maternal mortality in Vietnam. *Studies in Family Planning*, 1999, 30:329–338.
8. *Egypt national maternal mortality study 2000*. El Cairo, Ministerio de Salud y Población, 2000.
9. Franks AL, Kendrick JS, Olson DR, Atrash HK, Saftlas AF, Moien M. Hospitalization for pregnancy complications, United States, 1986 and 1987. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1992, 166:1339–1344.
10. Murray SF, Davies S, Kumwenda Phiri R, Ahmed Y. Tools for monitoring the effectiveness of district maternity referral systems. *Health Policy and Planning*, 2001, 16:353–361.
11. de Bernis L, Dumont A, Bouillin D, Gueye A, Dompnier JP, Bouvier-Colle MH. Maternal morbidity and mortality in two different populations of Senegal: a prospective study (MOMA survey). *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 2000, 107:68–74.
12. Magpie Trial Collaborative Group. Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, 2002, 359:1877–1890.
13. Fraser S, Watson R. Bleeding during the latter half of pregnancy. In: Chalmers I, Enkin M., Keirse MJNC, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, Oxford University Press, 1989.
14. Steketee RW, Nahlen BL, Parise ME, Menendez C. The burden of malaria in pregnancy in malaria-endemic areas. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2001, 64(1–2 Suppl.):28–35.
15. Murphy SC, Breman JG. Gaps in the childhood malaria burden in Africa: cerebral malaria, neurological sequelae, anemia, respiratory distress, hypoglycemia, and complications of pregnancy. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2001, 64(1–2 Suppl.): 57–67.
16. Schellenberg D, Menendez C, Kahigwa E, Font F, Galindo C, Acosta C et al. African children with malaria in an area of intense *Plasmodium falciparum* transmission: features on admission to the hospital and risk factors for death. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1999, 61:431–438.
17. Bojang KA, Van Hensbroek MB, Palmer A, Banya WA, Jaffar S, Greenwood BM. Predictors of mortality in Gambian children with severe malaria anaemia. *Annals of Tropical Paediatrics*, 1997, 17:355–359.

18. Newton CR, Warn PA, Winstanley PA, Peshu N, Snow RW, Pasvol G et al. Severe anaemia in children living in a malaria endemic area of Kenya. *Tropical Medicine and International Health*, 1997, 2:165–178.
19. Slutsker L, Taylor TE, Wirima JJ, Steketee RW. In-hospital morbidity and mortality due to malaria-associated severe anaemia in two areas of Malawi with different patterns of malaria infection. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1994, 88:548–551.
20. Biemba G, Dolmans D, Thuma PE, Weiss G, Gordeuk VR. Severe anaemia in Zambian children with *Plasmodium falciparum* malaria. *Tropical Medicine and International Health*, 2000, 5:9–16.
21. Lackritz EM, Campbell CC, Ruebush TK, Hightower AW, Wakube W, Steketee RW et al. Effect of blood transfusion on survival among children in a Kenyan hospital. 2<sup>a</sup> ed. *Lancet*, 1992, 340:524–528.
22. Marsh K, Forster D, Waruiru C, Mwangi I, Winstanley M, Marsh V et al. Indicators of life-threatening malaria in African children. *New England Journal of Medicine*, 1995, 332:1399–1404.
23. Combinación terapéutica de medicamentos antipalúdicos: informe de una reunión consultiva técnica. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.
24. ter Kuile FO, Terlouw DJ, Phillips-Howard PA, Hawley WA, Friedman JF, Kariuki SK et al. Reduction of malaria during pregnancy by permethrin-treated bed nets in an area of intense perennial malaria transmission in western Kenya. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2003, 68(4 Suppl.):50–60.
25. Lengeler C. Insecticide-treated bednets and curtains for preventing malaria (Cochrane Review). Oxford, Cochrane Library – Update Software, 2002.
26. ter Kuile FO, Terlouw DJ, Kariuki SK, Phillips-Howard PA, Mirel LB, Hawley WA et al. Impact of permethrin-treated bed nets on malaria, anemia, and growth in infants in an area of intense perennial malaria transmission in western Kenya. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2003, 68(4 Suppl.):68–77.
27. Wiseman V, Hawley WA, ter Kuile FO, Phillips-Howard PA, Vulule JM, Nahlen BL et al. The cost-effectiveness of permethrin-treated bed nets in an area of intense malaria transmission in western Kenya. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 2003, 68(4 Suppl.):161–167.
28. Shulman CE, Dorman EK, Cutts F, Kawuondo K, Bulmer JN, Misore A et al. Intermittent sulphadoxine-pyrimethamine to prevent severe anaemia secondary to malaria in pregnancy: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, 1999, 353:632–636.
29. Rogerson SJ, Chaluluka E, Kanjala M, Mkundika P, Mhango C, Molyneux ME. Intermittent sulfadoxine-pyrimethamine in pregnancy: effectiveness against malaria morbidity in Blantyre, Malawi, in 1997–99. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2000, 94:549–553.
30. Parise ME, Ayisi JG, Nahlen BL, Schultz LJ, Roberts JM, Misore A et al. Efficacy of sulfadoxine-pyrimethamine for prevention of placental malaria in an area of Kenya with a high prevalence of malaria and human immunodeficiency virus infection. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1998, 59:813–822.
31. Goodman CA, Coleman PG, Mills A. Cost-effectiveness of malaria control in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 1999, 354:378–385.
32. Schellenberg D, Menendez C, Kahigwa E, Aponte J, Vidal J, Tanner M et al. Intermittent treatment for malaria and anaemia control at time of routine vaccinations in Tanzanian infants: a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet*, 2001, 357:1471–1477.
33. Massaga JJ, Kitua AY, Lemnge MM, Akida JA, Malle LN, Ronn AM et al. Effect of intermittent treatment with amodiaquine on anaemia and malarial fevers in infants in Tanzania: a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*, 2003, 361:1853–1860.
34. Ekvall H, Premji Z, Bjorkman A. Chloroquine treatment for uncomplicated childhood malaria in an area with drug resistance: early treatment failure aggravates anaemia. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1998, 92:556–560.
35. Murray C. *The global burden of disease*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1996.
36. UNICEF/UNU/OMS. *Iron deficiency anemia: assessment, prevention, and control. A guide for programme managers*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (WHO/NHD/01.3).

37. Van den Broek NR, White SA, Neilson JP. The relationship between asymptomatic human immunodeficiency virus infection and the prevalence and severity of anemia in pregnant Malawian women. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1998, 59:1004–1007.
38. Rush D. Nutrition and maternal mortality in the developing world. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, 72(Suppl.):212S–40S.
39. *Surgical care at the district hospital*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
40. Schorr TO, Hediger M. Anemia and iron-deficiency anemia: compilation of data on pregnancy outcome. *American Journal of Clinical Nutrition*, 1994, 59(Suppl.):492S–501S.
41. McDermott JM, Slutsker L, Steketee RW, Wirima JJ, Breman JG, Heymann DL. Prospective assessment of mortality among a cohort of pregnant women in rural Malawi. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1996, 55(1 Suppl.):66–70.
42. *Pregnancy, childbirth, postpartum, and newborn care (PCPNC). A guide for essential practice*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
43. *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
44. *Managing newborn problems: A guide for doctors, nurses, and midwives (MNP)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
45. Morin KH. Perinatal outcomes of obese women: a review of the literature. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 1998, 27:431–440.
46. Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 1987, 150:662–673.
47. Cox, J. L. (1979). Psychiatric morbidity and pregnancy: a controlled study of 263 semi-rural Ugandan women. *British Journal of Psychiatry*, 134, 401–405.
48. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, 2001; 323:257–260.
49. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2001, 80:251–255.
50. Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1989, 160(5 Pt. 1):1107–1111.
51. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *Journal of Affective Disorders*, 2000, 59:31–40.
52. DiFranza JR, Aligne CA, Weitzman M. Prenatal and postnatal environmental tobacco smoke exposure and children's health. *Pediatrics*, 2004, 113(4 Suppl.):1007–1015.
53. Campbell J, Garcia-Moreno C and Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women*, 2004, 10: 770–789.
54. *Informe mundial sobre la violencia y la salud. Resumen*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 2002.
55. Guezmes A, Palomino N. and Ramos M. *Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú: estudio multicéntrico de la OMS sobre la violencia de pareja y la salud de las mujeres*, OMS. Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2002
56. Ganatra BR, Coyaji KJ, Rao VN. Too far, too little, too late: a community-based case control study of maternal mortality in rural west Maharashtra, India [La mortalité maternelle dans une zone rurale de l'ouest du Maharashtra (Inde) : étude cas-témoins en communauté]. *Bulletin of the World Health Organization - Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1998, 76:591–598.
57. Covington DL, Hage M, Hall T, Mathis M. Preterm delivery and the severity of violence during pregnancy. *Journal of Reproductive Medicine*, 2001, 46:1031–1039.
58. Valladares E, Ellsberg M, Pena R, Hogberg U, Persson LA. Physical partner abuse during pregnancy: a risk factor for low birth weight in Nicaragua. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 100:700–705.
59. Huth-Bocks AC, Levendosky AA, Bogat GA. The effects of domestic violence during pregnancy on maternal and infant health. *Violence and Victims*, 2002, 17:169–185.
60. Neggers Y, Goldenberg R, Cliver S, Hauth J. Effects of domestic violence on preterm birth and low birth weight. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2004, 83:455–460.

61. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002, 359:1331–1336.
62. Parker B, McFarlane J, Soeken K. Abuse during pregnancy: effects on maternal complications and birth weight in adult and teenage women. *Obstetrics & Gynecology*, 1994, 84:323–328.
63. Velzeboer M, Ellsberg M, Clavel Arcas C, Garcia-Moreno C. *La violencia contra las mujeres: responde el sector salud*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 2003.
64. Glasier AF, Logan J, McGlew TJ. Who gives advice about postpartum contraception? *Contraception*, 1996, 53:217–220.
65. Ozvaris S, Akin A, Yildiran M. Acceptability of postpartum contraception in Turkey. *Advances in Contraceptive Delivery Systems*, 1997, 13:63–71.
66. Lumley J, Oliver S, Waters E. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 3. Chichester, John Wiley & Sons, 2004
67. *WHO Antenatal Care Randomized Trial: manual for the implementation of the new model*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
68. Whitford HM, Hillan EM. Women's perceptions of birth plans. *Midwifery*, 1998, 14:248–253.
69. Moore M, Hopper U. Do birth plans empower women? Evaluation of a hospital birth plan. *Birth*, 1995, 22:29–36.
70. Moore, M. Safer motherhood 2000: toward a framework for behavior change to reduce maternal deaths. *The Communication Initiative*, 2000 (<http://www.comminit.com/strategicthinking/st2001/thinking-467.html>, visitado el 13 de enero de 2005).
71. Pasinlioglu T. Health education for pregnant women: the role of background characteristics. *Patient Education and Counseling*, 2004, 53:101–106.
72. Zuniga de Nuncio ML, Nader PR, Sawyer MH, De Guire M, Prislín R, Elder JP. A prenatal intervention study to improve timeliness of immunization initiation in Latino infants. *Journal of Community Health*, 2003, 28:151–165.
73. Oakley A. *The captured womb. A history of the medical care of pregnant women*. Oxford, Basil Blackwell, 1986.
74. Villar J, Bergsjö P. Scientific basis for the content of routine antenatal care. I. Philosophy, recent studies, and power to eliminate or alleviate adverse maternal outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 1997, 76:1–14.
75. Altman D, Hytten F. Assessment of fetal size and fetal growth. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, Oxford University Press, 2004:411–418.
76. Fathalla M. Preface. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 1998, 12(Suppl. 2):vii–viii.
77. Adetunji, J. A. *Unintended childbearing in developing countries: levels, trends and determinants*. Calverton, MD, Macro International Inc, 1998 (Demographic and Health Surveys Analytical Report, No. 8).
78. *Sharing responsibility: women, society and abortion worldwide*. Nueva York, NY, Alan Guttmacher Institute, 1999.
79. *World contraceptive use 2001*. Nueva York, NY, Departamento de Asuntos Humanitarios de la Organización de las Naciones Unidas, 2002.
80. *World contraceptive use 2003*. Nueva York, NY, Departamento de Asuntos Humanitarios de la Organización de las Naciones Unidas, 2003.
81. *World population prospects. The 2002 revision*. Nueva York, NY, División de Población de las Naciones Unidas, 2002.
82. Ross JA, Winfrey WL. Unmet need for contraception in the developing world and the former Soviet Union. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 28:138–143.
83. Westoff CF. *Unmet need at the end of the century*. Calverton, MD, ORC Macro, 2001 (DHS Comparative Reports, No. 1).
84. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
85. Bott S. Unwanted pregnancy and induced abortion among adolescents in developing countries: results of WHO case studies. In: Puri CP, Van Look PFA, eds. *Sexual and reproductive health: recent advances, future directions*. New Delhi, New Age International Limited, 2001:351–366.

86. Ganju D, Finger W, Jejeebhoy S, Nidadavoluand V, Santhya KG, Shah I et al. *The adverse health and social outcomes of sexual coercion: experiences of young women in developing countries*. New Delhi, Population Council, 2004.
87. Jewkes R, Sen P, Garcia-Moreno C. La violencia sexual. In: Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, eds. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
88. Glander A, Moore M, Michielutte R, Parsons L. The prevalence of domestic violence among women seeking abortion. *Obstetrics and Gynecology*, 1998, 91:1002–1006.
89. Allanson S, Astbury J. Attachment style and broken attachments: violence, pregnancy and abortion. *Australian Journal of Psychology*, 2001, 53:146–151.
90. Marston C, Cleland JC. Do unintended pregnancies carried to term lead to adverse outcomes for mother and child? An assessment in five developing countries. *Population Studies*, 2003, 57:77–93.
91. Collumbien M, Gerressu M, Cleland J. Non-use and use of effective methods of contraception. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors*, Vol. 2. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
92. Setty-Venugopal V, Upadhyay UD. *Birth spacing: three to five saves lives* (Population Reports, Series L, Number 13). Baltimore, MD, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, 2002.
93. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. 3ª ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
94. *The prevention and management of unsafe abortion. Report of a Technical Working Group*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1992.
95. Van Lerberghe W. *Safer motherhood in Cambodia. Health sector support programme*. Londres, Cambodia JSI, DFID Resource Centre for Sexual and Reproductive Health, 2001.
96. AbouZahr C, Åhman E. Unsafe abortion and ectopic pregnancy. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1998.
97. Huntington D, Nawar L, Abdel-Hady D. Women's perceptions of abortion in Egypt. *Reproductive Health Matters*, 1997, 9:101–107.
98. Priority ranking of diseases based on scoring system. Rangún, Departamento de Salud, Ministerio de Salud, 1993.
99. Murray SF, Davies S, Phiri RK, Ahmed Y. Tools for monitoring the effectiveness of district maternity referral systems. *Health Policy Plan*. 2001;16(4):353-61.
100. Mpangile GS, Leshabari MT, Kihwele DJ. Induced abortion in Dar es Salaam. In: Mundigo AI, Indriso C, eds. *Abortion in the developing world*. New Delhi, Vistaar Publications [en nombre de la Organización Mundial de la Salud], 1999:387–406.
101. *ICPD + 5: Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. (<http://www.un.org/esa/population/publications/POPaspects/ICPD+5%20Key%20Actions.pdf>, visitado el 13 de enero de 2005).
102. Mundigo AI, Indriso C, eds. *Abortion in the developing world*. New Delhi, Vistaar Publications [en nombre de la Organización Mundial de la Salud], 1999.
103. Vekemans M, Hurwitz M. Access to safe abortion services to the fullest extent permitted by law. *IPPF Medical Bulletin*, 2004, 38.
104. *World abortion policies 1999*. Nueva York, NY, División de Población de las Naciones Unidas, 1999.
105. Campbell J, Garcia-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women*, 10:770–789, 2004.
106. Organización Internacional del Trabajo. *Convenio sobre la protección de la maternidad, 2000* (<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C183>, visitado el 13 de enero de 2005).



## capítulo cuatro

# atender 136 millones de partos anuales

Tanto para las madres como para los niños, el parto puede ser el momento más peligroso de la vida. En este capítulo se examinan las principales complicaciones del parto, que según se estima provocan 529 000 defunciones maternas cada año, casi todas en los países en desarrollo. La mayoría de las defunciones y discapacidades atribuibles al parto son evitables, dado que las soluciones médicas son bien conocidas. Una atención profesional inmediata y eficaz durante el trabajo de parto y después de éste puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte tanto para la mujer como para el recién nacido. Todas y cada una de las madres y todos y cada uno de los recién nacidos necesitan atención materna y neonatal calificada dispensada por profesionales durante y después del parto: una atención cercana a los lugares en que vive la gente y a sus formas de vida, cercana a sus tradiciones en torno al parto, pero al mismo tiempo segura, con profesionales bien preparados capaces de actuar inmediatamente cuando surjan complicaciones impredecibles. El reto pendiente, por tanto, no es tecnológico, sino estratégico y organizacional.

### ARRIESGARSE A MORIR PARA DAR VIDA

A cualquiera que haya pasado por la experiencia, o visto a otra persona pasar por ella, no le cabe duda de que dar a luz es un acontecimiento que cambia la vida. Lamentablemente, por maravillosa y alegre que resulte para muchos, esa experiencia puede ser también un periodo difícil que lleve aparejados nuevos problemas y situaciones de sufrimiento. En los casos más extremos, la madre, el niño o ambos pueden morir, y estas muertes son sólo la punta del iceberg. Las horas críticas del parto determinan ya muchos problemas de salud, tanto en la madre como en el niño, y en los días y semanas posteriores siguen apareciendo muchos más. Los padecimientos relacionados con el parto representan una proporción considerable de la carga mundial de morbilidad (1), pero la mayoría de las defunciones y discapacidades

atribuibles a él son evitables porque se conocen bien las soluciones médicas. Por tanto, el reto pendiente no es tecnológico, sino estratégico y organizacional.

La mortalidad materna se estima actualmente en 529 000 defunciones anuales (2), es decir, una razón mundial de 400 defunciones maternas por 100 000 nacidos vivos. Allí donde no se hace nada para evitar estas defunciones, la mortalidad «natural» ronda las 1000–1500 por 100 000 nacimientos, estimación basada en estudios históricos y en datos de grupos religiosos contemporáneos que no intervienen en el alumbramiento (3). Si hoy día las mujeres siguieran sujetas a tasas de mortalidad materna «naturales» – por ejemplo, si se

suspendieran los servicios de salud – la mortalidad materna sería cuatro veces mayor que la actual y alcanzaría más de dos millones de defunciones anuales en todo el mundo. Lo cierto es que a nivel mundial se consigue evitar las tres cuartas partes de estas defunciones: en los países desarrollados se evita casi toda la mortalidad materna «natural», pero en las regiones de Asia Sudoriental y el Mediterráneo Oriental sólo se evitan dos terceras partes, y en los países africanos únicamente la tercera parte.

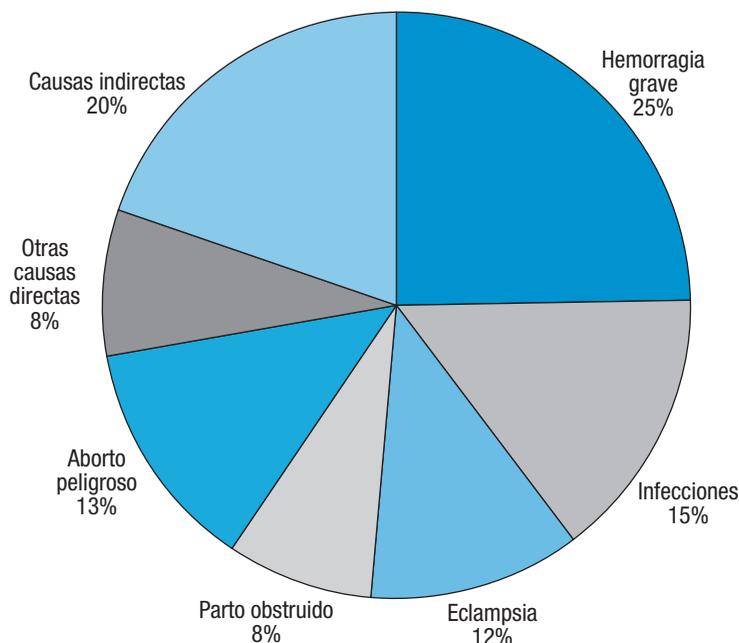
Las tasas de mortalidad difieren enormemente de unas zonas del mundo a otras. La distribución de las defunciones maternas es aún más irregular que las de la mortalidad neonatal o la mortalidad en la niñez. Un escaso 1% de las defunciones maternas se produce en el mundo desarrollado. Las razones de mortalidad materna están comprendidas entre 830 por 100 000 nacimientos en los países africanos y 24 por 100 000 nacimientos en los europeos. De los 20 países con razones de mortalidad materna más elevadas, 19 se encuentran en el África subsahariana. Las tasas regionales ocultan disparidades muy considerables entre los países; así, en regiones con bajas tasas globales de mortalidad, como la Región de Europa, hay países con tasas elevadas. Dentro de un mismo país pueden darse diferencias llamativas entre subgrupos de población: las tasas son más elevadas en las poblaciones rurales que en las urbanas y pueden variar considerablemente según los grupos étnicos o la situación económica; además, las zonas remotas soportan una pesada carga de defunciones.

Las defunciones maternas son consecuencia de complicaciones relacionadas con el embarazo y acaecen a lo largo de éste o durante el parto y el puerperio (hasta el 42º día después del nacimiento). Ocurren a menudo de forma súbita e imprevisible. Entre el 11% y el 17% se producen durante el parto, y entre el 50% y el 71% durante el puerperio (4–8). El hecho de que en el propio parto se concentre un alto nivel

de riesgo y de que muchas defunciones puerperales sean también consecuencia de lo ocurrido en ese momento obliga a centrar la atención en las horas y a veces días que dura el alumbramiento, periodo crítico en el que un acontecimiento feliz puede transformarse de repente en una crisis imprevista. En cambio se tiende a descuidar el puerperio, pese al oneroso tributo de vidas que se cobra (4, 9). La primera semana es la de mayor riesgo. Aproximadamente el 45% de las defunciones maternas puerperales se producen durante las primeras 24 horas, y más de las dos terceras partes durante la primera semana (4). La carga mundial de mortalidad puerperal se acompaña de una cifra elevada que se pasa a menudo por alto: la de mortinatos y de recién nacidos que fallecen.

Las defunciones maternas tienen una amplia gama de causas directas e indirectas. Las debidas a causas indirectas representan el 20% del total mundial. Son consecuencia de enfermedades

Figura 4.1 Causas de mortalidad materna<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Total superior al 100% por efecto del redondeo.

(preexistentes o concomitantes) que, sin ser complicaciones del embarazo, lo complican o se ven agravadas por él, como la malaria, la anemia, la infección por el VIH/SIDA y las enfermedades cardiovasculares. La participación de estas causas en la mortalidad materna varía de unos países a otros según el contexto epidemiológico y la eficacia de los sistemas sanitarios para responder a ellas (10).

La gran mayoría de las defunciones maternas son imputables a causas directas. Se deben a complicaciones del embarazo y el parto o a intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o acontecimientos derivados de dichas complicaciones, incluidas las de los abortos (peligrosos). Las otras cuatro causas directas principales son las hemorragias, las infecciones, la eclampsia y el parto obstruido (véase la figura 4.1). Las cifras de mortalidad materna dependen de que estas complicaciones se traten de forma adecuada y oportuna (10).

La causa más frecuente de muerte materna es la hemorragia grave, un factor importante de mortalidad tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados (11, 12). Si no se trata, la hemorragia posparto puede matar incluso a una mujer sana en dos horas. Es el más rápido asesino de las madres. Una inyección de oxitocina administrada inmediatamente después del parto es muy eficaz para reducir el riesgo de hemorragia. En algunos casos, una maniobra sencilla pero urgente como la extracción manual de la placenta puede resolver el problema. Otras mujeres necesitan una intervención quirúrgica o una transfusión de sangre, y en ambos casos es preciso ingresar a la paciente en un centro con el personal, el equipo y los suministros adecuados. La proporción de madres que necesitan atención hospitalaria depende en cierta medida de la calidad de la atención de primer nivel que se presta a las mujeres; por ejemplo, el manejo activo de la tercera fase del parto reduce la hemorragia posparto. La proporción de madres que mueren depende de que se dispense rápidamente la atención adecuada. La situación en lo que se refiere a la hemorragia posparto podría mejorar si se confirmaran las prometedoras posibilidades de un medicamento, el misopros-til. Es menos eficaz que la oxitocina, pero más barato y más fácil de conservar en condiciones adecuadas, y no es preciso inyectarlo. Por tanto, sigue siendo interesante allí donde las mujeres no tienen acceso a una atención profesional en el momento del

**Tabla 4.1** Incidencia mundial de las principales complicaciones del parto

Complicación	Incidencia (% de nacidos vivos)	Número de casos anuales	Tasa de letalidad (%)	Defunciones maternas en 2000	Principales secuelas en las supervivientes	AVAD perdidos (000)
Hemorragia posparto	10,5	13 795 000	1	132 000	Anemia grave	4 418
Sepsis	4,4	5 768 000	1,3	79 000	Infertilidad	6 901
Preeclampsia y eclampsia	3,2	4 152 000	1,7	63 000	No se han evaluado suficientemente	2 231
Parto obstruido	4,6	6 038 000	0,7	42 000	Fístula, incontinencia	2 951

Fuente: (12).

parto. Si otros estudios pudieran demostrar su eficacia en los muchos casos en los que no es posible emplear la oxitocina, el misoprostil salvaría muchas vidas y reduciría el número de mujeres que padecen anemia debido a una hemorragia posparto, y que actualmente suman 1,6 millones anuales.

La segunda causa directa por orden de frecuencia es la sepsis, responsable de la mayoría de las defunciones del puerperio tardío. Durante el siglo XIX, la sepsis puerperal cobró proporciones epidémicas, sobre todo en las maternidades. La implantación de técnicas asépticas redujo espectacularmente su frecuencia en el mundo desarrollado (13). Sin embargo, sigue siendo una amenaza de consideración en muchos países en desarrollo. Una de cada 20 mujeres que dan a luz contrae una infección que ha de ser tratada rápidamente para no causar la muerte o dejar secuelas (14). Cada año, la sepsis puerperal provoca oclusión de las trompas de Falopio e infertilidad a 450 000 mujeres.

Los trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia y eclampsia), que se asocian a hipertensión y convulsiones, son responsables del 12% de las defunciones maternas. Suelen producirse durante la gestación, pero también en el parto (15). En el embarazo, cuando la preeclampsia es leve puede mantenerse en observación, pero la transición a preeclampsia grave o a eclampsia exige tratamiento en medio hospitalario.

El parto obstruido, que puede deberse a una desproporción entre la cabeza del feto y la pelvis de la madre o a anomalías de la posición o de la presentación fetal durante el parto, tiene una incidencia diversa: apenas alcanza el 1% en algunas poblaciones, mientras que en otras llega al 20%. Es responsable de aproximadamente el 8% de las defunciones maternas en el mundo, y el niño puede nacer muerto, sufrir asfixia y lesiones cerebrales o morir poco después del parto. Los profesionales experimentados, como las parteras, pueden resolver muchos de estos problemas antes de que el

## Recuadro 4.1 Fístula obstétrica: sobrevivir con dignidad

La fístula obstétrica es una lesión catastrófica, y aun así frecuentemente desatendida, que se produce por partos prolongados u obstruidos (en los que además el feto suele nacer muerto). Debido al traumatismo, la pared de la vagina se desgarró y se comunica con la vejiga, el recto o ambos, de tal forma que la mujer evacua continuamente orina o heces por la vagina (16). Sin tratamiento quirúrgico, las consecuencias físicas de la fístula son graves y consisten en incontinencia vaginal, olor fétido, infecciones pélvicas o urinarias frecuentes, dolor, infertilidad y, a menudo, una muerte prematura (16–18). Las consecuencias sociales son enormes: las mujeres con fístula son condenadas al ostracismo y en muchos casos al abandono por parte de sus maridos, familias y comunidades; es frecuente que queden en la indigencia y deban luchar por sobrevivir (19, 20). Para empeorar la situación, muchas de ellas sienten tanta vergüenza que sufren en silencio en lugar de buscar ayuda médica, incluso teniendo acceso a ella.

Esta desastrosa dolencia afecta a más de dos millones de mujeres en el mundo (21). Se estima que cada año se producen entre 50 000 y 100 000 casos nuevos (22), cifra que algunos juzgan inferior a la real (23, 24). La mayoría son mujeres jóvenes o adolescentes. El matrimonio temprano y los partos precoces o repetidos, unidos a la pobreza y la falta de acceso a una atención sanitaria de calidad durante el embarazo y el parto, son los principales factores determinantes (25). Las fístulas se producen en las regiones en las que el acceso a la atención obstétrica es limitado o de mala calidad, es decir, fundamentalmente en el África subsahariana y en zonas de Asia meridional (26). Allí donde son más frecuentes, pocos hospitales ofrecen el necesario tratamiento quirúrgico, que no es rentable y para el que en muchos casos los cirujanos y las enfermeras no tienen la preparación adecuada. En 2003, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, junto con la OMS y otros asociados, lanzó una Campaña Mundial para Eliminar la Fístula (27).

Una buena atención obstétrica de primer nivel y de respaldo previene las fístulas, y si aun así se producen, pueden tratarse (28). La desgraciada situación de las mujeres con fístula es un conmovedor recordatorio de que las cuestiones programáticas han de ir más allá de la mera prevención de las defunciones maternas. Las instancias decisorias y los profesionales deben cobrar conciencia de que no se trata de un problema infrecuente, de que las niñas y mujeres que lo padecen necesitan apoyo para acceder al tratamiento, de que hacen falta suficientes médicos y enfermeras capacitados para practicar las intervenciones quirúrgicas reparadoras, y de que las mujeres siguen necesitando apoyo cuando regresan a sus casas después de la intervención. La acción colectiva puede eliminar la fístula y garantizar que las niñas y las mujeres que padecen este desastroso trastorno reciban tratamiento para poder vivir dignamente (29).

parto se obstruya, o saber reconocer un desarrollo lento y enviar a la paciente para una cesárea o un parto instrumental. Las discapacidades asociadas a partos obstruidos que han recibido un tratamiento tardío o insuficiente pueden ser muy importantes tanto en las madres como en los niños (12). Para las primeras, a largo plazo, las secuelas más angustiosas de los partos obstruidos son las fístulas obstétricas (véase el recuadro 4.1).

De los 136 millones de mujeres que dan a luz cada año, unos 20 millones padecen después del parto enfermedades relacionadas con el embarazo (30). La lista de éstas es muy variada, desde fiebre hasta psicosis, y amplio es también por tanto el abanico de respuestas asistenciales necesarias. Para las mujeres que han estado a punto de morir en el parto, recuperarse de una insuficiencia orgánica, de una ruptura uterina, de fístulas y de otras complicaciones graves puede ser un proceso largo y doloroso que les deje secuelas duraderas. También son frecuentes otras enfermedades que no ponen en peligro la vida: en la India, por ejemplo, el 23% de las mujeres notifican problemas de salud en los primeros meses siguientes al parto (31). Algunos son transitorios, pero otros se hacen crónicos. Consisten en incontinencia urinaria, prolapso uterino, dolor tras una mala reparación de una episiotomía o de desgarros perineales, carencias nutricionales, depresión y psicosis puerperal, y mastitis (32) (véase el recuadro 4.2). Sabemos aún menos de estas enfermedades que de las defunciones maternas. Es difícil cuantificarlas debido a los problemas que plantean las definiciones y las insuficiencias de los registros (33). Disponer de más información fiable sobre todas estas enfermedades sería un paso importante hacia una planificación más adecuada de los servicios y una mejor atención perinatal.

## Recuadro 4.2 La depresión materna afecta a las madres y los niños

Las mujeres tienen entre dos y tres veces más probabilidades que los hombres de padecer depresión y ansiedad. Las embarazadas y las madres que cuidan de lactantes o niños pequeños son más vulnerables. La depresión durante el embarazo y el año siguiente al parto es un trastorno descrito en todas las culturas. Las tasas varían mucho, pero la media ronda el 10%–15% en los países industrializados. En contra de lo que se pensaba, los países en desarrollo registran tasas aún más elevadas, y ello contribuye en grado considerable a la morbilidad materna. El parasuicidio, que comprende los pensamientos suicidas y las lesiones autoinfligidas, se da hasta en el 20% de las madres del mundo en desarrollo. Se asocia al hecho de verse atrapadas en situaciones intolerables como embarazos no deseados (sobre todo en solteras jóvenes), desplazamientos forzosos como refugiadas o una pobreza sin remedio. El suicidio es la principal causa de mortalidad materna en países tan diversos como el Reino Unido y Viet Nam.

Muchos factores contribuyen a la depresión materna durante el embarazo y después del parto, entre ellos:

- un embarazo no deseado;
- una mala relación con la pareja: por ejemplo, no está disponible durante el parto, ofrece un apoyo práctico o emocional insuficiente, se involucra poco en el cuidado del niño, mantiene unas rígidas expectativas tradicionales respecto a los roles de los sexos, o es coercitivo o violento;
- la falta de apoyo práctico y emocional por parte de la madre o la suegra;
- un apoyo social insuficiente: por ejemplo, no estar vinculada a un grupo de personas afines, tener pocas relaciones de confianza y no contar con ayuda en las crisis;
- la pobreza y la adversidad social: por ejemplo, vivir en condiciones de hacinamiento y carecer de empleo;
- los antecedentes personales de depresión o de hospitalizaciones psiquiátricas;
- los problemas persistentes de salud física;
- la coincidencia de sucesos adversos, como la pérdida de la pareja.

La depresión materna tiene graves consecuencias físicas y psicológicas para los niños. Al margen de otros factores de riesgo, los hijos

de madres deprimidas, y en especial de las que están en situación de desventaja social, tienen un peso significativamente más bajo al nacer, el doble de probabilidades de pesar menos de lo normal a los seis meses y el triple de medir menos de lo normal a los seis meses; su desarrollo cognitivo a largo plazo es significativamente peor, tienen mayores tasas de comportamiento antisocial, hiperactividad y trastornos de la atención, y padecen con más frecuencia problemas emocionales.

Contamos con estrategias terapéuticas eficaces para la depresión, tanto psicológicas como farmacológicas. Sin embargo, en los países industrializados, menos de la mitad de las madres reciben efectivamente estos tratamientos que mejorarían su estado. La situación es mucho peor en los países en desarrollo, en los que llega a darse el caso de que apenas el 5% de las mujeres tengan acceso a ellos. Es importante que los programas de salud materna, neonatal e infantil reconozcan la importancia de estos problemas y ofrezcan apoyo y formación a los agentes de salud para que identifiquen, evalúen y traten a las madres con depresión.

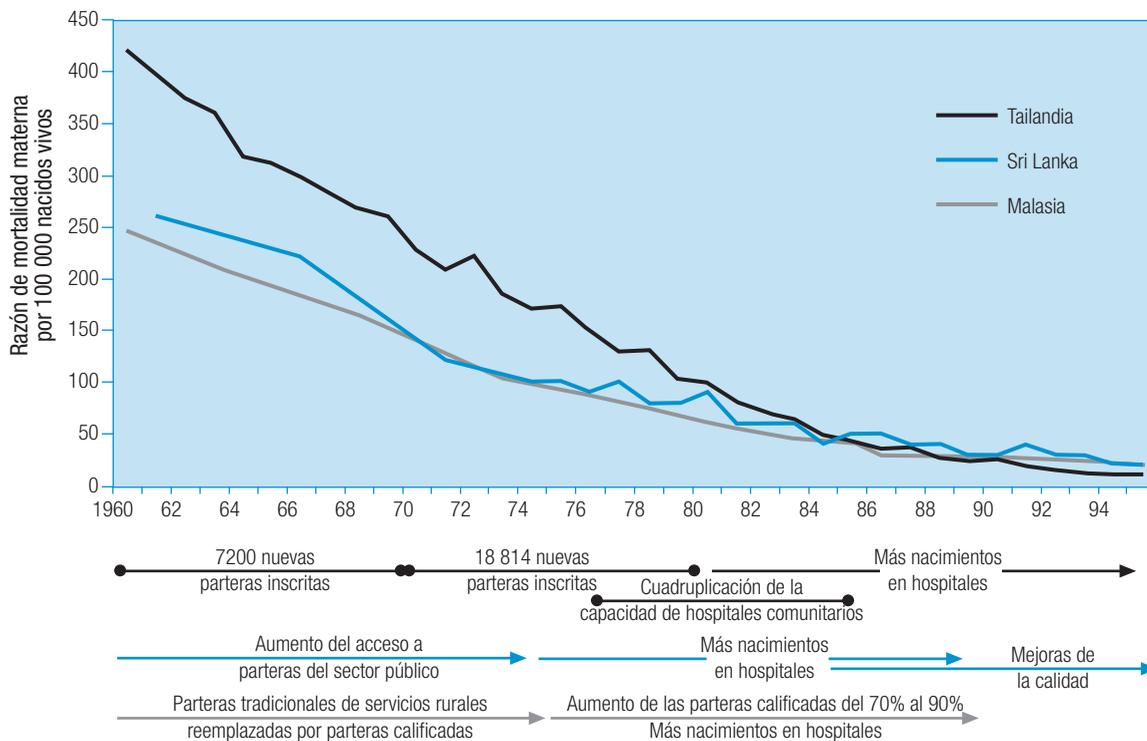
### ATENCIÓN PROFESIONAL COMPETENTE: EN EL PARTO Y DESPUÉS DEL PARTO

Dado que las complicaciones son en gran medida imprevisibles y pueden convertirse con rapidez en potencialmente mortales, una atención profesional inmediata y eficaz durante el parto y después de él puede salvar la vida de las mujeres y de sus hijos recién nacidos (34, 35). Tanto la mortalidad materna como la neonatal son bajas en los países en los que las parturientas reciben atención profesional competente, con los equipos, medicamentos y demás suministros necesarios para tratar de forma eficaz y oportuna las complicaciones (10, 34). Los éxitos y los fracasos que jalonan los intentos de reducir la mortalidad materna (también en los países industrializados) demuestran que ésa no es una asociación estadística espuria (3, 36). Los retrocesos de la mortalidad materna y la neonatal en los países en los que los sistemas de salud han quebrado confirman la importancia de la atención.

### Éxitos y reveses: su relación con el desarrollo de los sistemas sanitarios

A principios del siglo XX, los países industrializados empezaron a dispensar a las parturientas atención de partería profesional y con ello redujeron a la mitad la mortalidad materna; después de la Segunda Guerra Mundial, mejoraron el acceso a los hospitales y lograron reducirla aún más hasta los mínimos históricos actuales (37). En las últimas décadas, numerosos países en desarrollo han seguido el mismo camino (3). Uno de los ejemplos más tempranos y mejor documentados es el de Sri Lanka, donde las cifras de mortalidad materna, agravadas por la malaria, se mantuvieron bastante por

Figura 4.2 La mortalidad materna desde los años sesenta en Malasia, Sri Lanka y Tailandia



Fuente: (3).

encima de las 1500 defunciones por 100 000 nacimientos en la primera mitad del siglo XX, pese a 20 años de atención prenatal. En este periodo la partería se profesionalizó, pero el acceso a este servicio siguió siendo limitado. A partir de 1947 aproximadamente, las razones de mortalidad empezaron a descender, y ello poco después de que se desarrollaran servicios de salud en el país y se mejorara el acceso (38). En 1975 se situaban ya en 80 a 100 defunciones por 100 000 nacimientos. En los años noventa, descendieron por debajo de 30 gracias a la mejora de los tratamientos y de la calidad, según las series temporales del Ministerio de Salud (36).

También Malasia tiene una larga tradición de partería profesional que se remonta a 1923. La mortalidad materna se redujo de más de 500 defunciones por 100 000 nacimientos a principios de los años cincuenta a aproximadamente 250 en 1960. A partir de entonces, y gracias a la implantación de un programa de salud maternoinfantil, fue prolongándose cada vez más la supervivencia de las madres y los recién nacidos. Se creó un sistema de atención de salud por distritos y se amplió la atención de partería mediante una red de «centros para partos de bajo riesgo» respaldados por una atención de referencia de alta calidad, todo ello con un sistema cerrado e intensivo de aseguramiento de la calidad y por iniciativa de las autoridades del sector público. Estas medidas redujeron la mortalidad materna a menos de 100 defunciones por 100 000 nacimientos en torno a 1975 y a menos de 50 por 100 000 en los años ochenta (36, 39, 40).

Hasta los años sesenta, Tailandia tenía cifras de mortalidad materna bastante superiores a 400 defunciones por 100 000 nacimientos, el equivalente a las del Reino



R.M. Kershbaumer/University of Pennsylvania School of Nursing

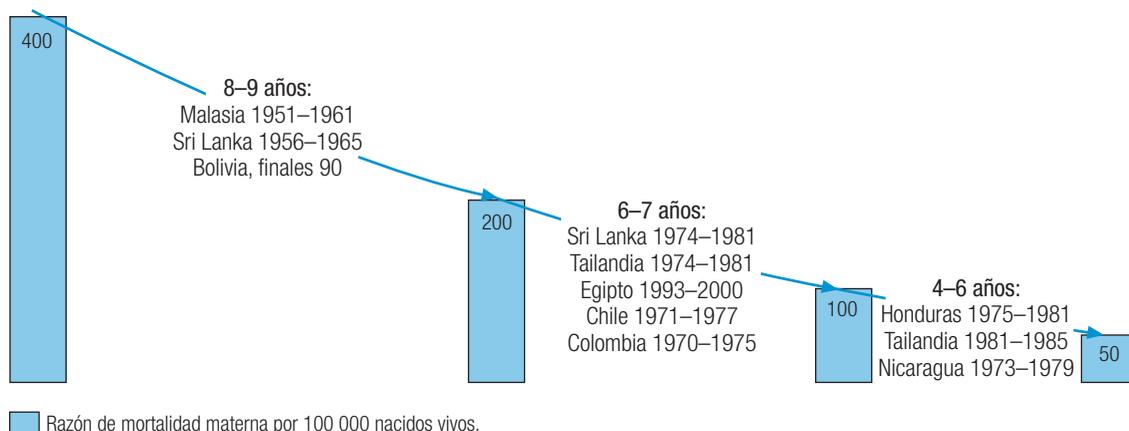
Algunos países están intentando remediar el déficit de parteras. Esta foto de enfermeras parteras diplomadas se tomó el día de su graduación en la Escuela de Enfermería Kamuzu de la Universidad de Malawi.

Unido en 1900 o los Estados Unidos en 1939. Durante la citada década, las parteras tradicionales fueron sustituidas gradualmente por parteras rurales diplomadas, de las que en un periodo de 10 años se inscribieron 7191: la mortalidad descendió hasta 200–250 defunciones por 100 000 nacimientos. Durante los años setenta creció mucho el censo de parteras, con 18 314 nuevas inscritas. Estas profesionales se convirtieron en figuras imprescindibles en muchas aldeas y estaban orgullosas de su situación profesional y social. La mortalidad descendió continuamente, y en 1980 igualó los niveles de Sri Lanka. A partir de ese momento los esfuerzos se dirigieron fundamentalmente a fortalecer y equipar los hospitales de distrito. En 10 años, de 1977 a 1987, el número de camas en hospitales comunitarios pequeños se cuadruplicó (pasó de 2540 a 10 800) y el número de médicos en estos distritos aumentó de unos pocos cientos a 1339. En 1990 ya se había alcanzado una razón de mortalidad materna inferior a 50 por 100 000 nacimientos (véase la figura 4.2).

En fechas más recientes, Egipto redujo su mortalidad materna en más del 50% en ocho años, de 174 en 1993 a 84 por 100 000 nacidos vivos en 2000: gracias a importantes esfuerzos dirigidos a reducir los riesgos de la maternidad, la proporción de partos atendidos por un médico o una enfermera se duplicó y el acceso a la atención obstétrica de urgencia mejoró (41). Entre 1990 y 1997, Honduras abrió y dotó siete hospitales de referencia y 226 centros de salud rurales, e incrementó el número de agentes de atención de salud y de parteras calificadas, con lo que logró reducir la mortalidad materna de 182 a 108 por 100 000 (42).

Estos ejemplos demuestran que las iniciativas y los esfuerzos a largo plazo encaminados a dispensar una atención profesional competente en el parto dan buenos resultados; por desgracia, también lo contrario es cierto. Cuando se interrumpe el acceso a una atención competente pueden aumentar rápidamente los resultados sanitarios desfavorables, como ha ocurrido en Malawi y Mongolia (véase el capítulo 1). También en Tayikistán, las convulsiones económicas que siguieron a la fragmentación de la Unión Soviética y a la recién conquistada independencia en 1991, agravadas por la guerra civil, acarrearón una erosión alarmante de la capacidad del sistema sanitario para proporcionar una atención accesible y un aumento espectacular de la

Figura 4.3 Número de años requeridos para reducir la mortalidad materna a la mitad en algunos países



proporción de mujeres que dieron a luz en el domicilio sin asistencia calificada, que se multiplicó por 10 (43). Como consecuencia de todo ello, las razones de mortalidad materna crecieron. Algo similar ocurrió en el Iraq, donde las sanciones de los años noventa afectaron gravemente a unos servicios de atención de salud que hasta entonces funcionaban bien, por lo que las razones de mortalidad materna pasaron de 50 por 100 000 en 1989 a 117 por 100 000 en 1997, y alcanzaron las 294 defunciones por 100 000 en las zonas central y meridional del país (44). El Iraq experimentó también un incremento masivo de la mortalidad neonatal durante este periodo: de 25 a 59 por 1000 entre 1995 y 2000.

La buena noticia es que los países que hacen un esfuerzo deliberado para dispensar una atención obstétrica profesional basada en parteras y otros asistentes de parte-ría competentes, y respaldada por hospitales, pueden mejorar espectacularmente la supervivencia materna. Como muestra la figura 4.3, estas iniciativas llevan tiempo y, sobre todo a niveles altos, las dificultades para medir la evolución de la mortalidad materna pueden poner en peligro el sostenimiento del necesario compromiso.

### Atención calificada: la división del trabajo a examen

Los países que han logrado reducir los riesgos de la maternidad tienen tres cosas en común. En primer lugar, los responsables de políticas y los gestores estaban bien informados: eran conscientes de que tenían un problema, sabían que se le podía hacer frente y decidieron actuar basándose en esa información. En segundo lugar, optaron por una estrategia de sentido común que resultó ser la correcta: consistía en dispensar a todas las embarazadas no sólo atención prenatal, sino también asistencia profesional durante y después del parto por parte de parteras, enfermeras obstétricas o médicos competentes, respaldados por la atención hospitalaria. En tercer lugar, se

## Recuadro 4.3 Los decepcionantes resultados del reconocimiento prenatal en la predicción de los partos de alto riesgo

El reconocimiento prenatal tiene una larga historia que se remonta al primer comité de expertos de la OMS sobre maternidad, a principios de los años cincuenta (45). La idea era de una sencillez cautivadora: si se lograra persuadir a todas las mujeres para que acudieran a los servicios de atención prenatal, podrían llevarse a cabo exámenes para determinar cuáles tienen un alto riesgo de complicaciones, y a ellas se les podría ofrecer atención suplementaria. Aunque ya en 1932 había pruebas de que el reconocimiento prenatal no era muy eficaz (46, 47), los sistemas de valoración del riesgo se exportaron a los países en desarrollo. No tardaron en incitar la aceptación general (48–51) y durante los años setenta y ochenta se erigieron en doctrina prevalente bajo la denominación de «enfoque de riesgo» (52, 53). Este enfoque fue durante muchos años un componente básico de las estrategias en pro de una maternidad sin riesgo. Las agencias internacionales para

el desarrollo dedicaron recursos y esfuerzos a campañas de información, educación y comunicación encaminadas a lograr que las comunidades acordaran un mínimo de una visita prenatal para todas las embarazadas, con objeto de identificar a las que tuvieran riesgo de complicaciones y a las que no lo tuvieran. A las primeras se les indicaba que debían dar a luz en un establecimiento de salud, mientras que con las segundas no se tomaba ninguna otra medida.

A principios de los ochenta surgieron los primeros datos que ponían en duda la costo-eficacia del reconocimiento prenatal como método para reducir la mortalidad materna (52). Se empezaron a cuestionar las nociones aceptadas (54) y fue afianzándose el criterio de que la ineficacia de la atención prenatal «en cuanto programa de cribado general no sólo la convierte en menos de lo que afirmaba ser, sino que ni siquiera expresa lo que es» (55). Seis

años después se pudo afirmar claramente que «por muchos reconocimientos que se hagan, no permitirán distinguir entre las mujeres que necesitarán atención de urgencia y las que no la necesitarán» (56). En efecto, la mayoría de las mujeres en las que surgen complicaciones tienen pocos o ningún factor de riesgo, y la mayoría de las que los tienen pasan por embarazos y partos sin incidencias. El informe Rooney de 1992 inclinó oficialmente la balanza hacia el escepticismo (57). La atención prenatal es importante para mejorar la salud materno-infantil, pero no como estrategia aislada y tampoco como instrumento de cribado. Por otra parte, para garantizar unos partos sin riesgo es preciso que en todos ellos se disponga de atención profesional calificada, incluso en los que, según los criterios de los años ochenta, no se consideren de riesgo.

aseguraron de que toda la población tuviera acceso económico y geográfico a estos servicios (3). Cuando falta información y el compromiso es vacilante, cuando se opta por estrategias distintas de la profesionalización de la atención obstétrica (véase el recuadro 4.4) o cuando no se logra el acceso universal, los buenos resultados se demoran. Esto explica por qué en los años treinta los Estados Unidos estaban tan atrasados con respecto a varios países europeos y por qué hoy día muchos países en desarrollo tienen aún cifras de mortalidad materna sorprendentemente altas (3).

Dispensar una atención competente durante y después del parto y tratar las complicaciones es una cuestión de sentido común, y es también lo que las madres y sus familias solicitan. Llevarlo a la práctica es un desafío que muchos países todavía no han podido afrontar. No les ha ayudado la confusa terminología técnica utilizada por la comunidad internacional para designar los servicios que deben dispensar los «profesionales calificados» (que pueden ser médicos, enfermeras o parteras), a saber,

#### Recuadro 4.4 Las parteras tradicionales: otra decepción

En los años setenta se generalizó la formación de las parteras tradicionales con el propósito de mejorar los servicios obstétricos en los ámbitos en los que faltara personal sanitario profesional para dispensar asistencia de maternidad, y allí donde los hospitales no dispusieran de camas o de personal suficiente para que todas las mujeres pudieran dar a luz en ellos. Estas parteras ya existían y atendían a las parturientas (generalmente en zonas rurales), eran accesibles y aceptables desde el punto de vista cultural, e influían en las decisiones de las mujeres respecto al uso de los servicios de salud. Se consideró que formarlas en los métodos modernos de alumbramiento era una nueva forma de progresar. En realidad, el análisis no era nuevo; algunos países ya habían empezado a aplicar esta estrategia muchos años antes: en 1921 en el Sudán, y a principios de los cincuenta en la India, Tailandia y Filipinas (58, 59).

En 1970, un seminario interregional celebrado en Malasia y organizado por la OMS recomendó llevar a cabo un amplio estudio internacional de las modalidades de asistencia al embarazo y el parto, incluida la partería tradicional, para mejorar la planificación de los programas de salud materna (60). El estudio aconsejó elaborar, con destino a los países, unas directrices sobre la formación y el empleo de las parteras tradicionales. La movilización de las comunidades era un elemento básico de la estrategia de atención primaria de finales de los setenta, por lo que esta idea encajaba en los objetivos del movimiento (61). Se formó a decenas de miles de parteras tradicionales, principalmente en Asia y América Latina, pero también en África (62). Incluso se confiaba en

que pudieran dirigir consultorios de atención prenatal (63–65) y se integraran en el sistema de atención de salud como personal sanitario (66, 67).

La OMS siguió alentando esta estrategia hasta mediados de los ochenta, pero algunos especialistas empezaron a cuestionar su eficacia. Los datos demostraron que la formación de las parteras tradicionales había repercutido poco en la mortalidad materna. Puede mejorar los «conocimientos» y la «actitud», y asociarse a reducciones pequeñas, aunque significativas, de la mortalidad perinatal y la asfixia durante el parto, pero no hay elementos que prueben que esta formación es costoeficaz (68). Al contrario, se ha constatado que la medida más eficaz es dispensar atención profesional calificada, incluida la posibilidad de acudir a un hospital bien equipado en caso necesario (69–73).

En la mayoría de los ámbitos es poco realista suponer que un curso de formación pueda tener algún efecto en la mortalidad materna. Se han subestimado algunos factores importantes. En primer lugar, la función, los conocimientos y la experiencia de las parteras tradicionales varía mucho de unas regiones a otras, e incluso dentro de un mismo país. No es, pues, técnicamente válido elaborar una estrategia general de formación sin tener en cuenta estas diferencias. En respuesta, sus defensores sostienen que el fallo no reside en la estrategia en sí, sino en la falta de supervisión y apoyo, que le ha restado eficacia (59, 74). Sin embargo, las parteras tradicionales necesitan mucha más supervisión que los especialistas en obstetricia o las comadronas profesionales, por lo que dicha supervisión no sería sostenible en situa-

ciones en las que los profesionales sanitarios no disponen ni de tiempo ni de recursos para llevarla a cabo.

Un segundo problema es cualitativo: no está claro qué se les debería enseñar a las parteras tradicionales. Para modificar su forma de actuar es necesario comprenderla, algo que raras veces se ha sugerido (75). Aun cuando fuera posible cambiar algunos de los componentes de los conocimientos tradicionales, ello podría «desestabilizar» el conjunto. El rol social de las parteras tradicionales, como el de los curanderos, está profundamente enraizado en la cultura local. No se reduce a dispensar asistencia para una afección determinada: lo abarca todo y reinterpreta el padecimiento de la paciente en su contexto cultural (76). Los defensores de la estrategia de formación de las parteras tradicionales no han tenido presente la enorme brecha cultural que separa a los métodos asistenciales modernos de las actividades de las parteras tradicionales.

Por último, mientras que algunos especialistas confían en que las parteras tradicionales ayuden al menos a persuadir a las mujeres con complicaciones para que acudan a los hospitales (63, 65, 77), otros señalan exactamente lo contrario, es decir, que las parteras tienden a demorar la partida al hospital e incluso a disuadir deliberadamente a las mujeres de acudir a él (78, 79).

Se está generalizando la impresión de que la estrategia ha sido un fracaso. Habremos tardado más de 20 años en darnos cuenta de ello y, a la postre, quién sabe si el dinero gastado no se habría empleado mejor en formar a parteras profesionales.

Tabla 4.2 Características básicas de la atención materna y neonatal de primer nivel y de apoyo

	Atención materna y neonatal de primer nivel	Atención materna y neonatal de apoyo
<b>Característica definitoria</b>	Cercana al cliente: desmedicalizada, pero profesional	Plataforma técnica del nivel de referencia
<b>¿Para quién?</b>	Para todas las madres y los recién nacidos	Para las madres y los recién nacidos con problemas que la atención de primer nivel no puede resolver
<b>¿Por quién?</b>	Lo ideal es que sean parteras, o bien médicos o enfermeras si tienen la formación y la experiencia adecuadas	Lo ideal es que sea un equipo integrado por ginecólogos-obstetras y pediatras, o bien por médicos o técnicos de nivel medio con la preparación adecuada
<b>¿Dónde?</b>	Preferiblemente en instalaciones dirigidas por parteras; también en todos los hospitales con salas de maternidad	En todos los hospitales

Nota: Respecto a las intervenciones recomendadas, véase: *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003; *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003; *Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses and midwives*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

BEOC, CEOC, BEmOC, CEmOC, EOC,<sup>1</sup> etc., y para quienes la división de tareas entre estas diversas siglas a menudo no está clara. La confusión radica en parte en la distinción entre atención «básica» y atención «integral», concebida originalmente como un instrumento para el seguimiento de los servicios, no como una descripción de quién puede prestar asistencia a quién en una situación determinada. Los acrónimos son aún más desconcertantes debido a la distinción, todavía controvertida, entre atención «esencial» y atención «de urgencia». Es hora de clarificar estas cuestiones.

### Una atención cercana a las mujeres... y segura

Todos los recién nacidos y las madres deben recibir una atención competente y profesional durante y después del parto, no sólo los que corren especial riesgo de presentar complicaciones. Los rituales que rodean al parto tienen su valor, así como el hecho de mantenerlos como un elemento básico de la vida familiar. Es lógico, pues, que se necesite y se demande una atención cercana a los hogares y las formas de vida de las personas, y cercana también a sus costumbres en lo relativo al alumbramiento, pero que al mismo tiempo sea segura y dispensada por un profesional competente que sepa actuar de inmediato cuando sobrevengan complicaciones en gran medida imprevisibles. Los rasgos definitorios del tipo de atención que se necesita son los siguientes: debe ser capaz de responder a las necesidades, accesible en todos los aspectos y dispensada de manera competente a todas las madres por parteras o

<sup>1</sup>Basic Essential Obstetric Care (atención obstétrica esencial básica), Comprehensive Essential Obstetric Care (atención obstétrica esencial integral), Basic Emergency Obstetric Care (atención obstétrica de urgencia básica), Comprehensive Emergency Obstetric Care (atención obstétrica de urgencia integral), Emergency Obstetric Care (atención obstétrica de urgencia).

personas con una capacitación equivalente, provistas de los medios necesarios y en el entorno adecuado. Este nivel asistencial se conoce acertadamente como atención «de primer nivel». Denominarla «básica», «primaria» o «sistemática» supondría infravalorar su complejidad y la capacitación necesaria para atender situaciones que de forma súbita e inesperada pueden convertirse en potencialmente mortales. En la tabla 4.2 se resumen las características básicas de la atención materna y neonatal de primer nivel y de apoyo.

En las directrices publicadas (véase la tabla 4.2) se describe ampliamente el conjunto de intervenciones recomendadas, fruto de un consenso internacional. La mayoría de ellas, como la vigilancia del desarrollo del parto, el apoyo psicológico, el inicio de la lactancia y otras, deben aplicarse en todas las madres y los recién nacidos y en todas las circunstancias. Otros componentes del conjunto, como la extracción manual de la placenta o la reanimación del recién nacido, sólo se necesitan cuando la situación lo exige. No obstante, es crucial que todas las intervenciones del conjunto estén a la inmediata disposición de todas las madres y los recién nacidos en cada alumbramiento.

Estas intervenciones sólo pueden dispensarlas profesionales en posesión de una serie de conocimientos prácticos y competencias integrados y a quienes se denomina de forma abreviada «asistentes de partería calificados». Es fundamental que dichos conocimientos prácticos y competencias superen un umbral: no basta con una calificación parcial, como estar capacitado únicamente para atender los partos considerados normales. «Cualquiera puede traer al mundo un niño», siempre y cuando nada se tuerza; pero en cuanto surja una complicación, una situación difícil de prever, se necesitará un nivel muy alto de conocimientos prácticos y competencias para identificar el problema y tomar las decisiones adecuadas. Optar por una intervención errónea

## Recuadro 4.5 Formar al personal sanitario para un ejercicio profesional eficaz y sin riesgo

Se dispone de pocos datos respecto a los mejores métodos o modelos de formación prelaboral orientada a preparar a los profesionales para sus futuras funciones y responsabilidades. El material sobre formación de personal en ejercicio con miras a reducir la denominada «brecha teórico-práctica» es más abundante, pero incluso en este segundo caso hay pocos indicios de que los millones de dólares gastados en actualizar y mejorar los conocimientos prácticos se traduzcan en mejores resultados.

La formación prelaboral teórico-práctica es a menudo una continuación de las prácticas locales anteriores y varía mucho de unos lugares a otros. En la Región de Asia Sudoriental, por ejemplo, todos los programas de formación prelaboral para enfermeras, enfermeras de partería y parteras que dispensan atención materna tienen como objetivos los mismos conocimientos prácticos. Sin embargo, su duración difiere considerablemente, desde apenas tres meses hasta 48 meses (con una mediana de 24). También se dan diferencias

considerables en otras regiones. La experiencia demuestra que las revisiones de los programas de formación rara vez determinan grandes cambios en los criterios de ingreso o en el equilibrio entre teoría y práctica. Por lo general, tienden a ampliar el programa: se incrementa el contenido y se prolonga el periodo de formación prelaboral por cuestiones relacionadas con el grado académico o el traspaso de responsabilidades entre los ministerios de salud y de educación.

La evidencia disponible es demasiado endeble para basar en ella recomendaciones específicas sobre la duración y el contenido óptimos de la formación prelaboral. No obstante, todavía no hay ejemplos de resultados satisfactorios con modelos basados en la incorporación de temas de partería a un programa general de enfermería de tres años, incluso cuando se exigen más de 10 años de educación general para cursarlo. Tampoco hay ejemplos de resultados satisfactorios con programas de estudios en los que se exigen 10 años o

menos de educación general, incluso cuando éstos van seguidos de tres años de enfermería básica y uno de formación en partería. Hay dos fórmulas para las que se han documentado resultados satisfactorios en algunos contextos. La primera es la formación de enfermeras parteras, para la que se exigen más de 10 años de educación general y que consiste en tres años de formación en enfermería y de uno a dos años en partería. Esta fórmula ha dado buenos resultados en Australia, Botswana, Kenya, el Reino Unido, el Senegal y Suecia. La segunda fórmula es la formación directa en partería: tres años de formación teórico-práctica especializada en partería después de más de 10 años de educación general. Ha tenido éxito en el Canadá, Indonesia y el Reino Unido. La conclusión provisional es que alcanzar el mínimo de conocimientos prácticos que permite a una partera o a una enfermera partera trabajar de forma autónoma exige una inversión considerable en formación básica de alto nivel.

o vacilar demasiado tiempo antes de actuar o de derivar a la mujer en el momento oportuno y de la forma adecuada puede tener consecuencias desastrosas.

El prototipo de asistente de partería calificado es la partera diplomada. Otras opciones menos costoeficaces son las enfermeras parteras y los médicos, siempre y cuando hayan recibido formación específica para este tipo de trabajo (condición que en la mayoría de los casos no se cumple, al menos en grado suficiente). Los ginecólogos-obstetras, de los que hay gran escasez en los países en situación de estancamiento o de retroceso, suelen estar perfectamente capacitados para dispensar atención de primer nivel, aunque resultan menos costoeficaces y son más apropiados para la atención de apoyo en centros de referencia. No hay pruebas de que personal de menor nivel o personas no profesionales puedan hacer frente al complejo proceso de toma de decisiones requerido cuando se producen complicaciones en el parto (véase el recuadro 4.5).

Dispensar atención de primer nivel y cercana al cliente a las madres y los recién nacidos no consiste sólo en «atender partos normales». Esta atención tiene tres funciones. La primera es garantizar que el alumbramiento se produzca en las mejores circunstancias posibles, y ello mediante el establecimiento de una relación personal entre la embarazada y el profesional. La segunda función es resolver las complicaciones a medida que surjan, evitando que se agraven y se conviertan en urgencias potencialmente mortales. La tercera es responder a estas últimas cuando se produzcan, ya sea directamente o solicitando una atención de referencia que debe estar disponible como apoyo.

Así pues, en contra de lo que cabría suponer ante la importancia otorgada actualmente a la atención hospitalaria de urgencia que salva vidas, la atención materna y neonatal de primer nivel no se reduce a una atención sistemática sin incidencias. Y es que esa asistencia también salva vidas y atiende urgencias, porque trata los trastornos antes de que se conviertan en potencialmente mortales (como en el caso de la anemia) y previene las complicaciones (mediante el manejo activo de la tercera fase del parto, por ejemplo). Las parteras y demás profesionales con conocimientos prácticos de partería también hacen frente a diversas situaciones de urgencia en el punto de asistencia; por ejemplo, pueden recurrir a la extracción con ventosa en caso de sufrimiento fetal, o enviar urgentemente a la madre para que se le practique una cesárea o se le dispense otro tipo de atención de apoyo. Lo que es específico de la atención de primer nivel es que se desarrolla en un entorno en el que la mujer se siente cómoda con lo que le rodea y se abordan de forma positiva el temor y el dolor que acompañan al parto.

Por tanto, en el primer nivel, la atención materna y neonatal dispensa todo un conjunto de medidas asistenciales que pueden mejorar mucho los resultados de salud de las madres y los recién nacidos. La experiencia demuestra que, incluso en ausencia de hospitales, la atención materna y neonatal de primer nivel puede reducir la mortalidad materna a menos de 200 defunciones por 100 000 – incluso hasta 90 por 100 000 en circunstancias óptimas (37). Está claro que no sirve de mucho comparar los partos normales sin incidencias con la atención hospitalaria de urgencia que salva vidas.

La atención materna y neonatal de primer nivel debería organizarse preferiblemente en torno a maternidades dirigidas por parteras y que aunaran la proximidad cultural en un entorno no medicalizado y una atención profesional competente, dotada de los equipos necesarios y con la posibilidad de realizar traslados de urgencia. Naturalmente, la descentralización con miras a facilitar el acceso tiene su contrapeso en la necesidad de concentrar al personal y los equipos necesarios para que estén disponibles 24 horas al día, algo que se consigue más fácilmente en maternidades con un equipo

de varios asistentes de partería competentes que en consultorios individuales. Todo hospital con servicio de maternidad deberá, claro está, dispensar atención de primer nivel a todas las madres y recién nacidos ingresados, así como atención de apoyo, que es el valor añadido del hospital. Sin embargo, incluso dentro de los muros de un hospital, la atención de primer nivel debe mantener las características de desmedicalización y cercanía al cliente de las maternidades dirigidas por parteras.

### Un apoyo en caso de complicaciones

En un mundo ideal, la atención materna y neonatal de primer nivel comprendería todas las intervenciones útiles, incluidas las que salvan vidas. Esto naturalmente no es posible, ya que exigiría un quirófano en cada aldea, y aquí es donde entra en juego la atención de apoyo ofrecida por los hospitales, que permite asistir a la minoría de mujeres y recién nacidos con problemas que requieren intervenciones más complejas. El personal sanitario que dispensa la atención de primer nivel necesita apoyo cuando surge un problema que no puede resolver porque supera sus competencias o los medios a su alcance. Las madres necesitan esta atención de apoyo para resolver su problema y las parteras (o sus equivalentes) necesitan poder confiar en una atención de apoyo para sus clientas y para mantener su credibilidad. Toda mujer embarazada debe tener la seguridad de que, si las cosas se complican, su partera resolverá el problema o la trasladará a un lugar en el que podrán hacerlo.

La atención materna y neonatal de apoyo abarca tanto urgencias (como una histerectomía por ruptura uterina o el tratamiento del tétanos o la meningitis neonatales) como intervenciones no urgentes (por ejemplo el tratamiento de la sífilis congénita). El criterio de considerar una intervención como parte de la atención de apoyo, y no de la de primer nivel, no es si la complicación es peligrosa, potencialmente mortal o urgente, sino su complejidad. En caso de que sea técnicamente factible llevar a cabo una determinada intervención en el primer nivel, debe formar parte del conjunto de intervenciones de la atención materna y neonatal de dicho nivel.

Lo ideal es que la atención de apoyo se dispense en un hospital con médicos (especialistas, médicos generales calificados o técnicos de nivel medio con los conocimientos prácticos pertinentes) que puedan tratar a las madres que padezcan problemas demasiado complejos para los proveedores de primer nivel. Salvar vidas exige que el personal y los equipos necesarios estén disponibles 24 horas al día y que los vínculos entre los dos niveles asistenciales sean sólidos. Para reducir los riesgos y los costos de las intervenciones médicas y a la vez ofrecer un entorno asistencial humanizado y capaz de responder a las necesidades, conviene evitar la sobremedicalización, considerada a menudo como un signo de mercantilización de la atención de salud.

### Despliegue simultáneo de los servicios

La atención materna y neonatal de primer nivel y los servicios de los hospitales de referencia encargados de la atención de apoyo deben desplegarse en paralelo. En los países industrializados, y también en otros como Malasia, Sri Lanka y Tailandia, la atención de partería de primer nivel se instauró antes de contar con la atención hospitalaria de apoyo. Tratar de repetir esa secuencia hoy día sería inadmisibles, para las autoridades, para la clase médica y, sobre todo, para los clientes. Sin embargo, tampoco sería aceptable invertirla, es decir, desarrollar sólo servicios hospitalario de urgencia, sin una red de primer nivel. Esto es lo que ocurre ahora en muchos países, lo que significa dejar que numerosos problemas y complicaciones degeneren en situaciones urgentes y potencialmente mortales que podrían evitarse.

El desafío del despliegue simultáneo presenta sorprendentes similitudes con el que llevó al movimiento de atención primaria a optar por los distritos sanitarios, que disponen de centros de salud y de un hospital de distrito vinculados por mecanismos de envío de pacientes y organizados para garantizar la continuidad asistencial. Ningún otro programa depende tanto del desarrollo de la atención basada en distritos sanitarios como la ampliación de la cobertura de los servicios de atención materna y neonatal.

### La atención puerperal es igual de importante

La necesidad de atención en el puerperio inmediato goza de reconocimiento general, pero es frecuente que la del puerperio tardío se descuide o se olvide por completo. En muchos países de ingresos bajos, en particular aquellos con un porcentaje de partos en centros sanitarios ya bastante elevado o en aumento, es frecuente que las madres sean dadas de alta menos de 24 horas después del parto (34); sin embargo, más de la mitad de las defunciones maternas se producen después de ese plazo, al igual que muchas de las neonatales. Pese a la carga de morbilidad de este periodo, en los países en desarrollo el grado de utilización de la atención puerperal suele ser sumamente bajo: por lo general no llega a la mitad del correspondiente a la atención prenatal u obstétrica (80).

Las mujeres no toman decisiones de búsqueda de atención sanitaria, y probablemente en muchos casos no pueden hacerlo, ni siquiera cuando saben que padecen una afección potencialmente mortal. En muchas de ellas la pobreza se suma a las restricciones culturales para tejer a su alrededor una «cortina social» que los servicios de salud no atraviesan (81). Allí donde la mayoría de los partos se producen en el hogar, puede suceder que no se disponga de atención puerperal o que las mujeres no conozcan su existencia. Muchos proveedores de servicios y muchas familias se centran en el bienestar del recién nacido y no son conscientes o capaces de evaluar la magnitud de las complicaciones de la madre, como la hemorragia posparto (82).

En los lugares en los que los partos tienen lugar bajo supervisión profesional, ya sea en el domicilio o en un establecimiento de salud, por lo general está previsto que las mujeres acudan a un servicio de salud para una revisión puerperal seis semanas después del parto, lo cual es claramente insuficiente para ser eficaz. Además, estas revisiones las realizan a menudo otras personas en lugares distintos de los servicios de partería. Muchas mujeres no acuden porque no saben que disponen de ese servicio, porque piensan que no les reporta ningún beneficio o porque los costos de oportunidad son excesivos (83–85). El propio personal sanitario puede no sentirse habilitado o capacitado para llevar a cabo intervenciones de atención puerperal (86). Excepto en algunos países, como Sri Lanka, las tasas de visitas posnatales de las madres son bajas y se distribuyen de forma desigual. Es frecuente que las estructuras existentes no estén totalmente adaptadas a las necesidades de las mujeres pobres que necesitan una mejor atención de primer nivel y también centros de apoyo a los que puedan llegar fácilmente para el tratamiento de las complicaciones. En la mayor parte de las zonas hay una grave escasez de profesionales sanitarios formados con capacidad suficiente para diagnosticar y tratar estos problemas o para remitirlos a otros servicios.

Existen directrices para la atención puerperal (87). Pueden aplicarlas las parteras, pero también profesionales polivalentes, de los que suele haber menos escasez. Lo que se necesita ahora es plantearse en términos pragmáticos su aplicación en los entornos con pocos recursos y prestar más atención al traspaso de responsabilidades entre los encargados de atender a la madre y al niño en el parto y quienes garantizan la continuidad de la asistencia ulterior.

## Referencias

1. Murray CJL, Lopez AD. Quantifying the health risks of sex and reproduction: implications of alternative definitions. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health [en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial], 1998 (Global Burden of Disease and Injury Series, No. III):1–17.
2. *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
3. Van Lerberghe W, De Brouwere V. Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Amberes, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:7–33).
4. Li XF, Fortney JA, Kotelchuck M, Glover LH. The postpartum period: the key to maternal mortality. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1996, 54:1–10.
5. Alauddin M. Maternal mortality in rural Bangladesh: the Tangail District. *Studies in Family Planning*, 1986, 17:13–21.
6. Bhatia JC. Levels and causes of maternal mortality in southern India. *Studies in Family Planning*, 1993, 24:310–318.
7. Koenig MA, Fauveau V, Chowdhury AI, Chakraborty J, Khan MA. Maternal mortality in Matlab, Bangladesh: 1976–85. *Studies in Family Planning*, 1988, 19:69–80.
8. MacLeod J, Rhode R. Retrospective follow-up of maternal deaths and their associated risk factors in a rural district of Tanzania. *Tropical Medicine and International Health*, 1998, 3:130–137.
9. Kilaru A, Matthews Z, Mahendra S, Ramakrishna J, Ganapathy S. 'She has a tender body': postpartum care and care-seeking in rural south India. In: Unnithan M, ed. *Reproductive agency, medicine, and the state*. Oxford, Berghahn Press, 2004.
10. *Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999.
11. AbouZahr C. Antepartum and postpartum haemorrhage. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health [en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial], 1998 (Global Burden of Disease and Injury Series, No. III):165–189.
12. AbouZahr C. Global burden of maternal death and disability. In: Rodeck C. *Reducing maternal death and disability in pregnancy*. Oxford, Oxford University Press, 2003:1–11.
13. Adriaanse AH, Pel M, Bleker OP. Semmelweis: the combat against puerperal fever. *European Journal of Obstetric & Gynecology and Reproductive Biology*, 2000, 90:153–158.
14. AbouZahr C, Aahman E, Guidotti R. Puerperal sepsis and other puerperal infections. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health [en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial], 1998 (Global Burden of Disease and Injury Series, No. III):191–217.
15. AbouZahr C, Guidotti R. Hypertensive disorders of pregnancy. In: Murray CJL, Lopez AD, eds. *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health [en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial], 1998 (Global Burden of Disease and Injury Series, No. III):219–241.
16. Arrowsmith SD, Hamlin EC, Wall LL. Obstructed labour injury complex: obstetric fistula formation and the multifaceted morbidity or maternal birth trauma in the developing world. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 1996, 51:658–574.
17. Wall LL. Dead mothers and injured wives: the social context of maternal morbidity and mortality among the Hausa of northern Nigeria. *Studies in Family Planning*, 1998, 29: 341–359.
18. Faces of dignity: seven stories of girls and women with fistula. Dar es Salaam, Women's Dignity Project, 2003.

19. Murphy M. Social Consequences of vesicovaginal fistulae in northern Nigeria. *Journal of Biosocial Science*, 1981, 13:139–150.
20. Kelly J, Kwast BE. Epidemiological study of vesicovaginal fistulas in Ethiopia. *International Urogynecology Journal*, 1993, 4:278–281.
21. Murray CJL, Lopez AD, eds. *Health dimensions of sex and reproduction: the global burden of sexually transmitted diseases, HIV, maternal conditions, perinatal disorders, and congenital anomalies*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health [en nombre de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial], 1998 (Global Burden of Disease and Injury Series, No. III).
22. *Obstetric fistula needs assessment report: findings from nine African countries*. Nueva York, NY, Fondo de Población de las Naciones Unidas/EngenderHealth, 2003.
23. Vangeenderhuysen C, Prual A, Ould el Joud D. Obstetric Fistulae: incidence estimates for sub-Saharan Africa. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2001, 73:65–66.
24. Donney F, Weil L. Obstetric fistula: the international response. *Lancet*, 2004, 363:6161.
25. Wall LL, Karshima J, Kirschner C, Arrowsmith SD. The obstetric vesicovaginal fistula: characteristics of 899 patients from Jos, Nigeria. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2004, 190:1011–1019.
26. Rasheed AH. *Journeys and voices: a collection of excerpts. Obstetric fistula: a sociomedical problem in Morocco 1988–1993. Journey and voices*. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, 2004 ([http://web.idrc.ca/en/ev-67414-201-1-DO\\_TOPIC.html](http://web.idrc.ca/en/ev-67414-201-1-DO_TOPIC.html), visitado el 20 de enero de 2005).
27. *Campaign to end fistula*. Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2004 ([www.unfpa.org/fistula](http://www.unfpa.org/fistula), visitado el 20 de enero de 2005).
28. Cook RJ, Dickens BM, Syed S. Obstetric fistula: the challenge to human rights. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2004, 87:72–77.
29. *Women's dignity project* ([www.womensdignity.org](http://www.womensdignity.org), visitado el 20 de enero de 2005).
30. Neilson JP, Lavender T, Quenby S, Wray S. Obstructed labour. *British Medical Bulletin*, 2003, 67:191–204.
31. Bhatia JC, Cleland J. Obstetric morbidity in South India: results from a community survey. *Social Science and Medicine*, 1996, 43:1507–1516.
32. *Postpartum care of the mother and the newborn: a practical guide*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (WHO/RHT/MSM.98.3).
33. Fortney JA, Smith JB. Measuring maternal morbidity. In: Berer M, Ravindran TKS. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Oxford, Blackwell Science, 1999:43–50.
34. Graham W, Bell J, Bullough CH. Can skilled attendance at delivery reduce maternal morbidity in developing countries? In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Amheres, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:91–131).
35. Kowalewski M, Jahn A. *Health professionals for maternity services: experiences on covering the population with quality maternal care*. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Amheres, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:131–150).
36. Pathmanathan I, Liljestrand J, Martins JM, Rajapaksa LC, Lissner C, de Silva A et al. *Investing in maternal health: learning from Malaysia and Sri Lanka*. Washington, DC, Banco Mundial, 2003.
37. Loudon I. *Death in childbirth: an international study of maternal care and maternal mortality, 1800–1950*. Oxford, Clarendon Press, 1992.
38. Seneviratne HR, Rajapaksa LC. Safe motherhood in Sri Lanka: a 100-year march. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2000, 70:113–124.
39. Koblinsky MA, Campbell O, Heichelheim J. Organización de la asistencia obstétrica: opciones eficaces para una maternidad sin riesgo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos, 1999, 1: 116-123.
40. Suleiman AB, Mathews A, Jegasothy R, Ali R, Kandiah N. A strategy for reducing maternal mortality. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:190–193 (resumen en español).
41. *Maternal Mortality Study 2000*. El Cairo, Ministerio de la Salud y la Población, 2001.
42. Danel I. *Maternal mortality reduction, Honduras, 1990–1997: a case-study*. Atlanta, GA, Centers for Disease Control and Prevention, 1998.

43. Falkingham J. Inequality and Changes in Women's Use of Maternal Health-care Services in Tajikistan. *Studies in Family Planning*, 2003, 34:32–43.
44. *Situation analysis of children and women in Iraq*. Nueva York, NY, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1998.
45. *Expert Committee on Maternity Care: first report. A preliminary survey*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1952 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 51).
46. Browne FJ. Antenatal care and maternal mortality. *Lancet*, 1932, 220:1–4.
47. Reynolds F. Maternal mortality. *Lancet*, 1934, 224:1474–1476.
48. Lawson B, Stewart DB. *Obstetrics and gynaecology in the tropics and developing countries*. Londres, Edward Arnold, 1967.
49. King M. *Medical care in developing countries. A primer on the medicine of poverty and a symposium from Makerere*. Oxford, Oxford University Press, 1966.
50. Van der Does C, Haspels A. *Antenatal care. Obstetrical and gynaecological hints for the tropical doctor*. Utrecht, Costhoek, 1972.
51. Cranch G. *The role of nursing/midwifery in maternal and infant care. Nursing-midwifery aspects of maternal and child health and family planning*. Washington, D.C, Organización Panamericana de la Salud, 1974:30–34.
52. Backett EM, Davies AM, Petros-Barvazian A. *El concepto de riesgo en la asistencia sanitaria. Con especial referencia a la salud maternoinfantil y la planificación familiar*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1985 (Cuadernos de Salud Pública N° 76).
53. *Método de atención sanitaria de la madre y el niño basado en el concepto de riesgo*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (OMS, Publicación en offset N° 39).
54. Smith JS, Janowitz B. La surveillance prénatale. In: Janowitz B, Lewis J, Burton N, Lamprey P. *Reproductive health in Africa: issues and options*. Research Triangle Park, NC, Family Health International, 1984:19–22.
55. Oakley A. *The captured womb. A history of the medical care of pregnant women*. Oxford, Blackwell, 1986.
56. Maine D, Rosenfield A, McCarthy J, Kamara A, Lucas A. *Safe motherhood programs: options and issues*. Nueva York, NY, Columbia University, 1991.
57. Rooney C. S. Antenatal care and maternal health: how effective is it? A review of the evidence. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1992.
58. Bayoumi A. The training and activity of village midwives in the Sudan. *Tropical Doctor*, 1976, 6:118–125.
59. Mangay-Maglacas A. *Traditional birth attendants*. In: Wallace HM, Giri K. *Health care for women and children in developing countries*. Oakland, CA, Third Party Publishing Company, 1990.
60. de Lourdes Verdese M, Turnbull LM. *The traditional birth attendant in maternal and child health and family planning: a guide to her training and utilization*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975.
61. Araujo JG, Oliveira FC. The place of caesarean section and choice of method. In: Philpott RH. *Obstetric problems in the developing world*. Londres, W.B. Saunders, 1982:757–772.
62. Chen PCY. Social background, customs and traditions. In: Wallace HM, Ebrahim GJ. *Maternal and child health around the world*. Londres, Macmillan, 1981: 71–75.
63. Estrada RA. Training and supervision of traditional birth attendants at the primary health care center level. In: del Mundo F, Ines-Cuyegkeng E, Aviado DM, eds. *Primary maternal and neonatal health: a global concern*. Nueva York, NY, Plenum, 1983:483–493.
64. Favin M, Bradford B, Cebula D. *Improving maternal health in developing countries*. Ginebra, Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública, 1984.
65. Viegas OA, Singh K, Ratman SS. Antenatal care: when, where, how and how much. In: Omran AR, Martin J, Aviado DM, eds. *High risk mothers and newborns: detection, management and prevention*. Thun, Ott, 1987:287–302.
66. Hyppolito SB. Delegated health activity in rural areas: an experience in North Brazil. In: Omran AR, Martin J, Aviado DM, eds. *High risk mothers and newborns: detection, management and prevention*. Thun, Ott, 1987: 325–339.
67. Awan AK. Mobilizing TBAs for the control of maternal and neonatal mortality. In: Omran AR, Martin J, Aviado DM, eds. *High risk mothers and newborns: detection, management and prevention*. Thun, Ott, 1987:340–346.

68. Sibley LM, Sipe TA. What can meta-analysis tell us about traditional birth attendant training and pregnancy outcomes? *Midwifery*, 2004, 20:51–60.
69. Greenwood AM, Bradley AK, Byass P, Greenwood BM, Snow RW, Barnett S et al. Evaluation of a primary health care programme in the Gambia. I. The impact of trained traditional birth attendants on the outcome of pregnancy. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1990, 93:58–66.
70. Maine D, Rosenfield A, McCarthy J, Kamara A, Lucas AO. *Safe motherhood programs: options and issues*. Nueva York, NY, Columbia University, 1991.
71. Koblinsky M, Tinker A, Daly P. Programming for safe motherhood: a guide to action. *Health Policy and Planning*, 1994, 9:252–266.
72. Fauveau V, Chakraborty J. Women's health and maternity care in Matlab. In: Fauveau V, eds. *Matlab, women, children and health*. Dhaka, International Centre for Diarrhoeal research:109–138.
73. Türmen T, AbouZahr C. Safe motherhood. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1994, 46:145–153.
73. Sai FT, Measham DM. Safe motherhood initiative: getting our priorities straight. *Lancet*, 1992, 339:478–480.
75. Williams CD, Baumslag N, Jelliffe DB. *Mother and child health: delivering the services*. Londres, Oxford University Press, 1985.
76. Singleton M. Du leurre de la douleur. *Autrement*, 1994, 142:152–162.
77. Caflish A. Prevention of obstetric mortality in high risk pregnancy. In: Omran AR, Martin J, Aviado DM, eds. *High risk mothers and newborns: detection, management and prevention*. Thun, 1987:311–320.
78. Lawson JB, Stewart DB. *Obstetrics and gynaecology in the tropics and developing countries*. Londres, Edward Arnold, 1967.
79. Okafor CB, Rizzuto RR. Women's and health-care providers' views of maternal practices and services in rural Nigeria. *Studies in Family Planning*, 1994, 25:353–361.
80. Abouzahr C, Berer M. When pregnancy is over: preventing post-partum deaths and morbidity. In: Berer M, Ravindran TKS, eds. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Oxford, Reproductive Health Matters, Blackwell Science.
81. Chatterjee M. *Indian women, their health and economic productivity*. Washington, D.C., Banco Mundial, 1990 (World Bank Discussion Paper No. 109).
82. Thaddeus S, Nangalia R, Vivio D. Perceptions matter: barriers to treatment of postpartum hemorrhage. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2004, 49:293–297.
83. Lagro M, Liche A, Mumba T, Ntebeka R, van Roosmalen J. Postpartum health among rural Zimbabwean women. *African Journal of Reproductive Health*, 2003, 7:41–48.
84. Yassin K, Laaser U, Kraemer A. Maternal morbidity in rural upper Egypt: levels, determinants and care seeking. *Health care for Women International*, 2003, 24:452–467.
85. Mesko N, Osrin D, Tamang S, Shrestha B, Manandhar D, Manandhar M et al. Care for perinatal illness in rural Nepal: a descriptive study with cross-sectional and qualitative components. *LBMC International Health and Human Rights*, 2003, 3:3.
86. Lugna HI, Johansson E, Lindmark G, Christensson K. Developing a theoretical framework on postpartum care from Tanzanian midwives' views on their role. *Midwifery*, 2002, 18:12–20.
87. *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.

# los recién nacidos cobran más importancia

**Todos los años nacen muertos casi 3,3 millones de niños, y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida. Las muertes de lactantes durante el periodo neonatal son tan numerosas como las que se producen en los 11 meses siguientes o las registradas en los niños de uno a cuatro años. Hasta hace poco no se habían hecho verdaderos esfuerzos por dar una respuesta sistemática a los problemas de salud específicos de los recién nacidos; la asistencia neonatal ha estado desatendida por la frecuente falta de una continuidad adecuada entre los programas de salud materna y salud infantil. Sin embargo, mejorar la salud de los recién nacidos no consiste sólo en insertar un nuevo programa, sino más bien en adaptar las actividades de los programas de salud materno-infantil para propiciar una expansión de los servicios garantizando una perfecta continuidad asistencial. Este capítulo acaba presentando diversos puntos de referencia y escenarios para extender masivamente el acceso a la atención de la madre y el recién nacido, así como estimaciones de los gastos que entrañarían esos escenarios.**

## LOS MAYORES RIESGOS PARA LA VIDA SE PRESENTAN AL PRINCIPIO

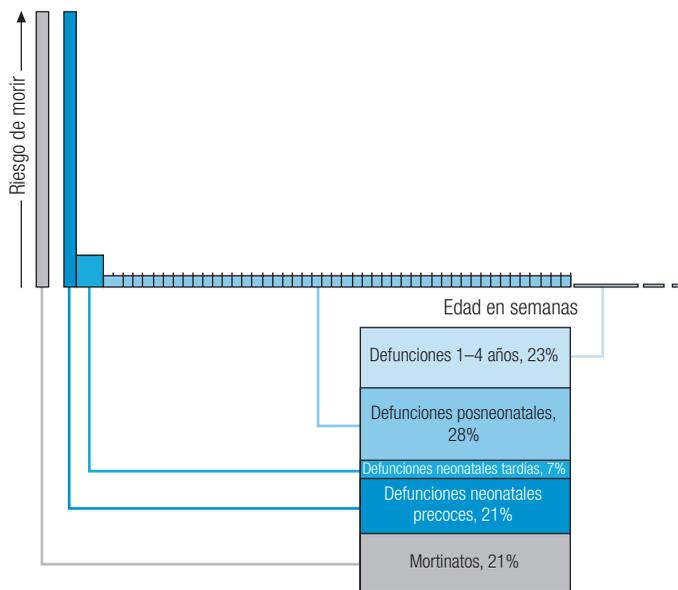
La vida requiere un buen comienzo mucho antes de nacer, pero es justo antes del parto, durante él y en las primeras horas y días de existencia cuando corre mayor peligro. Los niños siguen siendo muy vulnerables durante toda la primera semana de vida; una vez superado ese periodo, las posibilidades de sobrevivir aumentan considerablemente (véase la figura 5.1).

A nivel mundial, el mayor número de defunciones neonatales se registra en la Región de Asia Sudoriental: todos los años mueren 1,4 millones de recién nacidos y 1,3 millones de niños nacen muertos. Sin embargo, aunque en Asia es donde se registra el más alto número efectivo de defunciones, las tasas de muertes neonatales y mortalidad

más elevadas son las del África subsahariana. Dieciséis de los 20 países con las mayores tasas de mortalidad neonatal se encuentran en esa parte del mundo.

Las afecciones que provocan la muerte de recién nacidos pueden causar también discapacidades graves e irreversibles en los niños que sobreviven. Aunque se dispone de pocos datos, se calcula que todos los años más de un millón de niños que sobreviven a la asfixia en el nacimiento tienen después problemas como parálisis cerebral, dificultades de aprendizaje y otras discapacidades (1). Los niños que nacen prematuramente o con poco peso son más vulnerables a las enfermedades en una etapa posterior de la infancia (2) y a menudo sufren

Figura 5.1 Defunciones en menores de cinco años, 2000

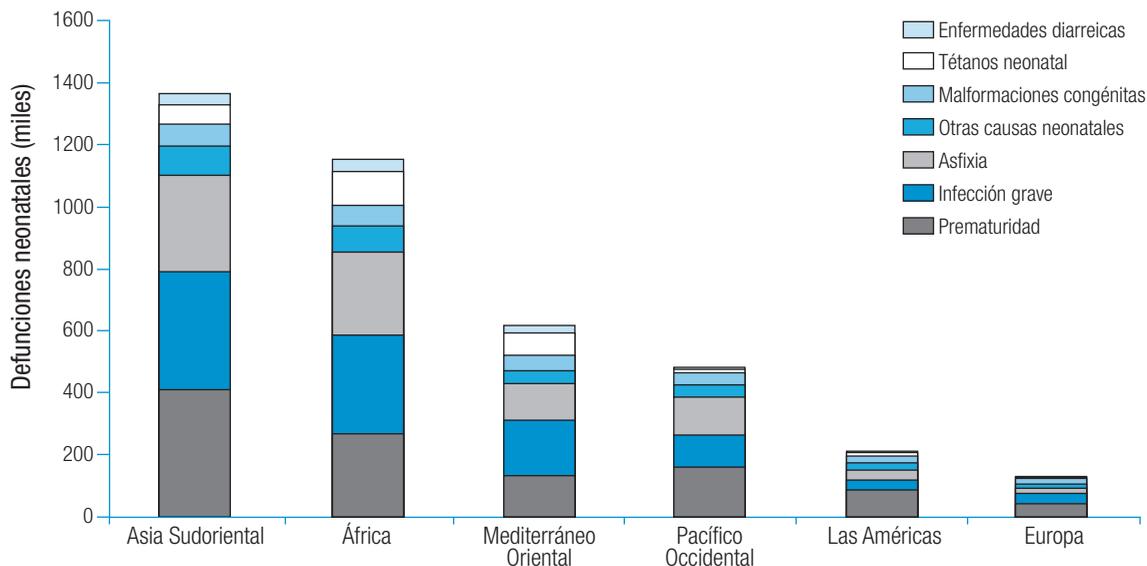


trastornos del desarrollo cognitivo (3). Existen indicios de que el déficit de crecimiento fetal durante el embarazo puede dar origen a diabetes, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, que no se manifiestan hasta muchos años más tarde (4). La infección por el virus de la rubéola durante el embarazo puede provocar abortos y mortinatalidad, pero también defectos congénitos, como sordera, cataratas, retraso mental y cardiopatías. Unos 100 000 niños nacen cada año con el síndrome de rubéola congénita, lo cual se puede evitar con la introducción generalizada de la vacuna antirrubéolica.

Los recién nacidos no mueren por las mismas causas que los niños de más edad; sólo la neumonía y las infecciones respiratorias son comunes a ambos. Los lactantes mayores y los niños de los

países en desarrollo suelen morir de enfermedades infecciosas, como infecciones respiratorias agudas, diarrea, sarampión y malaria. Esas enfermedades provocan una proporción mucho menor de defunciones entre los recién nacidos: las muertes por diarrea son mucho menos comunes, y por sarampión y malaria, sumamente raras. Las intervenciones diseñadas para prevenir y tratar esas afecciones en los lactantes de más edad y los niños reducen menos eficazmente las defunciones durante el primer mes de vida.

Figura 5.2 Número de defunciones neonatales por causas, 2000–2003

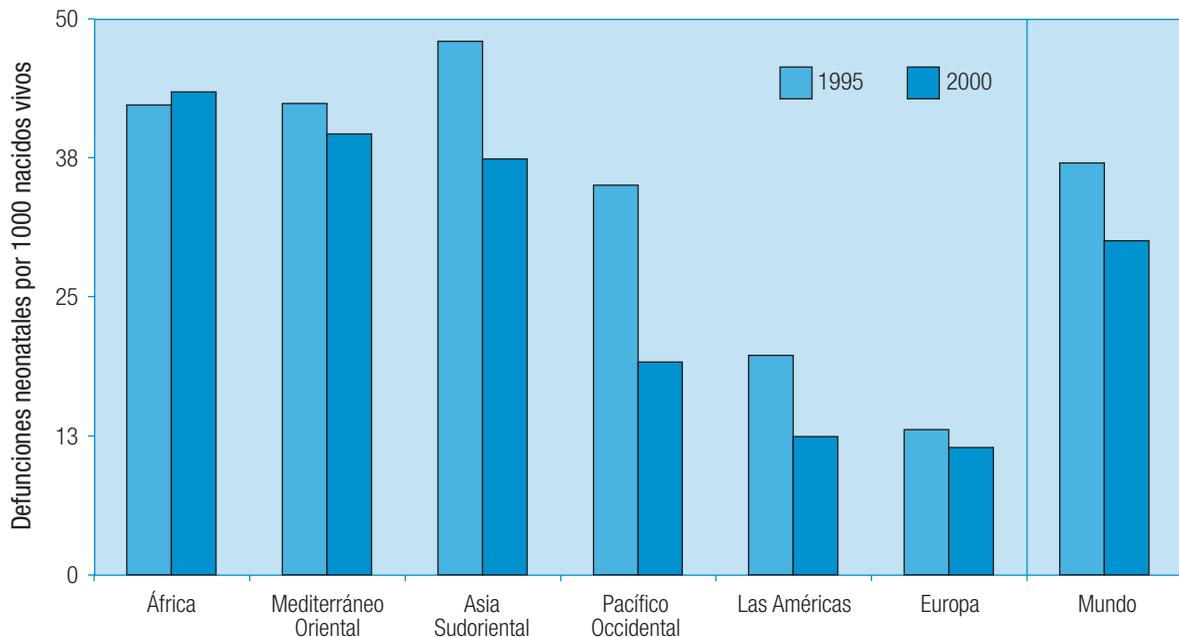


Los nacimientos prematuros y las malformaciones congénitas causan más de una tercera parte de las muertes de recién nacidos, generalmente en la primera semana de vida. Otro 25% de las muertes neonatales se producen por asfixia, también sobre todo en la primera semana de vida. En el periodo neonatal tardío, es decir, después de la primera semana, predominan las muertes por infecciones (en particular, diarrea y tétanos), a las que corresponde más de una tercera parte de la mortalidad neonatal. Sin embargo, la importancia del tétanos como causa de defunción neonatal ha disminuido drásticamente, gracias al refuerzo de las actividades de inmunización.

Las causas directas de la mortalidad neonatal varían de una región a otra (véase la figura 5.2). En general, la proporción de defunciones atribuidas a nacimientos prematuros y malformaciones congénitas aumenta cuando disminuye la tasa de mortalidad neonatal, mientras que el porcentaje de muertes provocadas por infecciones, asfixia, diarrea y tétanos disminuye cuando la atención mejora. Los porcentajes de recién nacidos con insuficiencia ponderal son muy diferentes según los países (5). Los niños con bajo peso al nacer son especialmente vulnerables a los peligros de las primeras horas y días de vida, sobre todo si son prematuros. La mayoría de los niños que nacen con bajo peso no son prematuros, sino que han sufrido retraso del crecimiento intrauterino, debido por lo general a la mala salud de la madre. Esos niños también tienen más probabilidades de morir.

Las principales causas de mortalidad neonatal están intrínsecamente relacionadas con la salud de la madre y la atención que ésta recibe antes de dar a luz, durante el parto e inmediatamente después de él. La asfixia y los traumatismos del nacimiento se deben por lo general a que el trabajo de parto y el alumbramiento en sí no se llevan debidamente, así como a la falta de acceso a servicios de obstetricia. Muchas infec-

Figura 5.3 Evolución de las tasas de mortalidad neonatal entre 1995 y 2000<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Los métodos de cálculo empleados para 1995 y 2000 difieren ligeramente.

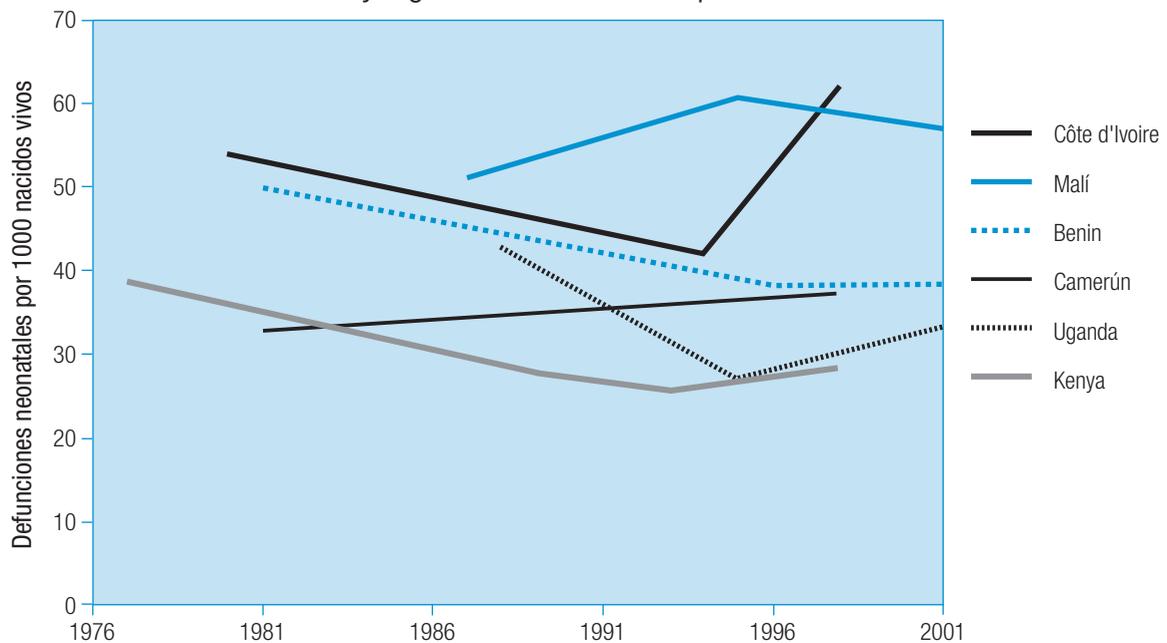
ciones neonatales, como el tétanos y la sífilis congénita, se pueden prevenir con la debida atención durante el embarazo y el parto. La insuficiente ingesta calórica y de micronutrientes también se asocia a peores resultados del embarazo (6). Se dice que casi tres cuartas partes de las muertes neonatales se podrían evitar si las mujeres se alimentaran correctamente y recibieran la atención oportuna durante el embarazo, el parto y el puerperio (7).

### PROGRESOS Y ALGUNAS REGRESIONES

La mortalidad neonatal no se ha medido durante un tiempo suficientemente largo como para poder establecer conclusiones o tendencias fiables, pero, según las estimaciones de la OMS correspondientes al periodo 1995–2000, en la mayoría de los países de la Región de las Américas y de las Regiones de Asia Sudoriental, Europa y el Pacífico Occidental se han registrado algunos progresos en la reducción de las tasas de mortalidad de los recién nacidos (véase la figura 5.3). En la Región del Mediterráneo Oriental los avances son quizá menos marcados (si bien los promedios regionales ocultan las variaciones entre países), y en la Región de África probablemente se haya producido un incremento de la tasa de mortalidad neonatal.

De acuerdo con encuestas domiciliarias realizadas consecutivamente en 34 países en desarrollo, a lo largo de las últimas décadas se ha producido un descenso de la mortalidad neonatal en la mayoría de ellos. Gran parte de los progresos relacionados con la supervivencia se refieren al periodo neonatal tardío, mientras que en la primera semana de vida se han registrado pocas mejoras (8). Esta tendencia evoca la experiencia histórica de muchos países desarrollados, donde la mortalidad neonatal (y, en

Figura 5.4 La mortalidad neonatal en los países de África muestra una situación de estancamiento y algunos retrocesos inesperados



Fuente: (10).

### Recuadro 5.1 Explicación de las diferencias en la mortalidad materna, neonatal y en la niñez: ¿atención sanitaria o contexto?

El debate sobre si los programas de salud materna, neonatal e infantil contribuyen a salvar vidas no es nuevo. En los análisis históricos a menudo se ha señalado el importante papel de factores contextuales, como un entorno saludable, la empoderación de la mujer, la educación y la pobreza, a la hora de reducir las tasas de mortalidad. Puede resultar difícil disociar los efectos de esos factores de la contribución que hace la atención sanitaria a ese objetivo a través de los sistemas de salud. Por ejemplo, la pobreza a menudo está relacionada con sistemas de salud que funcionan mal y también puede ser una característica del contexto en que viven las madres y sus hijos. Actualmente la opinión generalizada es que tanto los sistemas de salud como el entorno — la atención y el contexto — tienen influencia, pero el resultado de esa influencia puede ser distinto para la salud de las madres y la de sus hijos, pues la mortalidad materna, en comparación con la mortalidad infantil, depende más de las medidas que adopten los sistemas de salud y menos de factores contextuales.

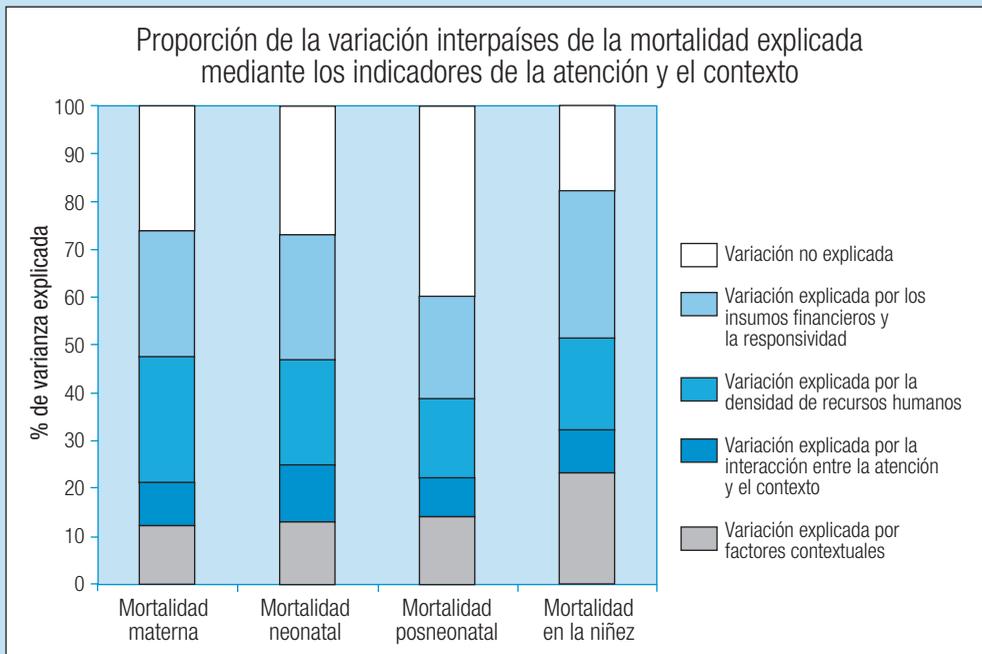
Una manera de disociar la contribución relativa de la atención y del contexto a la mortalidad es relacionar las tasas de mortalidad

de distintos países con diversos indicadores contextuales y de los sistemas de salud (21–24). Hay 67 países en desarrollo de los que se tienen estimaciones fiables sobre los niveles de mortalidad materna, neonatal, posneonatal y en la niñez en 2000. En cada uno de esos países se puede dar una puntuación a la atención sanitaria, previo análisis de los principales componentes, esto es, teniendo en cuenta los insumos financieros (gasto total y gasto público en salud por habitante), la densidad de recursos humanos (parteras y médicos por habitante) y la responsabilización (en base a un sistema de puntuación de la satisfacción de los usuarios). Siguiendo el mismo procedimiento se puede dar una puntuación al contexto en cada país, con ayuda de los siguientes indicadores: ingreso por habitante, ingreso de las mujeres, servicios de saneamiento y acceso a agua salubre (25).

Las diferencias de puntuación para el contexto explican entre el 10% y el 15% de las diferencias entre los países en cuanto a mortalidad materna, neonatal y posneonatal en una serie de regresiones múltiples, así como el 24% de las diferencias en cuanto a la mortalidad en la niñez. Las puntuaciones de la atención expli-

can en torno al 50% de las diferencias en la mortalidad materna y neonatal, el 37% de las relativas a la mortalidad posneonatal y el 50% de las relativas a la mortalidad en la niñez; la densidad de recursos humanos es el principal factor explicativo de las puntuaciones de la atención. Estos datos parecen indicar que la atención, y en especial los recursos humanos, contribuyen en mayor medida que el contexto a explicar las diferencias entre las tasas de mortalidad de los distintos países.

Gran parte de las diferencias en las tasas de mortalidad se explica por la interacción entre atención y contexto. Al realizar un análisis más detallado se observa que, cuando el contexto es especialmente difícil, los sistemas de salud, aunque sean sólidos, tienen poco efecto sobre la mortalidad; del mismo modo, cuando el contexto es propicio para la salud, es decir, cuando existen condiciones favorables en cuanto a educación, riqueza, medio ambiente y empoderación de la mujer, un sistema de salud deficiente puede frenar en gran medida la reducción de la mortalidad. En términos generales, el análisis confirma la importancia de invertir en los sistemas de salud para reducir la mortalidad.



particular, la mortalidad neonatal precoz) no empezó a disminuir de forma significativa hasta unos años después de que bajara la mortalidad posneonatal y en la niñez (9). En muchos países, la mortalidad neonatal ha descendido a un ritmo inferior al de la mortalidad posneonatal o en la primera infancia (10–12).

Las encuestas domiciliarias también indican que las tasas de mortalidad de los recién nacidos han aumentado o se han estancado en toda el África subsahariana desde comienzos de la década de los noventa (véase la figura 5.4). De hecho, el número real de defunciones se ha incrementado de forma considerable en la Región de África. Además, la espectacular disminución de las muertes en Asia Sudoriental en tan sólo cinco años ha hecho que la Región de África pase a ocupar el primer lugar del mundo en cuanto a mortalidad neonatal, pues en ella se registra casi el 30% de todas las muertes de recién nacidos.

El retroceso en los avances relacionados con la salud neonatal en el África subsahariana resulta preocupante al tiempo que inesperado. Históricamente, las tasas de mortalidad en la niñez han disminuido cuando han empeorado las condiciones sociales. En Europa, los retrocesos han afectado sobre todo a los niños de más edad y han sido moderados en relación con los neonatos (13). Los motivos por los que apenas se avanza en la reducción de las muertes neonatales y en la infancia tardía en el África subsahariana son sin duda numerosos y complejos. El deterioro de la economía y los conflictos han tenido seguramente una influencia importante, en la medida en que



N. Bahring-Chisholm/WHO

Cada año, más de 4 millones de niños mueren durante los 28 primeros días de vida, y casi 3,3 millones nacen muertos.

entorpecen el acceso a los servicios de salud (14–16). El impacto de la epidemia de VIH/SIDA en las tasas de mortalidad ha sido menos acusado en el periodo neonatal que en el posneonatal, pero los hijos de mujeres VIH-positivas tienen más probabilidades de nacer muertos o prematuramente; también hay más probabilidades de que presenten un índice de Apgar<sup>1</sup> bajo y un peso muy bajo al nacer (17, 18).

El descenso de la mortalidad en la niñez en muchos países se debe, al menos en parte, al desarrollo socioeconómico: mejora de la educación de la mujer, de los ingresos de las familias, de las condiciones ambientales (abastecimiento de agua salubre, servicios de saneamiento y disponibilidad de vivienda), de los servicios de salud y de la nutrición infantil (19, 20). Todos esos factores inciden en la mortalidad neonatal, pero sus efectos quizá se sienten más en el periodo posneonatal y en la primera infancia (véase el recuadro 5.1). Existen además datos históricos que respaldan esta hipótesis. En cambio, hay pocas pruebas de que la reducción, a menudo espectacular, de la mortalidad de los lactantes y en la niñez que tuvo lugar en Europa en los primeros decenios del siglo XX respondiera a una mejora de los servicios de atención sanitaria; la mayoría de los estudios indican que se debió a una combinación de factores, como el aumento del nivel de vida y la nutrición más adecuada, la disminución de la fecundidad, el acceso a agua más salubre y la mejora de los servicios de saneamiento y de las viviendas (26, 27). En esa época, los progresos en la reducción de la mortalidad neonatal fueron escasos y se limitaron al periodo neonatal tardío. No se lograron avances más rápidos aproximadamente hasta la Segunda Guerra Mundial (28), que

<sup>1</sup> El índice de Apgar refleja el estado físico del recién nacido.

## Recuadro 5.2 Selección de sexo

El escaso valor concedido a las mujeres y las niñas en algunos países se refleja en una marcada preferencia por los niños. A lo largo de los decenios, esto se ha traducido en muchas prácticas que entrañan una fuerte discriminación de las niñas, las cuales, por ejemplo, no son alimentadas y educadas debidamente y no reciben atención de salud adecuada. También se han documentado casos de prácticas de infanticidio de niñas en algunos lugares.

La rápida caída de las tasas de fecundidad y la tendencia a limitar las familias a uno o dos hijos ha acrecentado el deseo de las parejas de tener un hijo varón. La aparición y disponibilidad cada vez mayor de equipos de ecografía, que pueden detectar el sexo del feto en una etapa temprana del embarazo, ha abierto la oportunidad de utilizar la tecnología médica con fines comerciales y de llevar a cabo una selección prenatal y poner término a los embarazos de fetos femeninos, lo que acentúa la pérdida de valor de las niñas y las mujeres.

En el último decenio, la relación niña-niño en la franja de edad de 0 a 6 años ha ido tornándose cada vez más asimétrica en algunos países. Por ejemplo, según los censos de la India,

la razón de sexos en los niños de 0 a 6 años descendió de 945 niñas por cada 1000 niños en 1991 a 927 por cada 1000 en 2001; algunas de las disminuciones más marcadas se han observado en los distritos donde viven familias con mayor nivel de educación y mejor situación económica y, por lo tanto, con mayores posibilidades de acceder a servicios de salud privados. Los registros nacionales sobre la razón de sexos en China y Corea del Sur muestran una rápida evolución similar, cuya sostenibilidad a largo plazo es poco probable. Los efectos demográficos de estas proporciones de sexos desfavorables están empezando a sentirse: en algunas comunidades hay ya escasez de mujeres, lo que hace a éstas más vulnerables a la violencia, en particular a la coerción sexual y a la venta de novias.

Muchas organizaciones de defensa de los derechos de la mujer y otras entidades, de la India y otros lugares, consideran que la selección prenatal por el sexo del feto es una forma más de discriminación de la mujer, y participan activamente en iniciativas para que se prohíba esa práctica. Por otra parte, en las sociedades en que tener hijos varones contribuye a definir

la condición y los derechos de la mujer como esposa, nuera y madre, la determinación del sexo y los abortos determinados por el sexo del feto permiten que la mujer adquiera control al menos sobre ese aspecto de su vida.

Éste es un intrincado problema que no se puede resolver centrándose exclusivamente en la tecnología médica. Los países más gravemente afectados, como China, la India y Corea del Sur, han prohibido la determinación prenatal del sexo del feto mediante ecografía u otras técnicas previas a la concepción; otras medidas adoptadas son el registro y regulación de los laboratorios de genética y de los aparatos de ecografía, y la autorregulación de la profesión médica. Tales políticas se han revelado hasta ahora en gran medida ineficaces, pues sigue habiendo una gran demanda. Varias organizaciones no gubernamentales y de la sociedad civil están promoviendo campañas de sensibilización a gran escala y organizando un debate social más amplio sobre la subvaloración de la mujer y las consecuencias de la preferencia por un sexo.

coincidió con un aumento de la prestación de atención materna y del uso de ésta, con una mejora de la calidad de los servicios de partería profesionales y los servicios de obstetricia y con el acceso a los antibióticos. Esto parece indicar que, aunque se registran algunas mejoras en el periodo neonatal tardío cuando las condiciones de vida son más favorables en general, esos progresos no se aceleran y no se hacen extensivos al periodo neonatal precoz mientras no hay un acceso generalizado a una atención materna y neonatal adecuada.

### MEDIDAS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN NEONATAL

A menudo se afirma que no se puede reducir drásticamente el número de muertes neonatales sin un importante gasto en salud que permita realizar grandes inversiones en sofisticadas tecnologías. En realidad, las enfermeras y los médicos pueden adquirir fácilmente la formación necesaria sin tener que hacerse especialistas. Países como Colombia y Sri Lanka, donde se registran menos de 15 muertes neonatales por cada 1000 nacidos vivos, han demostrado que disponer de costosas tecnologías no es indispensable para tener éxito. También lo han demostrado Nicaragua y Viet Nam, que consiguieron reducir sus tasas de mortalidad neonatal a 17 y 15 muertes neonatales por cada 1000 nacidos vivos, respectivamente, con un gasto en salud en la década de los noventa de sólo US\$ 45 y US\$ 20 por habitante, respectivamente. En los países de Europa septentrional, la existencia de servicios bien coordinados de atención prenatal, en el parto y posnatal para la madre y el recién nacido promovió un descenso de las tasas de mortalidad antes de que se introdujeran los cuidados intensivos neonatales a comienzos de la década de los ochenta (8). Las unidades de cuidados intensivos neonatales, los especialistas y los equipos caros sólo contribuyen a reducir aún más la mortalidad neonatal cuando ésta se encuentra ya en niveles muy bajos. La cuestión no es emplear instrumentos de alta tecnología, sino encontrar una manera más adecuada de que el sistema de salud garantice una continuidad entre la atención durante el embarazo, la asistencia especializada durante el parto y la atención que se presta a la madre cuando está en casa con su hijo recién nacido.

### Atención durante el embarazo

Durante el embarazo se pueden y deben hacer muchas cosas. Una de las intervenciones prenatales más costoeficaces y sencillas es la inmunización contra el tétanos. En las zonas en que la malaria es endémica, el tratamiento preventivo intermitente de la malaria puede reducir la incidencia de la insuficiencia ponderal, la mortinatalidad y la mortalidad neonatal y materna. La vacuna contra la rubéola reduce la mortinatalidad y evita el síndrome de rubéola congénita. Asimismo, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones del aparato reproductor reducen los riesgos de parto prematuro y la mortalidad perinatal provocada directamente por la sífilis. El periodo prenatal brinda también una gran oportunidad para determinar los elementos que puedan amenazar la salud del feto, así como para asesorar sobre nutrición, preparación al parto, cuidado del niño y opciones de planificación familiar después del parto. Cuando se comprende que es necesario proporcionar información y servicios a las mujeres que desean utilizar métodos para espaciar los nacimientos, se tiene la posibilidad de reducir la mortalidad neonatal, pues se ha observado que los nacimientos muy seguidos afectan a la supervivencia del siguiente hijo (29).

Esas medidas son la base de un conjunto eficaz de intervenciones de salud prenatal. Lo ideal sería que todas ellas estuvieran a cargo del mismo agente de salud (la partera) que asistirá a la madre en el parto; ésa es la mejor manera de garantizar una

atención perfecta durante todo el embarazo y el parto. Sin embargo, técnicamente, la atención prenatal se puede delegar en otros agentes de salud que no necesariamente tienen la preparación adecuada para atender partos. Como los agentes de salud polivalentes no escasean tanto como las parteras, pueden ayudar a aumentar la cobertura. Ahora bien, en esos casos, es fundamental que establezcan una relación con las personas que se encargarán de la madre y el niño en el parto, pues la madre tiene que prepararse para el nacimiento y los servicios de salud han de estar listos para atenderla.

### Asistencia especializada durante el parto

La asistencia especializada durante el parto es fundamental tanto para el recién nacido como para su madre. Una atención obstétrica adecuada garantiza que el nacimiento no sea traumático y reduce las probabilidades de mortalidad y morbilidad por asfisia durante el parto; al mismo tiempo, una estricta asepsia y el debido cuidado del cordón umbilical reducen el riesgo de infecciones. Con la preparación necesaria, se puede reanimar a un niño incapaz de respirar al nacer y manejar complicaciones imprevisibles de la madre y el recién nacido o remitir a éstos a los servicios pertinentes. Cuando el parto es atendido adecuadamente por un agente de salud especializado, es más seguro para la madre y para su hijo. Así pues, ¿qué problemas se plantean?

En primer lugar, menos de dos terceras partes de las mujeres de los países poco desarrollados y sólo una tercera parte de las de los países menos adelantados son atendidas en el parto por un profesional competente. A pesar de las mejoras registradas recientemente en algunos países, en muchos lugares del mundo el desarrollo de servicios de salud materna eficaces se ha visto dificultado por la escasez de recursos, la falta de voluntad política y el diseño de estrategias inadecuadas (30): los servicios no han podido atender las necesidades de asistencia durante el parto y ni siquiera han podido asumir la expansión de la atención prenatal. Incluso cuando existen servicios, a menudo son de mala calidad, o hay barreras sociales y económicas que impiden que las mujeres accedan a ellos. Algunos países han dado muestras de un firme compromiso por mejorar los servicios de salud materna y han

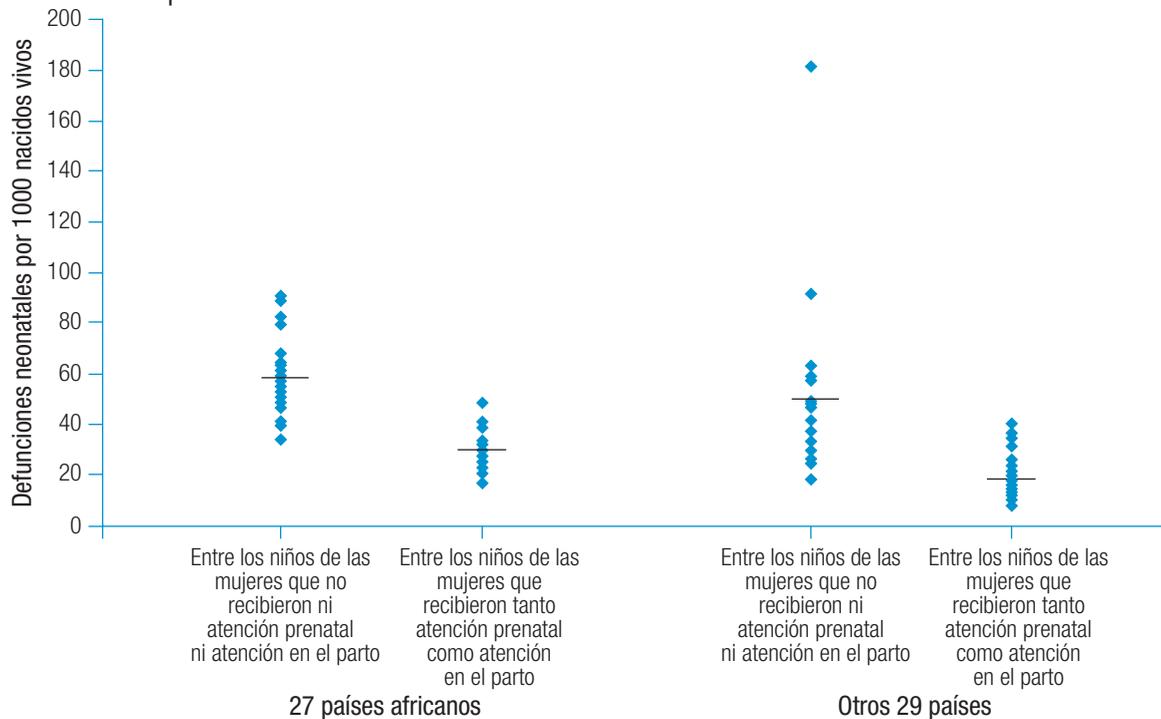


A menudo no es fácil conseguir atención profesional para los recién nacidos.

registrado impresionantes progresos en cuanto a la solicitud de asistencia especializada en el parto (por ejemplo, Bolivia, Egipto, Indonesia, Marruecos y Togo). En cambio, la situación en África, que tiene una elevada tasa de mortalidad neonatal, es menos positiva. Probablemente la expansión de la cobertura a las comunidades subatendidas constituirá en los próximos años un gran reto para muchos países que disponen de pocos recursos.

El segundo problema es que la capacitación de los agentes de salud especializados que atienden partos y su labor a menudo se centran casi exclusivamente en la seguridad de la madre en el momento del alumbramiento en sí, por lo que no se presta la debida atención al recién nacido y a la semana crítica que sigue al nacimiento (31). La atención neonatal forma parte del plan de estudios y es responsabilidad de las parteras, las enfermeras-parteras y los médicos que realizan las mismas funciones que ellas, pero en la práctica muchos de esos profesionales no tienen la formación ni la experiencia adecuadas para llevar a cabo todos los procedimientos clave que requieren los recién nacidos. Por ejemplo, en Benin, Ecuador, Jamaica y Rwanda, sólo el 57% de todos los médicos, parteras, enfermeras e internos que suelen atender partos fueron capaces de reanimar debidamente a un recién nacido cuando se pusieron a prueba sus conocimientos (32). Aunque la tecnología que se necesita es bastante sencilla y poco costosa, los agentes de salud pueden no estar seguros de cómo proceder ante complicaciones repentinas que quizá pongan en peligro la vida del recién nacido en un par de horas, y por lo general los medicamentos y el equipo indispensables para

Figura 5.5 La mortalidad neonatal es menor cuando las madres han recibido atención profesional



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud.

hacer frente a esas situaciones están todavía menos a mano que los que harían falta para tratar a la madre en caso de complicaciones.

Incluso en los hospitales, los servicios de apoyo a la atención materna y neonatal que deberían ponerse en marcha cuando surge una complicación no suelen organizarse con la debida rapidez; los hospitales a veces no cuentan con personal capacitado ni con el equipo necesario para cuidar de los recién nacidos. Dar a luz en un establecimiento de salud (no necesariamente un hospital) con personal especializado es mucho más seguro que hacerlo en el hogar. Sin embargo, las mismas condiciones que hacen que el parto sea más seguro pueden entrañar para los recién nacidos mayor riesgo de infecciones yatrogénicas, de sobremedicalización y de prácticas hospitalarias inadecuadas. En demasiados hospitales se separa a la madre de su hijo, por lo que resulta difícil que ésta establezca un vínculo con el recién nacido y le dé calor. De hecho, los niños nacidos en los hospitales de algunos lugares tienen menos probabilidades de ser amamantados que los que nacen en otros sitios (33).

Para potenciar al máximo la sinergia entre la salud materna y la salud neonatal es necesario que los centros de maternidad se preocupen en particular de que su personal esté debidamente capacitado y la atención se organice en función de las necesidades del recién nacido. También es preciso que refuercen las medidas para evitar infecciones, reduzcan las intervenciones médicas al mínimo y promuevan activamente la lactancia natural. Cuando la calidad de la atención es satisfactoria, los partos en esos centros son mucho más seguros para las madres y los niños que los que tienen lugar en casa sin asistencia especializada.

El acceso a asistencia profesional y especializada en el parto para todas las madres, combinado con la atención prenatal, ofrece enormes posibilidades de reducir la mortinatalidad y las muertes neonatales precoces, que representan la mayor parte de la mortalidad fetal y neonatal. En la mayoría de los países, la mortalidad de los lactantes cuyas madres reciben atención prenatal y asistencia especializada durante el parto suele ser inferior en más de un 50% a la de los lactantes cuyas madres no la reciben (véase la figura 5.5). Esas diferencias se han podido observar en toda una serie de países, lo que parece indicar que el acceso a una atención especializada e ininterrumpida es un factor determinante.

### Cuidado del recién nacido en casa

No obstante, el hecho de haber recibido o no atención especializada durante el parto influye menos en las muertes neonatales tardías, que se producen cuando la madre y el recién nacido están en casa, sin apoyo profesional. Los cuidados que recibe el lactante en la familia son muy importantes para su salud. Si la madre está bien preparada para atenderlo (preparación que se puede mejorar durante las consultas de atención prenatal) y si puede amamantarlo y mantenerlo caliente, el niño estará básicamente bien: ser recién nacido no es una enfermedad. En las sociedades en que las mujeres tienen amplias redes sociales, movilidad y autonomía para controlar los recursos, así como acceso a una buena atención sanitaria e información, las madres están en mejor situación para atender a sus hijos recién nacidos. Para conseguir avances en ese sentido, es útil movilizar a las comunidades, por ejemplo, a través de las agrupaciones de mujeres (34). En Bolivia, una iniciativa para animar a las mujeres a participar en grupos dedicados a promover la salud del recién nacido contribuyó a reducir la mortalidad perinatal de 117 a 44 por cada 1000 nacidos vivos (35). En Nepal, la creación de una red de grupos de mujeres hizo que la tasa de mortalidad neonatal disminuyera un 30%, gracias sobre todo a que aumentó el uso de los servicios de salud competentes (36).

Un aspecto importante del cuidado de los recién nacidos consiste en pedir ayuda cuando surgen problemas. Incluso los niños que no están en situación especial de riesgo pueden ponerse enfermos en los días siguientes al nacimiento; por lo tanto, es importante solicitar asistencia profesional de inmediato. Todos los lactantes en situación de alto riesgo, como los que nacen con bajo peso, necesitan asistencia especializada; además, hay que asesorar debidamente a sus madres. Las primeras semanas de vida son particularmente problemáticas, porque a menudo no existe una definición clara de las responsabilidades profesionales en materia de asistencia a los recién nacidos que necesitan cuidados especiales.

### Garantía de continuidad asistencial

La transferencia de la responsabilidad del recién nacido a los servicios de atención infantil – normalmente de la partera al centro de salud – es una etapa crítica para la continuidad de la atención. El cuidado del recién nacido a menudo queda en el aire. Los servicios de salud materna consideran que su responsabilidad termina después del parto o cuando la madre y el niño son dados de alta del hospital. Por otra parte, los programas de salud infantil se han diseñado principalmente para prevenir la mortalidad en los niños de más edad y centran sus actividades en las enfermedades prevenibles mediante vacunación, la diarrea y las infecciones agudas de las vías respiratorias, y no tanto en los problemas de los recién nacidos. Los agentes de salud de esos programas suelen esperar a que la madre se presente con su hijo en el centro sanitario para vacunarlo. Pero incluso cuando se lleva a los recién nacidos a esos centros, suele ocurrir que los profesionales sanitarios no tienen suficiente confianza en sí mismos para atender a niños muy pequeños o no han recibido la debida formación para ello. Cuando la madre y el lactante quedan recluidos en casa después del nacimiento, como sucede en muchas partes del mundo, no se tiene acceso a atención, a menos que el agente de salud visite el hogar. En muchos lugares no hay mecanismos para que se establezca una comunicación entre los programas maternos y los infantiles y para que se transfieran responsabilidades de unos a otros.

Una necesidad apremiante es la de formular y evaluar estrategias eficaces para establecer una continuidad asistencial en las primeras semanas de vida del niño, que son críticas. En numerosos países, especialmente del mundo industrializado, es habitual que los agentes de salud efectúen visitas domiciliarias para ver cómo se encuentran la madre y el recién nacido durante el puerperio. En algunos, esas visitas forman parte del trabajo de la partera; en otros, son las enfermeras pediátricas o los visitantes sanitarios quienes tienen esa responsabilidad. Las ventajas relativas de cada solución no están claras y probablemente dependen de la situación local y el contexto histórico; todas plantean problemas de coordinación para evitar que el recién nacido quede desatendido por culpa de la fragmentación de los distintos servicios. Dada la actual escasez de profesionales cualificados, los centros de maternidad suelen transferir gran parte de la responsabilidad del seguimiento posnatal de las madres y los lactantes, en particular del seguimiento posnatal en el hogar, al personal de los centros de salud: enfermeras, médicos generales o pediatras. De ahí la necesidad de prestar atención a la preparación del personal sanitario, a la descripción de sus funciones y a los mecanismos requeridos para garantizar la continuidad asistencial.

Muchos países se encuentran hoy ante la disyuntiva de invertir en la continuidad asistencial y en el acceso a asistencia especializada durante el parto o, dada la actual escasez de profesionales cualificados, cubrir parcialmente esa necesidad invirtiendo

en agentes no profesionales que podrían proporcionar a los lactantes algunos de los cuidados que necesitan y que las madres no les pueden dar. Se ha observado claramente que las actividades de esos agentes constituyen un complemento eficaz de la atención profesional, pues contribuyen a una mejora de las condiciones de vida, permiten a las mujeres y sus familias ofrecer al recién nacido buenos cuidados en casa y promueven el uso de los servicios de salud (36). En cambio, hay menos pruebas, y diversidad de opiniones, sobre la utilidad de que los agentes de salud comunitarios no profesionales den tratamiento a los recién nacidos de manera rutinaria. Desde un punto de vista estratégico, cabe preguntarse si ese sistema aporta un valor añadido y si los costos de oportunidad no son demasiado elevados, en comparación con lo que supondría expandir la atención profesional y mejorar la asistencia en casa.

En los países y las zonas en que la asistencia especializada durante el parto está muy difundida y continúa desarrollándose, establecer una estrategia de promoción de agentes de salud comunitarios no profesionales no tendría mucho respaldo popular ni político frente a una destinada a garantizar un acceso universal. En esos países tiene más sentido concentrarse en acelerar la expansión de la cobertura, mejorar la calidad de la atención profesional al recién nacido que ofrecen los servicios de salud maternoinfantil y establecer una continuidad con la asistencia en casa.

Ahora bien, la mencionada disyuntiva se plantea realmente en las zonas en que el actual nivel de asistencia especializada es muy bajo. Apostar por la atención no profesional tiene la ventaja de poder adoptar una medida inmediata. No obstante, el objetivo final ha de ser implantar redes de servicios especializados eficaces y ponerse al nivel de los países que comenzaron a hacerlo en décadas anteriores. La existencia de esos servicios es de por sí una condición indispensable para que los trabajadores no profesionales sean eficientes. Hay que actuar con cuidado para no repetir los errores cometidos en la década de los ochenta, cuando se recurría a parteras tradicionales para reemplazar las estrategias de expansión de los servicios de maternidad profesionales, no para complementarlas (véase el recuadro 4.4). Del mismo modo, los agentes de salud comunitarios pueden complementar los servicios profesionales para atender al recién nacido, pero no se debe recurrir a su labor como alternativa al establecimiento de servicios profesionales, pues los costos de oportunidad serían demasiado elevados.

El eslabón más débil en la cadena asistencial es actualmente la asistencia especializada durante el parto. El principal objetivo de las estrategias destinadas a mejorar la salud de los recién nacidos debería ser ampliar el acceso a esa asistencia y promover su uso por todas las mujeres embarazadas. Habrá que reorientar la atención profesional en el parto para asegurarse de que los intereses del recién nacido se tengan debidamente en cuenta. Estas medidas se han de adoptar con respecto a los servicios de primer nivel y los servicios de apoyo, ya que en este contexto una derivación efectuada a tiempo es tan importante como tratar emergencias maternas imprevisibles.

Solucionar el actual problema de la fragmentación de la atención neonatal no es tarea fácil. Lo que se hace antes del nacimiento del niño y durante el parto debería estar vinculado a lo que sucede después en casa y en los servicios que asumen la responsabilidad de proporcionar atención neonatal y, más tarde, infantil. Ahora bien, el primer reto consiste en implantar la atención materna y neonatal especializada rápidamente para poner término a la exclusión de casi la mitad de los recién nacidos del mundo entero de una atención que salva vidas y que les corresponde por derecho.

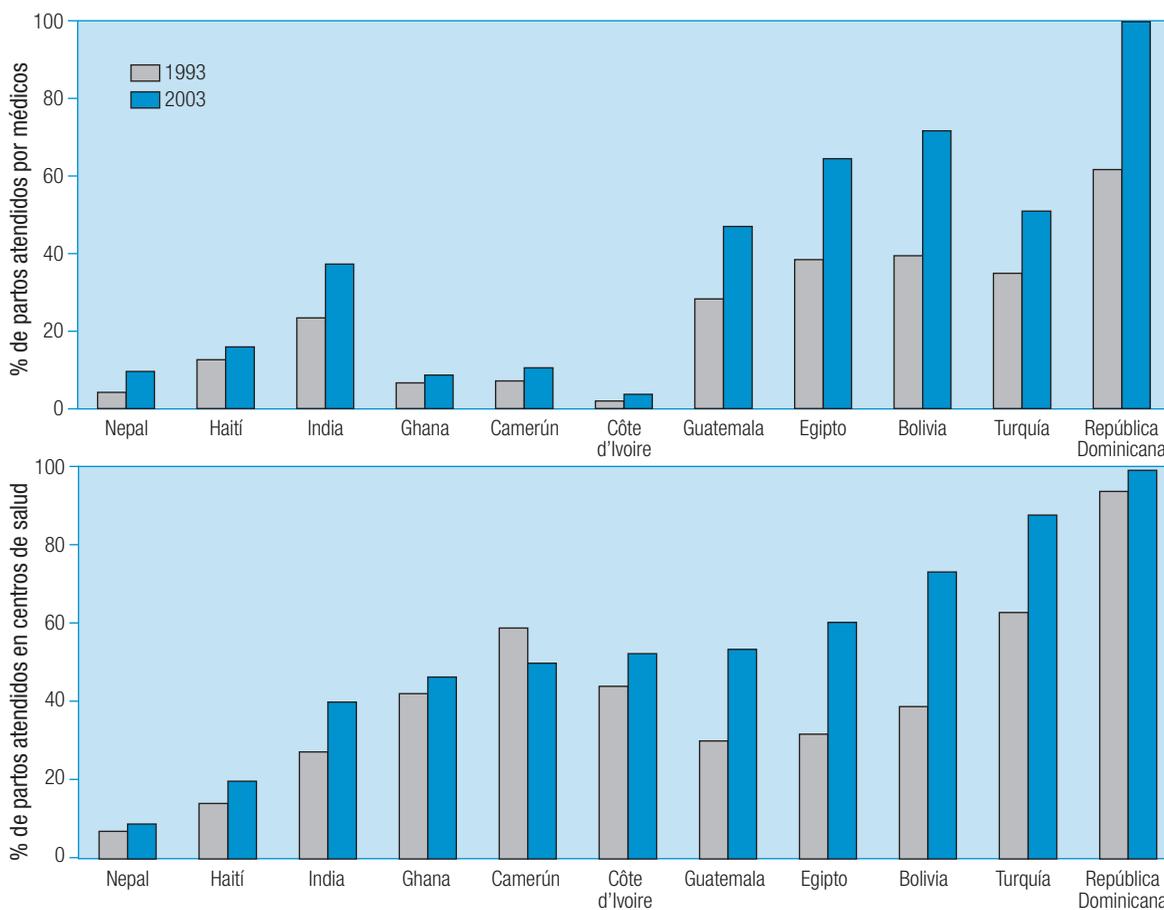
## PLANIFICACIÓN DEL ACCESO UNIVERSAL

### Criterios para determinar las necesidades de oferta

No es recomendable separar la planificación de la expansión del acceso a la atención neonatal de la planificación de la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio. Para planificar se necesitan puntos de referencia. Según las recomendaciones formuladas, habría que organizar servicios de atención materna y neonatal con al menos un servicio «general» y cuatro servicios «básicos» de atención obstétrica esencial por cada 500 000 habitantes, es decir, un servicio para 3000 nacimientos por año. Esas recomendaciones no concuerdan con la realidad en los distritos de salud, que son mucho más pequeños. En el África subsahariana, donde más estancada está la situación, el tamaño medio de los distritos ronda las 120 000 personas, y en Asia sudoriental suelen ser mucho más pequeños.

Calcular las necesidades de atención de primer nivel para las madres y los lactantes es sencillo: todos deberían tener acceso a ella. El problema reside en decidir el nivel óptimo de descentralización, esto es, el compromiso entre acceso y eficiencia.

Figura 5.6 Aumenta la proporción de partos atendidos en centros de salud y partos asistidos por médicos



Fuente: extrapolación a partir de Encuestas Demográficas y de Salud consecutivas.

Las necesidades de atención de apoyo son más difíciles de determinar, ya que sólo algunas madres embarazadas y sus hijos necesitarán esas intervenciones, pero no se puede saber cuáles de antemano. La cuestión que se debate es el porcentaje de madres y recién nacidos que precisan ese tipo de atención. A falta de una sólida base empírica (37), las estimaciones varían considerablemente. De acuerdo con las directrices del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la OMS, la proporción de madres que sufre complicaciones graves es de un 15%, lo cual no significa que todas ellas necesiten atención de apoyo, pues muchas de esas complicaciones se pueden resolver con las intervenciones de primer nivel. Sobre la base de pruebas más recientes y de investigaciones en curso, probablemente se podría revisar a la baja ese porcentaje hasta un nivel del 7%, que comprendería entre un 2% y un 3% de casos quirúrgicos. La proporción de recién nacidos que necesitan atención de apoyo a menudo se subestima mucho, mientras se sobrestima la necesidad de equipo sofisticado para salvar sus vidas. La proporción de recién nacidos a los que la atención de apoyo podría permitir sobrevivir ante un alto riesgo de muerte oscila entre un 9% y un 15%, pero hay pocas pruebas de ello.

En un distrito de 120 000 habitantes, y partiendo del supuesto de que la tasa de natalidad sea de 30 por 1000 habitantes, unas 3600 madres y recién nacidos necesitarían atención de primer nivel, y de ellos entre 600 y 650 precisarían también atención de apoyo. Las parteras que trabajan en un equipo pueden atender fácilmente 175 nacimientos al año (38). En un distrito de esas dimensiones harían falta unas 20 parteras, o profesionales con formación equivalente, para proporcionar atención de primer nivel a todas las madres y recién nacidos del distrito, en el hospital y en los centros de maternidad descentralizados dirigidos por parteras, que tienen de 60 a 80 camas.

Una solución práctica y costoeficaz sería que se mantuviera un equipo de nueve o diez parteras (o personal equivalente) en el hospital (38), y que las demás trabajaran en los otros centros de maternidad del distrito. En los lugares con una población más dispersa podría haber centros más pequeños, quizá con cinco parteras cada uno, que también ofrecerían servicios las 24 horas del día; no obstante, en este caso los gastos de traslados de urgencia y control de calidad serían más elevados. En los distritos grandes y poco poblados la única solución probablemente sería que hubiera una partera en cada aldea, como se ha hecho en Indonesia. Con esta medida el acceso a la asistencia se refuerza considerablemente, pero se plantean problemas en cuanto a la garantía de la calidad, la disponibilidad de atención las 24 horas del día y la eficacia y el costo de las derivaciones de emergencia.

Los distritos de ese tipo necesitarían contar con el equivalente de los servicios de un médico a tiempo completo y su equipo para proporcionar atención de apoyo a las 600 o más madres y lactantes con problemas que el personal del primer nivel no está capacitado para atender. Dado el imperativo de disponer las 24 horas del día de profesionales con la preparación necesaria para prestar esa atención, no es viable que haya un solo ginecólogo-obstetra por distrito. En muchos países con pocos recursos se han probado otras opciones que han dado buenos resultados, como mejorar la capacitación de todo el personal médico o de técnicos especializados. Esa mejora de la formación debe abarcar la atención obstétrica y neonatal, cuestión que ha recibido poca atención hasta la fecha.

## Recuadro 5.3 Sobremedicalización

El parto es un acontecimiento que se presta a la sobremedicalización. Las mujeres y sus familias se muestran dispuestas a seguir los consejos de los médicos cuando les recomiendan intervenciones presentadas como importantes para la vida de la madre y el niño. La demanda irracional, la explotación comercial y la medicina defensiva no son poco frecuentes. Es indudable que muchos procedimientos médicos salvan vidas y son precisos, pero las intervenciones innecesarias pueden provocar gratuitamente daños y gastos, y pueden tener graves consecuencias. La demanda inducida por la oferta es una de las principales razones para poner en tela de juicio la supuesta mejor calidad del sector privado, especialmente en el caso de los proveedores sanitarios que desarrollan actividades con fines lucrativos. En particular, se abusa de cuatro intervenciones.

La tasa de partos por cesárea está en aumento en todo el mundo. Esta intervención salva vidas en caso de parto obstruido u otras indicaciones, pero conlleva riesgos y puede ser causa de morbilidad de por sí. También entraña por lo general gastos muy elevados, a veces incluso catastróficos, para los pacientes. Sin embargo, en algunos países el número de mujeres que dan a luz por cesárea está aumentando de manera excesiva. A comienzos de la década de los noventa las tasas elevadas de partos por cesárea eran un fenómeno típicamente latinoamericano. Ahora la «epidemia» parece haberse extendido al mundo entero. Con excepción de la

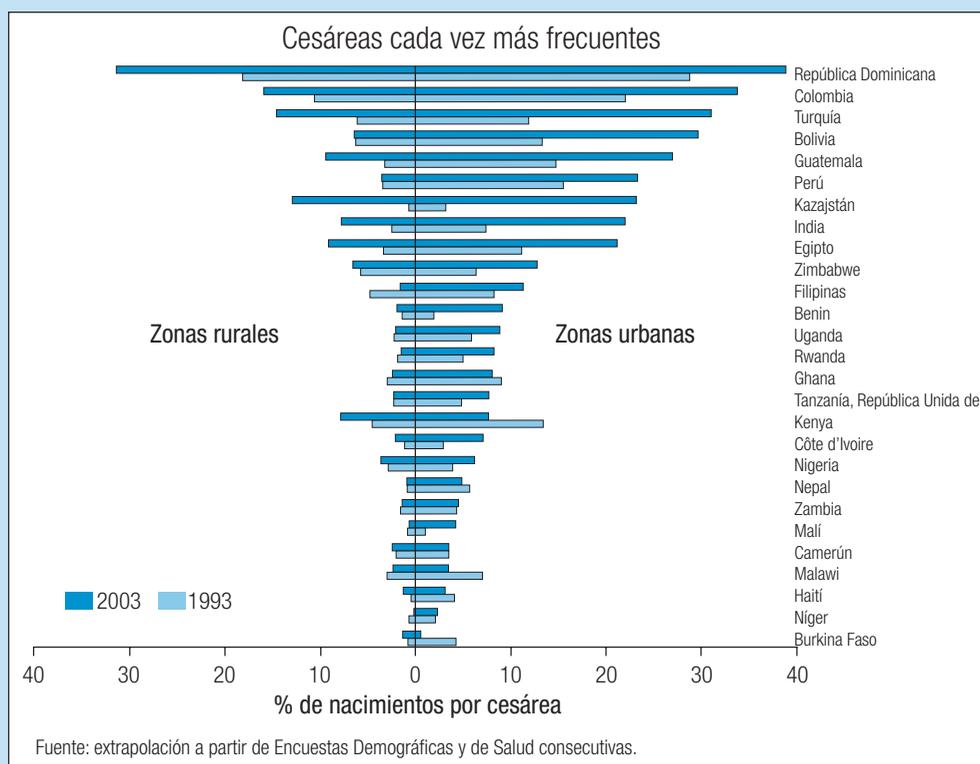
Región de África, la tasa de partos por cesárea en las zonas urbanas de la mayoría de los países supera con creces el 10%, y en las zonas rurales también está en aumento. Eso significa que en muchos países la mayoría de esas intervenciones se llevan a cabo por motivos que no son médicos y sin claros beneficios para la salud. Las causas son complejas, pero los médicos que crean una demanda con ánimo de lucro personal sin duda contribuyen a la epidemia. En esos países, la protección del consumidor se está convirtiendo en una prioridad. En cambio, la tasa de partos por cesárea sigue siendo baja en el África subsahariana, pues se sitúa por debajo de un 5% en las zonas urbanas y por debajo de un 2% en las rurales (43). En esos países, el principal problema que hay que afrontar es la falta de oferta.

En muchos países ricos esas intervenciones innecesarias conllevan pocos riesgos, pero en otros lugares las posibilidades de provocar involuntariamente consecuencias negativas para el lactante y la madre son muy reales. Además, recurrir a la cesárea cuando no es necesario puede suponer una desviación de los escasos recursos disponibles en los lugares en que muchas mujeres no tienen opción a una cesárea cuando su vida está en peligro. Se han propuesto estrategias para reducir la elevada tasa de partos por cesárea innecesarios, pero pocas se han evaluado correctamente, y las que se han evaluado han tenido poco éxito (44, 45).

Las cesáreas no son las únicas intervenciones que se están volviendo más comunes sin estar

indicadas médicamente y reportan pocos beneficios para la salud, y que además pueden tener efectos nocivos y a menudo acarrear mayores gastos para los pacientes. La episiotomía se practica de forma sistemática sin que existan pruebas sólidas de que proteja el perineo (40, 46), y se asocia a un riesgo mayor de transmisión del VIH, traumatismos y desgarros perineales y dispareunia. Tampoco hay pruebas científicas de que la amniotomía precoz de rutina sea útil en las mujeres en que el trabajo de parto evoluciona con normalidad; en cambio, aumenta el riesgo de sufrimiento fetal (47) y transmisión del VIH.

También se hace un uso excesivo de la oxitocina. Este medicamento resulta útil en la tercera fase del trabajo de parto para reducir la hemorragia posparto (48). También se puede emplear para inducir el parto o acelerarlo y tiene efectos beneficiosos en indicaciones bien precisas, determinadas mediante la vigilancia del trabajo de parto con el partograma. El uso de la oxitocina es cada vez más común en lugares en que la supervisión médica durante el parto es mínima y los partogramas no se usan o incluso se desconocen (49, 50). En algunas partes de la India, Malí, Nepal y el Senegal, una tercera parte de las mujeres reciben oxitocina durante el alumbramiento (51, 52). El uso indebido de la oxitocina, sobre todo cuando no hay supervisión médica, puede provocar sufrimiento fetal, mortinatalidad, ruptura uterina y muerte de la madre (52, 53).

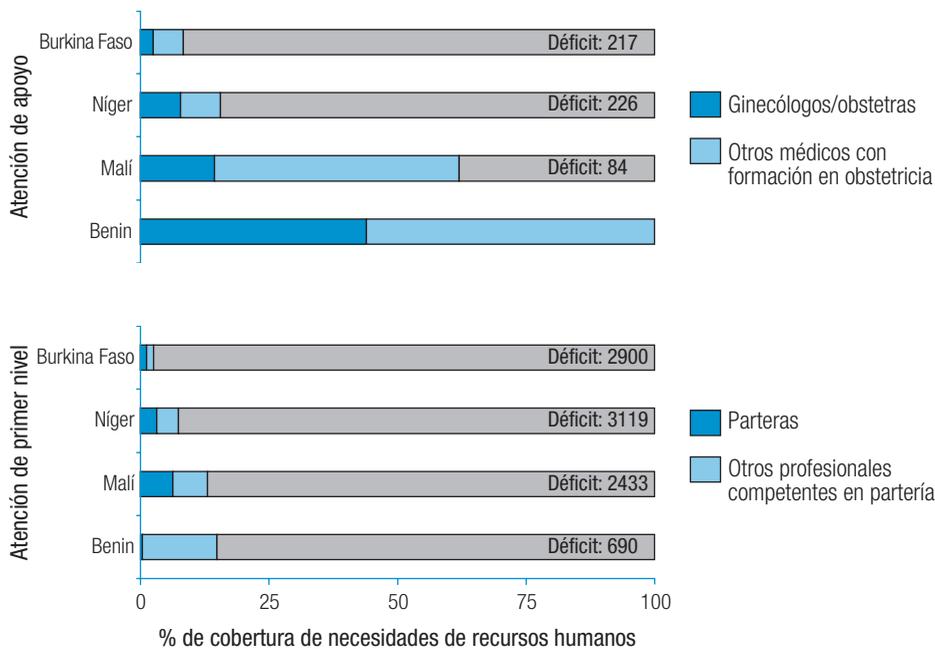


### Cabe ser optimistas, pero con cautela

Cuando se ofrecen servicios fiables, su utilización puede aumentar de manera impresionante. Por ejemplo, en Dakar (Senegal), la apertura de un quirófano en una unidad de maternidad de la ciudad hizo que el número de nacimientos en esa unidad aumentara inmediatamente un 80%. Es obvio que hay una enorme demanda a la espera de ser atendida.

A nivel mundial, se dispone de muchos datos representativos de los países acerca de la asistencia especializada durante el parto y se tiene información sobre el 93,5% de todos los nacidos vivos. De ahí que se sepa que el 61,1% de los partos del mundo son atendidos por profesionales que, al menos en principio, tienen la formación necesaria para prestar esa asistencia. Si se hace una extrapolación de los datos disponibles sobre 58 países, a los que corresponde el 76% de los nacimientos del mundo en desarrollo, se observa que la proporción de partos atendidos por un profesional competente – elemento fundamental de la atención de primer nivel – aumentó de forma considerable entre 1990 y 2003, pues pasó de un 41% a un 57%, lo que representa un incremento del 38%. Los mayores progresos se registraron en Asia sudoriental (de un 34% en 1990 a un 64% en 2003) y en África septentrional (de un 41% en 1990 a un 76% en 2003). Esas cifras suponen un incremento de más de un 85% en ambas regiones. Sin embargo, prácticamente no se observó ningún cambio en el África subsahariana, donde las tasas correspondientes, que permanecieron en torno a un 40%, son de las más bajas del mundo. En esos promedios regionales se esconden diferencias importantes de un país a otro y entre las zonas urbanas y rurales. En casi todos los casos, el incremento del número de partos atendidos por profesionales com-

**Figura 5.7** Carencia de recursos humanos en Benin, Burkina Faso, Malí y Níger, 2001



Fuente: adaptado de The Unmet Obstetric Need Network (<http://www.itg.be/uonn/>).

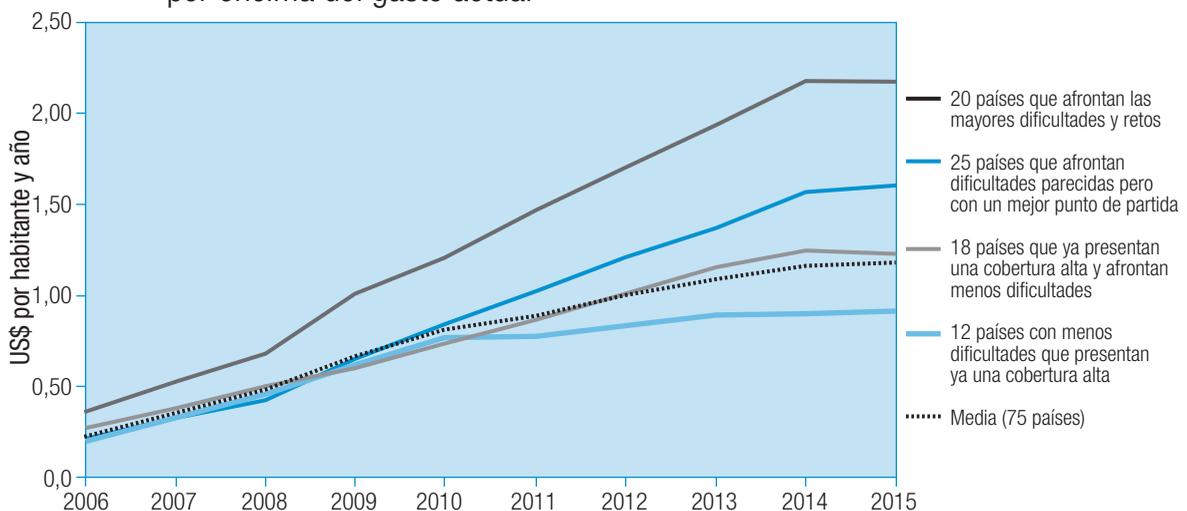
petentes se debe a un aumento de la presencia de médicos en los partos. De hecho, en la mayoría de las regiones, con excepción del África subsahariana, se observa una disminución del uso de otros tipos de asistencia profesional. Asimismo, se ha registrado un marcado aumento de la proporción de partos en centros de salud, tanto en las zonas rurales como en las urbanas (véase la figura 5.6).

Esa tendencia a un mayor uso de los servicios profesionales de atención materna y neonatal no justifica un excesivo optimismo. En muchos lugares donde hay hospitales dotados de profesionales con preparación la mortalidad sigue siendo asombrosamente alta. Por ejemplo, en 1996, la tasa de mortalidad materna en Brazzaville (Congo) era de 645 por cada 100 000 nacidos vivos, pese a la existencia de un hospital universitario y de centros de atención de salud (39). Contar con atención obstétrica consiste no sólo en tener un hospital con médicos capacitados, sino también en que ese personal sepa cómo proceder y trabajar (40).

Hay dos tendencias especialmente preocupantes. En primer lugar, cabe mencionar la diferencia entre lo que garantiza la formación de partera, enfermera-partera o médico y el nivel real de capacitación y competencia de esas personas. En un importante estudio sobre la preparación de esos profesionales en cuatro países, se observó que su formación teórica apenas se correspondía con su competencia en la práctica y que había una gran diferencia entre la preparación de todos ellos y las normas de referencia internacionales. Eso ocurría también en cuanto a los conocimientos prácticos fundamentales para salvar la vida de los recién nacidos e incluso de las madres (41).

En segundo lugar, la salud materna y neonatal es una esfera en la que es fácil encontrar clientes para comercializar los correspondientes servicios de salud – ya sea de forma manifiesta o encubierta. El costo de un parto vaginal espontáneo representa como mínimo un 2% de los desembolsos anuales de una familia en Benin y Ghana; si se necesitan intervenciones especiales debido a alguna complicación, los costos pueden llegar a representar hasta un 34% de esos desembolsos (42). Al ser muy amplia la clientela potencial, es frecuente que se haga un uso excesivo de las tecnologías médicas, inducido por la oferta, con el consiguiente riesgo de yatrogenia y explotación financiera de los clientes. La epidemia mundial de cesáreas es un ejemplo típico de este fenómeno, pero no el único (véase el recuadro 5.3).

Figura 5.8 Costo de la expansión de la atención materna y neonatal, por encima del gasto actual



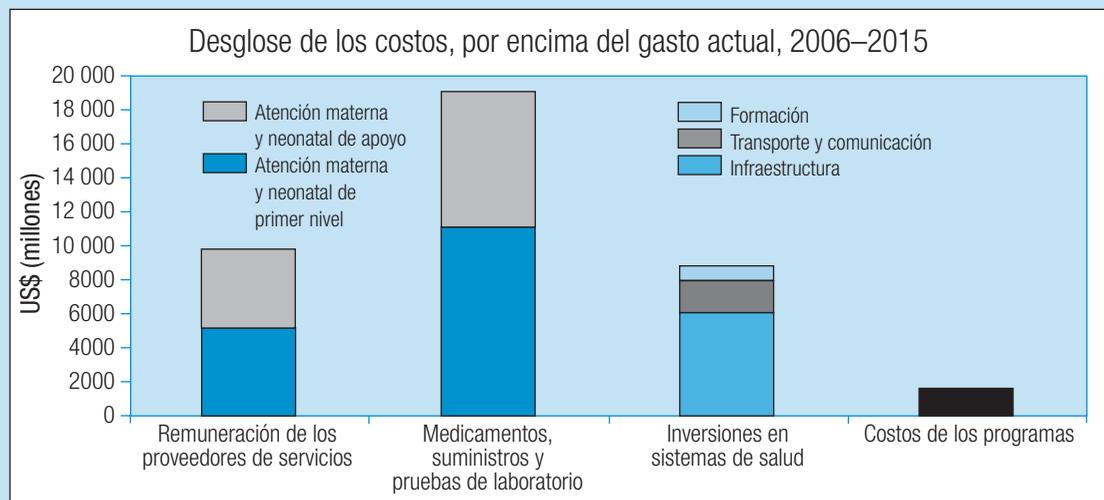
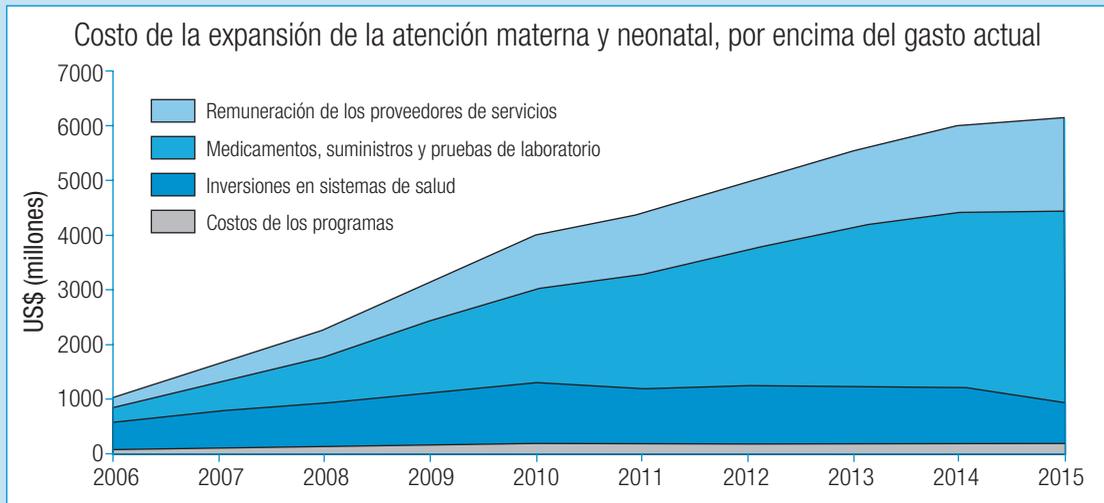
### Recuadro 5.4 Desglose del costo previsto de la expansión de la cobertura de la atención materna y neonatal

Los escenarios para avanzar hacia la cobertura universal de la atención materna y neonatal en 75 países se articularon en torno a la expansión de la asistencia especializada de primer nivel y de apoyo durante el parto, y en ellos se prevé una amplia gama de intervenciones (en número de 67, durante el embarazo, durante el parto y en los periodos neonatal y posnatal) destinadas a reducir la mortalidad y mejorar la salud. La puesta en práctica de esos escenarios en los 75 países entrañaría un costo de US\$ 1000 millones en 2006, que iría en aumento hasta cifrarse en US\$ 6100 millones en 2015; ese costo se añadiría al actual nivel de gastos. En el periodo de 10 años que abarca la estimación de costos, un 4% de los

gastos adicionales se destinaría a desarrollo y apoyo de programas y un 22% correspondería a las inversiones en sistemas de salud (capacitación, transporte y comunicaciones e infraestructura de redes de atención sanitaria); según los escenarios preparados, los costos anuales de inversión en sistemas de salud se duplicarían entre 2006 y 2015, pero su proporción con respecto a los gastos totales descendería de un 46% a un 12%.

La mayor parte de los gastos adicionales correspondería a la expansión de la prestación de servicios: US\$ 460 millones de un total de US\$ 1000 millones en 2006, que aumentarían a US\$ 5200 millones del gasto total de US\$ 6100 millones previsto para 2015 (un 56%

para atención de primer nivel y un 44% para atención de apoyo). El costo de la prestación de servicios seguiría incrementándose, en cifras tanto absolutas como relativas, después de 2015, a medida que prosiguiera la expansión de la cobertura. En el periodo 2006–2015, un 48% de todos los gastos adicionales estarían relacionados con medicamentos, productos básicos y suministros, y un 25% con los sueldos y la remuneración de la fuerza de trabajo adicional. No obstante, esta última estimación se basa en el actual nivel de remuneración, que seguramente no sería suficiente para contratar, retener y desplegar agentes de salud en las zonas en que más falta hacen.



### Medidas para corregir el déficit de recursos humanos e infraestructura

Ahora se empieza a tener información – si bien todavía muy incompleta – sobre la infraestructura y el personal disponibles para prestar atención materna y neonatal. El seguimiento, durante cinco años, de la idoneidad de la atención de urgencia en Bangladesh, Benin, Bhután, el Chad, Marruecos, Nicaragua, el Níger, el Senegal y Sri Lanka reveló un panorama muy variado, pero con la característica común de la falta de atención de primer nivel en casi todas partes y un reparto inadecuado de los establecimientos de salud (54–56). La situación es muy distinta de un país a otro, pero es peor en los países cuyos resultados sanitarios se estancaron o empeoraron entre 1990 y 2002.

El número de camas disponibles en las salas de maternidad de los establecimientos de salud de muchos países es muy inferior a las necesidades, y las que hay están repartidas de forma desigual. No obstante, el principal problema es la escasez de personal especializado. Esa escasez se puede observar en la figura 5.7, donde se comparan los puntos de referencia establecidos para el mencionado estudio con un inventario exhaustivo del personal de centros públicos y privados realizado sobre el terreno. En todos los países las carencias más importantes son las relacionadas con el personal que se encarga de la atención materna y neonatal de primer nivel.

Se necesitará mucho tiempo y dinero para colmar esas carencias: las parteras escasean, sobre todo fuera de las capitales, y en muchos países la falta de ese personal está empezando a agudizarse. También se necesitará mucho tiempo y dinero para establecer la infraestructura de la red de asistencia sanitaria, tanto de primer nivel como de apoyo, en particular en los países del África subsahariana y en otros que viven una situación de estancamiento o regresión.

### Escenarios de expansión

La OMS ha preparado diversos escenarios que podrían colmar esas carencias en 75 países para avanzar hacia el acceso universal a la atención materna y neonatal tanto de primer nivel como de apoyo (para acceder a información detallada sobre los escenarios y los correspondientes costos, véase: <http://www.who.int/whr/>). Esos países agrupan a más del 75% de la población mundial y a ellos corresponde casi el 90% de todos los nacimientos del mundo y aproximadamente el 95% de todas las defunciones maternas y neonatales. Actualmente, cerca del 43% de los partos de esos países tiene lugar en centros de salud, con asistencia de personal especializado, si bien su nivel de preparación varía mucho de un sitio a otro, y sólo una pequeña parte de las madres y los niños tiene acceso a todas las intervenciones de atención materna y neonatal. Así pues, se plantea un objetivo doble: por una parte, lograr que la atención llegue a todas las madres y recién nacidos y, por otra, mejorar la calidad y aumentar el número de intervenciones disponibles.

El ritmo de la expansión variaría en función de las circunstancias y las dificultades concretas de cada país. Seguramente, la expansión sería más lenta en los países que actualmente se encuentran en peor situación: niveles más bajos de cobertura, sistemas de salud frágiles y poco desarrollados y condiciones desfavorables. Si se tiene en cuenta la situación concreta de los 75 países, parece realista prever que en 12 países se podría proporcionar acceso a la gama completa de intervenciones de atención de primer nivel y de apoyo al 95% de las madres y los recién nacidos para 2010, y hacer lo mismo en otros 18 países para 2015. Sin embargo, por lo que respecta a 25 países,

es poco probable que la cobertura se pudiera expandir por encima de un 65% para 2015 y que el acceso universal se lograra antes de 2025. En un cuarto grupo de 20 países, donde la cobertura es actualmente la más baja, la carencia de oferta sanitaria más aguda, el sistema de salud más débil y el entorno más desfavorable, parece posible llegar a expandir la cobertura a un 50% en 2015, pero para llegar a una cobertura plena harían falta por lo menos otros 15 años.

De acuerdo con esos escenarios, la cobertura de la atención materna y neonatal en los 75 países en su conjunto pasaría del actual 43% (con una serie mínima de intervenciones) a cerca de un 73% (con una gama completa de intervenciones) en 2015. En la tabla 5.1 se exponen algunos de los efectos que esto tendría para los profesionales sanitarios y para la infraestructura de atención materna y neonatal de primer nivel y de apoyo. Según un primer cálculo de la posible repercusión de esa expansión, en los 75 países se produciría una reducción de la mortalidad materna, que pasaría de un nivel global en 2000 de 485 por 100 000 nacimientos a 242 por 100 000 nacimientos en 2015, y de la mortalidad neonatal, que pasaría de 35 a 29 por cada 1000 nacidos vivos en el mismo espacio de tiempo.

**Tabla 5.1** Medidas para corregir el déficit de oferta sanitaria y expandir la atención materna y neonatal de primer nivel y de apoyo en 75 países (de una cobertura del 43% a una del 73% para 2015 y una cobertura plena para 2030)

Puntos de referencia	Carencia de oferta
Atención materna y neonatal de primer nivel para todas las madres y recién nacidos:	Mejora de la formación y redesplicue de 140 000 de los aproximadamente 265 000 profesionales que atienden ahora el 43% de los partos
1 centro de maternidad por cada 1750 nacimientos, 1 partera u otro profesional especializado en partería por cada 175 nacimientos	Formación de más parteras o de profesionales especializados en partería: 700 000 para 2030 (330 000 para aumentar su número total y 370 000 para compensar la reducción natural de puestos); 334 000 personas se formarían en los 10 primeros años
	Mejora y creación de 37 000 unidades de maternidad, 24 000 de ellas en los 10 primeros años
Atención materna y neonatal de apoyo como mínimo para un 7% de las madres y un 9%–15% de los recién nacidos:	Mejora de la formación de 47 000 médicos y técnicos que prestan servicios de apoyo, 27 000 de ellos en los 10 primeros años
1 hospital por cada 120 000 habitantes	Mejora de 18 000 unidades de maternidad en hospitales, 11 000 de ellas en los 10 primeros años

### Costos de la expansión

Se calcula que materializar esos escenarios para 2015 entrañaría un costo, por encima del actual gasto en salud materna y neonatal, de US\$ 39 000 millones (US\$ 1000 millones en 2006, que aumentarían progresivamente, a medida que se expandiera la cobertura, hasta llegar a US\$ 6000 millones en 2015). Esa suma supondría un costo

aproximado de US\$ 0,22 por habitante al principio y se iría incrementando hasta llegar a US\$ 1,18 en 2015 (véase la figura 5.8; en el recuadro 5.4 se presenta un desglose de las estimaciones de gastos).

De esa inversión, un 18% se destinaría a los 20 países que se encuentran en peor situación y cuya cobertura se desea expandir a un 50% (esto supondría US\$ 1,25 por habitante y año); un 17% a los 25 países cuya cobertura ha de alcanzar un 65% (US\$ 0,87 por habitante y año); un 9% a los 18 países que pueden llegar a una cobertura del 95% en 2015 (US\$ 0,74 por habitante y año), y un 56% a los 12 países que pueden lograr una cobertura plena a partir de 2010 (US\$ 0,61 por habitante y año). Con respecto a los niveles actuales, ese desembolso representaría un incremento del nivel de gasto público en salud de un 30%, un 5%, un 7% y un 3% anuales, respectivamente.

El esfuerzo más importante se habría de hacer en los países más pobres y con mayor dependencia de la ayuda externa, a pesar de que las estimaciones de gastos en esos países están seguramente calculadas a la baja, porque en ellas se han tenido en cuenta los precios actuales de la mano de obra y los productos básicos, que son muy inferiores a los de cualquier otro lugar. Las autoridades nacionales y la comunidad internacional han de ser conscientes de que, de llevar a la práctica los escenarios, los países que harían el mayor esfuerzo económico serían los que obtendrían los resultados más lentos. Si se hace sólo un análisis somero, puede parecer que ésta es una manera ineficaz de asignar los recursos mundiales a la salud materna y neonatal, pero es necesario proceder así para reducir las crecientes diferencias entre los países y avanzar hacia los ODM en todo el mundo.

## Referencias

1. *Best practices: detecting and treating newborn asphyxia*. Baltimore, MD, JHPIEGO, 2004 (<http://www.mnh.jhpiego.org/best/detasphyxia.pdf>, visitado el 16 de febrero de 2005).
2. Verhoeff FH, Le Cessie S, Kalanda BF, Kazembe PN, Broadhead RL, Brabin BJ. Post-neonatal infant mortality in Malawi: the importance of maternal health. *Annals of Tropical Paediatrics*, 2004, 24:161–169.
3. Grantham-McGregor SM, Lira PI, Ashworth A, Morris SS, Assuncao AM. The development of low birth weight term infants and the effects of the environment in northeast Brazil. *Journal of Pediatrics*, 1998, 132: 661–666.
4. Godfrey KM, Barker DL. Fetal nutrition and adult disease. *American Journal of Clinical Nutrition*, 2000, 71(Suppl.):1344S–1352S.
5. UNICEF/OMS. *Low birthweight: country, regional and global estimates*. Nueva York, NY, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2004.
6. Caulfield L. Nutritional interventions in reducing perinatal and neonatal mortality. In: *Reducing perinatal and neonatal mortality. Report of a meeting, Baltimore, MD, 10–12 May 1999*. Baltimore, MD, Johns Hopkins School of Public Health, 1999 (Child Health Research Project Special Report, Vol. 3, No. 1).
7. Tinker A. *Safe motherhood is a vital social and economic investment*. Documento presentado a la Technical Consultation on Safe Motherhood, Safe Motherhood Inter-Agency Group, Colombo, Sri Lanka, 18–23 de octubre de 1997 ([http://safemotherhood.org/resources/pdf/aa-06\\_invest.pdf](http://safemotherhood.org/resources/pdf/aa-06_invest.pdf), visitado el 15 de febrero de 2004).
8. Lawn J, Zupan J, Knippenberg R. *Newborn survival*. In: Jamison D, Measham AR, Alleyne G, Breman J, Claeson M, Evans DB et al, eds. *Disease control priorities in developing countries*. 2ª ed. Bethesda, MD, National Institutes of Health, 2005.

9. Masuy-Stroobant G. Infant health and child mortality in Europe: lessons from the past and challenges for the future. In: Corsini C, Viazzo PP, eds. *The decline of infant and child mortality: the European experience 1750–1990*. La Haya, Kluwer Law International/Martinus Nijhoff, 1997.
10. Hall S. *Neonatal mortality in developing countries: what can we learn from DHS data?* Southampton, Southampton Statistical Sciences Research Institute, 2005 (Applications & Policy Working Paper, A05/02; <http://eprints.soton.ac.uk/14214>, visitado el 15 de febrero de 2005).
11. Hill K, Pande R. *The recent evolution of child mortality in the developing world*. Arlington, VA, BASICS (Basic Support for Institutionalizing Child Survival), 1997 (Current Issues in Child Survival Series).
12. Curtis S. *An assessment of the quality of data used for direct estimation of infant and child mortality in DHS II surveys*. Calverton, MD, Macro International Inc., 1995 (Demographic and Health Surveys Occasional Paper, No. 3).
13. Reher D, Perez-Moreda V. Assessing change in historical context: childhood mortality patterns in Spain during demographic transition. In: Corsini C, Viazzo PP, eds. *The decline of infant and child mortality: the European experience 1750–1990*. La Haya, Kluwer Law International/Martinus Nijhoff, 1997.
14. Hanmer L, White H. *Infant and child mortality in sub-Saharan Africa. Report to Sida*. La Haya, Institute of Social Studies, 1999.
15. Simms C, Milimo JT, Bloom G. *The reasons for the rise in childhood mortality during the 1980s in Zambia*. Brighton, University of Sussex, Institute of Development Studies, 1998 (Documento de Trabajo 76).
16. Costello A, White H. Reducing global inequalities in child health. *Archives of Disease in Childhood*, 2001, 84:98–102.
17. Ticconi C, Mapfumo M, Dorrucci M, Naha N, Tarira E, Pietropolli A et al. Effect of maternal HIV and malaria infection on pregnancy and perinatal outcome in Zimbabwe. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2003, 34:289–294.
18. Brocklehurst P, French R. The association between maternal HIV infection and perinatal outcome: a systematic review of the literature and meta-analysis. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1998, 105:836–848.
19. Rutstein SO. Factors associated with trends in infant and child mortality in developing countries during the 1990s. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78: 1256–1270 (resumen en español).
20. Cornia A, Mwabu G. *Health status and health policy in sub-Saharan Africa: a long-term perspective*. Helsinki, Universidad de las Naciones Unidas/Instituto Mundial de Investigaciones de Economía del Desarrollo, 1997.
21. Anand S, Bärnighausen T. Human resources and health outcomes: cross country econometric study. *Lancet*, 2004, 364:1603–1609.
22. Bulatao RA, Ross JA. Which health services reduce maternal mortality? Evidence for ratings of maternal health services. *Tropical Medicine & International Health*, 2003, 8:710–721.
23. Shiffman J. Can poor countries surmount high maternal mortality? *Studies in Family Planning*, 2000, 31:274–289.
24. Filmer D, Pritchett L. The impact of public spending on health: does money matter? *Social Science and Medicine*, 1999, 49:1309–1323.
25. Matthews Z, Ensor T, Amoako-Johnson F, Van Lerberghe W. Socioeconomic and health system determinants of maternal, newborn and child mortality (Documento de trabajo IMPACT/OMS para el Informe sobre la salud en el mundo).
26. Werner D, Sanders D. *Questioning the solution: the politics of health care and child survival*. Palo Alto, CA, Heathwrights, 1987.
27. Loudon I. *Death in childbirth: an international study of maternal care and maternal mortality, 1800–1950*. Oxford, Clarendon Press, 1992.
28. MacFarlane A. *Birth counts: statistics of pregnancy and child birth* [CD-Rom]. Londres, The Stationery Office, 2000.
29. Mahy M. *Childhood mortality in the developing world: a review of evidence from the Demographic and Health Surveys*. Calverton, MD, Macro International Inc., 2003 (DHS Comparative Reports, No. 4).

30. Grupo Interinstitucional sobre la Maternidad sin Riesgos. *The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade. Report of the Safe Motherhood Technical Consultation, 18–23 October 1997, Colombo, Sri Lanka* ([http://www.safemotherhood.org/resources/pdf/e\\_action\\_agenda.PDF](http://www.safemotherhood.org/resources/pdf/e_action_agenda.PDF), visitado el 16 de febrero de 2005).
31. MacDonagh S. *Creating synergies in maternal and neonatal health services*. Londres, Department for International Development, 2003 (Documento de trabajo inédito Options, realizado en nombre del DPDI).
32. Harvey SA, Ayabaca P, Bucagu M, Djibrina S, Edson WN, Gbangbade S et al. Skilled birth attendant competence: an initial assessment in four countries, and implications for the Safe Motherhood movement. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2004, 87:203–210.
33. Bautista LE. Duration of maternal breast-feeding in the Dominican Republic. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 1997, 1:104–111 (resumen en español).
34. *Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/FCH/RHR/03.11).
35. O'Rourke K, Howard-Grabman L, Seoane G. Impact of community organization of women on perinatal outcomes in rural Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 1998, 3:9–14 (resumen en español).
36. Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM et al. and MIRA. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 2004, 364:970–979.
37. Maine D, McCarthy J, Ward V. *Guidelines for monitoring progress in reduction of maternal mortality*. Nueva York, NY, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1992.
38. Van Lerberghe W, Laforêt Y. The role of the hospital in the district: delivering or supporting primary health care? *Current Concerns SHS Papers*, 1990:1–36.
39. Le Coeur S, Pictet G, M'Pelé P, Lallemand M. Direct estimation of maternal mortality in Africa. *Lancet*, 1998, 352:1525–1526.
40. Buekens P. Over-medicalisation of maternal care in developing countries. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 2001, 17, 195–206.
41. Harvey SA, Ayabaca P, Bucagu M, Djibrina S, Edson WN, Gbangbade S et al. Skilled birth attendant competence: an initial assessment in four countries, and implications for the Safe Motherhood movement. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 2004, 87:203–210.
42. Borghi J, Hanson K, Acquah CA, Ekanmian G, Filippi V, Ronsmans C et al. Costs of near-miss obstetric complications for women and their families in Benin and Ghana. *Health Policy and Planning*, 2003, 18:383–390.
43. Buekens P, Curtis S, Alayon S. Demographic and Health Surveys: caesarean section rates in sub-Saharan Africa. *BMJ*, 2003, 326:136.
44. Kristensen MO, Hedegaard M, Secher NJ. Can the use of cesarean section be regulated? A review of methods and results. *Acta Obstetrica Gynecologica Scandinavica*, 1998, 77:951–960.
45. Walker R, Turnbull D, Wilkinson C. Strategies to address global cesarean section rates: a review of the evidence. *Birth*, 2002, 29:28–39.
46. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1999, 3:CD000081.
47. Fraser WD, Turcot L, Krauss I, Brisson-Carrol G. Amniotomy for shortening spontaneous labour (Cochrane Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1999, 4:CD000015.
48. Elbourne DR, Prendiville WJ, Carroli G, Wood J, McDonald S. Prophylactic use of oxytocin in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, 4: CD001808.
49. Jeffery P, Jeffery R, Lyon A. *Labour pains and labour power*, Londres, Zed Books, 1989.
50. Van Hollen C. Invoking vali: painful technologies of modern birth in south India. *Medical Anthropology Quarterly*, 2003, 17:49–77.
51. Bouvier-Colle MH, Prual A, de Bernis L et le groupe MOMA. *Morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest. Résultats d'une enquête en population à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ougadougou, Saint-louis et Kaolack*. Paris, Ministère des Affaires Étrangères – Coopération et Francophonie, 1998.

52. Ellis M, Manandhar N, Manandhar DS, Costello AM. Risk factors for neonatal encephalopathy in Kathmandu, Nepal, a developing country: unmatched case-control study. *BMJ*, 2000, 320:1229–1236.
53. Dujardin B, Boutsen M, De Schampheleire I, Kulker R, Manshande JP, Bailey J et al. Oxytocics in developing countries. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1995, 50:243–251.
54. AMDD Working Group on Indicators. Program note. Using UN process indicators to assess needs in emergency obstetric services in Morocco, Nicaragua and Sri Lanka. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2003, 80:222–230.
55. AMDD Working Group on Indicators. Program note. Using UN process indicators to assess needs in emergency obstetric services: Bhutan, Cameroon and Rajasthan, India. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2002, 77: 277–284.
56. Goodburn EA, Hussein J, Lema V, Damisoni H, Graham W. Monitoring obstetric services: putting the UN guidelines into practice in Malawi. I: developing the system. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2001, 74:105–117.

# replanteamiento de la atención infantil: supervivencia, crecimiento y desarrollo

Actualmente se dispone de los conocimientos y las intervenciones técnicamente idóneas para reducir la mortalidad en la niñez en los países y las zonas que más necesidad tienen de ellos. En este capítulo se explica que lo que ahora hace falta es expandir su aplicación. En los últimos 50 años, la atención se ha desviado de las enfermedades a los niños, y los centros de salud han cedido importancia a la continuidad asistencial, que atañe a familias y comunidades, centros de salud y hospitales de envío de casos. Nuestras ideas sobre los conocimientos básicos que las madres necesitan para cuidar debidamente a sus hijos se han ampliado y modificado. Es preciso que, a medida que los programas de salud infantil sigan avanzando hacia la integración, pasemos de los proyectos a pequeña escala a una aplicación universal de las intervenciones, de manera que éstas beneficien a los niños que hoy siguen desatendidos. Por último, en este capítulo se presentan los gastos adicionales que entrañaría la expansión de la cobertura necesaria para hacer llegar las intervenciones adecuadas a todos los niños y cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio a este respecto.

## MEJORAR LAS POSIBILIDADES DE SUPERVIVENCIA

### Aspiraciones del movimiento en pro de la atención primaria de salud

En los años setenta se consideraba que el desarrollo socioeconómico y la mejora de las condiciones de vida básicas (disponibilidad de agua limpia y servicios de saneamiento y buena nutrición) eran esenciales para mejorar la salud de los niños. El movimiento en pro de la atención primaria de salud, que asumió el compromiso de afrontar las causas sociales, económicas y políticas fundamentales de la mala salud, integró esa idea, pero estableció una estrategia destinada también a responder de forma más equitativa, adecuada y eficaz a las necesidades básicas de atención de salud. Además de propugnar la adopción de medidas intersectoriales en favor de la salud, la participación co-

munitaria y la autosuficiencia, el movimiento defendía el acceso a una asistencia y una cobertura universales. Gran parte de la estrategia de atención primaria se formuló asumiendo como principal prioridad la salud de los niños.

El movimiento en pro de la atención primaria tenía muchas aspiraciones. La puesta en práctica de su estrategia entrañaba redistribuir recursos, reorientar al personal sanitario y revisar por completo el diseño, la planificación y la gestión de los sistemas de salud. Se trataba obviamente de una empresa que iba a llevar mucho tiempo y que requeriría un incremento sustancial del presupuesto destinado al sector de la salud.

### Éxito de los programas verticales

Sin embargo, la situación económica a finales de los setenta no permitía llevar a la práctica esas ideas. Establecer sistemas de atención primaria de salud cuando los recursos eran cada vez más exiguos resultaba desalentador. Mientras los países luchaban por afrontar las complejidades del desarrollo socioeconómico, se puso claramente de manifiesto que la salud infantil – y, en particular, la supervivencia del niño – era una cuestión urgente, por lo que creció la presión para que se adoptaran medidas inmediatas al respecto. Así pues, a comienzos de los ochenta, muchos países desviaron su atención de los sistemas de atención primaria para volcarse en los programas verticales, que se centraban en «una sola cuestión» y prometían resultados más económicos y rápidos.

El ejemplo más claro de ese cambio fue la revolución en pro de la supervivencia del niño, promovida por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en la década de los ochenta y que giraba en torno a un conjunto de intervenciones designadas con la sigla VRIL (vigilancia del crecimiento, rehidratación oral para la diarrea, inmunización y promoción de la lactancia natural). Tanto donantes como ministerios de salud respondieron con entusiasmo, sobre todo a las iniciativas que concedían prioridad a las actividades de inmunización y a la terapia de rehidratación oral. Muchos países pusieron en marcha programas para tal fin; al igual que los de lucha contra la malaria y la viruela de las décadas de los cincuenta y los sesenta, cada uno de ellos se administraba y financiaba de forma independiente y tenía mucha autonomía respecto del sistema tradicional de atención de salud.

Esos programas contaron con el apoyo de programas de la OMS con los mismos objetivos: el Programa Ampliado de Inmunización de mediados de la década de los setenta y, más tarde, los creados para fortalecer los programas nacionales de Lucha contra las Enfermedades Diarreicas y el Programa de Lucha contra las Infecciones Respiratorias Agudas. A nivel nacional, esos programas verticales permitieron combatir con éxito toda una serie de enfermedades prioritarias.

Con el Programa Ampliado de Inmunización, puesto en marcha en 1974, se amplió la inmunización sistemática, de modo que, además de las vacunas contra la viruela, la BCG y la DPT, se pasó a administrar las vacunas contra la poliomielitis y contra el sarampión. El Programa tenía por objeto aumentar la cobertura vacunal, de acuerdo con el compromiso internacional de alcanzar el objetivo de la inmunización universal, y lograr una cobertura del 80% en todos los países. En la década de los ochenta se produjo efectivamente un enorme incremento de la cobertura (véase la figura 2.2 del capítulo 2). En 1988, cuando la Asamblea Mundial de la Salud decidió erradicar la poliomielitis, había unos 350 000 casos de esa enfermedad en el mundo entero; en enero de 2005 se habían notificado sólo 1185. Gracias a los ininterrumpidos esfuerzos por promover la inmunización, las muertes provocadas por el sarampión disminuyeron un 39% entre 1999 y 2003 (1) y, en comparación con los niveles de 1980, la mortalidad por sarampión ha disminuido un 80%. Todavía siguen aplicándose medidas para aumentar la cobertura vacunal y la cantidad de vacunas administradas. El programa de vacunación se revisa constantemente, a medida que aparecen nuevas vacunas, por ejemplo, las vacunas contra la hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b, y en un futuro próximo contra los rotavirus (diarrea) y los neumococos (neumonía).

Para aplicar los programas verticales se combinaban métodos de gestión modernos y tecnologías sencillas basadas en investigaciones bien fundadas. Uno de los ejemplos más representativos es la terapia de rehidratación oral, el «descubrimiento médico del siglo» (2, 3), un método económico y eficaz para combatir la mortalidad por diarrea.

La introducción generalizada de esa terapia contribuyó en gran medida a reducir el número de defunciones provocadas por la diarrea, que pasó de 4,6 millones anuales en la década de los setenta a 3,3 millones en los ochenta y a 1,8 millones en 2000.

Con la disminución de la mortalidad por diarrea y por enfermedades prevenibles mediante vacunación, la neumonía pasó a ocupar un primer plano como causa de mortalidad, y a comienzos de la década de los ochenta se establecieron programas basados en técnicas simplificadas de diagnóstico y tratamiento. Entretanto, proseguía la promoción de la lactancia natural, respaldada por iniciativas internacionales como el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en 1981) y la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño (respaldada por la Asamblea Mundial de la Salud y la Junta Ejecutiva del UNICEF en 2002). Se lograron progresos gracias a los nuevos conocimientos sobre la duración óptima de la lactancia natural exclusiva y la alimentación de los lactantes de mujeres infectadas por el VIH. Los países pusieron en marcha de forma generalizada la iniciativa «Hospitales amigos del niño» para respaldar la promoción de la lactancia natural en las clínicas de maternidad. En 1990, menos de una quinta parte de las madres daba el pecho como alimentación exclusiva durante cuatro meses; en 2002 esa cifra se había duplicado y se situaba en un 38%.



J.M. Giboux/WHO

En 1988, cuando la Asamblea Mundial de la Salud resolvió erradicar la poliomielitis, había en todo el mundo unos 350 000 casos de esta enfermedad. En enero de 2005 el número de casos notificados se había reducido a sólo 1185.

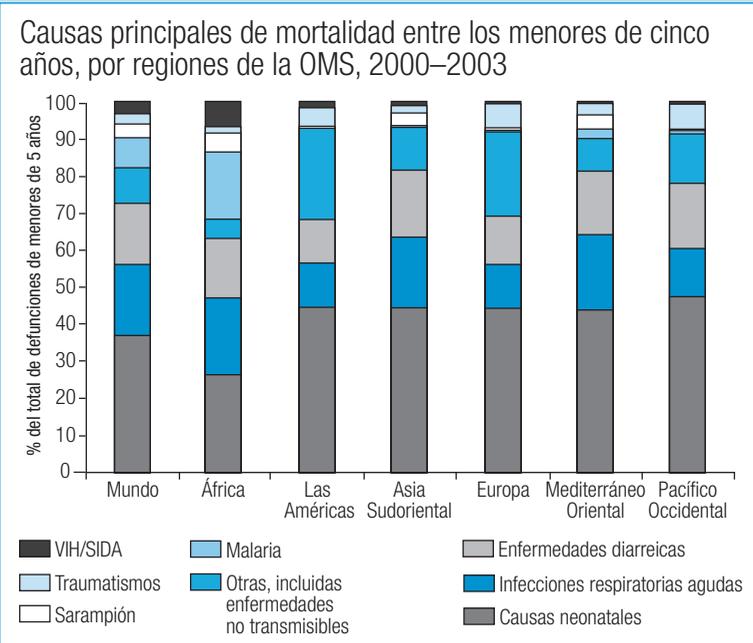
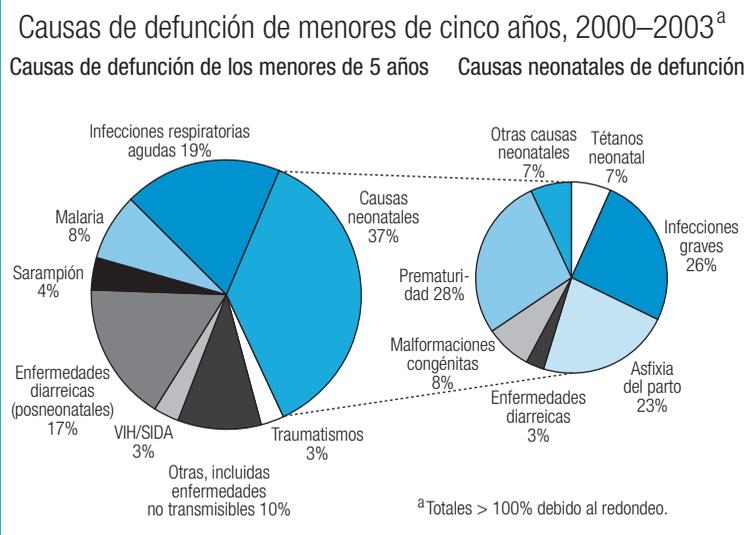
### Recuadro 6.1 ¿De qué mueren hoy los niños?

A pesar de que en las últimas décadas se ha registrado una disminución importante del número de defunciones infantiles, todos los años siguen muriendo cerca de 10,6 millones de niños antes de cumplir cinco años. Casi todas esas muertes se producen en países de ingresos bajos y medios. En los últimos años se ha logrado tener una visión general de las causas por las que mueren esos niños, gracias a una iniciativa de colaboración de la OMS, el UNICEF y un grupo de expertos técnicos independientes, el Grupo de referencia en epidemiología de la salud del niño (CHERG).

La mayoría de las muertes de niños menores de cinco años sigue siendo atribuible a una pequeña cantidad de afecciones y se pueden evitar con intervenciones ya disponibles. En concreto, seis afecciones provocan entre el 70% y más del 90% de todas esas muertes. Se trata de las siguientes: infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores, principalmente neumonía (19%), diarrea (18%), malaria (8%), sarampión (4%), VIH/SIDA (3%) y afecciones neonatales, sobre todo nacimientos prematuros, asfixia durante el parto e infecciones (37%).

La malnutrición aumenta el riesgo de morir de esas enfermedades. Más de la mitad de los niños que mueren padecen insuficiencia ponderal. La importancia relativa de las diversas causas de defunción ha variado con la disminución de la mortalidad por diarrea y por muchas de las enfermedades prevenibles mediante vacunación. La contribución relativa del VIH/SIDA a la mortalidad total de los niños menores de cinco años, especialmente en el África subsahariana, no ha cesado de aumentar: en 1990, cerca de un 2% de las muertes de niños menores de cinco años en la Región de África eran imputables al VIH/SIDA, mientras que en 2003 esa cifra se situaba ya en un 6,5%.

La presentación resumida de los datos de todas las regiones y países enmascara importantes diferencias en la distribución de las causas de muerte. Cerca de un 90% de todas las defunciones de niños por malaria y VIH/SIDA, más del 50% de las defunciones por sarampión y aproximadamente un 40% de las muertes por neumonía y diarrea tienen lugar en la Región de África. Por otra parte, las muertes por traumatismos y las enfermedades no transmisibles distintas de las malformaciones congénitas representan entre un 20% y un 30% de las defunciones de menores de cinco años en la Región de las Américas y en las Regiones de Europa y el Pacífico Occidental.



Algunos países alcanzaron logros muy notables con esos enfoques programáticos y no se limitaron al pequeño número de programas prioritarios que acaparaban la atención internacional. Túnez, por ejemplo, aprovechó la experiencia en materia de gestión adquirida con los primeros programas que le dieron buenos resultados para afrontar otros problemas de salud y organizar la ejecución de los programas a través de su red de centros de salud y hospitales. El país consiguió reducir la tasa de mortalidad de los menores de cinco años en un 50% entre 1970 y 1980, en un 48% entre 1980 y 1990, y en un 46% entre 1990 y 2000.

## NECESIDAD DE UN CAMBIO DE ESTRATEGIA

### Combinación de un mayor número de intervenciones

A pesar de los excelentes resultados de los enfoques verticales, pronto se observaron las limitaciones que entrañaban. En su trabajo diario, los agentes de salud tienen que hacer frente a muy diversas situaciones y problemas sanitarios. Un niño febril e irritable con dificultades para comer puede padecer una sola enfermedad, como disentería, o varias a la vez, por ejemplo malaria y neumonía (3–8). Los programas centrados en una sola cuestión no estaban diseñados para proporcionar orientación sobre la manera de afrontar esas situaciones. Estaba claro que era necesario adoptar un enfoque más general con respecto a las necesidades del niño, es decir, un enfoque



Integración de un conjunto de intervenciones simples, asequibles y eficaces. En la foto, vacunación de un niño vietnamita.

que se adaptara a los problemas a medida que se fueran planteando sobre el terreno (4), y que pudiera ofrecer una serie más amplia de respuestas que los programas existentes. Éstos se habían diseñado para combatir las causas más importantes de mortalidad, pero, en parte debido a su éxito, la estructura de la mortalidad estaba cambiando. Por ejemplo, la diarrea provoca actualmente un 18% de las defunciones infantiles, frente a un 25% en los setenta (véase el recuadro 6.1).

La respuesta a esa nueva situación consistió en agrupar una serie de intervenciones sencillas, asequibles y eficaces para tratar de forma conjunta la malnutrición y las principales enfermedades infantiles en el marco de una iniciativa denominada Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). La AIEPI conjuga intervenciones eficaces para prevenir las defunciones y promover un crecimiento y un desarrollo saludables: aplicación de terapias de rehidratación oral para la diarrea; administración de antibióticos para tratar los casos de septicemia, neumonía y otitis; empleo de antipalúdicos y mosquiteros tratados con insecticida; administración de vitamina A, tratamiento de la anemia y promoción de la lactancia materna y de la alimentación complementaria para favorecer una buena nutrición y la recuperación de enfermedades, e inmunización. Algunos países han previsto directrices para tratar a los niños con VIH/SIDA, y otros para tratar a los niños que padecen dengue, sibilancia o dolor de garganta, o para llevar un seguimiento de los que gozan de buena salud.

### Ocuparse de los niños, no sólo de las enfermedades

El segundo motivo que justificaba la adopción de un enfoque más general era el reconocimiento de que la salud de los niños no depende sólo de combatir una serie de enfermedades que son causa inmediata de mortalidad.

A medida que aumentaba la disponibilidad de tecnologías adecuadas, fue cambiando también gradualmente el contenido y los métodos de comunicación entre los agentes de salud y los padres. Antes, cuando una familia llevaba a un niño a recibir atención curativa, por lo general se le prescribía un tratamiento básico con indicaciones y explicaciones mínimas para que lo siguiera en casa. Sin embargo, la introducción de la terapia de rehidratación oral añadió un nuevo elemento a la relación entre la familia y el dispensario. Con las visitas al dispensario, las familias comenzaron a aprender cómo preparar y administrar una solución de sales de rehidratación oral (9–11), a reconocer signos de enfermedad y a tratar a sus hijos inmediatamente en el hogar; también aprendieron a utilizar soluciones caseras para que el tratamiento fuera más accesible. De ese modo, se estableció un proceso sistemático de consulta y asesoramiento, y nuevas fórmulas de colaboración entre los agentes de salud y las familias.

En los programas de salud infantil se ve a muchos niños malnutridos. En algunos casos esa malnutrición se debe a la falta de acceso a alimentos, pero con mayor frecuencia es resultado de infecciones y prácticas inadecuadas de alimentación, o de ambas (4, 12). Por eso, el asesoramiento sobre prácticas de alimentación se convirtió de forma natural en un elemento de la AIEPI. Al igual que ocurrió con la terapia de rehidratación oral, esto obligó a los agentes de salud a entablar una relación distinta con las madres. No se trataba ya de hacer unas cuantas preguntas sencillas y recetar un tratamiento, sino de determinar los problemas de alimentación del niño y negociar soluciones aceptables con la madre. Ese tipo de asesoramiento requiere una formación concreta por parte de los agentes de salud y un entorno adecuado, pero es más eficaz (13, 14).

El siguiente paso lógico era conceder más atención al desarrollo físico y psicosocial de los niños. En la salud y el desarrollo del niño tiene gran influencia la relación de éste

con sus padres y otros dispensadores de atención. La clave reside en que la persona que cuide del niño sea capaz de percibir su estado y sus necesidades, interpretarlos correctamente y dar una respuesta rápida y adecuada (15). Éste es un factor determinante para un crecimiento saludable (16–19); la ausencia de una atención receptiva, que tenga en cuenta las necesidades del niño, se asocia a malnutrición y problemas de desarrollo (20–22). La influencia de esa atención en un desarrollo social y cognitivo saludable, así como en la supervivencia, está bien documentada (18, 23).

La evidencia reunida en los noventa muestra que se puede ayudar a las madres a comunicar mejor con sus hijos pequeños y a estimularles (24). Los conocimientos que se necesitan para dar una alimentación adecuada y atención psicosocial y solicitar asistencia están estrechamente relacionados (24), y la mejora de uno de esos aspectos influye positivamente en los demás. Es posible promover con eficacia la comprensión de las necesidades del niño y la capacidad de respuesta a ellas, y dar a los cuidadores formación al respecto, incluso cuando las condiciones socioeconómicas son difíciles o cuando la madre tiene problemas para cuidar de su hijo debido a una depresión (24). Para trabajar con padres de acogida o con niños que son cabeza de familia se requieren medidas más específicas. El reto consiste en integrar esos nuevos resultados en los programas de salud pública.

Los padres están muy pendientes del crecimiento y el desarrollo psicosocial de sus hijos, pero los agentes de salud que trabajan en entornos con recursos limitados han considerado durante mucho tiempo que esos aspectos son básicamente un lujo o que no pueden influir en ellos. La AIEPI hizo que cambiara ese punto de vista, con lo cual se plantearon nuevos desafíos para algo que había dejado de ser sólo un programa técnico y se había convertido en una relación de colaboración entre padres y agentes de salud.

## ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN INFANTIL INTEGRADA

El concepto de integración tiene una larga historia. Se supone que la integración aborda la necesidad de garantizar la complementariedad de diversos servicios y estructuras administrativas interdependientes, de manera que sea más fácil alcanzar objetivos comunes. En los años cincuenta esos objetivos se definían en función de los resultados, en los años sesenta en función de los procesos, y en los noventa en función del impacto económico (25–27). La integración tiene significados distintos según la perspectiva desde la que se considere (28). Desde el punto de vista de los pacientes, significa manejo de casos. Si se tiene en cuenta el lugar en que se presta la atención sanitaria, supone llevar a cabo intervenciones múltiples a través de un solo canal; éste es el caso, por ejemplo, cuando se aprovechan las actividades del Programa Ampliado de Inmunización (PAI-plus) para proporcionar vitamina A y mosquiteros tratados con insecticida, lo cual refuerza la eficacia y la cobertura de esas actividades (29, 30). Y, si se considera el sistema, la integración implica agrupar las funciones de gestión y apoyo de distintos subprogramas y velar por que se complementen los diferentes niveles de atención. La AIEPI es hoy la única estrategia de salud infantil que trata de lograr simultáneamente una integración mejorada a esos tres niveles.

Con la AIEPI se ha logrado integrar el manejo de casos y las tareas en los servicios del primer nivel, proporcionando a los agentes de salud directrices, herramientas y capacitación. La integración entre los distintos niveles se ve facilitada por las directrices complementarias preparadas para el manejo de casos en los servicios del primer nivel y de derivación de casos. Los agentes de salud de los centros de primer nivel reciben directrices para enviar a otros servicios los casos de recién nacidos y niños

gravemente enfermos y los de niños con problemas complejos. A su vez, los agentes de salud de los hospitales de distrito reciben las directrices y la formación necesarias para ocuparse de los niños que se les envían.

La AIEPI supone dar un paso más, pues con ella no sólo se añaden más programas a un único canal de prestación de asistencia, sino que se trata de modificar la manera de enfocar la atención infantil en el sistema de salud. La AIEPI ha mantenido su nombre original, pero con la perspectiva de ir más allá del tratamiento de las enfermedades (3, 5, 31, 32). Sobre la base de la experiencia de los programas centrados en una sola cuestión, se ha diseñado un enfoque con tres componentes: mejora de la preparación de los agentes de salud, fortalecimiento del apoyo de los sistemas de salud, y ayuda a las familias y las comunidades para que críen a sus hijos de manera saludable y afronten los problemas de salud que surjan. Para ello se tuvo que superar la idea tradicional de los centros de salud como sede privilegiada de las intervenciones técnicas destinadas a la población beneficiaria.

### Familias y agentes de salud

Cuando el personal sanitario dedicado a los programas de salud infantil empezó a dialogar con las familias, se dio cuenta de cuán importante era para la salud de los niños lo que ocurriera en el hogar. Lo que las familias y las comunidades hacen o

## Recuadro 6.2 Cómo pueden contribuir las familias a que las cosas cambien

Las familias pueden favorecer el **crecimiento físico y el desarrollo mental y social** del niño adoptando la práctica de la lactancia natural exclusiva hasta los seis meses, comenzando la alimentación complementaria en ese momento y prolongando la lactancia natural hasta que el niño tenga dos años o más. Pueden velar por que los niños reciban una cantidad adecuada de micronutrientes, bien en su régimen alimentario o mediante suplementación dietética. Asimismo, pueden responder a las necesidades de cuidados del niño hablándole, jugando con él y proporcionándole un entorno estimulante. Todos los miembros de la familia tienen un papel que desempeñar, incluidos los hombres.

Las familias y las comunidades pueden contribuir a **impedir que se maltrate o descuide a los niños** y, si esto ocurre, pueden adoptar las medidas oportunas.

Las familias pueden hacer un mejor **uso de los servicios de atención de salud** reconociendo cuándo los niños enfermos necesitan tratamiento fuera del hogar y solicitando la atención oportuna de los dispensadores de asistencia competentes. Es importante que las familias se ocupen de que los niños reciban todas las vacunas que corresponda antes del primer año de edad, y que se guíen por los consejos del agente de salud en materia de

tratamientos, seguimiento del niño y envío a otros centros.

Las familias pueden mejorar la **atención prestada en casa a los niños enfermos** asegurándose de que sigan comiendo y dándoles más líquidos (incluida leche materna), tratando debidamente las infecciones y adoptando las medidas oportunas en caso de traumatismos o accidentes.

Las familias pueden **prevenir enfermedades** deshaciéndose de las heces de forma adecuada y lavándose las manos después de defecar, antes de preparar la comida y antes de dar de comer a los niños. También pueden llevar a vacunar a sus hijos y, en las zonas donde la malaria es endémica, pueden tratar de asegurarse de que los niños duerman en camas con mosquiteros tratados con insecticida. Las familias y las comunidades pueden adoptar medidas para evitar traumatismos y accidentes.

No obstante, mucho depende de las condiciones en que viven los miembros de las familias pobres. Por ejemplo, un factor que afecta a las familias es la contaminación del aire en los locales cerrados. La mitad de la población mundial utiliza estiércol, madera, residuos agrícolas o carbón para satisfacer sus necesidades de energía más básicas. Por ejemplo, en las tierras altas de la parte occidental de

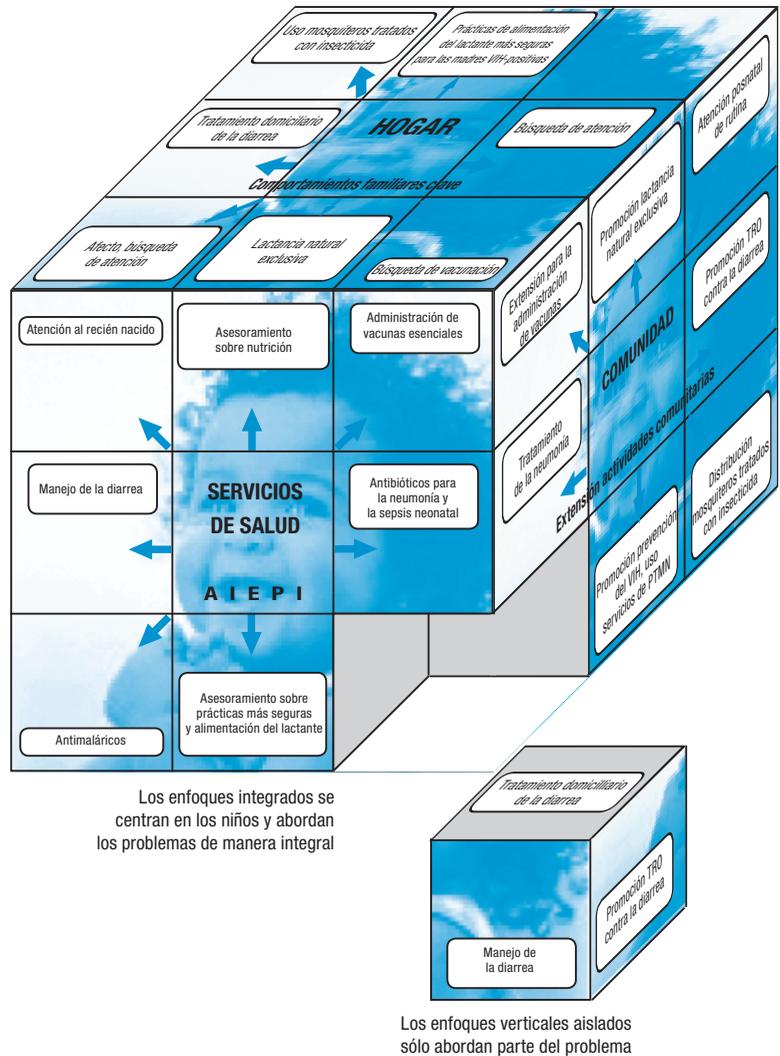
Guatemala, la mayoría de las familias emplean un fuego abierto, alimentado con carbón, para cocinar y calentar sus casas. Al cocinar con los llamados combustibles sólidos, se produce un nivel de partículas 100 veces superior al registrado en las concentraciones típicas de aire exterior en las ciudades europeas. Cuando hay poca ventilación, el humo hace que sea difícil respirar, provoca picor en los ojos y cubre las viviendas de hollín. Los niños pequeños, con los cuales cargan a menudo las madres mientras cocinan, son los más expuestos a ese humo. Además, las mujeres y los niños a menudo pasan muchas horas recogiendo material combustible, y ese tiempo se podría dedicar a educar y cuidar a los niños o a generar ingresos. La falta de buenas fuentes de alumbrado limita las actividades educativas cuando ya no hay luz del día.

A corto plazo, el empleo de cocinas bien diseñadas con chimenea puede contribuir a reducir considerablemente las emisiones de humo y a proteger a los niños. Ahora bien, para reducir de forma drástica la contaminación del aire en espacios cerrados, es necesario pasar a usar combustibles más limpios y eficientes: gas de petróleo licuado, electricidad o energía solar. Pero las familias pobres no suelen tener recursos para ello, de modo que la situación no cambiará hasta que se combatan las raíces de la pobreza.

dejan de hacer incide necesariamente en los alimentos y las medicinas que recibe el niño y en que se cree o no un entorno estimulante. Por ejemplo, si un niño enferma, alguien de la familia tiene que reparar en que hay un problema, proporcionar al niño los cuidados adecuados, identificar los signos de que el niño requiere atención médica, y llevarlo a un agente de salud, determinar con éste las medidas necesarias (que pueden consistir en adquirir medicamentos y seguir las instrucciones para usarlos, o en llevar el niño al hospital), apoyar al niño durante la convalecencia, y volver a ver al agente de salud si hiciera falta. Así pues, las familias y las comunidades determinan la eficacia de la intervención del sistema de salud. Sin todo ello, ni el mejor centro de salud puede lograr resultados satisfactorios. Considerar la salud infantil desde esta perspectiva puede parecer obvio hoy en día, pero para los programas verticales de los ochenta suponía un cambio radical. El nuevo enfoque despertó un enorme interés por determinar cómo podían contribuir las familias a mejorar la salud de sus hijos; de ahí surgieron las denominadas «prácticas familiares clave», que se resumen en el recuadro 6.2.

Esas prácticas familiares consisten en comportamientos que favorecen el crecimiento físico y el desarrollo mental y previenen las enfermedades. Su importancia es evidente y se ha reconocido desde hace tiempo. La novedad es que el hecho de acudir a los servicios de salud se considera también una de las maneras en que las familias pueden contribuir a la salud de sus hijos. No solicitar la ayuda de esos servicios o hacerlo demasiado tarde es la causa del 70% de las defunciones infantiles (33). La mayoría de los niños mueren en su casa, y muchos de ellos sin haber recibido atención de un profesional médico. Por lo tanto, promover la búsqueda de atención médica adecuada y garantizar el acceso a los servicios de salud es fundamental. También hay un reconocimiento cada vez mayor de las posibilidades de la asistencia domiciliaria, ya sea prestada por los cuidadores del niño o por agentes comunitarios que no son profesionales sanitarios. Por ejemplo, el tratamiento domiciliario de la malaria puede reducir la incidencia de casos de malaria grave y la mortalidad por malaria, como se ha observado en Burkina Faso y Etiopía (34, 35). Asimismo, si la neumonía es tratada pronto con antibióticos por agentes de salud comunitarios debidamente capacitados y supervisados, la mortalidad

Figura 6.1 Enfoque integrado de la salud infantil



relacionada con esa enfermedad puede disminuir en gran medida (36).

Reconocer la importancia de lo que hagan las familias es una cosa y determinar cómo se les puede ayudar a que actúen correctamente es otra (37). Una medida que se puede adoptar en ese sentido es reforzar la capacidad de comunicación de los agentes de salud. La experiencia en el Brasil y en la República Unida de Tanzania ha demostrado que eso contribuye a que mejoren los cuidados dispensados por las familias en el hogar (13). Otra posibilidad es trabajar a través de programas de desarrollo comunitario. Por ejemplo, en Bangladesh, se combinó la capacitación de agentes de salud con actividades comunitarias, lo que hizo que el número de visitas por niño y año se triplicara y pasara de 0,6 a 1,8 (38). Aunque las familias son las principales responsables de lo que hacen o dejan de hacer en el hogar, el sistema de salud tiene que contribuir a que asuman esa responsabilidad. Y no se trata de una mera cuestión de educación sanitaria, sino de un proceso más complejo de potenciación de su capacidad de acción, que requiere también que el agente de salud modifique su forma de trabajar (38).

Con el apoyo de un sistema de salud atento a las necesidades de la población, se pueden lograr muchas cosas. Por ejemplo, en Makwanpur (Nepal) se reunieron grupos de mujeres para, con la ayuda de un moderador, examinar los factores que influían en la mortalidad perinatal en su propio entorno y formular estrategias para combatirlos. A raíz de eso, mejoró la manera de cuidar a los recién nacidos en el hogar y el uso de los servicios de salud, lo que propició una disminución de la mortalidad neonatal (39). En Haryana (India), los agentes de salud ofrecieron asesoramiento durante las sesiones de inmunización y las consultas de atención curativa, mientras que los agentes de salud comunitarios hicieron lo mismo en las sesiones de pesaje de los niños y las visitas domiciliarias. Con esas medidas aumentó a tres meses el periodo de lactancia materna exclusiva, disminuyeron las tasas de diarrea (40), mejoraron las prácticas de alimentación complementaria a los nueve meses (41) y aumentaron las visitas a los servicios de atención curativa y preventiva (42).

Una gran parte de las actividades de formación y creación de capacidad de la AIEPI se ha centrado en el nivel del primer contacto: el centro de salud y el primer médico o enfermera que ve al niño enfermo. Para que la AIEPI funcione de forma óptima se ha de establecer una continuidad asistencial por dos vías: promoviendo la derivación de pacientes y acercando la atención a las familias y, por lo tanto, a los niños (véase la figura 6.1).

### Derivación de los niños enfermos

Debido a la focalización en la atención primaria, y más recientemente en el papel de las propias familias, a menudo los programas de salud infantil han pasado por alto la importancia de poder enviar a un niño enfermo a un hospital que funcione bien. Esto es importante para el niño y para su familia, pero también para los agentes de salud de primera línea, pues esa derivación puede repercutir considerablemente en la mortalidad en la niñez (43). El envío de pacientes es algo sencillo, al menos en principio, si existe un sistema de distrito. Ahora bien, es preciso eliminar retrasos y obstáculos, lo cual no siempre se considera que forme parte de las responsabilidades de los agentes de salud.

Las defunciones hospitalarias se producen a menudo 24 horas después del ingreso. Muchas de ellas se podrían evitar si se proporcionara a tiempo atención de calidad. Para evitar los retrasos peligrosos es necesario hacer lo siguiente: en primer lugar,

ayudar a las madres u otros cuidadores a identificar rápidamente los signos de que el niño necesita atención médica; en segundo lugar, hay que velar por que los servicios de salud pública estén abiertos cuando se necesiten, por ejemplo, cuando los padres regresan a casa del trabajo en el campo o en otro lugar y cuando los niños suelen ponerse enfermos (a última hora del día); en tercer lugar, es preciso asegurarse de que los agentes de salud envíen rápidamente al niño al hospital cuando haya motivos para pensar que es necesario. Aplicando las directrices de la AIEPI, se debería derivar a un 10% de los niños de entre dos meses y cinco años (44, 45). En muchos de los países en que se han registrado pocos progresos o ninguno en materia de salud infantil, las derivaciones de casos están muy por debajo de las convenientes, especialmente en las zonas rurales, y las tasas de envío de pacientes que serían de esperar según las directrices de la AIEPI rara vez se alcanzan.



Para que la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) funcione óptimamente, se debe garantizar una continuidad asistencial que abarque las familias y las comunidades, los centros de primer nivel y los hospitales.

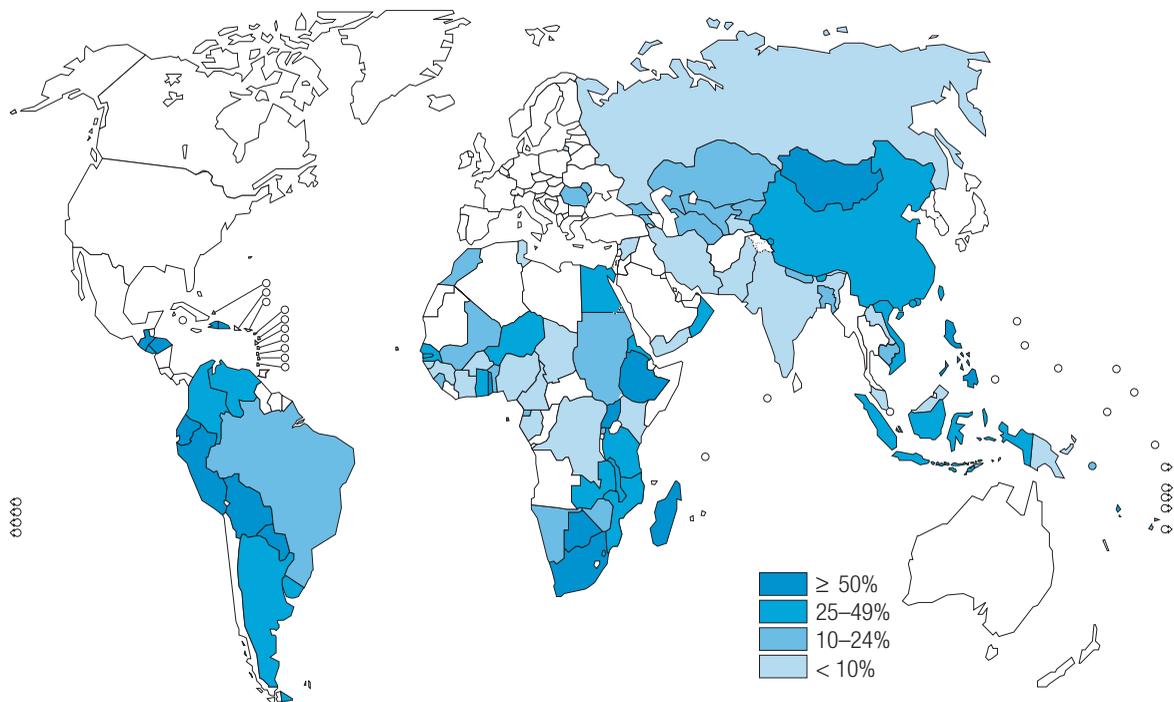
Otro factor de retraso es el viaje al hospital, problema del que muchos agentes de salud no se consideran responsables. Sin embargo, en muchos casos los problemas se pueden evitar si se prevén con antelación. Los agentes de salud pueden ayudar a organizar el transporte y a encontrar soluciones para que los hermanos del niño enfermo y las tareas domésticas no queden desatendidos durante la visita de los padres al hospital.

Por último, se puede hacer mucho para reducir los retrasos de la administración del tratamiento adecuado en los hospitales (46, 47). En Malawi, por ejemplo, el número de defunciones antes de la hospitalización se redujo de 10 a 5 al mes, gracias a una rápida selección de los niños a su llegada al hospital. La mortalidad de los ingresados pasó de un 11%–18% a un 6%–9%, y además eso influyó positivamente en la moral del personal sanitario. El manejo de la malnutrición grave (48–50) y la neumonía (51), así como la atención neonatal (52), se pueden mejorar de forma considerable organizando las salas de forma más adecuada, estableciendo normas y directrices clínicas, recabando la participación activa del personal y con recursos adicionales (los recursos son a menudo limitados) (53).

### Acercar la atención sanitaria a los niños

Más difícil, y quizá también más importante, es acercar la atención a los niños. En general se recurre para ello a actividades de extensión. Para los agentes de salud, visitar a las familias y las comunidades de la zona de captación es probablemente la manera más rápida de expandir la cobertura sanitaria con intervenciones planifi-

Figura 6.2 Proporción de distritos donde en 2003 se habían iniciado actividades de formación y fortalecimiento del sistema para la AIEPI<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Ello no implica una cobertura plena.

cables, como la vacunación. El inconveniente es que no se pueden prestar todos los servicios necesarios para mejorar la salud del niño y su supervivencia. El potencial de esta modalidad de atención sanitaria para expandir la cobertura asistencial varía mucho de un lugar a otro, pero probablemente es importante a escala mundial, en particular si consideramos los grupos de población actualmente desatendidos.

Un método menos corriente es empoderar a las familias y ayudarlas a cuidar mejor de sus hijos. Los agentes de salud suelen sentirse más incómodos con este tipo de enfoque. Es comprensible que se muestren renuentes a ceder algunas de sus prerrogativas profesionales, y además no saben cómo hacerlo. La educación sanitaria clásica ofrece pocas posibilidades de propiciar cambios de comportamiento, cosa que muchos agentes de salud han podido comprobar. El empoderamiento resulta mucho más difícil que la educación sanitaria, ya que requiere tiempo y una actitud nueva que se ha de asimilar.

Cuando la red de centros de salud no es de fácil acceso, los agentes de salud comunitarios pueden actuar de enlace entre el centro de salud y las familias. Por ejemplo, en Etiopía esos agentes establecen diagnósticos y tratan la fiebre, lo cual ha hecho que la cobertura de los servicios de tratamiento de la malaria supere de lejos la ofrecida por muchos establecimientos de salud. Entre 1991 y 1998 el número de pacientes con fiebre que recibieron antipalúdicos aumentó de forma constante, pasando de 76 000 a 949 000 (54). En el Pakistán, las trabajadoras sanitarias (Lady Health Workers) constituyen un componente fundamental del sistema nacional de salud. Son seleccionadas por el Gobierno, que les presta apoyo, y proporcionan servicios básicos de atención primaria, incluidas visitas domiciliarias, a la comunidad en la que viven. El programa llega aproximadamente a una quinta parte de la población (55). Ese tipo de programas puede reforzar la cobertura sanitaria, pero no por utilizarlos se puede dejar de ampliar la red de atención sanitaria o de ayudar a las familias a cuidar mejor de sus hijos.

## IMPLANTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE SALUD INFANTIL

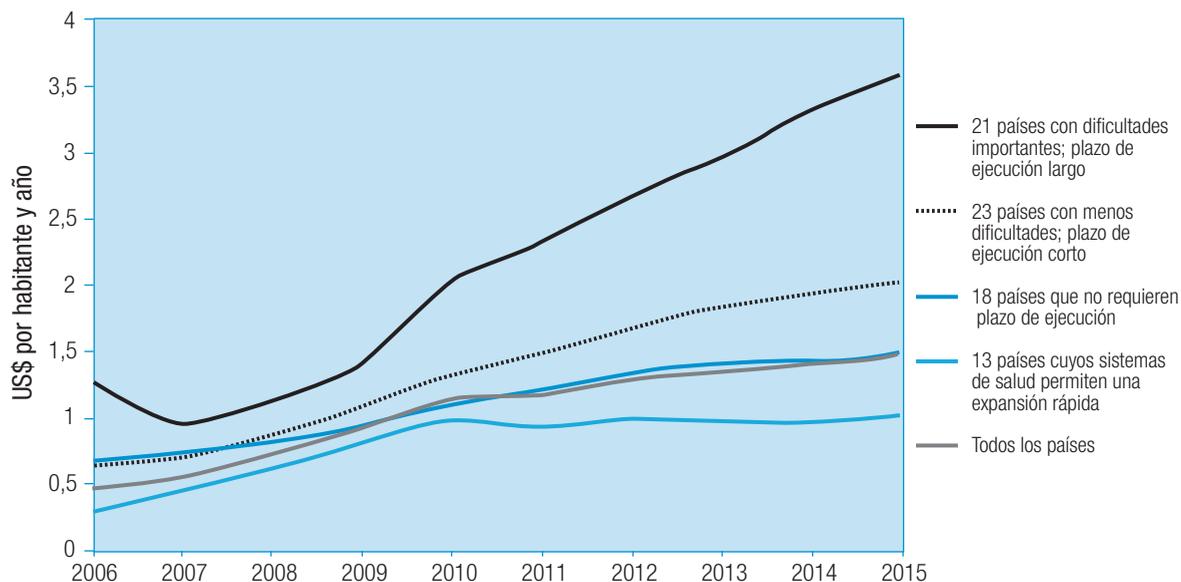
La AIEPI ya ha sido adoptada por más de 100 países. Las directrices están diseñadas para su adaptación a las distintas situaciones nacionales y subnacionales. La creación de grupos de trabajo a nivel nacional para adaptar las directrices a la situación de los países ha hecho que los beneficiarios se identifiquen con ellas y ha ayudado a resolver problemas relacionados, por ejemplo, con la disponibilidad de medicamentos esenciales. En los casos en que se ha evaluado la AIEPI, los resultados son en general positivos. Las actividades de formación han hecho que mejore el rendimiento de los agentes de salud y la calidad de la atención, sin un aumento de los costos. Por ejemplo, los agentes de salud de Uganda y la República Unida de Tanzania que recibieron formación en AIEPI administraron tratamientos adecuados con antibióticos o antipalúdicos a una proporción mucho mayor de niños que sus colegas, y recetaron menos antibióticos a los niños que no los necesitaban (56). Los resultados son impresionantes: en la República Unida de Tanzania, en un entorno donde la utilización de los servicios de salud era alta, la aplicación de la AIEPI redujo la mortalidad en un 13% en un periodo de dos años, en comparación con los distritos de control, y todo parece indicar que en un plazo más largo las cifras pueden seguir mejorando.

Sin embargo, la expansión de la AIEPI está siendo más lenta de lo previsto. Sólo 16 de 100 países habían comenzado a aplicarla en más del 50% de sus distritos en 2003; además, la mayoría se han centrado en mejorar la preparación de los agentes de salud y por lo general se ha hecho poco por reforzar los sistemas sanitarios o empoderar a

las familias (57, 58). Esto se explica en parte por el lento desarrollo de los sistemas de atención sanitaria a nivel de distrito, sobre todo en los países en que más necesario es expandir la AIEPI (véase el capítulo 3). La AIEPI se ajusta perfectamente al concepto de distrito, pues se concede el mismo lugar destacado al centro de salud, se considera la continuidad asistencial de la misma manera y se confiere la misma importancia a combatir las epidemias que a atender la demanda de servicios. El inconveniente es que también está sujeta a las mismas limitaciones: supervisión poco frecuente o inadecuada, rápida rotación y baja moral del personal, cultura de insensibilidad a las necesidades y falta de fondos (59).

Un segundo motivo de la lenta expansión de la AIEPI es la importancia concedida a la integración y la horizontalidad. Al insistirse en la plena integración en los lugares de prestación de atención sanitaria, las estructuras de organización preexistentes de los programas verticales quedan desmanteladas o debilitadas (60) y con ello se pierde la visibilidad programática que permitía que esos programas prosperaran y atrajeran fondos. La falta de coordinadores a tiempo completo, planes operacionales o líneas presupuestarias concretas ha impedido que se aplique la AIEPI de forma constante (60). La enseñanza extraída es que hay que procurar hallar el equilibrio adecuado entre la integración en los lugares donde se presta atención sanitaria y el mantenimiento de las estructuras programáticas que definen las normas y estándares técnicos, impulsan la expansión de la cobertura y proporcionan una plataforma logística. Se necesita una gran capacidad y preparación para integrar los servicios de inmunización, por ejemplo, en la infraestructura política, social y sanitaria a nivel local, y al mismo tiempo proteger elementos estratégicos de los planes de trabajo y los planes estratégicos nacionales y regionales en vigor. Una manera de conseguirlo es planificar la cobertura sanitaria distrito por distrito, como hacen algunos países en el marco de la estrategia para llegar a todos los distritos (Reaching Every District), puesta en marcha en 2002. En esa estrategia se combinan el restablecimiento de los servicios

Figura 6.3 Costo de la expansión de las intervenciones de salud infantil, por encima del gasto actual



de extensión, actividades de supervisión de apoyo, la creación de vínculos entre la comunidad y los servicios prestados, la vigilancia y el uso de datos para la adopción de medidas y la planificación y gestión de recursos. Hasta la fecha, más de 30 países de cuatro regiones de la OMS han adoptado esa estrategia y planifican y supervisan la cobertura de vacunación distrito por distrito.

La realidad es que hoy día muchos niños no reciben todavía una asistencia general e integrada, y algunos incluso no tienen acceso a la atención necesaria para garantizar su supervivencia, es decir, las intervenciones básicas en torno a las cuales se estructura la AIEPI.

Si se consiguiera que una serie de intervenciones esenciales tuviera una cobertura plena (véase la tabla 6.1), la incidencia y la tasa de letalidad de las afecciones que provocan la muerte de los niños menores de cinco años disminuiría lo suficiente como para que se pudieran alcanzar e incluso superar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

### COSTO DE LA EXPANSIÓN DE LA COBERTURA

Uno de los principales retos con que se enfrenta el mundo es conseguir expandir esas intervenciones hasta lograr una cobertura plena lo antes posible. En teoría es posible salvar en los 10 próximos años la distancia que separa los niveles actuales de cobertura y la cobertura cuasi universal. En algunos países falta relativamente poco para llegar a una cobertura plena y el sistema sanitario es lo suficientemente sólido como para conseguirlo pronto. En otros, las dificultades son mucho mayores, y cuanto me-

**Tabla 6.1** Intervenciones básicas para mejorar la supervivencia infantil

- 
- **Cuidado de los recién nacidos y de sus madres:** dispensación de atención cualificada durante el embarazo, el parto y el puerperio inmediato (costos no calculados en este capítulo).
  - **Alimentación del lactante:** lactancia natural exclusiva durante los seis primeros meses de vida, con los alimentos complementarios adecuados a partir de los seis meses, y continuación de la lactancia materna durante dos años o más, con administración de suplementos de vitamina A y otros micronutrientes si es necesario.
  - **Vacunas esenciales:** mayor cobertura vacunal contra el sarampión y el tétanos, e inmunización contra enfermedades comunes prevenibles mediante vacunación.
  - **Lucha contra la diarrea:** manejo de los casos de diarrea, incluida la administración terapéutica de suplementos de zinc y de antibióticos para la disentería.
  - **Lucha contra la neumonía y la septicemia:** manejo de los casos de neumonía infantil y septicemia neonatal con antibióticos.
  - **Lucha contra la malaria:** uso de mosquiteros tratados con insecticida, tratamiento preventivo intermitente durante el embarazo, y tratamiento inmediato de la enfermedad.
  - **Prevención y atención de la infección por VIH:** tratamiento, atención, consejos sobre la alimentación del lactante y apoyo a las mujeres seropositivas y a sus niños.
-

### Recuadro 6.3 Desglose del costo previsto de la expansión de la cobertura

Expandir la cobertura significa que las intervenciones han de llegar a más niños y más familias. Por eso, el costo de la expansión, que vendría a sumarse a los gastos actuales, aumentaría con el tiempo. Ese incremento atañería en particular a los gastos de personal y de los productos básicos, más que a los de los programas.

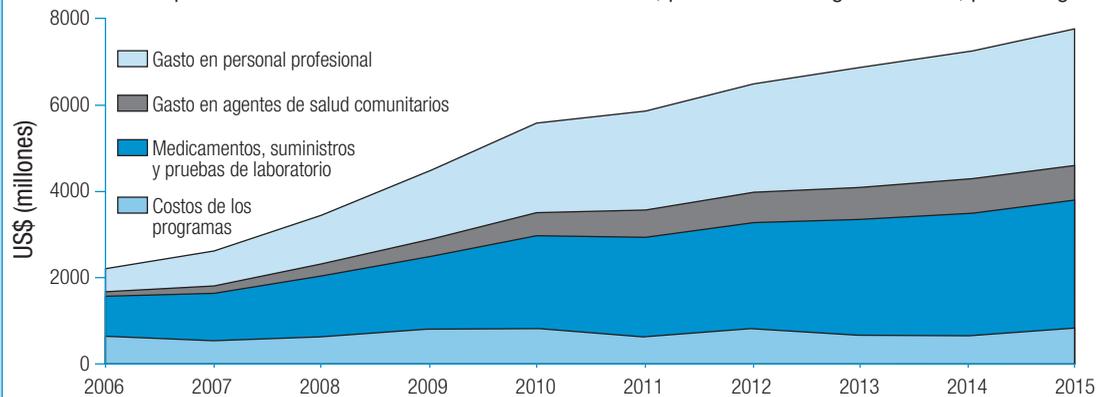
De los gastos adicionales, un 13% correspondería a desarrollo y apoyo de programas y un 87% a prestación de servicios (aproximadamente tres cuartas partes a prestación de servicios a través de establecimientos de salud y una cuarta parte a intervenciones comunitarias). De los gastos adicionales referentes

a prestación de servicios, un 38% estaría relacionado con sueldos y honorarios de los profesionales sanitarios, un 10% con programas de agentes de salud comunitarios para complementar los servicios prestados por los sistemas de atención sanitaria profesional y un 39% con medicamentos, pruebas de laboratorio y otros suministros.

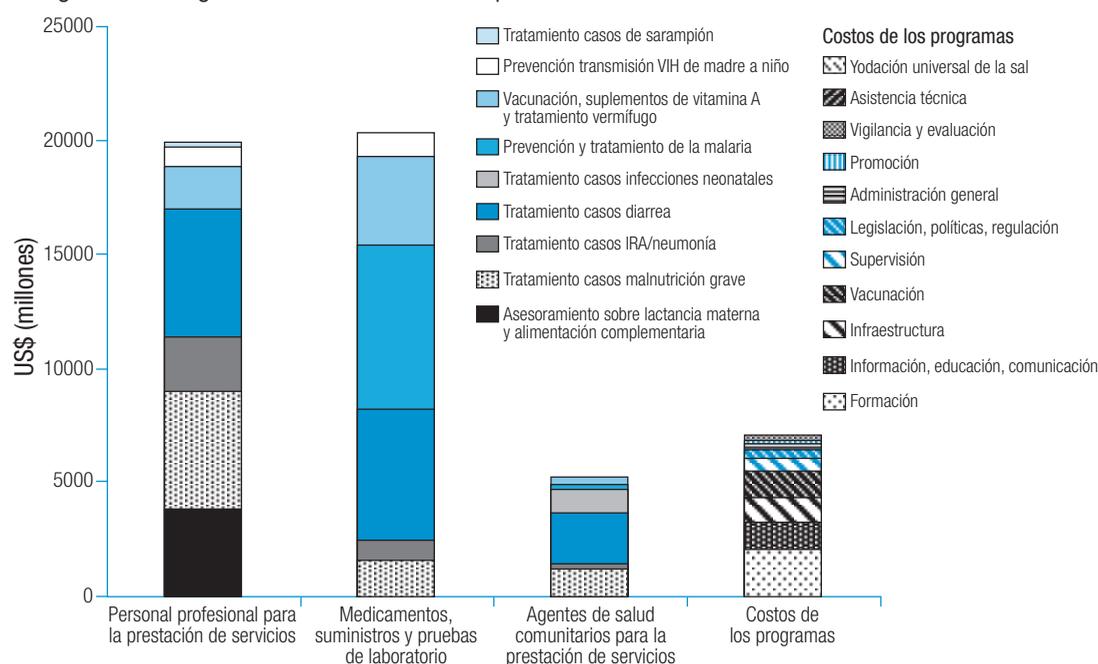
La distribución de esos gastos adicionales entre las distintas intervenciones variaría con el tiempo. En términos absolutos, en las proyecciones se prevé que entre 2006 y 2015 se multiplicarían por 10 las necesidades de recursos para actividades de asesoramiento sobre lac-

tancia natural y alimentación complementaria, así como para manejo de casos de infecciones neonatales, diarrea e infecciones respiratorias agudas. Los recursos adicionales que harían falta para expandir la inmunización y combatir la malaria se duplicarían en ese mismo periodo, pero su proporción con respecto al total disminuiría en dos terceras partes y se situaría en un 9% y un 12%, respectivamente. Sólo el tratamiento de las complicaciones del sarampión requeriría menos fondos en 2015 que en 2006, ya que a largo plazo la prevención tiene sus compensaciones.

Costos de la expansión de las intervenciones de salud infantil, por encima del gasto actual, por categorías



Desglose de los gastos adicionales de la expansión de las intervenciones de salud infantil



nos desarrollados y más frágiles son los sistemas de salud, más difícil es alcanzar ese objetivo. Ahora bien, incluso en esos casos se puede alcanzar la cobertura plena ampliando la red de asistencia sanitaria, intensificando al mismo tiempo las actividades de extensión y, en algunas situaciones y para algunas intervenciones, aprovechando el apoyo de los agentes de salud comunitarios que no son profesionales sanitarios.

No obstante, la expansión de las intervenciones con miras a lograr una cobertura plena no será posible sin un incremento masivo del gasto en salud infantil. Para fines de planificación y movilización de recursos, es fundamental conocer los gastos adicionales que entrañaría esa expansión (muy por encima del gasto actual).

Para los 75 países donde se concentra casi el 95% de las muertes infantiles de todo el mundo, es posible concebir escenarios para la extensión masiva de las intervenciones mencionadas entre 2006 y 2015 hasta lograr una cobertura del 95%. Entre esos países figuran los que registran el mayor número de defunciones de niños y la tasa más alta de mortalidad de menores de cinco años, todos los países en que las tasas de mortalidad de los menores de cinco años se han mantenido iguales o han aumentado en los noventa, y muchos de los países que están haciendo progresos lentos o ya van por buen camino. La población de todos ellos suma 4600 millones de habitantes (en 2005), de los cuales 496 millones son menores de cinco años. Esos países han sido clasificados en cuatro grupos siguiendo una serie de criterios, como el nivel de mortalidad, los aspectos positivos y negativos de sus sistemas de salud y los obstáculos que presenta el entorno en que funcionan. Para cada país, se aplicó a los niveles actuales de cobertura de cada intervención el escenario de expansión concebido para el grupo correspondiente de países.

Se calcula que en total los gastos adicionales para llevar a la práctica los escenarios de expansión de la cobertura ascenderían como mínimo a US\$ 52 400 millones; en 2006 el costo adicional sería de US\$ 2200 millones, e iría en aumento a medida que se fuera expandiendo la cobertura, hasta cifrarse en US\$ 7800 millones en 2015. Eso representa un aumento del gasto de US\$ 1,05 por habitante y año (US\$ 0,47 inicialmente hasta alcanzar US\$ 1,48 en el año 10, en que un 95% de la población infantil estaría cubierta por las intervenciones en cada país) y supone un incremento medio anual de un 12% de la mediana del gasto público en salud en los 75 países, que actualmente es de unos US\$ 8,4 por habitante (véanse la figura 6.3 y el recuadro 6.3). Los escenarios y métodos utilizados para estimar los costos se resumen en el sitio web del *Informe sobre la salud en el mundo* (<http://www.who.int/whr>). A los países de los dos grupos en que la situación de partida es relativamente favorable, pero donde la mano de obra, los medicamentos y los suministros son más costosos, correspondería el 60% de los US\$ 52 400 millones a que ascenderían los gastos adicionales. En cuanto a los países de los dos grupos en que las condiciones son actualmente más difíciles, habría que asignarles unos US\$ 21 000 millones. Estos últimos son países de bajos ingresos con tasas de mortalidad elevadas, poca cobertura asistencial y sistemas de salud relativamente débiles, pero donde el costo actual de la mano de obra y los suministros es ahora más bajo.

En los 13 países de ingresos medios que pertenecen al grupo cuya situación es actualmente la más favorable, el gasto en salud infantil tendría que aumentar por término medio US\$ 0,79 por habitante y año (al principio subiría US\$ 0,29, y con el tiempo US\$ 1,01). Eso supone un incremento de un 3% al año (al principio el incremento sería de un 1% e iría en aumento hasta situarse en un 4% en 2015) de la mediana del gasto público actual en salud en esos países, que es de unos US\$ 23 por habitante.

Los países de ingresos bajos del grupo donde las condiciones son las más difíciles en estos momentos, como Angola, el Chad, Côte d'Ivoire, Etiopía, Malí, el Níger, Nigeria, la República Democrática del Congo y Somalia, tendrían que gastar US\$ 2,16 más que en la actualidad por habitante y año: en los primeros años US\$ 1,27, pero la cifra iría aumentando a medida que se avanzara hacia la plena cobertura, y llegaría a ser de US\$ 3,58 por habitante y año 10 años más tarde. Eso supone un incremento del 46% (un 27% al inicio que llegaría a un 76% en 2015) de la actual mediana del gasto público en salud en esos países, que es de aproximadamente US\$ 4,7 por habitante (la mediana del gasto privado en esos países es de US\$ 5,5 por habitante y año).

Esas estimaciones tienen sólo la misma validez que las hipótesis y las proyecciones en que se basan. En algunos países, la expansión de la cobertura podría avanzar más rápidamente de lo previsto y en otros con mayor lentitud; eso depende en gran medida de la voluntad y el compromiso políticos y de la situación social, política y económica. La dinámica de la población puede variar, así como la distribución del gasto. Las innovaciones técnicas y los cambios en las modalidades de prestación de atención sanitaria y la disponibilidad de recursos humanos pueden influir en la expansión de la cobertura, así como en las estimaciones de gastos. Además, en las proyecciones de costos no se han tenido en cuenta los efectos de la expansión del conjunto de intervenciones en la evolución de la epidemiología de las enfermedades, ni el aumento de la eficiencia que se conseguiría gracias a la integración de las distintas intervenciones en los lugares de prestación de asistencia sanitaria.

Sin embargo, esas proyecciones ofrecen un punto de referencia para calcular el costo adicional que entrañaría una expansión masiva de la cobertura con respecto al gasto actual. Es un punto de referencia bajo, porque se parte del supuesto de que el actual nivel de cobertura se puede mantener sin realizar inversiones adicionales y de que la capacidad para disponer de más personal e infraestructura no está limitada. Además, en él no se tiene en cuenta el costo de la capacitación de nuevos profesionales de la salud para desempeñar numerosas funciones relacionadas con la atención infantil, ni los aumentos de sueldo ni otras prestaciones que sería necesario conceder en muchos países para redistribuir y motivar al personal.

## DE LAS PROYECCIONES DE COSTOS A LA EXPANSIÓN DE LA COBERTURA

Cada país se ve enfrentado a dificultades específicas para mejorar el acceso a la atención sanitaria y aumentar la cobertura de ésta, pero en todos será necesario un compromiso político sostenido para movilizar los importantes recursos que se necesitan. Ese esfuerzo financiero estará razonablemente al alcance de algunos países, pero para muchos otros será mayor de lo que los gobiernos pueden asumir por sí solos. Contar con el aumento de los desembolsos directos para movilizar esos recursos no parece realista en muchos países; en otros, hacerlo mediante el aumento del gasto público resulta más realista, pero en muchos casos los gastos adicionales serán tan elevados que se precisará asistencia externa.

En cualquier caso, habrá que crear capacidad institucional, no sólo para movilizar esos fondos, sino también para planificar y llevar a cabo la integración de las diversas intervenciones y reorientar los servicios de salud infantil, de manera que además de dedicar atención a la supervivencia, se ocupen del crecimiento y el desarrollo de los niños. Esto no se puede conseguir sin mejorar y fortalecer los sistemas sanitarios. En primer lugar, los servicios de salud tienen que poder prestar una atención que responda a múltiples riesgos y afecciones, y para ello tienen que depender de

sistemas que funcionen bien y garanticen una continuidad asistencial entre el hogar, los centros de primer nivel y los hospitales de distrito. En segundo lugar, hay que crear una mayor continuidad con las intervenciones destinadas a mejorar la salud de las madres y los recién nacidos. Por último, es necesaria una revolución cultural entre los agentes de salud para que comiencen a trabajar con las familias y las comunidades como asociados y a ver a los niños como niños, y no sólo como un compendio de enfermedades.

La evolución de los propios programas de salud infantil – desde la perspectiva general de la atención primaria en un primer momento, pasando por las estrategias provisionales de intervenciones selectivas dirigidas a enfermedades prioritarias, hasta la actual gestión de las enfermedades infantiles, más global e integrada – demuestra que se ha tomado conciencia de que, normalmente, en las estrategias eficaces para mejorar la supervivencia de los niños interviene una combinación de enfoques orientados a una mayor integración. De no existir esa integración, demasiados niños no llegarán a los centros sanitarios o, cuando lo hagan, se habrán perdido demasiadas oportunidades de proteger su salud. Muchos países han empezado ya a reorientar sus servicios para establecer o reforzar la continuidad asistencial. Ahora son los gobiernos y la comunidad internacional los que deben apoyar esos esfuerzos y movilizar los recursos oportunos.

## Referencias

1. Progress in reducing global measles deaths: 1999-2002. *Weekly Epidemiological Record – Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2004, 79:20–21.
2. Water with sugar and salt [editorial]. *Lancet*, 1978, 2:300–301.
3. Wolfheim C. De la lucha contra las enfermedades a la salud y el desarrollo del niño. *Foro Mundial de la Salud*, 19 (2): 180–188.
4. *The evolution of diarrhoeal and acute respiratory disease control at WHO – achievements 1980–1995 in research, development and implementation*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente, 1999 (WHO/CHS/CAH/99.12).
5. Tulloch, J. Integrated approach to child health in developing countries. *Lancet*, 1999, 354(Suppl. 2):S116–20.
6. Hahn S, Kim Y, Garner P. Reduced osmolarity oral rehydration solution for treating dehydration due to diarrhoea in children: systematic review. *British Medical Journal*, 2001, 323:81–85.
7. Fontaine O. Effect of zinc supplementation on clinical course of acute diarrhoea. *Journal of Health Population and Nutrition*, 2001, 19:339–346.
8. Pakistan Multicentre Amoxicillin Short Course Therapy (MASCOT) pneumonia study group. Clinical efficacy of 3 days versus 5 days of oral amoxicillin for treatment of childhood pneumonia: a multicentre double-blind trial. *Lancet*, 2002, 360:835–841.
9. Victora CG, Byce J, Fontaine O, Monasch R. Reducción de la mortalidad por diarrea mediante la terapia de rehidratación oral. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos, 2001, 4: 111–119.
10. Touchette P, Douglass E, Graeff J, Monoang I, Mathe M, Duke LW. An analysis of home-based oral rehydration therapy in the Kingdom of Lesotho. *Social Science & Medicine*, 1994, 39:425–432.
11. Bronfman M, Castro R, Castro V, Guiscafne H, Munoz O, Gutierrez G. Prescripción médica y adherencia al tratamiento en diarrea infecciosa aguda: impacto indirecto de una intervención educativa. *Salud Pública de México*, 1991, 33:568–575.
12. Organización Mundial de la Salud, sitio web del Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y el Adolescente (<http://www.who.int/child-adolescent-health>, visitado el 28 de enero de 2005).

13. Pelto GH, Santos I, Goncalves H, Victora C, Martines J, Habicht JP. Nutrition counseling training changes physician behavior and improves caregiver knowledge acquisition. *Journal of Nutrition*, 2004, 134:357–362.
14. Santos I, Victora CG, Martines J, Goncalves H, Gigante DP, Valle NJ et al. Nutrition counseling increases weight gain among Brazilian children. *Journal of Nutrition*, 2001, 131:2866–2873.
15. Richter L. *The importance of caregiver-child interactions for the survival and healthy development of young children: a review*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
16. Begin F, Frongillo EA Jr, Delisle H. Caregiver behaviors and resources influence child height-for-age in rural Chad. *Journal of Nutrition*, 1999, 129:680–686.
17. Lamontagne JF, Engle PL, Zeitlin MF. Maternal employment, child care, and nutritional status of 12–18-month-old children in Managua, Nicaragua. *Social Science and Medicine*, 1998, 46:403–414.
18. Zeitlin M, Ghassemi H, Mansour M. *Positive deviance in child nutrition – with emphasis on psychosocial and behavioural aspects and implications for development*. Tokyo, United Nations University Press, 1990.
19. Black M, Dubowitz H. Failure-to-thrive: lessons from animal models and developing countries. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 1991, 2:259–267.
20. Chase HP, Martin HP. Undernutrition and child development. *New England Journal of Medicine*, 1970, 282:933–939.
21. Richter L, Griesel D. Malnutrition, low birthweight and related influences on psychological development. In: Dawes A, Donald D, eds. *Childhood and adversity: psychological perspectives from South African research*. Cape Town, David Philip, 1994:66–91.
22. Pollitt E, Eichler AW, Chan CK. Psychosocial development and behaviour of mothers of failure-to-thrive children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1975, 45:525–537.
23. NICHD Early Child Care Research Network. Nonmaternal care and family factors in early development: An overview of the NICHD Study of Early Child Care. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 2001, 22:457–492.
24. Pelto G, Dickin K, Engle P. *A critical link: interventions for physical growth and psychological development: a review*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (WHO/CHS/CAH/99.3).
25. *Methodology of planning an integrated health programme for rural areas. Second report of the Expert Committee on Public Health Administration*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1954 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 83).
26. *Integración de las campañas en masa contra enfermedades determinadas en los servicios generales de sanidad. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1965 (OMS, Serie de Informes técnicos, N° 294).
27. *Integración de la atención de salud. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 861).
28. Scherpier RW, Ottmani SE, Pio A, Raviglione MR. *Practical approach to lung health (PAL). A primary health care strategy for integrated management of priority respiratory illnesses*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
29. Gorstein J, Shreshtra RK, Pandey S, Adhikari RK, Pradhan A. Current status of vitamin A deficiency and the National Vitamin A Control Program in Nepal: results of the 1998 National Micronutrient Status Survey. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 2003, 12:96–103.
30. Swami HM, Thakur JS, Bhatia SP. Mass supplementation of vitamin A linked to National Immunization Day. *Indian Journal of Pediatrics*, 2002, 69:675–678.
31. Gove S. Gove S. Integrated management of childhood illness by outpatient health workers: technical basis and overview [Généralités et données techniques pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant par les agents de santé opérant en ambulatoire]. *Bulletin of the World Health Organization - Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1997, 75 (Suppl. N° 1): 7–24.
32. Lambrechts T, Bryce J, Orinda V. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia: resumen de las primeras experiencias. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos, 2000, 2: 103–115.
33. Terra de Souza AC, Peterson KE, Andrade FM, Gardner J, Ascherio A. Circumstances of post-neonatal deaths in Ceara, Northeast Brazil: mothers' health care-seeking behaviors during their infants' fatal illness. *Social Science & Medicine*, 2000, 51:1675–1693.

34. Sirima SB, Konate A, Tiono AB, Convelbo N, Cousens S, Pagnoni F. Early treatment of childhood fevers with pre-packaged antimalarial drugs in the home reduces severe malaria morbidity in Burkina Faso. *Tropical Medicine and International Health*, 2003, 8:133–139.
35. Kidane G, Morrow RH. Teaching mothers to provide home treatment of malaria in Tigray, Ethiopia: a randomised trial. *Lancet*, 2000, 356:550–555.
36. WHO-UNICEF joint statement: management of pneumonia in community settings. Nueva York, NY, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; Ginebra, Organización Mundial de la Salud (UNICEF/PD/Pneumonia/01; WHO/FCH/CAH/04.06).
37. Hill Z, Kirkwood B and Edmond K. *Family and community practices that promote child survival, growth and development: a review of the evidence*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
38. El Arifeen S, Blum LS, Hoque DM, Chowdhury EK, Khan R, Black RE et al. Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Bangladesh: early findings from a cluster-randomised study. *Lancet*, 2004, 364:1595–1602.
39. Manandhar DS, Osrin D, Shrestha BP, Mesko N, Morrison J, Tumbahangphe KM et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 2004, 364:970–979.
40. Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martinez J, Black RE, Bhan MK et al. Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illnesses and growth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet*, 2003, 361:1418–1423.
41. Bhandari N, Mazumder S, Bahl R, Martinez J, Black RE, Bhan MK et al. An educational intervention to promote appropriate complementary feeding practices and physical growth in infants and young children in rural Haryana, India. *Journal of Nutrition*, 2004, 134: 2342–2348.
42. Bhandari N, Mazumder S, Bahl R, Martinez J, Black RE, Bhan MK et al. Use of multiple opportunities for improving feeding practices in undertows within child health programs is feasible, effective and beneficial to the health system. *Health Policy and Planning* (presentado).
43. Nolan T, Angos P, Cunha AJ, Muhe L, Qazi S, Simoes EA et al. Quality of hospital care for seriously ill children in less-developed countries. *Lancet*, 2001, 357:106–110.
44. Simoes EAF, Peterson S, Gamatie Y, Kisanga FS, Mukasa G, Nsungwa-Sabiiti J et al. Management of severely ill children at first-level health facilities in sub-Saharan Africa when referral is difficult. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:522–531 (resumen en español).
45. Peterson S, Nsungwa-Sabiiti J, Were W, Nsabagasani X, Magumba G, Namboozee J et al. Coping with paediatric referral – Ugandan parents' experience. *Lancet*, 2004, 363: 1955–1956.
46. Tamburlini G, Di Mario S, Maggi RS, Vilarim JN, Gove S. Evaluation of guidelines for emergency triage assessment and treatment in developing countries. *Archives of Disease in Childhood*, 1999, 81:478–482.
47. Robertson MA, Molyneux EM. Triage in the developing world – can it be done? *Archives of Disease in Childhood*, 2001, 85:208–213.
48. Ahmed T, Ali M, Ullah MM, Choudhury IA, Haque ME, Salam MA et al. Mortality in severely malnourished children with diarrhoea and use of a standardised management protocol. *Lancet*, 1999, 353:1919–1922.
49. Wilkinson D, Scrace M, Boyd N. Reduction in in-hospital mortality of children with malnutrition. *Journal of Tropical Pediatrics*, 1996, 42:114–115.
50. Puoane T, Sanders D, Chopra M, Ashworth A, Strasser S, McCoy D et al. Evaluating the clinical management of severely malnourished children – a study of two rural district hospitals. *South African Medical Journal*, 2001, 91:137–141.
51. Duke T, Mgone J, Frank D. Hypoxaemia in children with severe pneumonia in Papua New Guinea. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2001, 5:511–519 (resumen en español).
52. Duke T, Willie L, Mgone JM. The effect of introduction of minimal standards of neonatal care on in-hospital mortality. *Papua and New Guinea Medical Journal*, 2000, 43:127–136.
53. *Enfermedades prevalentes graves de la infancia. Guía básica para el nivel de referencia hospitalaria*. Washington, DC, Organización Mundial de la Salud, 2001. OPS. Serie HCT/AIEPI (23.E) .

54. Ghebreyesus TA, Witten KH, Getachew A, O'Neill K, Bosman A, Teklehaimanot A. Community-based malaria control programme in Tigray, northern Ethiopia. *Parassitologia*, 1999, 41:367–371.
55. Pakistan: evaluation of the Prime Minister's programme for family planning and primary health care. Interim report. Oxford, *Oxford Policy Management*, 2000.
56. Tanzania IMCI Multi-Country Evaluation Health Facility survey Study Group. The effect of Integrated Management of Childhood Illness on observed quality of care of under-fives in rural Tanzania. *Health Policy and Planning*, 2004, 19:1–10.
57. Armstrong Schellenberg JR, Adam T, Mshinda H, Masanja H, Kabadi G, Mukasa O et al. Effectiveness and cost of facility-based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania. *Lancet*, 2004, 364:1583–1594.
58. Claeson M, Waldman RJ. The evolution of child health programmes in developing countries: from targeting diseases to targeting people. *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78:1234-1245 (resumen en español).
59. Multi-country evaluation of IMCI effectiveness, cost and impact (MCE). *Progress report May 2002–April 2003*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/FCH/CAH/03.5).
60. Victora CG, Hanson K, Bryce J, Vaughan JP. Achieving universal coverage with health interventions. *Lancet*, 2004, 364:1541–1548.



# conciliar la salud de la madre, el recién nacido y el niño con el desarrollo de los sistemas de salud

En este último capítulo se analiza el lugar que ocupa la salud de la madre, el recién nacido y el niño en el contexto general del desarrollo de los sistemas sanitarios. Hoy día, las agendas de esa faceta de la salud no se examinan en un terreno puramente técnico, sino como parte de la agenda más general del acceso universal. Esto permite enmarcar el tema en un proyecto político claro, como es el de responder a la demanda social de protección de la salud de los ciudadanos y de acceso a la atención, una demanda cuya legitimidad está logrando un creciente reconocimiento.

## REUBICACIÓN DE LA SMRNN

Hace tiempo que los programas de salud maternoinfantil carecen de un objetivo estratégico claro y de políticas articuladas coherentemente (1). Las tensiones entre los programas centrados en las necesidades de salud de las madres y aquellos elaborados para prestar atención a sus hijos han demostrado ser contraproducentes para ambos; las necesidades diferenciadas, aunque legítimas, de unos y otros han generado con frecuencia competencia por la prestación de cuidados y atención (2). Se ha modificado recientemente la ubicación de los programas destinados a las mujeres y los niños. En primer lugar, ahora se reconocen las necesidades específicas de los recién nacidos; por ello, el conocido acrónimo SMI, de «salud maternoinfantil», es ahora SMRNN. En segundo lugar, se reconoce ahora generalmente que los intereses de la madre y el niño están estrechamente vinculados, y

que los objetivos de SMRNN no pueden separarse del derecho de todas las personas al acceso a la atención de salud reproductiva promovido en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de El Cairo. En tercer lugar, existe ahora un consenso general de que los programas de SMRNN sólo serán eficaces si se establece una continuidad asistencial en el marco de sistemas de salud reforzados.

Se fuerza así a que programas con diferentes orígenes y estrategias y que representan a grupos de interesados diferentes colaboren y se enfrenten al dilema de tener que competir por la atención de las autoridades y los donantes. Los fondos destinados a la salud de la madre, el recién nacido y el niño son difíciles de controlar,

## Recuadro 7.1 Fondos internacionales para la salud de la madre, el recién nacido y el niño

Las corrientes oficiales externas (COE)<sup>1</sup> para la salud, procedentes de subvenciones y préstamos, aumentaron de US\$ 3200 millones a US\$ 6300 millones entre 1990 y 2002 (en US\$ constantes de 2002), lo que equivale a un aumento de US\$ 0,62 a US\$ 0,88 por habitante. En estos aumentos no se incluye el gasto en sectores como el agua y el saneamiento, o el gasto en salud en el contexto de programas de apoyo presupuestario. Aunque se trata de una pequeña fracción del gasto mundial en salud (del 0,4% al 0,6%, excluidos los gastos totales en salud de los 22 países más ricos de la OCDE), en muchos países tiene una importancia estratégica, por dos motivos. En primer lugar, porque la cifra promedio esconde la existencia de enormes diferencias: en algunos países, los recursos externos constituyen un porcentaje muy considerable del total (el 38% en el Níger en 2002, por ejemplo). En segundo lugar, porque algunas áreas del sector de salud dependen casi exclusivamente de los donantes. Es el caso de la salud del niño en la mayoría de los países africanos pobres (5).

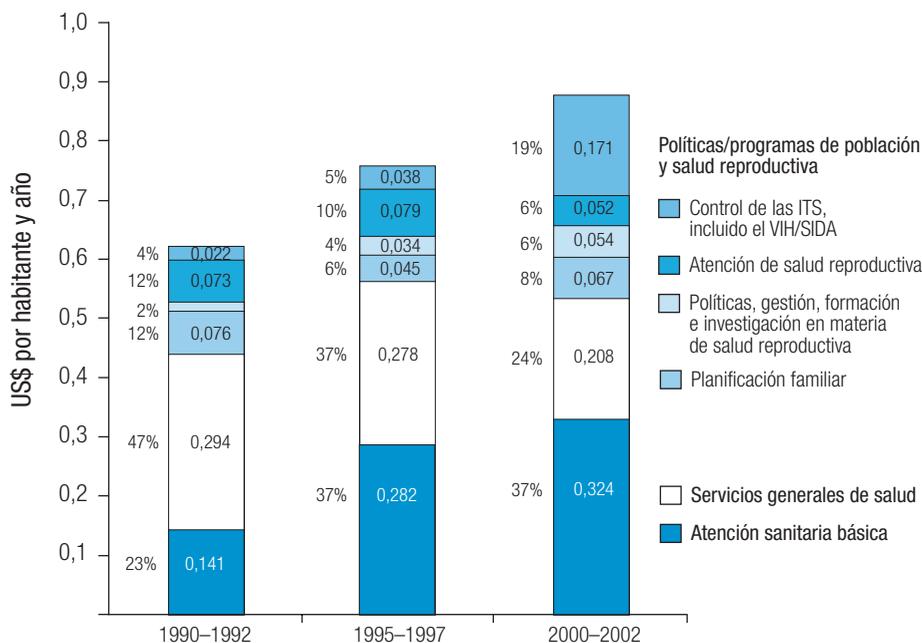
Entre 1990–1992 y 2000–2002 se produjeron cambios significativos en la asignación de los recursos por sectores. La proporción de

las COE destinadas a la salud de la población y reproductiva, que incluye el apoyo a la salud de la madre, aumentó del 30% al 39%, como resultado de la duplicación de la financiación, de US\$ 1000 millones a US\$ 2000 millones al año (en US\$ constantes de 2002) entre 1990–1992 y 2000–2002. Este aumento se debe principalmente a los aumentos de la financiación para los programas orientados a las infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA. En el periodo 1990–1992 se destinó a estos programas aproximadamente el 4% de las COE para la salud, mientras que en 2000–2002 se destinó un 19% (casi US\$ 1400 millones al año). Los fondos asignados a la planificación familiar y a otros aspectos de la salud reproductiva, incluida la salud de la madre, disminuyeron, en términos tanto relativos como absolutos.

La proporción de fondos asignados a la atención de salud básica ha aumentado del 23% en el periodo 1990–1992 al 37% en el periodo 2000–2002 (de US\$ 0,14 a US\$ 0,32 por persona). La mayor parte del aumento se destinó a programas de atención de salud básica y primaria, y al control de enfermedades infecciosas. No es posible desglosar estos fondos para

determinar la evolución de la financiación destinada a la salud del niño, pero es probable que ésta haya experimentado un aumento efectivo, aunque sea de forma menos visible y comprobable. También ha aumentado la financiación internacional para la salud del niño procedente de aportaciones privadas realizadas a través de organizaciones no gubernamentales y grandes fundaciones, como la Fundación Bill y Melinda Gates (6). El gasto en salud del niño realizado por fundaciones privadas más pequeñas disminuyó, pero su efecto en la salud infantil a nivel internacional es relativamente pequeño. Como consecuencia de la dilución de los fondos para la salud del niño en el seno del apoyo sectorial o a todo el sistema, de la canalización por medio de subprogramas de tipo vertical, como los esfuerzos para la erradicación de la poliomielitis, y de la creciente canalización de la ayuda externa a través de organizaciones no gubernamentales internacionales, los gestores de programas nacionales han percibido de hecho una disminución de su acceso a los recursos necesarios para el desarrollo de programas integrados de salud infantil y del control de los mismos (5).

Flujos de ayuda oficial externa para la salud entre 1991 y 2001



Fuente: Base de datos estadísticos del CAD de la OCDE.

<sup>1</sup> Compuestas principalmente por la Asistencia Oficial para el Desarrollo, pero que incluyen también Otras Corrientes Oficiales (préstamos) según se describe en la base de datos del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la OCDE ([www.oecd.org/dac/stats](http://www.oecd.org/dac/stats)).

dado que tienden a diluirse en el conjunto del sistema de salud y fragmentarse en múltiples iniciativas y programas yuxtapuestos. A pesar de la retórica acerca de la integración, los donantes y los organismos han mostrado escaso interés en remediar las evidentes distorsiones existentes en el sistema de financiación y, en particular, las decepcionantes contribuciones destinadas a la salud de las madres y la planificación de la familia dentro de la financiación de los aspectos relativos a la reproducción (3, 4) (véase el recuadro 7.1).

Al contrario que los defensores de otras grandes prioridades de la salud pública, como la lucha contra la malaria, la tuberculosis o el VIH/SIDA, los valedores de la salud de la madre, el recién nacido y el niño – incluidas las diversas alianzas mundiales (véase el recuadro 7.2) –, en lugar de crear nuevos mecanismos de financiación paralelos, prefieren explotar los fondos más abundantes disponibles para el desarrollo general del sector de la salud. Ya sea por razones tácticas o por consideraciones más básicas, ello se corresponde con la creciente importancia del movimiento en pro de la reforma del sector de la salud (13). La priorización del desarrollo del sector sanitario como plataforma para el desarrollo de la salud de la madre, el recién nacido y el niño coincide con el reconocimiento por los principales donantes multilaterales y bilaterales de que el objetivo principal de la asistencia para el desarrollo es la reducción de la pobreza (14), y llega en un momento en el que, tras el protagonismo de la atención primaria de salud, ya están avanzadas las reformas de la atención de salud emprendidas en el marco de una ideología neoliberal opuesta a la presencia del

## Recuadro 7.2 Instrumentos de presión: las alianzas para la salud de la madre, el recién nacido y el niño

En un contexto de progreso lento hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de salud materno-infantil, la necesidad de una respuesta internacional coordinada urgente ha impulsado a varios organismos y organizaciones internacionales a aunar fuerzas y establecer alianzas para la salud de la madre, el recién nacido y el niño. En los últimos decenios, se ha puesto de manifiesto que el apoyo necesario para el desarrollo de un país con recursos limitados es tan polifacético y complejo que no puede acometerlo con éxito un solo organismo (7). En el ámbito de la salud de la madre, el recién nacido y el niño, existen actualmente tres alianzas: la Alianza para una maternidad sin riesgo y la salud del recién nacido, la Alianza para la salud del recién nacido y la Alianza para la Supervivencia Infantil. La finalidad de la Alianza para una maternidad sin riesgo y la salud del recién nacido, creada recientemente, es fortalecer y ampliar las actividades en materia de salud de la madre y el recién nacido. La finalidad de la Alianza para la salud del recién nacido es fomentar la concienciación y la atención a la salud de los recién nacidos, el intercambio de información y la mejora de la comunicación y la colabora-

ción entre las organizaciones que comienzan a trabajar en pro de la salud de los recién nacidos. Y la nueva Alianza para la Supervivencia Infantil aspira a impulsar los compromisos y acciones internacionales y de los países en pro de una reducción acelerada de la mortalidad en la niñez en todo el mundo. Enmarcando sus actividades en un contexto de reducción de la pobreza, igualdad y derechos humanos, las tres colaboran estrechamente para lograr un enfoque coordinado de la continuidad asistencial y de la cobertura universal con medidas costoeficaces a escala de los países.

La función primordial de estas alianzas es estimular y mantener la voluntad política de conservar como prioridad fundamental los objetivos relativos a la salud de la madre, el recién nacido y el niño. Para ello, mantienen contactos con las máximas instancias gubernamentales. Dado que muchos países deben incrementar los esfuerzos para combatir la exclusión, el seguimiento de las corrientes de recursos y la vigilancia de las desigualdades en materia de SMRNN y de utilización de esos servicios han adquirido un importancia primordial (8, 9). Mediante el seguimiento de los progresos realizados, las alianzas pueden contribuir a la

rendición de cuentas por parte de los países y de sus asociados (10).

Las alianzas pueden también ayudar a reducir la brecha teórico-práctica (11) facilitando las relaciones entre planificadores de políticas, investigadores, proveedores de fondos y otros interesados capaces de influir en la aplicación de los resultados de las investigaciones y encaminarlas a la eliminación de las limitaciones operativas y sistémicas que frenan la ampliación de las intervenciones eficaces.

Por último, las alianzas pueden ayudar a reunir a las diversas partes que intervienen en la salud de la madre, el recién nacido y el niño (ministerios de salud, finanzas y planificación, organizaciones no gubernamentales nacionales, asociaciones de profesionales de la salud, organismos donantes, organismos de las Naciones Unidas, organizaciones confesionales y otros), o proporcionar asistencia técnica a los mecanismos de coordinación existentes. Se crean así alianzas nacionales que permiten acelerar la financiación, planificación y ejecución de planes nacionales y subnacionales en pro de la salud de la madre, el recién nacido y el niño (12).

Estado. Estas reformas se promovieron en situaciones de transición de economías socialistas a economías de mercado – en países como Mongolia o Tayikistán –, de reconstrucción de los servicios en zonas en situación de consolidación de la paz después de conflictos – como Camboya –, o como parte de los programas de ajuste estructural de numerosos países de África y Asia que se enfrentaban a graves crisis de escasez de recursos. Por consiguiente, la evolución de la SMRNN se produce en un contexto dominado por el debate acerca de la función y la responsabilidad del Estado en la solución de la escasez de fondos del sector de la salud, los problemas relativos al acceso a los servicios, las desigualdades y la exclusión, la ineficiencia y la falta de transparencia en la gestión.

La consecuencia es que la salud de la madre, el recién nacido y el niño no puede ya contemplarse en términos exclusivamente técnicos. El surgimiento de un compromiso compartido por solucionar los problemas del sector de la salud claramente relacionados con la salud de la madre, el recién nacido y el niño refuerza la idea de que los objetivos de las políticas en pro de la SMRNN coinciden con los de las reformas. En los países donde la ayuda externa desempeña una importante función, parece también que los objetivos de las políticas en pro de la salud de la madre, el recién nacido y el niño coinciden con los de las estrategias de lucha contra la pobreza (DELP) y los enfoques sectoriales por los que se orientan las reformas (13) (véanse los recuadros 7.3 y 7.4). No obstante, la realidad no es tan nítida.

### Recuadro 7.3 La SMRNN, la pobreza y la necesidad de información estratégica

La formulación por los países de documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP) como paso previo para la exoneración de la deuda y el compromiso compartido con los Objetivos de Desarrollo del Milenio han cimentado las relaciones entre las políticas en pro de los pobres y las prioridades relativas a la salud de la madre, el recién nacido y el niño (SMRNN).

Los DELP incluyen de forma sistemática entre sus prioridades la salud materno-infantil (con frecuencia sin atención especial a la salud del recién nacido), pero las estrategias para acceder a los pobres y a los excluidos se limitan con frecuencia a seguir aplicando las prácticas establecidas (de eficacia no demostrada) (15). No obstante, hay un cambio significativo: el proceso de elaboración de los DELP vuelve a fijar firmemente en el programa de los países la pobreza, la exclusión y las prioridades en materia de SMRNN, proporcionando al sector de la salud la posibilidad de dar su opinión respecto a los planes gubernamentales de asignación de presupuestos a las políticas en pro de los pobres (16). Los programas de SMRNN ya no se elaboran de forma aislada basándose en medidas verticales: ahora se contemplan en el contexto más amplio de una política de salud favorable a los pobres y, lo que es más importante, se reconoce su importancia para

el conjunto de las políticas gubernamentales de reducción de la pobreza. Hasta ahora, esta nueva ventaja estratégica ha cosechado magros resultados. Los ministerios de salud suelen tener dificultades para comprender que la reducción de la pobreza es parte de su empresa primordial; con frecuencia se incorporan tarde al proceso de elaboración de los DELP, en un nivel de representación relativamente bajo. Pero el potencial existe, ya que, por su propia naturaleza, los programas de SMRNN encajan bien en un marco de reducción de la pobreza: comparten valores similares en lo que respecta a los derechos sociales y la eliminación de la exclusión.

Se ha criticado el primer ciclo de los DELP por su «sorprendente uniformidad» y superficialidad, interpretándose que las estrategias de ámbito mundial han prevalecido sobre las opciones desarrolladas localmente y más productivas (15, 17). Por ejemplo, en Uganda, un país descentralizado, la introducción de los DELP trajo consigo la aplicación de soluciones más genéricas que específicas, en detrimento de los avances logrados por medio de las iniciativas locales que se habían adoptado en el marco del programa descentralizado de desarrollo de los distritos.

El análisis requerido para los DELP ha puesto de relieve una escasez de información estraté-

gica relevante en muchos países en desarrollo. Si bien en algunos casos – como el de Gambia – se ha podido desglosar la información de salud clave por edades, sexo, quintil económico y división geográfica, pocos sistemas de información de salud tienen esta flexibilidad o especificidad (18–20). La información sobre la SMRNN, y en particular sobre la salud de la madre, continúa planteando problemas, como demuestra la dificultad de documentar la mortalidad de las madres y la implantación de sistemas eficaces de registro de estadísticas vitales (21). Un obstáculo aún mayor, desde el punto de vista de la planificación, son las deficiencias de que adolecen algunos datos cruciales acerca de la disponibilidad de recursos en los sistemas de atención de salud; por ejemplo, las estimaciones del número total de ayudantes cualificados en Burkina Faso oscilan entre 78 y 476, según las fuentes de datos consultadas. La información sobre la red pública suele ser deficiente, mientras que la relativa al sector privado, ya sea sin fines de lucro o comercial, es con frecuencia inexistente. La OMS está ayudando a los países a completar la información que falta, por ejemplo mediante la elaboración de cuestionarios de disponibilidad de servicios o, de forma más general, ayudando a crear redes de sanimetría.

## Diferentes interesados, diferentes lenguajes

Los interesados que hay detrás de quienes promueven las reformas y los valedores de la salud de la madre, el recién nacido y el niño son bastante diferentes. Los programas en pro de la maternidad sin riesgo y la salud del niño se han centrado, de un modo más bien conservador, en los aspectos técnicos (4, 31), presentándose las soluciones siempre en términos de estrategias técnicas y costoeficacia (32–36). A pesar de los imperativos lógicos que la impulsan, la integración de los subprogramas en las cuestiones relativas a la salud de la madre, el recién nacido y el niño y la salud reproductiva ha sido problemática desde hace tiempo (37–40). Los programas de salud verticales arraigados se resisten con frecuencia al cambio, y existe el temor (a menudo fundamentado) de que la transición hacia una integración de la gestión y los sistemas de información conlleve el riesgo de una pérdida de la capacidad institucional y técnica que sustentaba previamente sus actividades (28–40). Cuando se establecen programas integrados, éstos suelen traer consigo recursos humanos, fondos, logística y sistemas de seguimiento paralelos (28). Es justo reconocer que muchas veces ello ha ayudado a consolidar los sistemas de salud. No obstante, persiste en

### Recuadro 7.4 Enfoques sectoriales

Los documentos de estrategia de lucha contra la pobreza (DELP) aparecieron cuando comenzaban a aplicarse los «enfoques sectoriales» como mecanismos de coordinación y financiación para armonizar y reunir la asistencia para el desarrollo en torno a una reforma sectorial coherente (20, 22, 23).

Los asociados para el enfoque sectorial en un país – gobierno, sociedad civil y organismos donantes – asignan sus recursos a un programa colectivo de trabajo. Ello incluye la elaboración de políticas, el fortalecimiento de la capacidad y la reforma institucional, lo que se traduce generalmente en una combinación de descentralización, reestructuración de la administración pública y de los ministerios de salud, ampliación de las opciones de financiación de la salud y reconocimiento del carácter plural de los sistemas de salud (24). Los enfoques sectoriales se sustentan en la elaboración de planes de inversión a medio plazo y en los correspondientes mecanismos de financiación, adquisición, desembolso y contabilidad. La colaboración conlleva el desarrollo de procesos para negociar cuestiones estratégicas y de gestión, y el seguimiento y evaluación de los progresos respecto a criterios acordados (23, 25).

El reconocimiento por parte tanto de los donantes como de los gobiernos receptores de la necesidad de coordinar los recursos fue fundamental para la rápida aceptación de los enfoques sectoriales (26). Los donantes estaban, en teoría, dispuestos a sacrificar su perfil invirtiendo en fondos de asistencia al desarro-

llo comunes (o coordinados de otro modo), a cambio de una mayor influencia política y de la oportunidad de participar en la reforma sectorial. Los ministerios de salud locales obtuvieron la dirección, al menos nominal, de la colaboración, así como acceso a un fondo de recursos ampliado, aunque han perdido la ventaja táctica que habían acumulado anteriormente en negociaciones con organismos individuales (26, 27). Este reconocimiento simultáneo de la «propiedad» local de las reformas sectoriales y el compromiso tanto de los donantes como del gobierno de financiar las reformas necesarias es importante: señala un cambio en la forma de entender el desarrollo, pasando de la coordinación de los recursos a su gestión activa por una coalición de partes interesadas dirigida por el gobierno (28).

Aunque está claro que los resultados no siempre son satisfactorios, hay señales de que en la mayoría de los países que no progresan o sufren una involución se va a mantener la tendencia a utilizar estos mecanismos de colaboración y a optar por el apoyo presupuestario (29). Los DELP podrían aportar a los enfoques sectoriales un medio de unificación de las políticas que podría servir de referencia para la medición de los resultados de las reformas (18), y los procesos necesarios para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio son suficientemente complejos para reflejar los resultados globales de las reformas de los sistemas de salud coordinadas en el marco de los enfoques sectoriales.

Los enfoques sectoriales surgieron en parte como resultado de un descontento general con la eficacia de la asistencia al desarrollo basada en proyectos y con la fragmentación y falta de coordinación entre los donantes; la coordinación posibilitada por el enfoque sectorial permitió abordar este problema (23). No obstante, también influyó en el desarrollo de los enfoques sectoriales la experiencia acumulada por el Banco Mundial en sus procesos de ajuste estructural y macroeconómicos (19, 22). La combinación de estas estrategias brindó a los enfoques sectoriales la posibilidad de impulsar la reforma de todo el sector, con influencia colectiva y poder financiero suficientes para propiciar con los ministerios de salud cambios normativos a largo plazo.

La estructura de los enfoques sectoriales no siempre encaja bien con el perfil de asistencia al desarrollo de otros organismos bilaterales o no gubernamentales que están comprometidos con la salud de la madre, el recién nacido y el niño y que apoyan los valores que sustentan los enfoques sectoriales. Su capacidad de comprometerse con mecanismos de financiación comunes o procedimientos de seguimiento y evaluación compartidos puede verse limitada por leyes o normas reguladoras nacionales (30). Un dato crucial es que en muchos países hay organizaciones no gubernamentales que trabajan activamente en pro de la salud materno-infantil pero cuyo acceso a los mecanismos de gobierno de los enfoques sectoriales es habitualmente limitado.

estos programas una idea de selectividad y verticalidad que dificulta su integración en enfoques sectoriales globales.

La convergencia de los objetivos en pro de la salud de la madre, el recién nacido y el niño con los de la CIPD de El Cairo ha aportado una dimensión añadida. Los debates acerca de las políticas han adquirido una orientación más general, más politizada y más orientada a los derechos de las personas. Firmemente enraizados en una visión en la que los servicios públicos o cuasi públicos desempeñarían una función principal, hacen referencia de forma cada vez más explícita a los derechos de acceso a la atención sanitaria y a los sistemas de salud. En consecuencia, los defensores de la salud de la madre, el recién nacido y el niño han comenzado a combinar argumentos técnicos y de promoción. Así, la especificidad y focalización de los programas de SMRNN refuerza la imagen de verticalidad y atención a intereses especiales, pese a los intentos de integrarlos de forma más general en los sistemas de salud. Esto genera resistencia en los enfoques sectoriales, caracterizados por su filosofía integradora.

Mientras que los programas de SMRNN centran su atención en aspectos técnicos, las reformas de la atención de salud están impulsadas por imperativos económicos y administrativos transversales. Las operaciones de reforma se refieren al sector de la salud en su conjunto, y sus principales impulsores están acostumbrados a trabajar en el ámbito de los sistemas, tanto desde dentro de los sistemas de salud nacionales como desde fuera. Se centran lógicamente en algunos de los problemas sistémicos que limitan la eficacia de los sistemas de salud en los que se integran los programas de SMRNN, pero prestan una atención secundaria a las consideraciones relativas a aspectos técnicos y de prestación de servicios que son prioritarios para la SMRNN (13). Lo que es más importante, con frecuencia no se aborda de forma adecuada la articulación operacional entre las intervenciones de ámbito comunitario, la atención primaria y los servicios especializados de los hospitales, que constituyen la esencia de los sistemas regionales de salud y la organización de una continuidad asistencial.

La brecha entre el enfoque sistémico y el lenguaje administrativo de la reforma, la preocupación de los responsables de los distritos por la prestación de servicios sobre el terreno y el lenguaje de sensibilización utilizado para fomentar la salud de la madre, el recién nacido y el niño coloca a los defensores de ésta en una posición incómoda (31, 41). Los debates sobre estrategias tienen lugar en un medio altamente politizado, en el que los ministerios de salud compiten con otros ministerios que se interesan por aspectos de la salud, la planificación o la financiación; surgen tensiones entre los programas y los servicios integrados, y entre los hospitales y los servicios comunitarios; la planificación y elaboración de presupuestos centralizada choca con la autonomía de las periferias; y los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales compiten por los fondos de los donantes (42). La verdadera mancomunación de los recursos por medio de sistemas financieros gubernamentales es excepcional, incluso en los países donde se intenta aplicar este principio mediante mecanismos basados en enfoques sectoriales (43). A pesar de la retórica de colaboración y consenso en la fijación de prioridades compartidas, los programas de SMRNN con frecuencia intentan salvaguardar el apoyo que reciben por medio de la continuación de la financiación vertical por los donantes (44). Dada la naturaleza de las agendas institucionales, esto es probablemente inevitable en cierta medida (45). No obstante, el resultado final es que los programas de SMRNN siguen dudando a menudo de su capacidad para utilizar recursos sectoriales, mientras que los responsables sectoriales pueden tener la tentación de excluir esas actividades de sus preocupaciones principales. Mantener la salud de la madre, el recién nacido y el niño en el centro de una agenda política



P. Wiggers/WHO



A. Maak/WHO/PAHO

A fin de mejorar la salud de la madre, el recién nacido y el niño, es claramente necesario garantizar la continuidad asistencial desde el embarazo, pasando por el parto, hasta el periodo neonatal y la primera infancia.



R. Kameyama/WHO



WHO/PAHO

de desarrollo del sistema de salud resulta particularmente difícil para los gobiernos que han trabajado durante décadas con presupuestos escasos y cuyos sistemas de salud se componen de un conjunto de proyectos trabados entre sí. Estos países son precisamente los que se enfrentan ahora a los problemas más graves y progresan más lentamente, y también los más dependientes de los donantes y de los cambios de sus agendas.

### MANTENER EL IMPULSO POLÍTICO

Para lograr mejoras perdurables en materia de salud de la madre, el recién nacido y el niño se necesitan compromisos a largo plazo, bastante más dilatados que la vida de muchos responsables políticos. Países como Cuba, Malasia y Sri Lanka han obtenido resultados notables por medio de la ampliación paulatina, a lo largo de muchos años, de la cobertura de los sistemas de salud. Atravesaron diversas fases: sentaron las bases formando a agentes de salud profesionales, desarrollaron una red accesible de servicios primarios y especializados, y consolidaron los avances realizados mejorando la calidad de la atención (46); todo ello sumado a mejoras de las condiciones de vida y del estatus social de las mujeres (47). Dieron prioridad a redes de seguridad social amplias que aseguraron el acceso en condiciones de igualdad a la salud y la educación, proporcionando un amplio acceso a los servicios de salud, reduciendo las barreras de acceso a servicios fundamentales y proporcionando enseñanza primaria y secundaria a todos los niños (48). Incluso en algunos de los países más pobres de Latinoamérica, en los que las crisis monetarias, la debilidad de las instituciones, las desigualdades sociales y la pobreza continúan frenando los avances, se han dado éxitos notables en aquellos países que progresan hacia el acceso universal a la atención de salud.

Estos países tienen en común un compromiso a largo plazo: construir sistemas de salud a lo largo de muchos años, manteniendo la «voluntad política» y el «sentido de propiedad» (49–56). La mayoría de los analistas convendrían en que, si se desea movilizar los recursos institucionales, humanos y financieros necesarios para fortalecer el sistema de salud, previamente debe contarse con un grado razonable de estabilidad macroeconómica y política y de predecibilidad presupuestaria. En muchos de los países que tienen problemas para acelerar el avance hacia los ODM no se da esa condición previa. No obstante, sin un impulso político sostenido no es probable contar con una dirección eficaz, ya sea en el centro político donde se toman las decisiones sectoriales de carácter general, o en el ámbito operacional, en los distritos, donde se produce la interacción con la población.

¿Cómo se puede alentar a los dirigentes nacionales a que asuman su responsabilidad con las madres y los niños y tomen medidas para garantizar su derecho a la salud? Son bien conocidas las medidas técnicas y contextuales necesarias para mejorar la salud de las madres, los recién nacidos y los niños. En cambio, poco se sabe sobre lo que debe hacerse para lograr que los dirigentes políticos de un país las apoyen de forma continuada. La comunidad internacional sabe cómo incluir objetivos en la agenda política mundial – los ODM son prueba de ello –, pero queda mucho por aprender sobre cómo salvar la distancia entre la atención internacional y la adopción de medidas en los países, y sobre cómo mantener la atención de los responsables políticos durante el tiempo suficiente para lograr cambios efectivos.

Para que exista voluntad política se necesita contar antes que nada con información acerca de la magnitud, la distribución y las causas primeras de los problemas a los que se enfrentan las madres y los niños, así como sobre las consecuencias para el

capital humano y el desarrollo económico si no se abordan de forma eficaz. Existe una gran red internacional de defensores de la salud de la madre, el recién nacido y el niño que ha logrado grandes avances en la elaboración y la difusión de dicha información. Se ha progresado también considerablemente en el desarrollo de un conjunto de intervenciones, en la demostración de su costoeficacia y en la difusión de los conocimientos generados (10, 36). Por último, se ha puesto mucho empeño en resaltar la necesidad de aplicar de forma simultánea una amplia gama de intervenciones en los hogares, en las comunidades y por medio de dispensarios y hospitales.

Esta labor es importante y debe continuar. No obstante, al centrarse los debates acerca de la salud de la madre, el recién nacido y el niño en una amplia gama de medidas técnicas se ha generado la impresión de que se trata de una empresa compleja y costosa. Para atraer y mantener el interés de las autoridades responsables

## Recuadro 7.5 Reconstrucción de los sistemas de salud después de las crisis

Para poner en pie los sistemas de salud de distrito necesarios para la salud de la madre, el recién nacido y el niño, por no hablar de sus equivalentes en entornos más plurales, se requiere un grado razonable de estabilidad macroeconómica y política y un grado razonable de previsibilidad presupuestaria. En muchos de los países donde se percibe un estancamiento de los progresos, existen diversos factores de inestabilidad que hacen imposible la aplicación de enfoques sistemáticos y a largo plazo de desarrollo de la cobertura de los sistemas de salud y la coordinación de los esfuerzos por medio de enfoques sectoriales. En las emergencias complejas los esfuerzos deben centrarse inicialmente en la reparación; en poner el sistema en funcionamiento, no en su reforma.

Incluso en los países en crisis, muchos profesionales trabajan incansablemente sobre el terreno, a menudo sin sueldo alguno. El primer requisito para salir adelante es contar con dinero para poner las instituciones en funcionamiento: para permitir que quienes trabajan en ellas puedan alimentarse y evitar que tengan que recurrir a cobrar dinero a los usuarios o a hurtar material. Así, es preferible pagar sueldos dignos al personal sobre el terreno que traer a voluntarios: en estas situaciones no es tan importante la sostenibilidad como impedir que desaparezca el sistema de salud pública básico.

A menudo, la mayor prioridad es establecer islas institucionales que proporcionen de forma confiable servicios fundamentales, como almacenes de suministros médicos y hospitales, aunque esta prioridad pueda en ocasiones contraponerse a la necesidad urgente de poner en marcha programas de vacunación de la población general. Los esfuerzos no se deben diluir,

sino que deben concentrarse en los aspectos cuyo umbral de funcionamiento básico pueda mantenerse o restablecerse. En la planificación de la reconstrucción, lo mejor es establecer metas a corto plazo, como el ciclo de 90 días que se aplica en Liberia o Darfur (Sudán), en el que participan organizaciones no gubernamentales y organismos de ayuda humanitaria, y trabajar directamente con las redes de servicios periféricos.

En la fase de recuperación posterior a la crisis la situación cambia, y debe realizarse una difícil transición del socorro al desarrollo, en un contexto en el que diferentes prioridades compiten por unos recursos escasos. La prestación de servicios mínimos de salud en zonas rurales exige el fortalecimiento inmediato de la red de atención de salud y, fundamentalmente, de su personal.

La recuperación de Mozambique tras años de guerra pone de manifiesto que la financiación de los gastos fijos, la planificación descentralizada y el fortalecimiento de la base de información, incluso en los peores momentos de una crisis, pueden valer la pena. Estas medidas pueden constituir el punto de partida para racionalizar las corrientes de ayuda, y allanar el camino para poner en marcha una planificación integrada y enfoques sectoriales progresivos. A menudo, el desembolso de la ayuda para la reconstrucción tras un conflicto es lento, y no se corresponde con la capacidad de movilización del propio sector de salud pública de esos países. Las corrientes de ayuda son particularmente importantes para el mantenimiento de la atención primaria y de los servicios de atención a la madre, el recién nacido y el niño. Los actores internacionales cuentan con un poder desproporcionado en estas circunstancias. Pero la transición del

socorro al desarrollo es particularmente difícil: las estructuras administrativas públicas son muy débiles, de modo que lleva tiempo restablecer las relaciones que permiten canalizar los fondos al sector sanitario.

Camboya, recuperándose de la gran mortandad infligida a su personal de salud por los jermes rojos, introdujo a comienzos de los años ochenta programas acelerados de capacitación para mejorar la capacidad del sector. Cuando se introdujeron reformas sectoriales, su personal sanitario era demasiado numeroso y estaba insuficientemente cualificado y mal distribuido. La conversión de enfermeras en médicos erosionó el nivel de competencia en enfermería. Con apoyo de los donantes, se introdujeron en la formación de enfermería diversos cambios que llevaron a cancelar un programa de un año de capacitación primaria en partería y a implementar un programa de posgrado en esa materia que serviría para reforzar la actual concentración de parteras en zonas urbanas, donde la práctica privada permite obtener atractivos ingresos adicionales (62, 63). El Ministerio de Salud de Camboya, aunque consciente de que se enfrenta a un dilema de gran importancia, no ha podido elaborar una respuesta estratégica eficaz para corregir ese problema.

La rápida restauración de unos servicios de salud de calidad aceptable es responsabilidad de unos ministerios de salud que carecen de los recursos necesarios. En estas circunstancias, la expansión de la red para atender a zonas remotas es mucho más lenta y más cara de lo habitual. Si al tomar decisiones de inversión se subestiman los gastos fijos, se pone en peligro la sostenibilidad del sector a largo plazo.

de las políticas, el debate debe articularse en otros términos. Las autoridades de los países deben percibir los programas como formas eficaces y asequibles de abordar problemas bien conocidos, pero también como un conjunto de medidas que interesa a numerosas personas y proporciona impulso político.

El proyecto común que puede aunar los intereses y preocupaciones de los programas de SMRNN, así como los de los dirigentes sectoriales y dispensadores de atención de salud, es el acceso universal a la atención de salud para las madres y los niños, integrado en una estrategia general de acceso universal para toda la población. La presentación de la SMRNN en términos de avance hacia el acceso universal a la atención de salud no es sólo una cuestión semántica: integra la salud de las madres, los recién nacidos y los niños en un proyecto político más amplio y sencillo que se percibe cada vez más como una aspiración legítima y es objeto de un debate social amplio acerca de la respuesta a la demanda social de protección de la salud de todos los ciudadanos.

## REHABILITACIÓN DEL PERSONAL LABORAL

### Algo más que una cuestión de cifras

Para proporcionar acceso universal se necesita una fuerza de trabajo profesional viable y eficaz. Sin embargo, conforme ha aumentado la demanda y han surgido más formas de proporcionar tratamientos y medidas de prevención eficaces en respuesta a unas necesidades y demanda crecientes, el número y la cualificación de los profesionales no han crecido en igual medida, ni tampoco las infraestructuras asociadas. De hecho, en las dos últimas décadas muchos países han sufrido crisis económicas y financieras que han desestabilizado y debilitado a la población activa. La consiguiente crisis de recursos humanos afecta a todos los tipos de actividades de atención de salud, y en particular a los programas de SMRNN. Esta crisis viene preocupando seriamente desde hace tiempo a los profesionales sanitarios sobre el terreno, así como a los funcionarios de los ministerios de salud, pero el problema ha resultado tan difícil de resolver que la comunidad internacional no comenzó a reconocer su existencia de forma explícita hasta finales de los años noventa.

Las manifestaciones más visibles de ello son las situaciones extremas de escasez y desequilibrio que afectan a la distribución de los agentes de salud. La producción insuficiente, los recortes de personal y los límites a la contratación impuestos por las políticas de ajuste estructural y de estabilización fiscal, la congelación de salarios y la huida hacia el sector privado, la emigración y el VIH/SIDA son factores que dificultarán extraordinariamente la reducción de la escasez de oferta durante años (57–61). Por ejemplo, para el incremento de las necesidades de salud de la madre, el recién nacido y el niño que se prevé en los capítulos 5 y 6, se deberá formar en los próximos 10 años como mínimo a 334 000 nuevas parteras (o profesionales con conocimientos prácticos de partería), y reclasificar en puestos de categoría superior a otras 140 000. Unos 27 000 médicos y técnicos deberán asimilar los conocimientos necesarios para proporcionar servicios de apoyo en la atención a las madres y los recién nacidos, y el equivalente a 100 000 profesionales polivalentes a tiempo completo (muchos más en los escenarios que no dependen tanto de los trabajadores sanitarios comunitarios) tienen que aprender a proporcionar servicios de atención pediátrica integral como complemento de la atención a las madres y los recién nacidos.

Al parecer, muchos países han experimentado, además de la escasez de profesionales, un deterioro de su eficiencia. La población cuenta con que los profesionales

sanitarios tienen aptitudes, conocimientos y competencia en SMRNN de los que con frecuencia carecen, con el consiguiente peligro para la vida de las personas. Puede mejorarse la eficacia de la plantilla actual de trabajadores mediante su reclasificación, pero sus conocimientos son tan escasos y la combinación de aptitudes tan inadecuada, que existen pocas posibilidades de clasificación en puestos de categoría superior. La capacitación y supervisión en el trabajo se consideran generalmente instrumentos fundamentales para mejorar los resultados, pero son muy escasos los enfoques que han demostrado su costoeficacia para mejorar la competencia profesional, en particular en situaciones en las que los trabajadores cuentan con escasa formación anterior y las condiciones de trabajo son inadecuadas. La situación puede ser menos crítica en el caso de la atención infantil, pero en muchos lugares gran parte de los trabajadores no alcanzan el nivel mínimo de competencia profesional necesario para proporcionar una atención eficaz y segura a las madres y los recién nacidos. Es sin duda fundamental que los nuevos profesionales que ayuden a paliar el déficit alcancen ese nivel mínimo de competencia.

La planificación es un requisito esencial para corregir los déficit y para mejorar la combinación de especialidades y el entorno de trabajo; como lo es también el fomento de la capacidad institucional de gestión de los recursos humanos en el sector de la salud. Pero no basta con planificar: los problemas actuales requieren soluciones a corto plazo. Los países en desarrollo y los países en transición han sufrido con frecuencia avatares que han dificultado un desarrollo coherente de la población activa. Los problemas surgidos tras años de descuido requieren atención inmediata, al tiempo que planificación y reformas para el futuro (véase el recuadro 7.5). Estos problemas inmediatos y espinosos incluyen las condiciones de trabajo y empleo en el sector público, y las distorsiones que ello produce en el comportamiento y la productividad de los profesionales sanitarios.

### Recuperación tras el legado de desatención

En muchos países se tilda a los profesionales del sector público de «improductivos», «poco motivados», «ineficientes», «poco amables con los pacientes» o incluso «corruptos». Se aduce que los salarios «injustos» son la causa de prácticas predatorias «inevitables» y de la fuga de cerebros del sector público al privado (64). Esta situación ha socavado los contratos psicológicos y sociales implícitos que sustentan los valores de servicio a la población que rigen el buen funcionamiento de las organizaciones públicas (65). La mayoría de los observadores convendrían en que los salarios del sector público son, con frecuencia, claramente injustos e insuficientes para los gastos cotidianos básicos, no digamos para cumplir las expectativas de los profesionales de la salud. En muchos países han disminuido en términos reales durante los pasados decenios. Por ejemplo, en Mozambique las enfermeras han visto como el poder adquisitivo de sus salarios disminuía en un 85%–90% en los últimos 15 años. En tal situación, cabe esperar que exista falta de motivación, escaso compromiso general y una baja productividad.

No es de extrañar que, para compensar esos salarios poco realistas, el personal sanitario recurra cada vez más a estrategias individuales de subsistencia a fin de aumentar sus ingresos; por ejemplo, compitiendo por acceder a seminarios o cursos de capacitación que ofrecen dietas atractivas, o practicando el pluriempleo (64, 66, 67). Muchos combinan el trabajo asalariado en el sector público con una clientela privada que paga por servicio prestado. Otros no acuden al trabajo para poder obtener ingresos de otra manera, o recurren a prácticas predatorias como la obtención de

pagos bajo mano o el hurto de medicamentos u otros productos. Cada vez se conocen mejor los problemas que generan estas prácticas, pero el asunto sigue siendo tabú para muchos ministerios de salud y organismos de desarrollo (68).

El recurso de los trabajadores del sistema de salud al pluriempleo para mejorar sus condiciones de vida – o simplemente para poder subsistir – no tiene por qué interferir necesariamente en sus funciones; puede incluso contribuir a mantener a profesionales valiosos en la administración pública. No obstante, en la mayoría de las ocasiones conlleva al menos una limitación del tiempo dedicado al sector público y una pérdida de recursos, a la vez que refuerza la fuga de los trabajadores mejor formados y más competentes del ámbito rural al urbano y del sector público al privado. Esto, a su vez, refuerza el atractivo de un «trabajo complementario» que al cabo de poco tiempo, además de proporcionar mayores ingresos, resulta atractivo profesionalmente y reporta más prestigio social.

Cuando los trabajadores del sistema de salud recurren a prácticas predatorias, las consecuencias son aún más graves. La explotación económica de los pacientes crea una barrera que limita el acceso a la atención de salud y puede tener efectos catastróficos para los enfermos si éstos se ven obligados a pagar por servicios que no necesitan o que no son eficaces, pero sí caros. A largo plazo, ello afecta a la legitimidad y credibilidad del sector público y mina la relación esencial de confianza entre usuarios y proveedores.

Fingir que el problema no existe, o que se trata de una cuestión que afecta únicamente a la moral individual, supone tergiversar la naturaleza y magnitud de la difi-cultad y no la elimina. Tampoco suele funcionar la táctica de prohibir el pluriempleo, menos aún si los salarios son manifiestamente insuficientes. La aplicación aislada de normas restrictivas, en los casos en que no se salda con su claro incumplimiento, no hace sino desviar el pluriempleo hacia la economía sumergida y dificultar la corrección de sus efectos negativos. A pesar de ello, muchos gobiernos recurren a la prohibición como principal medida de control del pluriempleo. Otra medida decepcionante es la reducción del número de trabajadores (con la intención de repartir el dinero destinado a salarios entre menos personas y aumentar los ingresos individuales de los que permanecen). Estas iniciativas con frecuencia generan tanta resistencia que no llegan a aplicarse. Cuando se logra una reducción efectiva de la plantilla, pocas veces supone un aumento sustancial de los salarios, de manera que el problema no desaparece y la capacidad del sistema de salud pública para cumplir su función queda aún más mermada.

Por otro lado, considerando la diferencia entre sus salarios y los que podrían percibir en otros empleos, es sorprendente que muchas personas permanezcan en el sector público. Existen sin duda otros incentivos: la responsabilidad social, la realización personal, la satisfacción profesional, las condiciones de trabajo y el prestigio (69). De hecho, la mayoría de los trabajadores del sistema de salud condenan, de forma implícita o explícita, el pluriempleo y las prácticas predatorias, aunque a veces esgrimen diversas explicaciones y justificaciones. Con frecuencia, la imagen de funcionarios públicos honrados y amantes del trabajo bien hecho que tienen de sí mismos los trabajadores sanitarios choca con la dura realidad cotidiana, y los funcionarios se ven empujados a traicionar esa imagen. El claro malestar que ello provoca resulta esperanzador, dado que sugiere que, incluso en circunstancias difíciles, los funcionarios públicos no han interiorizado como norma las prácticas alejadas de la deontología tradicional. Esta ambigüedad lleva a pensar que cualquier medida encaminada a atenuar la erosión de la probidad profesional será bien acogida (70).

Un enfoque gradual que combine varias medidas – posibilidades de mejora profesional, perspectivas de formación y otras – puede mejorar considerablemente el entorno de trabajo. Para abordar estas situaciones es necesario afrontar el problema de forma abierta: es la única manera de crear la posibilidad de contener y desalentar las actividades generadoras de ingresos que suponen un conflicto de intereses, y de favorecer las soluciones ad hoc menos perjudiciales para el funcionamiento de los servicios de salud. Además de reducir al mínimo los conflictos de intereses, un debate abierto puede reducir la sensación de injusticia entre colegas. Puede ayudar a crear un medio social favorable a una práctica profesional exenta del clientelismo y la arbitrariedad de que adolece el sector público en muchos países. Por ejemplo, la influencia de los compañeros de profesión, ejercida por medio de asociaciones profesionales, puede contribuir a mejorar la responsabilidad profesional, sobre todo si se percibe que aumenta la reputación y el estatus públicos (71). Esto permite gestionar los recursos humanos de una forma más transparente y predecible. Hay indicios de que las generaciones más recientes de profesionales tienen expectativas más modestas y son suficientemente realistas para percibir que el mercado del pluriempleo es finito y está ocupado en gran medida por las generaciones anteriores. Así, hay lugar para introducir sistemas de incentivos conformes con los objetivos sociales del sistema de salud (72).

Por ejemplo, la introducción de compensaciones económicas por trabajar en zonas deprimidas, en un contexto que proporcione un sentido claro de finalidad y el reconocimiento necesario, puede ayudar a reinstaurar los valores perdidos de servicio público. Lo mismo ocurre con la introducción de incentivos económicos ligados a la productividad. Estas medidas pueden, en principio, solucionar uno de los principales inconvenientes del pluriempleo: el menor tiempo dedicado al trabajo en la administración pública como consecuencia de la competencia que supone el trabajo complementario. No obstante, estos enfoques exigen burocracias eficaces y transparentes, de manera que a priori resultan más difíciles de aplicar a gran escala en los países donde más necesarios son.

### Desestabilización con la mejor intención

Las diferentes estrategias empleadas por el personal sanitario para afrontar sus dificultades económicas – pluriempleo, prácticas predatorias u otras estrategias defensivas – se ven agravadas por las intervenciones de los donantes en los mercados de trabajo de los países en desarrollo. Con frecuencia, estas intervenciones han fracturado la fuerza de trabajo, fomentando reformas estructurales o creando programas que no tienen en cuenta las relaciones existentes entre empleador y empleado. El resultado son unos trabajadores que no están disponibles para asumir sus tareas básicas y que carecen de solidaridad, resistencia y recursos para aceptar nuevos retos (61).

En los últimos años ha aumentado la concienciación acerca del problema entre los organismos de desarrollo internacional. Además, éstos han empezado a modificar sus prácticas de contratación para ayudar a reducir al mínimo la fuga de cerebros que supone su acaparamiento de los profesionales más competentes y productivos de los ministerios de salud. Muchos organismos de desarrollo aplican, al menos en teoría, políticas de contratación que sólo distraen al personal de la administración pública de sus responsabilidades básicas para tareas de corta duración, dejando que regresen a sus puestos antes de que su ausencia afecte a sus funciones públicas (73). No obstante, los donantes son también asociados fundamentales para buscar soluciones: el diálogo sobre políticas entre los donantes y el gobierno es particularmente importante para apoyar una buena gobernanza y el fortalecimiento de la capacidad. Además de

brindar una oportunidad para documentar y analizar las prácticas óptimas, ese diálogo puede sensibilizar a los reformadores y a los defensores de la SMRNN respecto a la repercusión del desarrollo de los programas en las circunstancias específicas en que actúan los profesionales de la salud.

La crisis profunda en que están sumidos estos profesionales en muchos países exige una planificación a largo plazo y reformas estructurales, así como medidas administrativas inmediatas. Los países deben encontrar para sus problemas de recursos humanos soluciones ajustadas a sus circunstancias particulares, su cultura política y su capacidad económica. Sin embargo, la creación de una base mundial de información sobre las prácticas óptimas sería una ayuda para los donantes y los gobiernos, que podría influir en su análisis y resolución de los problemas y en la evaluación de las posibles consecuencias – intencionadas o no – para los profesionales de las medidas destinadas a abordar los problemas de salud y desarrollar los sistemas de salud. Se les puede ayudar así a enfrentarse a los problemas que ocasionan el pluriempleo y la fragmentación del sistema de atención de salud antes de que estos problemas se enquisten en la cultura del servicio público (74).

### Resolver el problema de los salarios

Si no se pone remedio al problema, lo más probable es que la inversión en personal laboral no aumente sino que disminuya (75), haciendo así peligrar la esperanza de mejorar la salud de las madres, los recién nacidos y los niños. No hay forma de obviar el hecho de que los salarios bajos y las condiciones de trabajo deficientes son factores disuasivos para los profesionales del sector público. Deberán idearse fórmulas sostenibles para ofrecer una remuneración competitiva e incentivos que atraigan, motiven y retengan a los profesionales sanitarios competentes y eficaces.

Se trata de una empresa de gran dificultad. Con las remuneraciones actuales, el aumento de los fondos destinados a salarios necesario para la ampliación de la cobertura prevista en los capítulos 5 y 6 asciende a US\$ 35 000 millones a lo largo del decenio próximo. Particularmente importante en los países en los que está disminuyendo el número de profesionales de la salud, la brecha entre los salarios de estos profesionales y sus expectativas, así como la que les separa de lo que podrían ganar en el sector privado, en otro empleo o emigrando a países más ricos, es a menudo enorme. En los países de ingresos medios, los médicos y los gestores del sistema de salud pueden obtener fácilmente mediante una pequeña consulta privada ingresos equivalentes al triple de su salario; en los países de ingresos bajos esa práctica puede rentarles ingresos seis o siete veces superiores a su salario (69). En Tailandia, un complejo sistema de incentivos no logró reducir la diferencia entre los salarios de los médicos en el sector público y los ingresos provenientes de su actividad en el sector privado, pero fue suficiente para retener a los médicos que ejercían en zonas rurales. No obstante, hubo que multiplicar el salario básico por un factor de cuatro a cinco, mientras que los salarios del personal de enfermería se incrementaron en un 70% (76, 77). En el Brasil, la multiplicación de los salarios por un factor de dos o tres tuvo cierto efecto de retención del personal, pero sigue considerándose insuficiente (78). En Camboya, los salarios y complementos deben multiplicarse por entre ocho y diez para absorber el aumento del costo de la vida (79). En Georgia, se ha sugerido que los salarios y complementos deberían multiplicarse por cinco en los próximos años. No existe una regla sencilla y generalizable para determinar cuánto deben aumentarse los salarios del personal de salud en los países pobres para que alcancen niveles justos y competitivos, debido a que la situación varía mucho de unos países a otros.

No obstante, puede afirmarse de forma taxativa que en muchos de los países donde el avance hacia los ODM es decepcionante se deben aplicar urgentemente aumentos sustanciales.

Esto significa que, de los costos adicionales previstos para la mejora de la SMRNN (US\$ 91 000 millones), la parte destinada a salarios y otras prestaciones (US\$ 35 000 millones) es muy inferior a la necesaria para contratar, retener y redistribuir al personal en los 75 países para los que se desarrollaron escenarios de expansión. Incluso un intento de reducir la brecha de remuneración duplicando o hasta triplicando la suma total de los fondos destinados a los salarios y prestaciones del personal laboral podría ser insuficiente para atraer, retener y redistribuir a trabajadores cualificados. Pero ese esfuerzo supondría un aumento del 2% del gasto público actual en salud, que al cabo de 10 años se habría convertido en un 17%, únicamente para aumentar la remuneración del personal que trabaja en la SMRNN hasta niveles más justos. Se trata, evidentemente, de un reto de tal magnitud que la mayoría de los países pobres no pueden afrontarlo sin ayuda.

El compromiso de colaboración que suponen los enfoques sectoriales puede permitir avanzar hacia una mayor coherencia entre el salario y las condiciones que ofrecen los ministerios de salud, los donantes y las organizaciones no gubernamentales, pero se trata sólo de una solución parcial. Por sí solo, un aumento de salario no restablecería automáticamente el sentido de finalidad requerido para que los servicios públicos funcionen correctamente (75). Los profesionales de la salud deben poder confiar en que las mejoras no serán parches provisionales, sólo para resolver el problema a corto plazo. Debe proporcionárseles una garantía clara, predecible y perdurable de que trabajar para el sector de la salud será gratificador, no sólo en términos de condiciones de vida, sino también social y profesionalmente. Para ello, será necesario replantear en su totalidad el sistema de financiación del sector de la salud, a fin de garantizar su estabilidad a largo plazo.

## PROTECCIÓN FINANCIERA PARA GARANTIZAR EL ACCESO UNIVERSAL

La provisión de fondos es el requisito imprescindible en el que se basan la planificación de la atención de salud de la madre, el recién nacido y el niño y la solución de la crisis de los recursos humanos, cosa que los donantes y los gobiernos suelen resistirse a reconocer (80–82). Sin embargo, para garantizar el acceso universal a la atención de salud de las madres, los recién nacidos y los niños no basta con aumentar la prestación de servicios y pagar a los proveedores de asistencia. Para que los servicios se utilicen, es necesario reducir o eliminar las barreras económicas al acceso y debe proporcionarse a los usuarios una protección económica predecible frente a los costos ocasionados por la atención recibida. El acceso universal debe ir acompañado de protección financiera (83): sólo así podrá garantizarse una prestación de servicios de salud universal, basada en las necesidades de las personas y no en su capacidad económica, y la protección de los hogares y las personas frente a las dificultades económicas o el empobrecimiento.

Existen esencialmente dos opciones generales para lograr eso: un sistema basado en los impuestos generales, o un sistema de seguro social de enfermedad. Ambos proporcionan protección frente al riesgo financiero y promueven la igualdad mediante el pago anticipado de los costos de atención de salud y la mancomunación de los riesgos para la salud. La diferencia más evidente entre los dos sistemas es la forma de recaudar los fondos. En los sistemas basados en la recaudación de impuestos,

la principal fuente son los ingresos fiscales generales; con esos fondos el gobierno compra o presta servicios de salud. En los sistemas de seguro social de enfermedad, los fondos para la atención de salud se obtienen directamente de los trabajadores por cuenta ajena, de los autónomos, de las empresas y de los gobiernos, con carácter obligatorio. Ambos pueden denominarse sistemas de seguros, ya que combinan las contribuciones de un gran número de personas: la diferencia es que en los sistemas basados en la recaudación de impuestos el seguro es implícito, mientras que en el sistema de seguro social de enfermedad es explícito. Existen también sistemas mixtos: la organización de la protección económica de parte de la población se cubre mediante un sistema tributario, mientras que otros grupos de población están cubiertos por diversos tipos de seguro médico u otras formas de protección social.

Sea cual sea el método de organización del sistema de financiación de la atención de salud, es importante tener en cuenta dos condiciones: en primer lugar, que no se excluya en último término a ningún grupo de población; y, en segundo lugar, que los servicios de salud de la madre, el recién nacido y el niño formen parte del conjunto de servicios a los que los ciudadanos tienen derecho, y que el sistema elegido financie ese derecho de forma coherente. Si se cumplen estas condiciones, la cuestión de si los servicios son prestados por empleados del sector público o bien contratados a proveedores del sector no lucrativo independientes del gobierno o a otros proveedores privados resulta secundaria. En realidad, la mayoría de los países disponen de sistemas de prestación de atención de salud plurales. La elección, en cada momento, del equilibrio óptimo depende de las circunstancias específicas, la experiencia y la historia. Siempre que la organización del sistema de financiación de la salud garantice a toda la población la satisfacción, de forma equitativa, de sus derechos en materia de salud, la organización de la prestación de atención sanitaria en los sistemas plurales no es una cuestión de principios, sino de vigilancia cuidadosa de los efectos positivos y negativos, y de negociación y regulación.

Con el tiempo, la mayoría de los países tienden a ampliar los sistemas de prepago y de mancomunación y avanzar hacia la protección financiera universal, ampliando paralelamente sus redes de prestación de atención de salud. No obstante, la evolución desde una situación de provisión limitada de servicios, pagos directos elevados y exclusión de los pobres a una situación de acceso universal y protección financiera puede llevar años. En función del grado de desarrollo económico y de los diferentes contextos sociales y políticos, los países tienen problemas diferentes y pueden recurrir a otros sistemas para reforzar la provisión de servicios y el acceso a los mismos. Pueden cobrar honorarios a los usuarios, o aplicar diversos sistemas de prepago y mancomunación para grupos de población seleccionados.

### Sustitución del cobro de honorarios por el prepago, la mancomunación y la refinanciación del sector

Los países más pobres, en los que numerosas personas no tienen acceso a la atención de salud, suelen carecer de sistemas de protección financiera. La provisión limitada de servicios «gratuitos» se basa habitualmente en el cobro de impuestos y cuenta con fondos insuficientes. Según las estimaciones actuales, en esos países las sumas desembolsadas directamente por los usuarios son de dos a tres veces superiores al gasto total realizado por los gobiernos y los donantes; una parte sustancial de estos gastos directos revierte en proveedores comerciales o corresponde al pago de honorarios informales. Estos últimos se han convertido en un gran obstáculo que ha impedido

el acceso de los pobres a los escasos servicios públicos, y su carácter impredecible refuerza la renuencia de éstos a solicitar atención médica.

Los pagos directos destinados a la provisión de servicios públicos rara vez aumentan de forma sustancial los fondos con los que cuentan estos servicios. En algunos casos, la introducción del cobro de honorarios a los usuarios se ha visto acompañada por una mejora de la calidad de los servicios, la eliminación de los honorarios informales y un sistema de cobro de honorarios transparente; los ingresos así obtenidos han permitido revitalizar servicios moribundos. No obstante, incluso en esos casos, los inconvenientes superan a las ventajas: en la mayoría de los países, por ejemplo en Kenya, Papua Nueva Guinea, la República Unida de Tanzania y otros países, la introducción del cobro de honorarios a los usuarios ha generado un aumento de la exclusión y una reducción del uso de los servicios de salud de la madre, el recién nacido y el niño por los grupos de población más pobres.

Los esfuerzos por mitigar la exclusión que conlleva la introducción del cobro de honorarios a los usuarios han sido decepcionantes. Los sistemas de exención para los pobres pocas veces funcionan, en parte por los dilemas a los que se enfrenta el personal cuando repara en que las exenciones que aprueba reducen directamente los ingresos del servicio de salud o sus propios ingresos. Los principales beneficiarios de los sistemas de exención – que incluyen al personal y a los familiares de los centros de salud – con frecuencia pueden pagar los honorarios (84). Para reducir los conflictos de intereses, algunos países, como Camboya, están experimentando con fondos cofinanciados por donantes clave y mantenidos en custodia por organizaciones no gubernamentales locales, independientes de los servicios de salud, que deciden a quiénes aplicar la exención (85). No obstante, con frecuencia más del 30% de los usuarios cumplen los requisitos para la exención, por lo que esta solución plantea graves dudas sobre su sostenibilidad. Una opción alternativa a los sistemas de exención son los préstamos. En Sierra Leona se han puesto en práctica sistemas piloto de préstamos para sufragar los costos asociados al parto (86). Los sistemas de préstamos permiten devolver la cantidad desembolsada durante un periodo más largo, con cuotas de reembolso progresivas y sin intereses. Se han logrado algunos éxitos iniciales, pero la ejecución exige un fuerte liderazgo y movilización de la comunidad, y no se tiene noticia de una expansión de la experiencia a una escala significativamente mayor.

Por lo general, la introducción de sistemas de cobro de honorarios a los usuarios no supone una solución viable al problema de la falta de fondos que sufre el sector de la salud: institucionaliza la exclusión de los pobres y no acelera el progreso hacia el acceso universal y la cobertura económica. No obstante, la eliminación de los sistemas existentes de cobro de honorarios a los usuarios no es una panacea: debe ir acompañada, desde el primer día, de cambios estructurales y de una refinanciación de los servicios de salud. El Gobierno de Sudáfrica, por ejemplo, ha eliminado el cobro de honorarios a los usuarios de la atención materno-infantil, en un enfoque dirigido a grupos específicos para reducir las desigualdades en materia de salud. Esta medida ha supuesto un aumento del uso de los servicios de salud prenatales e infantiles, pero también ha generado resistencia por parte de los dispensadores de salud, cuya carga de trabajo ha aumentado sin un aumento correspondiente en las prestaciones o el apoyo recibidos. Los trabajadores del sistema de salud expresaron su preocupación por la prestación de servicios superfluos, la venta de medicamentos gratuitos en los centros de salud y la inmigración desde países vecinos. Sin otras reformas estructurales necesarias – aumento de los servicios disponibles las 24 horas, mejora de la

provisión de medios y la derivación de casos, desarrollo de los medios técnicos y una nueva actitud con los pacientes —, las ventajas obtenidas por la eliminación de las barreras económicas pueden no ser suficientes por sí mismas (87). Si no se modifica el sistema de financiación de los servicios de salud y no se introducen mecanismos de protección económica, la eliminación de los sistemas existentes de cobro de honorarios a los usuarios no hace sino empeorar la situación.

## Recuadro 7.6 El necesario apoyo a la participación de la sociedad civil

En mayo de 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la primera estrategia de la OMS para acelerar los progresos en materia de salud reproductiva (94). En ella se recomiendan actuaciones en aspectos clave, que comprenden la movilización de la voluntad política como requisito para fortalecer con éxito la capacidad de los sistemas de salud; la fijación de las prioridades correctas; la creación de marcos legislativos y reguladores propicios; y el fortalecimiento del seguimiento, la evaluación y la rendición de cuentas.

La experiencia de Bangladesh a mediados de los años noventa demuestra que resulta muy provechoso invertir tiempo y dinero en movilizar a las partes interesadas; si no es así, las repercusiones pueden ser graves.

Bangladesh formuló su primera estrategia sectorial de salud y población en 1996 (95), y en 1998 formuló un programa sectorial de salud y población de cinco años (96). El país se marcó como meta principal la «mejora de la salud de las mujeres, los niños y los pobres» y destinó alrededor del 60% del presupuesto nacional de salud a un conjunto de servicios esenciales que se proporcionarían por medio del sistema de atención primaria. Los servicios se centraron en la atención de salud reproductiva: maternidad sin riesgo, incluida la expansión de la atención obstétrica de urgencia; planificación familiar; prevención y control de las infecciones del aparato reproductor y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA; nutrición de la madre; regulación menstrual y manejo de las complicaciones de los abortos practicados en condiciones de riesgo; atención a adolescentes; y atención a los problemas de infertilidad y a los recién nacidos.

El programa sectorial introdujo importantes cambios estructurales: unificación del personal de salud y planificación familiar bajo una dirección única para proporcionar servicios esenciales integrados; planificación, gestión y financiación sectoriales; participación de la comunidad y los interesados en la formulación, ejecución y seguimiento de las políticas y los programas; descentralización de los servicios de salud y autonomía en la gestión de los hospitales; alianzas con organizaciones no gubernamentales e integración de cuestiones relativas a la mujer.

Los gobiernos y los donantes internacionales convinieron en que la sociedad civil debía participar en la fase de diseño para generar el consenso que exigen los cambios estructurales. Asignaron, en consecuencia, tiempo, fondos y personal para trabajar con la sociedad civil durante casi dos años. El grupo especial sobre la participación de la comunidad y los interesados organizó consultas en todo el país con 34 grupos de interesados, como usuarios y proveedores de servicios, mujeres, adolescentes y poblaciones indígenas, asociaciones de profesionales y organizaciones no gubernamentales, y medios de comunicación (97).

La notable participación de la sociedad civil en la formulación del programa ayudó a conseguir el respaldo de los máximos dirigentes políticos de un nuevo gobierno: Bangladesh modificó sus prioridades e inversiones en políticas de salud, pasando de focalizarse en la planificación familiar a prestar servicios completos de salud sexual y reproductiva. Progresaron considerablemente la programación sectorial y la unificación del personal inferior de salud y planificación familiar, así como diversas iniciativas del programa, y mejoraron los indicadores de resultados: la tasa de mortalidad materna (de 4,1 a 3,2 por 1000 nacidos vivos); la tasa de fecundidad (de 3,3 a 2,9 en mujeres de 15 a 49 años); la tasa de malnutrición grave (de 20,6% a 12,9%); la tasa de mortalidad de menores de cinco años (de 96 a 83 por 1000 nacidos vivos); la cobertura de atención prenatal (de 26,4% a 47,5%); y la cobertura de las necesidades de atención obstétrica esencial (de 5,1% a 26,5%) (98).

Para planificar y dirigir un proceso de consultas continuadas durante la ejecución del plan, el gobierno creó un comité nacional que a su vez creó 25 comités de interesados directos de comunidades de diferentes regiones del país, cuya función era actuar como «grupos de vigilancia de la salud». No obstante, a diferencia de lo ocurrido durante la fase de diseño, no se priorizó, financió ni reconoció oficialmente el proceso de consultas. Los dos primeros exámenes anuales del programa no organizaron

los diálogos con los interesados que se habían acordado previamente.

Esto dejó el programa en una situación de vulnerabilidad cuando hubo un cambio de gobierno. Los contrarios a la reforma, particularmente el *lobby* contrario a la planificación familiar, convencieron al nuevo gobierno para que rechazara el componente fundamental: el suministro de servicios integrados de salud sexual y reproductiva por medio de la unificación del personal de salud y de planificación familiar. En consecuencia, la ejecución del programa se interrumpió y en 2003 el gobierno anuló la decisión de unificar al personal (99). Los donantes protestaron e interrumpieron temporalmente la entrega de ayuda, pero sus quejas cayeron en saco roto. Excluidas del proceso sistemático de consultas desde 1999, las alianzas de la sociedad civil prácticamente han desaparecido. Ahora habrá que comenzar a reconstruir la cooperación local partiendo casi de cero.

De la experiencia de Bangladesh pueden extraerse varias conclusiones (50). La primera es que los cambios de política deben contar con una base de apoyo popular. En Bangladesh, formaban parte de la base de apoyo organizaciones no gubernamentales y de mujeres, y estas organizaciones forjaron alianzas más amplias para adquirir peso político. La segunda es que el fomento de la cooperación local y la creación de alianzas requieren una financiación continuada, no sólo para la promoción, sino también para el desarrollo de capacidad. La tercera es que, para que la movilización sea creíble y sostenible, es mejor delegar su dirección en las organizaciones de la sociedad civil. La cuarta es que los vigilantes principales — los gobiernos y los donantes — deben conceder a las organizaciones de la sociedad civil pertinentes acceso a los procesos de toma de decisiones, e implicarlas en la elaboración de políticas y en la ejecución y seguimiento de los programas. Es la única forma de lograr que la voluntad política se mantenga durante el tiempo suficiente para sobrevivir a los cambios de gobierno y de los intereses de los donantes, y de contribuir de forma significativa a alcanzar la cobertura universal.

Fuente: (50).

## Explotar al máximo los mecanismos de protección financiera transitorios

Conforme expanden sus redes de atención de salud, los países complementan a menudo la limitada cobertura de los seguros de enfermedad públicos o cuasi públicos (seguro social de enfermedad basado en impuestos, o un sistema mixto) por medio de diversos sistemas de seguro voluntarios: comunitarios, cooperativos, gestionados por el empleador y otros sistemas privados. Estos sistemas proporcionan habitualmente una protección financiera limitada frente a gastos catastróficos, favorecen la equidad en la distribución del gasto y facilitan la provisión de una atención de calidad y asequible a la población inscrita. Surgen en países que habitualmente ya no están en una fase de penuria generalizada – su provisión de atención de salud ha mejorado – pero presentan el esquema transicional de exclusión con colas y grandes desigualdades descrito en el capítulo 2.

La introducción de sistemas de seguro social para las personas pobres en Viet Nam, por ejemplo, ha garantizado el acceso de la población a los servicios de salud de la madre y el recién nacido. Pero las personas en situación próxima a la pobreza, que no están cubiertas por esos sistemas, siguen sin tener medios para enfrentarse a los gastos de salud catastróficos; además, se ha percibido una disminución de la calidad de los servicios de salud periféricos y se ha informado de casos de discriminación, en términos de tiempos de espera, de los pacientes asegurados que solicitan atención (88). Otra iniciativa es el programa boliviano de seguro de salud materno-infantil, que cubre la atención prenatal, la atención del parto y el parto (incluidas las cesáreas y la atención de urgencia), la atención posnatal y la atención al recién nacido (89). Se financia mediante prepagos mancomunados e ingresos tributarios del gobierno central, por medio de fondos municipales; cada año se reembolsa a los centros por los servicios proporcionados. Los quintiles de población más pobres casi duplicaron el consumo de atención cualificada para el parto: del 11% al 20%. No obstante, los principales beneficiarios del sistema de seguro, al menos en la fase inicial, fueron personas pertenecientes a los quintiles de ingresos superiores.

Este tipo de sistemas protege sólo a una parte de la población, o bien sólo ofrece un conjunto limitado de prestaciones. Sin embargo, mediante la introducción del prepago y la mancomunación, en un contexto de oferta creciente de servicios, estos sistemas pueden contribuir a acelerar la transición a una situación con acceso universal y protección financiera.

## Generalización de la protección financiera

En los países con una red sanitaria bien desarrollada donde sólo queda excluido del acceso a la atención de salud un grupo de población relativamente marginal, persiste la necesidad de generalizar la protección financiera, también para los no excluidos. Incluso hogares capaces de pagar los servicios pueden verse obligados a reducir otros gastos básicos, por ejemplo en educación, o a hacer frente a gastos catastróficos.

Los pagos catastróficos, que cada año empujan a unos 100 millones de personas en todo el mundo a la pobreza, se dan cuando los servicios de salud exigen la realización de pagos directos, no hay mecanismos de mancomunación de los riesgos económicos y los hogares tienen una escasa capacidad de pago (90). Estas condiciones se dan en varios países de ingresos medios y países en transición con una provisión de servicios bien desarrollada. En el Brasil y en Colombia, por ejemplo, hasta el 10% y el 6% de los hogares, respectivamente, se enfrentan a pagos catastróficos (91). De hecho, al am-

plirse la provisión de servicios de salud, se producen gastos catastróficos con mayor frecuencia, a no ser que se desarrollen simultáneamente mecanismos de protección social. Concretamente, son causas que pueden ocasionar fácilmente gastos catastróficos las complicaciones en el parto, los traumatismos y accidentes o las enfermedades crónicas en niños. Aunque las personas más pobres son las más necesitadas y las que más frecuentemente quedan excluidas, si los copagos son altos o si la cobertura de la protección financiera es limitada, todos los grupos de población, con diferentes niveles de ingresos, pueden verse afectados por las consecuencias económicas de los problemas de salud. Por consiguiente, la protección financiera no debería limitarse al grupo de población más pobre. Si se desea un acceso universal, deben existir mecanismos que protejan de los gastos catastróficos a todos los hogares.

### CANALIZACIÓN EFICAZ DE LOS FONDOS

La clave para avanzar hacia el acceso universal y la protección financiera es la organización de la financiación. Las corrientes internacionales y el gasto público actuales no pueden garantizar el acceso universal y la protección económica, porque son insuficientes y demasiado impredecibles. Además, los sistemas tradicionales de gestión financiera – ajustes progresivos de los presupuestos programáticos ordinarios, complementados por proyectos financiados por donantes – han solido adaptarse con demasiada lentitud a las iniciativas de ampliación del acceso universal a la atención de salud (92). No basta con que aumenten las corrientes de financiación: hay que canalizarlas de otra forma.

Algunos países, como Tailandia, han dado un paso cualitativo para ampliar la cobertura de protección financiera fusionando diversos sistemas parciales y ampliando la cobertura de sus prestaciones a toda la población. Esto evidentemente exige que el sistema tributario aumente el gasto público lo suficiente para garantizar una provisión suficiente de servicios, con un conjunto de prestaciones que cubra una amplia gama de servicios, incluidos los necesarios para mejorar la salud de la madre, el recién nacido y el niño. El desafío estriba en aprovechar las diferentes fuentes de financiación para expandir tanto el acceso como la protección económica de una forma estable y predecible. En la mayoría de los países sólo puede lograrse la sostenibilidad financiera a corto y medio plazo si se contemplan todas las fuentes de financiación: externas y nacionales, públicas y privadas.

Se ha comprobado que la canalización de recursos a través de programas o proyectos discretos presenta limitaciones, una de las cuales, y no la menos importante, es que ignora los aspectos estructurales transversales de la fuerza de trabajo. La mancomunidad de fondos en forma de mecanismos de protección financiera desarrollados paralelamente al aumento del acceso aumenta la predecibilidad de la situación y permite abordar adecuadamente el problema de la financiación del personal. Deja lugar, en función de las circunstancias específicas del país, para la aplicación de enfoques flexibles, como recurrir a la contratación directa de personal o la contratación de servicios fuera del sector público. La mancomunidad puede mejorar la capacidad de absorción de los países y la gestión de los efectos de las corrientes de financiación en la inflación, los tipos de cambio y el crecimiento económico, pero no es ninguna panacea: en numerosos países, es preciso generar la capacidad institucional necesaria para crear, expandir y gestionar sistemas coherentes que permitan avanzar hacia una situación de acceso y protección financiera universales.

Si los gobiernos asumen sus responsabilidades como administradores últimos de los sistemas de salud de los países y se comprometen a proporcionar una cober-

tura universal y completa, tarde o temprano deberán acometer, inevitablemente, la fusión de los sistemas de protección financiera. Pocos países han logrado fusionar sin dificultades mecanismos de protección financiera fragmentados que estaban bien desarrollados, debido a que los intereses creados se imponen con frecuencia a las razones administrativas. Para reducir al mínimo las dificultades, es conveniente generar en una etapa muy temprana capacidad institucional de gestión de los sistemas de protección económica, con un control firme por los gobiernos, pero con sistemas incorporados de control y equilibrio de los poderes.

A fin de enmarcar los servicios de salud de la madre, el recién nacido y el niño en los sistemas de acceso universal y protección financiera, se necesitarán tal vez el apoyo de amplios sectores y la promesa de visibilidad política requeridos para movilizar a las autoridades. El inconveniente es que no se garantiza automáticamente la centralidad de la salud de la madre, el recién nacido y el niño. La mancomunación de fondos por medio de sistemas de seguros que respalden el avance hacia el acceso universal y la protección financiera debe ir acompañada de una formulación clara de los derechos de la población a los servicios de atención de salud de la madre, el recién nacido y el niño. La comunidad internacional puede contribuir a ese objetivo, pero la presión deberá proceder en último término de la sociedad civil de cada país. Para ello se necesita iniciativa política y capacidad institucional, pero también que la sociedad civil tenga un lugar en la mesa de negociación. Al pasar la comunidad de donantes de la financiación de proyectos a las estrategias de reducción de la pobreza, apoyo presupuestario general y reforma del sector, se corre el peligro de marginar a esas organizaciones de la sociedad civil. No obstante, dichas organizaciones pueden y deben hacer algo más que proporcionar servicios (93): son esenciales para garantizar un compromiso político continuado con la mejora de la salud de la madre, el recién nacido y el niño.

Es importante que los interesados de la sociedad civil estén representados en los mecanismos de gestión de la protección financiera, y en particular en los procesos de fijación de prioridades. El objetivo es velar por que no se olvide la salud de la madre, el recién nacido y el niño, incluidos los numerosos aspectos políticamente sensibles y menos populares (abortos practicados en condiciones de riesgo, embarazos de adolescentes, coacción y violencia sexuales, malos tratos y desatención de los niños, entre otros). De este modo, además, aumentan las posibilidades de vincular las políticas del sector de la salud con las estrategias que combaten los factores sociales determinantes de las desigualdades por razón de sexo, la pobreza y la exclusión.

Asimismo, es importante que los interesados de la sociedad civil intervengan en un sistema de control y equilibrio de los poderes en lo relativo al funcionamiento de los servicios de salud, tanto públicos como privados. Su función es importante para ayudar a hacer efectivos los derechos de las madres y los niños y para proteger a los consumidores de la explotación económica y la sobremedicalización. Esta función de vigilancia exige la participación no sólo en la planificación, sino también en la evaluación y el seguimiento de proyectos, programas y servicios.

En muchos países, las organizaciones de la sociedad civil tienen escasa capacidad institucional para apoyar la fijación de prioridades, el seguimiento y la ayuda prestada a madres y niños para hacer efectivos sus derechos. En estos casos es necesario por tanto invertir en las organizaciones nacionales de ese tipo, en parte mediante la asignación de fondos de los donantes para esos fines (véase el recuadro 7.6). Algunos países lo han hecho por medio de fondos sociales y mecanismos similares, y otros han institucionalizado la colaboración con organizaciones no lucrativas y su contratación para la prestación de servicios, ampliando dicha colaboración de forma natural al

diálogo político. No obstante, en la mayoría de los países queda mucho por hacer y es necesario y urgente documentar mejor qué mecanismos funcionan y cuáles no.

A fin de proporcionar acceso universal a las madres y los niños, los sistemas de salud deben ser capaces de responder a las necesidades y demandas de la población y ofrecer protección frente a las dificultades económicas derivadas de las enfermedades. Para ello, hay que incrementar las inversiones en los sistemas de salud y en los profesionales de la salud. La salud de la madre, el recién nacido y el niño debería constituir el núcleo de los derechos de salud protegidos y financiados mediante sistemas de cobertura universal. En muchos países ello exigirá una combinación de financiación externa e interna, que no se logrará sin un aumento sustancial del apoyo y la solidaridad internacionales. Pero así se sentarán las bases para poner fin a la exclusión generalizada de muchas madres y niños del acceso a una continuidad asistencial que debe abarcar desde el embarazo, pasando por el parto, hasta el periodo neonatal y la infancia. Las personas desean que las madres y los niños cuenten con una buena salud, y las sociedades así lo necesitan. Es por ello por lo que todos y cada uno de los niños y las madres son tan importantes en nuestros objetivos para un futuro mejor.

## Referencias

1. Maine D, Rosenfield A. The Safe Motherhood Initiative: why has it stalled? *American Journal of Public Health*, 1999, 89:480–482.
2. Berer M, Sundari Ravindran TK. Preventing maternal mortality: evidence, resources, leadership, action. In: Berer M, Sundari Ravindran TK. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Londres, Blackwell Science, 1999 (Reproductive Health Matters: 3–19).
3. McDonagh M, Goodburn E. Maternal health and health sector reform: opportunities and challenges. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Amberes, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:371–385).
4. AbouZahr C. Cautious champions: international agency efforts to get safe motherhood onto the agenda. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Amberes, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:387–414).
5. Picazzo O. Child health financing and cost-effectiveness: supplement to the report on the Analytic Review of IMCI (documento inédito).
6. *The analytic review of the Integrated Management of Childhood Illness strategy. Final report, November 2003*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 ([http://www.who.int/child-adolescent-health/New\\_Publications/IMCI/ISBN\\_92\\_4\\_159173\\_0.pdf](http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/IMCI/ISBN_92_4_159173_0.pdf), visitado el 4 de febrero de 2005).
7. McKinsey & Company. *Developing successful global health alliances*. Seattle, WA, Bill & Melinda Gates Foundation, 2002 (<http://www.gatesfoundation.org/nr/downloads/globalhealth/GlobalHealthAlliances.pdf>, visitado el 4 de febrero de 2005).
8. Wagstaff A, Bustreo F, Bryce J, Claeson M, WHO-World Bank Child Health and Poverty Working Group. Child health: reaching the poor. *American Journal of Public Health*, 2004, 94:726–736.
9. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet*, 2004, 364:1273–1280.
10. The Bellagio Study Group on Child Survival. Knowledge into action for child survival. *Lancet*, 2003, 362:323–327.
11. Haines A, Kuruville S, Borchert M. Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:724–732 (resumen en español).
12. Lawn JE, Cousens S, Bhutta ZA, Darmstadt GL, Martines J, Paul V et al. Why are 4 million newborn babies dying each year? *Lancet*, 2004, 364:1121.

13. Goodburn E, Campbell O. Reducing maternal mortality in the developing world: sector-wide approaches may be the key. *BMJ*, 2001, 322:917–920.
14. OCDE/DAC Working Party on Aid Evaluation. *Review of the DAC principles for the evaluation of development assistance, conclusions and recommendations*. Paris, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 1998.
15. Laterveer L, Niessen LW, Yazbeck AS. Pro-poor health policies in poverty reduction strategies. *Health Policy and Planning*, 2003, 18:138–145.
16. Walford V. Health in Poverty Reduction Strategy Papers (PRSPs): an introduction and early experience. Londres, DFID Health Systems Resource Centre, 2002.
17. Craig D, Porter D. Poverty Reduction Strategy Papers: a new convergence. *World Development*, 2003, 31:53–69.
18. *Poverty Reduction Strategy Papers: their significance for health: second synthesis report*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (WHO/HDP/PRSP/04.1).
19. Peters D, Chao S. The sector-wide approach in health: what is it? Where is it leading? *International Journal of Health Planning and Management*, 1998, 13:177–190.
20. Cassels A, Janovsky K. Sectoral investment in health: prescription or principles? *Social Science and Medicine*, 1997, 44:1073–1076.
21. Graham W, Hussein J. The right to count. *Lancet*, 2004, 363:989.
22. Harrold P and Associates. *The broad sector approach to investment lending*. Banco Mundial, Nueva York, NY, 1995 (World Bank Discussion Papers, Africa Technical Department Series, No. 302).
23. Cassels A. *A guide to sector-wide approaches for health development: concepts, issues and working arrangements*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1997.
24. Cassels A. Health sector reform: key issues in less developed countries. *Journal of International Development*, 1995, 7: 329–347.
25. Foster M, Brown A, Conway T. *Sector-wide approaches for health development: a review of experience*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (WHO/GPE/00.1).
26. Hill PS. The rhetoric of sector-wide approaches to health development. *Social Science and Medicine*, 2002, 54:1725–1737.
27. Buse K, Gwin C. The World Bank and global cooperation in health: the case of Bangladesh. *Lancet*, 1998, 351:665–669.
28. Lush L, Cleland J, Walt G, Mayhew S. Integrating reproductive health: myth and ideology. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:771–777 (resumen en español).
29. Abrantes AV. Strategic options for World Bank support to Africa in health, nutrition and population. Documento presentado al Fórum Barcelona, Barcelona, 8 de junio de 2004. ([http://www.barcelona2004.org/eng/eventos/dialogos/docs/ponencias/154p\\_aabranteseng.pdf](http://www.barcelona2004.org/eng/eventos/dialogos/docs/ponencias/154p_aabranteseng.pdf), visitado el 2 de octubre de 2004).
30. Brown A, Foster M, Norton A, Naschold F. *The status of sector wide approaches*. Overseas Development Institute, Londres, 2001 (documento de trabajo 142).
31. Standing H. An overview of changing agendas in health sector reforms. *Reproductive Health Matters*, 2002, 10:19–28.
32. Rosenfield A, Maine D. Maternal mortality – a neglected tragedy. Where is the M in MCH? *Lancet*, 1985, 2:83–85.
33. *Reduction of maternal mortality: a joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank statement*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999.
34. Koblinsky MA, Campbell O, Heichelheim J. Organización de la asistencia obstétrica: opciones eficaces para una maternidad sin riesgo. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos, 1999, 1: 116–123.
35. De Brouwere V, Van Lerberghe W. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Amberes, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17).
36. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, and the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, 2003, 362:65–71.
37. Mayhew SH, Lush L, Cleland J, Walt G. Implementing the integration of component services for reproductive health. *Studies in Family Planning*, 2000, 31:151–162.
38. Mayhew S. Integrating MCH/FP and STD/HIV services: current debates and future directions. *Health Policy and Planning*, 1996, 11:339–353.
39. Berer M. Integration of sexual and reproductive health services: a health sector priority. *Reproductive Health Matters*, 2003, 11:6–15.

40. Huque ZA, Leppard M, Mavalankar D, Akhter HH, Chowdhury TA. Safe motherhood programmes in Bangladesh. In: Berer M, Sundari Ravindran TK. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Londres, Blackwell Science, 1999 (Reproductive Health Matters: 53–61).
41. Cook RJ, and Bevilacqua MBG. Invoking human rights to reduce maternal deaths. *Lancet*, 2004, 363:73.
42. Jeppsson A. SWAp dynamics in a decentralized context: experiences from Uganda. *Social Science and Medicine*, 2002, 55:2053–2060.
43. Peters D, Chao S. The sector-wide approach in health. What is it? Where is it leading? *International Journal of Health Planning and Management*, 1998, 13:177–190.
44. Walt G, Pavignani E, Gilson L, Buse K. Managing external resources in the health sector: are there lessons for SWAps? *Health Policy and Planning*, 1999, 14:273–284.
45. Penrose P. *Sector development programmes: definitions and issues*. Oxford, Oxford Policy Management, 1997.
46. Pathmanathan I, Liljestrand J, Martins JM, Rajapaksa LC, Lissner C, de Silva A et al. *Investing in maternal health: learning from Malaysia and Sri Lanka*. Washington, DC, Banco Mundial, 2003 (Human Development Network, Health, Nutrition and Population Series).
47. Miller S, Sloan NL, Winikoff B, Langer A, Fikree FF. Where is the 'E' in MCH? The need for an evidence-based approach in safe motherhood. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 2003, 48:10–18.
48. Campbell OMR. What are maternal health policies in developing countries and who drives them? A review of the last half-century. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Amberes, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:415–448).
49. AbouZahr C. Safe motherhood: a brief history of the global movement 1947–2002. *British Medical Bulletin*, 2003, 67:13–25.
50. Jahan R, Germain A. Mobilising support to sustain political will is the key to progress in reproductive health. *Lancet*, 2004, 364:742–744.
51. *The Millennium Development Goals for health: rising to the challenges*. Washington, DC, Banco Mundial, 2004.
52. *Reducing maternal deaths – evidence and action. A strategy for DFID*. Londres, Department for International Development, Reino Unido, 2004 (Proyecto, 26 de mayo de 2004).
53. *Shaping policy for maternal and newborn health: a compendium of case studies*. Baltimore, MD, JHPIEGO, 2003.
54. *Skilled care during childbirth policy brief: saving women's lives, improving newborn health*. Nueva York, NY, Safe Motherhood Inter-Agency Group, 2002.
55. Van Lerberghe W, De Brouwere V. Of blind alleys and things that have worked: history's lessons on reducing maternal mortality. In: De Brouwere V, Van Lerberghe W, eds. *Safe motherhood strategies: a review of the evidence*. Amberes, ITG Press, 2001 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 17:7–33).
56. Hardee K, Agarwal K, Luke N, Wilson E, Pendzich M, Farrell M. *Post-Cairo reproductive health policies and programs: a comparative study of eight countries*. Washington, DC, The POLICY Project, 1998.
57. Lowell G, Findlay A. *Migration of highly skilled persons from developing countries: impact and policy responses*. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2001.
58. *The health sector human resources crisis in Africa: an issue paper*. Washington, DC, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Oficina para África, Oficina para el Desarrollo Sostenible, 2003.
59. Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2004, 2:13.
60. Tawfik L, Kinoti SN. *The impact of HIV/AIDS on the health sector in sub-Saharan Africa: the issue of human resources*. Washington, DC, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Oficina para África, Oficina para el Desarrollo Sostenible, 2001.
61. The Joint Learning initiative. *Human resources for health: overcoming the crisis* (<http://www.globalhealthtrust.org/Report.html>, visitado el 7 de febrero de 2005).
62. *First biennial review of the health workforce development plan 1996-2005*. Phnom Penh, Ministerio de Salud, 1999.
63. Van Lerberghe W. *Safer motherhood component of the health sector support programme, Cambodia*. Londres, DFID Centre for Sexual and Reproductive Health, 2001.

64. Ferrinho P, Van Lerberghe W. *Providing health care under adverse conditions: health personnel performance & individual coping strategies*. Amberes, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 16).
65. Webber T. Strategies for surviving and thriving in organizations. *Career Development International*, 1997, 2:90–92.
66. Tracy J, Antonenko M. In Russian health care, you get what you pay for, even when it is free. In: Hodess R, Banfield J, Wolfe T, eds. *Global corruption report 2001*. Berlin, Transparency International, 2001:115.
67. Alcázar L, Andrade R. Induced demand and absenteeism in Peruvian hospitals. In: Di Tella R, Savedoff WD, eds. *Diagnosis corruption. Fraud in Latin America's public hospitals*. Washington, DC, Banco Interamericano de Desarrollo, 2001:123–162.
68. Van Lerberghe W, Conceição C, Van Damme W, Ferrinho P. When staff is underpaid: dealing with the individual coping strategies of health personnel. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80 (7): 581–584 (resumen en español).
69. Macq J, Ferrinho P, De Brouwere V, Van Lerberghe W. Managing health services in developing countries: between the ethics of the civil servant and the need for moonlighting. *Human Resources for Health Development Journal*, 2001, 5:1–3;17–24.
70. Ferrinho P, Omar, MC, de Jesus Fernandes M, Blaise P, Bugalho AM, Van Lerberghe W. Piifering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy. *Human Resources for Health*, 2004, 2:4.
71. Brugha R, Zwi A. Improving the quality of private sector delivery of public health services: challenges and strategies. *Health Policy and Planning*, 1998, 13:107–120.
72. Adams O, Hicks V. *Pay and non-pay incentives, performance and motivation*. Documento preparado para el Global Health Workforce Strategy Group. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, diciembre de 2001 ([http://www.who.int/hrh/documents/en/pay\\_non\\_pay.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/en/pay_non_pay.pdf), visitado el 7 de febrero de 2005).
73. Adams O. Internal brain-drain and income topping-up: policies and practices of the World Health Organization. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W, eds. *Providing care under adverse conditions: health personnel performance & individual coping strategies*. Amberes, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 16:203–206).
74. Van Lerberghe W, Adams O, Ferrinho P. Human resource impact assessment. *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80:525.
75. Segall M. From cooperation to competition in national health systems – and back? Impact on professional ethics and quality of care. *International Journal of Health Planning and Management*, 2000, 15:61–79.
76. Nitayarumphong S, Srivanichakom S, Pongsupap Y. Strategies to respond to health manpower needs in rural Thailand. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W, eds. *Providing health care under adverse conditions. Health personnel performance and individual coping strategies*. Amberes, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 16:55–72).
77. Kittimunkong S. Coping strategies in Hua Thalay urban health centre, Korat, Thailand. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W, eds. *Providing care under adverse conditions: health personnel performance & individual coping strategies*. Amberes, ITG Press, 2000 (Studies in Health Services Organisation and Policy, 16:231–238).
78. Dal Poz MR. Cambios en la contratación de recursos humanos: el caso del programa de salud de la familia en Brasil. *Gaceta Sanitaria*, 2002, 16:82–88.
79. Hardeman W, Van Damme W, Van Pelt M, Por I, Kimvan H, Meessen B. access to health care for all? User fees plus a Health Equity Fund in Sotnikum, Cambodia. *Health Policy and Planning*, 2004, 19:22–32.
80. Brown A. *Current issues in sector-wide approaches for health development: Tanzania case study*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (WHO/GPE/00.6).
81. Brown A. *Current issues in sector-wide approaches for health development: Mozambique case study*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (WHO/GPE/00.4).
82. Brown A. *Current issues in sector-wide approaches for health development: Uganda case study*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (WHO/GPE/00.3).
83. *Universal coverage: options for the organization of health financing systems*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (Financiación de los Sistemas de Salud, Gastos y Asignación de Recursos, Technical Brief for Policy, No. 1, Proyecto, noviembre de 2004).

84. Briasco C, Floate H, Tate A. Feeding the System. Brisbane, University of Queensland, 2004 (tesis doctoral inédita en salud pública).
85. Meesen B, Van Damme W, Por I, Van Leemput L, Hardeman W. *The new deal in Cambodia: the second year. Confirmed results, confirmed challenges*. Phnom Penh, Médecins sans Frontières, 2002.
86. Fofana P, Samai O, Kebbie A, Sengeh P. Promoting the use of obstetric services through community loan funds, Bo, Sierra Leone. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 1997, 59(Suppl. 2): S225–S230.
87. Schneider H, Gilson L. The impact of free maternal health care in South Africa. In: Berer M, Sundari Ravindran TK, eds. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Londres, Blackwell Science, 1999 (Reproductive Health Matters: 93–101).
88. Conway T. *Current issues in sector-wide approaches for health development: Viet Nam case study*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (WHO/GPE/00.5).
89. Seoane G, Equiluz R, Ugalde M, Arraya JC. Bolivia, 1996–2000. In: Koblinsky MA, eds. *Reducing maternal mortality*. Washington, DC, Banco Mundial, 2003:83–92.
90. *Reducing catastrophic health expenditure in the design of health financing systems*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 (Financiación de los Sistemas de Salud, Gastos y Asignación de Recursos, Technical Brief for Policy, No. 2, Proyecto, Noviembre de 2004).
91. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 2003, 362:111–117.
92. Brown A, Foster M, Norton A, Naschold F. *The status of sector-wide approaches*. Londres, Overseas Development Institute, 2001 (documento de trabajo 142).
93. *Thailand's health care reform project, 1996–2001. Final report, July 2001*. Bangkok, Ministerio de Salud Pública, 2001.
94. *Salud reproductiva. Informe de la Secretaría*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004 ([http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_13-sp.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_13-sp.pdf), visitado el 9 de febrero de 2005).
95. *Bangladesh: health and population sector strategy 1996*. Dhaka, Gobierno de Bangladesh, 1997.
96. *Health and population sector programme 1998–2003: programme implementation plan*. Dhaka, Gobierno de Bangladesh, 1998.
97. Ahmed N. Voices of stakeholders in Bangladesh health sector reform. In: Yazbeck A, Peters D, Wagstaff A, eds. *Health policy research in South Asia: guiding reforms and building capacity*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 2003, 14:369–400.
98. Streatfield PK, Mercer A, Siddique AB, Khan ZUA, Ashraf A. *Health and Population Sector Programme 1998–2003. Bangladesh: status of performance indicators 2002; a report for the Health Programme Support Office for the annual programme review 2002*. Dhaka, ICDDR,B Centre for Health and Population Research, 2003 (ICDDR,B special publication, no. 116).
99. Jahan R. Restructuring the health system: experiences of advocates for gender equity in Bangladesh. *Reproductive Health Matters*, 2003, 11:183–191.

# índice alfabético

## A

### aborto

- acceso a servicios xv, 54, 55
- aspectos legales xxiii, 56
- atención postratamiento xv, xxiii, 47, 55, cifras 52, complicaciones 55–56
- peligroso xiv, xxi, xxiii, 12, 18, 47, 54–55, 67
- selectivo en función del sexo 51, 91

### abuso de sustancias *véase* mala salud mental

### acceso a la atención

- adolescentes 53
- América Latina 142
- autorización de terceros 57
- derechos 4, 5, 9, 38, 139–140
- efecto en la mortalidad neonatal 95
- enfoque distrital 35
- limitado 57
- obstáculos 28, 51, 93
  - financieros xix, xxvi, 93, 149, 152–153
- refugiados 55
- salud de la madre, el recién nacido y el niño 144, 149–154, 155, 156
- salud reproductiva xiv, 8, 52, 135
- servicios de aborto xv, 54, 55
- universal xiv, xvii–xx, xxiv–xxvi, 8, 35, 74, 98–106, 135, 149–154, 156

### *véase también* exclusión

### adolescentes, falta de acceso a anticonceptivos 52

### niñas

- aborto peligroso 55
- relaciones sexuales no deseadas 53
- vulnerabilidad 51

### África septentrional, aumento de atención calificada en el parto 101

### África subsahariana

- atención prenatal, uso de 45
- atención profesional en el parto 101

### cesárea, tasas de 94

### crisis de recursos humanos 37

### defunciones maternas 66

### distritos de salud 98

### efectos del VIH/SIDA xxi, 25

### exclusión de la atención de salud 28

### gasto sanitario 35

### mortalidad materna 16

### mortalidad, retrocesos xvi, 85, 90

### mortinatalidad y defunciones neonatales 11, 85

### nacimientos, aumento 16, 18

### niños con retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal 10

### pobreza 24

### *véase también* África, Región

### África, Región

### abortos peligrosos 54, 55

### anticonceptivos, bajo uso de 52

### atención profesional en el parto, bajo uso de 94

### cobertura de inmunización 28

### defunciones maternas 66

### defunciones neonatales 11, 88

### exclusión de las prestaciones sanitarias 28

### mortalidad en la niñez 8, 10

### mortalidad, retroceso o estancamiento 17, 88

### *véase también* África subsahariana

### agentes de salud

### absentismo 37

### AIEPI, directrices, instrumentos y formación 117

### calificaciones y competencia 101

### comportamiento inapropiado 144–145

### comunicación, aptitudes 116

### contratación difícil 27

### entorno de trabajo xix

### escasez de recursos humanos xiv, xviii, xxiv, 37, 101, 104, 144–145

### falta de eficacia 144–145

### formación 76, 94, 123, 145

### hogares/comunidades 96, 116–120, 129

### polivalentes 79, 93, 144

- agentes de salud (cont.)  
 rehabilitación 144–149  
 remuneración e incentivos xix–xxvi, 37, 146–148  
 vulnerables a la infección por VIH/SIDA 37
- agentes de salud comunitarios 120, 122, 127, 144–145  
 no profesionales 96, 97
- alcohol *véase* modos de vida poco saludables
- Alianza para la Salud del Recién Nacido 137
- Alianza para la Supervivencia Infantil 137
- Alianza para una maternidad sin riesgo y la salud del recién nacido 137
- alimentación del lactante 125  
*véase también* lactancia natural
- América del Sur  
 abortos peligrosos 54  
*véase también* Américas (Región); América Latina
- América Latina  
 aborto peligroso 55  
 atención prenatal, uso de 45  
 exclusión de las prestaciones sanitarias 30  
 mejoras del acceso a la atención 142
- Américas, Región  
 cobertura de inmunización 28  
 mortalidad en la niñez 8, 10  
 mortalidad neonatal 88
- anemia 47, 48, 67
- Angola, gasto en salud infantil 128
- antibióticos 116, 123
- anticoncepción xv, xxiii, 49, 52, 53 *véase también* salud reproductiva
- antimaláricos 46, 116, 123
- APGAR, prueba de 91
- aptitudes para la crianza de los hijos xx, 50, 95, 96, 116
- Asamblea Mundial de la Salud 112, 113, 152
- asfixia 86, 87, 93
- Asia  
 abortos peligrosos 54, 55  
 atención prenatal, uso de 45  
 defunciones neonatales 11
- Asia Sudoriental, Región  
 atención calificada en el parto 101  
 cobertura de inmunización 28  
 defunciones maternas 66  
 distritos de salud 98  
 formación en partería 76  
 mortalidad en la niñez 10  
 mortinatalidad y defunciones neonatales 85, 88
- asistentes calificados  
 definición 76  
*véase también* parto, asistencia especializada; partería, conocimientos prácticos
- atención  
 búsqueda de 96, 119, 120–121  
 complementariedad 117  
*véase también* continuidad asistencial; atención de salud; atención neonatal
- atención de apoyo xvi, xxiii, xxiv, 75–79, 94, 120  
 estimación de las necesidades 98–99  
*véase también* hospitales
- atención de primer nivel xvi, xxiii, 75–76, 77, 78, 79, 97, 98
- atención de salud  
 acceso *véase* acceso a la atención  
 de primer nivel xvi, xxiii, 75–76, 77, 78, 79, 97, 98  
 discriminatoria 31  
 pública xix, xx, 145–148, 150, 154–155
- atención infantil integrada 117–125
- Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) xvii, xxv, 116–118, 120  
 directrices nacionales y subnacionales 123  
 expansión 123–124
- atención neonatal xviii, 94–95, 122
- atención posaborto *véase* aborto, atención postratamiento
- atención prenatal  
 cobertura xxii, 51  
 intervenciones ineficaces 50–51  
 mayor uso 16, 44–45  
 obstáculos al acceso 51  
 como oportunidad xv–xvi, xxii, 44–51, 92  
*véase también* embarazo
- Australia, formación en partería 76

## B

- Bangladesh  
 atención de urgencia 104  
 privación masiva 34  
 Programa sectorial de salud y población 152  
 programas de desarrollo de la comunidad 120
- Benin  
 atención de urgencia 104  
 brecha de recursos humanos 101  
 centros de salud 35  
 costos del parto 102  
 exclusión de las prestaciones sanitarias 29  
 reanimación, aptitudes 94
- Bhután, atención de urgencia 104
- Bolivia  
 agrupaciones de mujeres 95  
 atención profesional en el parto, uso de 94  
 mortalidad materna, disminución 12  
 programa boliviano de seguro de salud materno-infantil 153
- Botswana  
 formación en partería 76  
 mortalidad en la niñez 25
- Brasil  
 aptitudes de comunicación de los agentes de salud 120  
 aumentos de sueldo 148  
 exclusión marginal de las prestaciones sanitarias 34  
 gastos catastróficos en atención sanitaria 153
- Brazzaville (Congo), mortalidad materna 102
- brecha teórico-práctica 76
- Burkina Faso  
 exclusión de las prestaciones sanitarias 29  
 hospitales de distrito 37–38  
 problemas del sistema de salud 37, 101, 138  
 tratamiento domiciliario de la malaria 119

**C**

Camboya  
 abortos peligrosos 54  
 aumentos de sueldo 148  
 honorarios pagados por los usuarios, exenciones 151  
 políticas de distrito 34  
 zonas que han sufrido conflictos 138, 143

Camerún, gasto en salud pública 35

Campaña mundial para eliminar la fístula 68

Canadá  
 abusos durante el embarazo 49  
 formación en partería 76

Caribe  
 aborto peligroso 55  
 atención prenatal, uso de 45

Carta de derechos de la madre 3

causas de defunción  
 menores de 5 años 114, 208  
 notificación 12, 13  
 recién nacidos 86–87, 208

centros de salud, atención primaria 34, 38

cesáreas 16, 69, 77, 102, 100

Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna 113

Colombia  
 defunciones neonatales 92  
 exclusión marginal de las prestaciones sanitarias 34  
 gastos catastróficos en atención sanitaria 153  
 combustibles sólidos, contaminación del aire en locales cerrados 118  
 comunidad internacional, compromiso político sostenido xx  
 Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, de las Naciones Unidas xiv, 55  
 Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo 5, 8, 56, 135, 140

Congo (República Democrática del)  
 gasto en salud infantil 128  
 mortalidad en la niñez 10  
 sistema de atención de salud 27, 38

conocimientos técnicos/tecnología xvi–xxv, 94, 137, 138, 139, 143

Consorcio para el Tratamiento Intermitente Preventivo en Niños 46

consumidores, protección 155

contaminación del aire en locales cerrados 118

continuidad asistencial xvii, xxv, 51, 79, 92, 95, 96, 120, 121, 139–140, 141

Corea del Sur, razón de sexos 91

costo de la atención de salud  
 catastrófico 153  
 como causa de pobreza xiv  
 no asequible 30  
 prepago y mancomunación 150

costos *véase* gasto sanitario; honorarios pagados por los usuarios

Côte d'Ivoire, gasto sanitario 128

crecimiento fetal limitado 86, 87

crisis de recursos humanos 37, 101, 104, 144  
*véase también* agentes de salud

crisis humanitarias xiv, xxii, 23, 27, 32

crisis, situación tras las 144

Cuba, mejoras en atención de salud 142

cuidadores, capacidad de respuesta 117

Chad  
 atención de urgencia 104  
 gasto en salud infantil 128  
 privación masiva 34

China  
 mortalidad en la niñez 10  
 razón de sexos al nacer 91

**D**

Darfur 143

decisiones estratégicas xv, 139–143

defectos/malformaciones congénitas 86, 87

defunciones maternas  
 causas 66–68  
 definición 65  
 durante el embarazo 46  
 efectos devastadores 1  
 impredecibles 66  
 puerperio xxiii  
 tasas de mortalidad xvi

depresión materna 48, 49, 69, 117  
*véase también* mala salud mental

derechos humanos 2, 5, 57

derivación *véase* hospitales, derivación

desarrollo socioeconómico 91, 142

desarrollo, problemas de, en la niñez 49

descentralización 35, 98  
*véase también* enfoque distrital

desigualdades socioeconómicas 28

deterioro económico xiv, 89

diarrea  
 como causa de defunción 86–87, 96, 114, 116  
 manejo 120, 125

discapacidad 11, 85

discriminación xv, xxiii, 31, 44, 91

disponibilidad de recursos, falta de información 138

distritos de salud *véase* enfoque distrital

documentos de estrategia de reducción de la pobreza 138, 139

donantes  
 financiación por, *véase* financiación  
 intervenciones en el mercado de trabajo 147

drogas *véase* modos de vida poco saludables

**E**

eclampsia y preeclampsia xxiii, 47, 67, 68

Ecuador  
 exclusión de la atención sanitaria 31  
 reanimación, aptitudes para 94

Egipto  
 abusos durante el embarazo 49  
 disminución de la mortalidad materna 12, 47, 72  
 atención profesional en el parto, uso de 94

embarazadas  
 entorno social, político y legal xxii  
 estatus 50, 54  
 marginadas 56

embarazo  
 abusos durante el 53  
 atención profesional 92  
 causa de defunción, enfermedad o discapacidad xxi, 13, 69  
 circunstancias adversas xvi  
 complicaciones 49, 50, 67  
 ectópico 47  
 enfermedades durante el 49, 50  
 espaciamiento 92  
 esperanzas y expectativas 44  
 mala salud mental 48  
 molar 47  
 no deseado xvii, xxiii, 18, 53–56  
 peligros 46, 49  
 protección jurídica 56  
 resultados xxii, 51  
 tasas de mortalidad xv, 11  
*véase también* atención prenatal

emergencias *véase* crisis humanitarias

encuestas domiciliarias 88

encuestas por muestreo 13

enfermedades neonatales, como causa de defunción 114

enfermeras parteras 76, 77, 94, 102  
*véase también* agentes de salud; partería, conocimientos prácticos; parteras

enfermeras *véase* agentes de salud

enfoque distrital xiv, xxii, 23, 27, 34–38, 79, 124–125, 140

enfoque sectorial 138, 140, 149

entorno social, político y legal xv, xxiii

envío de casos, *véase* hospitales, derivación

episiotomía 100

estabilidad política 142, 143

estadísticas vitales  
 registro 13  
 subnotificación 10

estrategia de reducción de la pobreza 138, 139, 155

Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño 113

Etiopía  
 abusos durante el embarazo 49  
 agentes de salud comunitarios 123  
 gasto en salud infantil 128  
 mortalidad en la niñez 10  
 privación masiva 34  
 tratamiento domiciliario de la malaria 119

Europa, Región  
 cobertura de inmunización 28  
 defunciones maternas 66  
 mortalidad en la niñez 8, 10  
 mortalidad neonatal 88

exclusión  
 debida a los honorarios pagados por los usuarios 150–151  
 esquemas y causas xxi, xxiii, 31–34, 151  
 factor clave de inequidad xxiii  
 de madres y niños xxi, 2, 28–34  
*véase también* acceso a la atención

exclusión social  
 causas de xxiii  
*véase también* exclusión

expansión  
 aspectos económicos 103–105, 123–128  
 Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) 123–128  
 de la salud de la madre, el recién nacido y el niño xviii, xxiv, xxv, 102, 105, 126, 144, 149  
 de los servicios/sistemas de salud xviii–xx

explotación económica 102, 103

extracción con ventosa 77

## F

familias, *véase* hogares

fecundidad, caída mundial 52

financiación  
 canalización de los recursos 154–156  
 por donantes 136, 140, 142, 155

fístulas obstétricas 69

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) 16, 46, 99, 112

Fondo de Población de las Naciones Unidas 16, 68, 99

Fundación Bill y Melinda Gates 136

## G

Gambia, información sanitaria 138

gasto sanitario  
 aumento xxiv, xxv  
 indicadores de las cuentas nacionales de salud 210, 218  
 por habitante 218  
*véase también* expansión

género  
 como causa de exclusión 28  
*véase también* violencia de género; mujeres

Georgia, aumentos de sueldo 148

Ghana  
 centros de salud 35  
 costos del parto 102  
 crisis de recursos humanos 37

ginecólogos-obstetras 74, 75, 99, 101

gobierno, función 152, 154

Guatemala, contaminación del aire en locales cerrados 118

Guinea  
 estructura de distritos 38  
 fallos del sistema de salud 32

Guinea-Bissau, sueldos e incentivos 37

## H

Haití, exclusión de las prestaciones sanitarias 29

heces, desecho sin riesgos 118

hemorragia xxiii, 47, 67

hogares  
 y agentes de salud 116–118  
 cuidado de los niños 123  
 empoderamiento 123  
 prácticas clave 119

Honduras  
 deficiencias del sistema de salud 31  
 disminución de la mortalidad materna 72  
 honorarios pagados por los usuarios xix, xxvi, 150, 151  
 hospitales  
 atención de apoyo 78, 99, 119  
 derivación 35, 97, 117, 120  
 de distrito xxii, 23, 37, 38, 79, 118, 129  
 transporte a 122  
*véase también* atención de apoyo  
 huérfanos, infección por VIH/SIDA 25

**I**  
 iatrogenesis 95, 102  
 impuestos, sistemas basados en xix, 149, 150, 153  
 India  
 aborto 56  
 abusos durante el embarazo 49  
 aumento del número de nacimientos 18  
 deficiencias del sistema de salud 31  
 mortalidad en la niñez 10  
 orientación 120  
 oxitocina, uso inapropiado de 100  
 problemas de salud después del nacimiento 69  
 razón de sexos al nacer 91  
 indicadores básicos de los Estados Miembros de la OMS 192  
 indicadores de las cuentas nacionales de salud 192  
 Indonesia  
 atención profesional, uso de 45, 94  
 partería 76, 99  
 infección xxiii  
 como causa de defunción 67, 68, 86–87  
 reducción del riesgo 93  
 infección por VIH/SIDA  
 en el África subsahariana 26  
 como causa de defunción 114  
 efecto en el sistema de atención de salud xiv, 26–27, 37  
 efecto en la mortalidad neonatal 91  
 efecto en la salud de la madre, el recién nacido y el niño xxii  
 huérfanos 25  
 mortalidad durante el embarazo 48  
 prevención y atención 125  
 infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores, como  
 causa de defunción 114  
 infecciones de transmisión sexual 136  
 infecciones del aparato reproductor 92  
 Iniciativa “hospitales amigos del niño” 113  
 iniciativa para llegar a todos los distritos 124  
 inmunización/vacunación  
 cobertura 112  
 indicadores de los Estados Miembros de la OMS 222  
 como intervención clave 125  
 como oportunidad 112  
 programas xvii, 112  
 tendencias 28  
 intervenciones obstétricas salvavidas 29  
*véase también* parto

Iraq  
 colapso del sistema de salud 73  
 mortalidad materna y neonatal 73

**J**  
 Jamaica, conocimientos prácticos de reanimación 94

**K**  
 Kazajstán, exclusión de la atención de salud 30  
 Kenya  
 centros de salud 35  
 formación en partería 76  
 honorarios pagados por los usuarios 151

**L**  
 lactancia natural 95, 112–113, 118, 125  
 Lao, República Democrática Popular, atención prenatal 45  
 Liberia, situación poscrisis 143  
 lugar de trabajo  
 discriminación xv, xxiii  
 peligros 49  
 Llamamiento a favor de la acción en pro de una maternidad  
 sin riesgos 3–4

**M**  
 madres y niños  
 acceso a la atención 140  
 derechos 38  
 exclusión de la atención 28–35  
*véase* salud de la madre, el recién nacido y el niño  
 mala salud mental en el embarazo 48  
 malaria  
 como causa de defunción 106  
 gestión 118, 119, 123, 126  
 morbilidad y mortalidad 46–48  
 tratamiento intermitente preventivo 92, 125  
 zonas endémicas 28  
 Malasia  
 mejoras sostenidas 142  
 partería 71, 74, 78  
 Malawi  
 aumento del número de parteras 72  
 colapso del sistema de salud 72  
 mortalidad en la niñez 25  
 mortalidad materna 12  
 selección en el hospital 122  
 Mali  
 centros y servicios de salud 37  
 exclusión de las prestaciones sanitarias 27  
 gasto en salud infantil 128  
 oxitocina, uso inapropiado de 100  
 problemas de recursos humanos 37, 100  
 malnutrición 10, 48, 88, 116  
 mapeo de la disponibilidad de servicios 138  
 marginación xxiii, 32

- Marruecos  
 atención de urgencia 104  
 atención profesional en el parto, uso de 94  
 maternidad, licencia de 57  
 maternidades xxiii, 77–78, 99  
 maternidades dirigidas por parteras xxiii, 77, 99  
 matrimonio, edad mínima 57  
 médicos  
 función en el parto 77  
 número necesario 99  
*véase también* ginecólogos-obstetras; agentes de salud
- Mediterráneo Oriental, Región  
 cobertura de inmunización 28  
 defunciones maternas 66  
 mortalidad en la niñez 8–10  
 mortalidad neonatal 88
- México, abusos durante el embarazo 49  
 micronutrientes 48, 88, 118  
 misoprostil 67  
 modelización estadística, problemas de interpretación 11, 13  
 modos de vida  
 orientación sobre 50, 92  
 poco saludables 47, 49
- Mongolia  
 colapso del sistema de salud 72  
 crisis económica 24, 25, 138
- mortalidad en la niñez xiv, xvi, xxi, 8–10, 14, 86, 200, 204  
 diferencias 89  
 efecto de una búsqueda de atención insuficiente 119  
 efecto del desarrollo socioeconómico 90–92  
 estancamiento o retroceso 16  
 Objetivos de Desarrollo del Milenio xvi
- mortalidad materna  
 causas principales xxiii  
 cifras actuales 16, 65  
 diferencias 66, 90  
 dificultad para obtener información 12  
 disminución 12  
 efecto de la asistencia calificada 11, 95  
 inversiones 12  
 y profesionalización de la partería 69–72  
 reducción 70, 105  
 Sri Lanka 70
- mortalidad neonatal xvi, xxi, xxiv, 11, 17, 90, 92  
 mortinatalidad xiv, xxiv, 11, 47, 66, 85, 92, 100  
 mosquiteros tratados con insecticida 28, 46, 116–118  
 movimiento en pro de la atención primaria 4, 34, 35, 38, 74, 112–120
- Mozambique  
 enfermeras con sueldos bajos 145  
 situación poscrisis 143
- muerte súbita del recién nacido, síndrome 49
- mujeres  
 agrupaciones 3, 95, 120  
 derechos 6, 7, 8  
 efecto de la selección de sexo 91  
 estatus xxiii, 53–54, 56, 95  
 obstáculos a la atención de salud 28  
 percibidas como ignorantes 31
- mujeres jóvenes, *véase* adolescentes, niñas  
 mutilación genital femenina 56
- N**
- nacimientos y defunciones, registro 13, 57
- Naciones Unidas  
 Declaración Universal de Derechos humanos 3  
 iniciativas de derechos humanos 5  
 postura sobre el aborto 56  
*véase también* Objetivos de Desarrollo del Milenio
- Nepal  
 agrupaciones de mujeres 95, 120  
 oxitocina, uso inapropiado de 100
- neumonía 112, 113, 115, 122
- Nicaragua  
 abusos durante el embarazo 49  
 atención de urgencia 104  
 defunciones neonatales 92
- Níger  
 atención de urgencia 104  
 déficit de recursos humanos 104  
 exclusión de las prestaciones sanitarias 29  
 financiación externa 136  
 gasto en salud infantil 128  
 mosquiteros tratados con insecticida 48  
 políticas distritales 34, 36, 37  
 sueldos e incentivos 37
- Nigeria  
 gasto en salud infantil 128  
 mortalidad en la niñez 10, 30
- niños  
 atención domiciliaria 2, 116, 118  
 causas de defunción 114, 208  
 derechos 5, 6, 9  
 estado nutricional, *véase* malnutrición  
 exclusión de la atención 28–35  
 intervenciones esenciales para la supervivencia 125  
 mortalidad *véase* mortalidad en la niñez  
 problemas de desarrollo 49, 117  
 como recurso nacional 2–3  
 retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal 10
- nutrición  
 adecuada 116  
*véase también* micronutrientes
- O**
- obesidad 48
- Objetivos de Desarrollo del Milenio  
 mortalidad en la niñez xvi  
 relacionados con la salud xiii, 9  
 salud de la madre, el recién nacido y el niño xviii, xxi, 1, 9
- obstáculos financieros al acceso xix, xxv, 93, 149, 151
- obstetras *véase* ginecólogos-obstetras
- Organización Internacional del Trabajo, Convenio sobre la Protección de la Maternidad 5, 57
- Organización Mundial de la Salud (OMS)  
 directrices sobre la atención durante el embarazo 47, 51, 99  
 escenarios de expansión 104

Organización Mundial de la Salud (OMS) (cont.)  
 estimaciones de la mortalidad neonatal 87  
 fomento de la estrategia de parteras tradicionales 74  
 función en el reconocimiento prenatal 73  
 indicadores básicos de los Estados Miembros 192  
 Programa Ampliado de Inmunización (OMS) xxv, 112  
 promoción de la salud y el bienestar de la madre y el niño 3  
 Organización Panamericana de la Salud 30  
 organizaciones de desarrollo, políticas de contratación 147  
 organizaciones de la sociedad civil 152–155  
 oxitocina 67, 100

## P

Pacífico Occidental, Región  
 cobertura de inmunización 28  
 mortalidad en la niñez xi, 10  
 mortalidad materna y neonatal xi, 87  
 pagos directos *véase* honorarios pagados por los usuarios  
 PAI-plus 117  
*véase también* Programa Ampliado de Inmunización  
 países industrializados, asistencia de partería de primer nivel 78  
 Pakistán  
 aumento del número de nacimientos 18  
 exclusión de las prestaciones sanitarias 29  
 mortalidad en la niñez 10  
 refugiados 26  
 trabajadoras sanitarias 123  
 Papua Nueva Guinea, honorarios pagados por los usuarios 151  
 Paraguay, exclusión de las prestaciones sanitarias 31  
 parteras  
 diplomadas/profesionales xvi, 72, 77  
 formación 76, 144  
 número necesario 98  
 parteras tradicionales 72, 74, 97  
 partería, conocimientos prácticos xxiii, 70, 71, 76, 93  
 parto  
 asistencia especializada xvi, xxiv, 12–16, 70–79, 92–95, 97,  
 101–102  
 aumento del número 16  
 complicaciones xxiii, 35, 66, 67, 70, 75, 93  
 costos 102, 151  
 factores culturales 74  
 en el hogar 2, 45, 72, 79, 95  
 lesiones 87  
 morbilidad/mortalidad xvi, xxi, 11  
 planificación xxii, 49–50, 92  
 riesgos 66–67  
 rituales en torno al 75  
 parto obstruido, como causa de defunción materna 67, 68  
 personal sanitario *véase* agentes de salud  
 Perú  
 abusos durante el embarazo 49  
 exclusión de las prestaciones sanitarias 31  
 placenta, trastornos 47, 49  
 planificación familiar xxii, 6, 36, 49, 51, 52, 92, 136, 152  
 pobreza  
 causa de exclusión 32  
 causada por costos sanitarios xiv, xxi, 31, 151

pobreza (cont.)  
 efecto en la salud de la madre, el recién nacido y el niño xxii  
 efecto en los sistemas de atención de salud xiv, 24–25  
 poliomielitis 112  
 política, aspectos de la salud de la madre, el recién nacido y el  
 niño relacionados con la xxii, xxv, 138–140, 142  
 prácticas familiares básicas 118, 119  
 preeclampsia *véase* eclampsia y preeclampsia  
 prematuridad/bajo peso al nacer 85, 87, 91, 92  
 prepago y sistemas de mancomunación xix, xxvi, 149–150  
 privación masiva xxii, 32–33  
 profesionales *véase* agentes de salud  
 profesionales sanitarios *véase* agentes de salud  
 Programa Ampliado de Inmunización xv, 112  
 programas para dejar de fumar 49  
 programas verticales xxiv, 35, 38, 112–115, 119, 137, 139  
 protección financiera  
 creación de sistemas de 153–156  
 frente a gastos de búsqueda de atención 149–153  
 fusión de sistemas de 154–155  
 puerperio  
 atención en el xvi, xxiii, 78  
 defunciones 62

## Q

quintiles de bienes 32

## R

razón de sexos 91  
 reanimación, aptitudes/conocimientos prácticos para 93, 94  
 reconocimiento prenatal 50, 73  
 refugiados  
 acceso al aborto 56  
 en el Pakistán 29  
 parasuicidio 69  
 rwandeses 27  
 registro de nacimientos y defunciones 12, 13  
 Reino Unido  
 abusos durante el embarazo 49  
 formación en partería 76  
 suicidio como causa de mortalidad materna 69  
 República Dominicana, exclusión de la atención de salud 34  
 resultados de salud, desigualdades 33  
 retrocesos de las tasas de mortalidad xiv, xvi, xxi, 12, 17, 90  
 Revolución en pro de la supervivencia del niño 112  
 rituales en torno al parto 75  
 rubéola  
 congénita, síndrome de 86, 92  
 infección por el virus de la 86  
 vacunación 86, 92  
 Rwanda 27, 94

## S

salud de la madre, el recién nacido y el niño (SMRNN)  
 acceso universal / derecho a la atención 149–154, 155, 156  
 alianzas mundiales 137  
 aspectos de salud pública xx, 2–3, 6–8, 47, 50, 56

salud de la madre, el recién nacido y el niño (SMRNN) (cont.)  
 aspectos económicos 8, 149  
 aspectos históricos 2–3  
 aspectos políticos xx, xxv, 140–142, 155  
 definición xiii  
 efecto en la mortalidad en la niñez 92  
 expansión xviii, xxiv, xxv, 102, 105, 126, 144, 149  
 falta de progresos xxi, 1  
 financiación 135, 136, 149  
 indicadores 230  
 integración 139  
 intervención clave 125  
 y movimiento de atención primaria 34  
 Objetivos de Desarrollo del Milenio xxi, 2, 9  
 obstáculos 93  
 orientación técnica 137, 139, 140, 142  
 prioridades xiv, 140  
 promoción internacional 143  
 reubicación xiv, 135–141

salud infantil  
 aspectos económicos 125–129  
 avances desiguales 9–10  
 enfoque integrado 119  
 programas de atención primaria 3–4  
*véase también* salud de la madre, el recién nacido y el niño

salud materna xx, 12–14, 24, 89

salud maternoinfantil (SMI), ahora salud de la madre, el recién nacido y el niño (SMRNN) 135

salud pública, aspectos de la salud de la madre, el recién nacido y el niño relacionados con la xx, 2–3, 6–8, 47, 50, 56

salud reproductiva  
 acceso universal a la atención xiv, 8, 136  
 indicadores 230  
*véase también* anticoncepción

sarampión, como causa de defunción 112

sector de la salud  
 comercialización 102  
 falta de infraestructura 104  
 financiación pública insuficiente 138  
 reformas 137, 140

seguro social de enfermedad 149

selección de sexo 91

Senegal  
 atención de urgencia 101  
 centros de salud 35  
 formación en partería 76  
 mayor uso de los servicios 101  
 oxitocina, uso inapropiado de 100

sepsis 25, 68, 93, 116, 119, 125  
*véase también* infección

servicios de extensión 122, 125

servicios/sistemas de salud  
 desarrollo 70, 73  
 expansión xvii, xviii  
 gasto público xviii  
 inversión insuficiente xiv  
 perturbación 90  
 refuerzo xvii, xviii  
 sostenibles xiv

Sierra Leona, costo del parto 151

sífilis 92

síndrome alcohólico fetal 49

sistemas de seguro xix, xx, 149–153  
 voluntarios/limitados 151–153

sobremedicalización 78, 95, 100

Sri Lanka  
 atención de partería de primer nivel 78  
 atención de urgencia 104  
 defunciones neonatales 92  
 mejoras sostenidas 142  
 mortalidad materna 70–72  
 visitas posnatales 79

Sudáfrica  
 crisis de recursos humanos 37  
 eliminación del pago de honorarios 151

Sudán, situación poscrisis 143

Suecia  
 abusos durante el embarazo 49, 76  
 formación en partería 76

suicidio o autolesiones 69  
*véase también* mala salud mental

Suiza, abusos durante el embarazo 49

supervivencia, brecha entre ricos y pobres 18

Swazilandia, sector privado 37

## T

tabaco *véase* modos de vida poco saludables

Tailandia  
 asistencia de partería de primer nivel 78  
 cobertura financiera 154  
 incentivos a la atención de salud rural 148  
 mortalidad materna 71  
 programas de salud infantil 3

Tanzania (República Unida de)  
 agentes de salud 120, 123  
 exclusión 29, 31, 151  
 honorarios pagados por los usuarios 150–151  
 implementación de la AIEPI 123

tasas de mortalidad  
 menores de 5 años 200, 204  
 inversiones xvi, xxi, 9, 11, 16, 17, 88  
 desigualdades y progresos irregulares 9–11

Tayikistán, colapso del sistema de salud 72, 138

terapia de rehidratación oral xxv, 112, 116

tétanos  
 como causa de defunción xvi, 87, 114  
 inmunización 88, 92, 125

Togo  
 atención calificada en el parto 94  
 sueldos e incentivos 37

transfusiones de sangre 67

traslados al hospital 122

traslados de urgencia 77

trastornos hipertensivos *véase* eclampsia y preeclampsia

tratamiento de casos 109

tuberculosis xv, xxii, 25, 48, 49, 137

Túnez, mortalidad en la niñez 115

**U**

## Uganda

- agentes de salud con formación en AIEPI 123
  - morbilidad psiquiátrica entre las embarazadas 48
  - mortalidad materna 25
  - programa de desarrollo de los distritos 138
- universal, acceso *véase* acceso universal a la atención; exclusión
- Unmet Obstetric Needs Network 29

**V**

vacunación *véase* inmunización/vacunación

## Viet Nam

- defunciones neonatales 92
- sistemas de seguro social 149
- suicidio como causa de mortalidad materna 69

## violencia

- asociada a embarazos no deseados 53
  - contra mujeres embarazadas xv, 49, 53
  - de género xxiii, 6, 49, 56, 91
  - penalización 57
- véase también* mujeres

visitas domiciliarias por personal sanitario 96

*véase también* agentes de salud, y hogares/comunidades

visitas posnatales, tasas bajas 79

vitamina A 28, 36, 116, 117

VRIL (vigilancia del crecimiento, rehidratación oral para la diarrea, inmunización y promoción de la lactancia natural) 112

**Z**

## Zaire 35

*véase también* Congo (República Democrática del)

## Zambia

- aborto peligroso 55
- crisis de recursos humanos 37
- derivación a hospitales 47
- mortalidad materna 25

Zimbabwe, crisis de recursos humanos 37

# notas explicativas

**Los cuadros de este anexo estadístico presentan información sobre la salud de la población en los Estados Miembros y regiones de la OMS para el año 2003 (cuadros 1, 2a y 2b), las causas de defunción en menores de cinco años y en recién nacidos para el periodo 2000–2003 (cuadros 3 y 4), una selección de valores agregados de las cuentas nacionales de salud para el periodo 1998–2002 (cuadros 5 y 6) y algunos indicadores relacionados con la salud reproductiva, de la madre y del recién nacido (cuadros 7 y 8). Las presentes notas ofrecen un panorama general de los conceptos, métodos y fuentes de datos utilizados, así como referencias a documentación más detallada. Cabe esperar que el estudio detenido y el uso de los resultados conduzca progresivamente a una cuantificación más cabal de los indicadores clave relacionados con la salud de la población y la financiación de los sistemas de salud.**

El tema del *Informe sobre la salud en el mundo 2005* es la salud de la madre y el niño. Dado que ahora se dispone de las últimas estimaciones sobre la mortalidad de menores de cinco años y las causas de defunción correspondientes, se otorga especial atención tanto a las propias estimaciones como a la base empírica empleada para establecer la mortalidad y las causas de defunción en ese tramo de edad. El cuadro 3, que refleja el número estimado de defunciones y la distribución de éstas por causas, se centra en las muertes de niños menores de cinco años. Por primera vez, se publican asimismo los números estimados de muertes neonatales, por causas de defunción (véase el cuadro 4). En consecuencia, se ha omitido el cuadro relativo a las estimaciones de las defunciones por causas, sexo y estratos de mortalidad incluido en ediciones anteriores del *Informe sobre la salud en el mundo*.

De los ocho grandes objetivos fijados en 2000 en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, seis están directamente relacionados con la salud y el bienestar de la mujer y el niño. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) reflejan el cabal reconocimiento de los gobiernos de que mejorar el bienestar de las personas es un requisito previo indispensable para el desarrollo económico. Para supervisar los avances realizados hacia el logro de los ODM y los resultados de las principales iniciativas en pro de la salud del niño, es imprescindible contar con una base informativa fiable.

Es fundamental que las Naciones Unidas difundan estimaciones idénticas sobre los ODM (incluidas estimaciones de la mortalidad de menores de cinco años) a

fin de potenciar un uso apropiado de estas cifras en la planificación de políticas o la supervisión y evaluación de programas. Urge pues elaborar un sistema que permita a las Naciones Unidas hablar con una sola voz y generar estimaciones que coincidan entre sí. Cuatro de sus organismos especializados – la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la División de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial – organizaron en mayo de 2004 una reunión sobre la mortalidad en la niñez (tasas de mortalidad infantil y de niños menores de cinco años). Los participantes en la reunión acordaron adoptar las siguientes medidas para seguir explorando posibles actividades conjuntas que permitan mejorar el proceso de estimación de forma periódica: crear una base de datos común; estudiar los problemas que plantean los métodos actualmente empleados y la manera de perfeccionarlos; y dar mayor prioridad a la creación de capacidad y la formación a nivel nacional para mejorar la disponibilidad de datos y la calidad de los mismos.

En consecuencia, la OMS y el UNICEF presentaron un conjunto consistente de tasas de mortalidad de menores de cinco años por países para el periodo 1990–2003, que se utilizó como base para las estimaciones, consignadas en los cuadros 1 y 2a. Conviene subrayar que a veces esas estimaciones no derivan directamente de los datos notificados. El cuadro 2b ofrece un resumen de la base empírica empleada para estimar la mortalidad de menores de cinco años, por grupos de edad.

La OMS es la principal organización encargada de facilitar estimaciones de mortalidad por causas de defunción. Un problema importante ha sido la falta de datos precisos de mortalidad por causas específicas para los países en desarrollo, sobre todo para aquellos que presentan niveles de mortalidad más elevados. La sede de la OMS, en colaboración con sus oficinas regionales, acopia datos por causas de defunción para sus 192 Estados Miembros. Existe un acuerdo entre la Sede y las oficinas regionales para evitar que haya duplicación de tareas a nivel de país a la hora de notificar datos a la Organización. Las Oficinas Regionales de la OMS para las Américas, Europa y el Mediterráneo Oriental se esfuerzan simultáneamente por asegurar que los datos se reciban de forma periódica y puntual. Para la Región de África los datos son prácticamente inexistentes, lo que explica las notables dificultades encontradas al establecer los niveles de mortalidad por causas específicas correspondientes a esta zona.

Los datos facilitados por los Estados Miembros pasan a formar parte de la excepcional base de datos histórica de la OMS sobre causas de defunción (base de datos de mortalidad de la OMS), que contiene información que se remonta a 1950 (1). Durante el periodo 2000–2003, unos 100 Estados Miembros proporcionaron a la OMS datos de registro civil y notificaron unos 18 millones de defunciones. Conviene señalar, no obstante, que más de dos terceras partes de las muertes que se producen en el mundo quedan sin registrar.

Es preciso colmar esas lagunas de datos, por una parte, redoblando los esfuerzos encaminados a colaborar con los países y las iniciativas para obtener datos de mortalidad más recientes y, por otra, colaborando con los asociados en la promoción de instrumentos más eficaces e inversiones dirigidas al acopio y análisis de datos. También es necesario lograr una mejor armonización de las estimaciones de mortalidad por causas de defunción, dentro de la OMS, con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y con instituciones académicas.

En 2001 la OMS estableció el Grupo de referencia en epidemiología de la salud del niño (CHERG) con el cometido de contribuir a mejorar las estimaciones de mortalidad en la niñez por causas específicas. Este grupo de expertos técnicos independien-

tes ha elaborado y aplicado criterios rigurosos para la realización de estimaciones relacionadas con las principales causas de defunción en la niñez y ha colaborado estrechamente con la OMS y el UNICEF con miras a incorporar sus resultados en las estimaciones más amplias de la OMS relacionadas con la salud del niño, a nivel mundial, regional y, en la medida de lo posible, de país. En otra parte de este informe se facilita información más detallada sobre los métodos y productos del CHERG (2). Los resultados de la colaboración de la OMS con el CHERG y el UNICEF se resumen en los cuadros 3 y 4.

Estas estimaciones han sido revisadas, aprobadas y respaldadas por los Departamentos de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente (CAH) y de Sistemas de Medición e Información Sanitaria (MHI), de la OMS, la División de Políticas y Planificación (DPP) del UNICEF y un grupo independiente de expertos externos. Se enviaron a los Estados Miembros, para que las comentaran, las estimaciones iniciales de la OMS y las explicaciones técnicas pertinentes. Las observaciones y los datos recibidos en respuesta se analizaron con ellos y fueron incorporados en la medida de lo posible. Las estimaciones aquí presentadas deberán interpretarse, no obstante, como las mejores estimaciones de la OMS, no como el reflejo de la postura oficial de los Estados Miembros.

## CUADRO 1

Todas las estimaciones del tamaño y la estructura de la población para 2003 están basadas en las evaluaciones demográficas preparadas por la División de Población de las Naciones Unidas (3). Estas estimaciones se refieren a la población *de facto* y no a la población *de jure* de los distintos Estados Miembros. Las tasas de crecimiento anual, el índice de dependencia, el porcentaje de personas de 60 años o mayores y la tasa total de fecundidad también proceden de la base de datos de la División de Población de las Naciones Unidas.

A fin de determinar los logros sanitarios generales, es fundamental evaluar de la mejor manera posible la tabla de vida correspondiente a cada país. Se han elaborado para los 192 Estados Miembros tablas de vida para 2003, comenzando por un examen sistemático de todos los datos disponibles – procedentes de encuestas, censos, sistemas de registro por muestreo, centros de estudios demográficos y registros civiles – acerca de los niveles y tendencias de la mortalidad de menores de cinco años y la mortalidad de adultos. Este examen se ha beneficiado considerablemente de una evaluación en colaboración de la OMS y el UNICEF sobre la mortalidad de menores de cinco años en 2003. La OMS emplea un método estándar para estimar y proyectar las tablas de vida de todos los Estados Miembros utilizando datos comparables. Ello puede dar lugar a pequeñas diferencias con respecto a las tablas de vida oficiales preparadas por los Estados Miembros.

Las estimaciones correspondientes a la esperanza de vida al nacer, la probabilidad de morir antes de cumplir los cinco años (tasa de mortalidad de menores de cinco años) y la probabilidad de morir entre los 15 y los 60 años (tasa de mortalidad de adultos) se han obtenido de las tablas de vida estimadas por la OMS para cada Estado Miembro. Los procedimientos empleados para elaborar las tablas de vida correspondientes a 2003 difirieron de un Estado Miembro a otro, dependiendo de la disponibilidad de datos para establecer la mortalidad en la niñez y la mortalidad adulta. Dada la creciente heterogeneidad de las pautas de mortalidad de adultos y niños, la OMS ha desarrollado un sistema de tablas de vida constituido por un modelo logit de dos parámetros, con parámetros adicionales específicos para la edad destinados a corregir

los sesgos sistemáticos asociados a la aplicación de un sistema de dos parámetros, sobre la base de unas 1800 tablas de vida obtenidas de registros civiles considerados de buena calidad (4). Este modelo de tablas de vida ha sido ampliamente utilizado para elaborar las tablas de vida de los Estados Miembros que carecen de sistemas apropiados de registro civil y para proyectar las tablas de vida hasta 2003 cuando los datos más recientes disponibles corresponden a años anteriores. Las estimaciones para 2003 se han revisado para tener en cuenta los nuevos datos recibidos desde la publicación del *Informe sobre la salud en el mundo 2004* para numerosos Estados Miembros y tal vez no sean plenamente comparables con los publicados en informes anteriores. A continuación se resumen los métodos utilizados para elaborar las tablas de vida; se ha publicado a este respecto una sinopsis completa y detallada (4, 5).

Para los Estados Miembros que cuentan con sistemas de registro civil y registro de estadísticas vitales por muestreo, se aplicaron primeramente técnicas demográficas (método de Preston-Coale, método del equilibrio de Brass, método del equilibrio generalizado y método de Bennett-Horiuchi) a fin de evaluar el grado de integridad de los datos registrados de mortalidad en la población de mayores de cinco años y luego esas tasas de mortalidad se ajustaron en consecuencia (6). Cuando se disponía de datos de registro civil para 2003, éstos se utilizaron directamente para establecer las tablas de vida. Para otros países en cuyo caso el sistema facilitaba una serie cronológica de tablas de vida anuales, los parámetros ( $l_5, l_{60}$ ) se proyectaron utilizando un modelo de regresión ponderada que confería mayor importancia a los años más recientes (mediante un mecanismo de ponderación exponencial que aseguraba que el peso para cada año  $t$  fuese un 25% inferior al correspondiente al año  $t+1$ ). Para los países con una población total de menos de 750 000 habitantes, o cuando el error cuadrático medio para la regresión era mayor o igual a 0,011, se estimó una tendencia a más corto plazo, aplicando un factor de ponderación con un decaimiento exponencial del 50% anual. Los valores proyectados de los dos parámetros utilizados para las tablas de vida se aplicaron seguidamente a un modelo logit de tablas de vida modificado, utilizando como estándar los datos nacionales más recientes – reflejo de la estructura de edades más reciente – para predecir la tabla de vida completa correspondiente a 2003.

Para todos los Estados Miembros se evaluaron y ajustaron otros datos disponibles para la mortalidad en la niñez – por ejemplo, datos de encuestas y censos – a fin de estimar la tendencia probable correspondiente a los últimos decenios y predecir así la mortalidad en la niñez en 2003. Se empleó un método estándar para predecir la mortalidad en la niñez a fin de obtener las estimaciones correspondientes a 2003 (para información más detallada, véase el cuadro 2a) (7). Estas estimaciones se utilizan, por una parte, para sustituir las tasas de mortalidad de menores de cinco años en las tablas de vida de aquellos países que, aunque cuentan con sistemas de registro civil o de registro de estadísticas vitales por muestreo, carecen de un registro completo del número de defunciones de niños menores de cinco años. Por otro lado, en el caso de los países sin sistemas de registro civil que puedan utilizarse a estos efectos – que suelen ser los que presentan niveles de mortalidad elevados –, las tasas proyectadas de mortalidad de menores de cinco años se utilizan como uno de los input del sistema logit modificado. Las tasas de mortalidad de adultos se obtuvieron a partir de encuestas o censos en los casos en que pudo disponerse de estas fuentes; en los demás casos, se seleccionó el correspondiente nivel más probable de mortalidad adulta sobre la base de modelos de regresión de mortalidad en la niñez frente a mortalidad adulta según lo observado en el conjunto de aproximadamente 1800 tablas de vida. Estos niveles

estimados de mortalidad en la niñez y mortalidad de adultos se aplicaron seguidamente a un estándar mundial, definido como el promedio de todas las tablas de vida, usando el modelo logit modificado, para calcular las estimaciones correspondientes a 2003.

Conviene señalar que el modelo logit de tablas de vida modificado que utiliza el estándar mundial no refleja los efectos de una alta epidemicidad de VIH/SIDA, porque las tablas de vida empíricas subyacentes no proceden de países aquejados por esa epidemia. De modo análogo, tampoco se recogen las muertes atribuibles a conflictos bélicos, ya que los sistemas de registro civil a menudo dejan de funcionar en tiempos de guerra (8). Por estos motivos, en el caso de los países afectados se estimó la mortalidad sin defunciones por VIH/SIDA y por guerras, y luego se añadieron las estimaciones efectuadas por separado de las muertes causadas por el VIH/SIDA y las guerras en 2003.

Los principales resultados incluidos en el cuadro 1 van acompañados de sus respectivos intervalos de incertidumbre, para que el lector conozca el margen de variación plausible de las estimaciones para cada país respecto de cada uno de los indicadores. En el caso de los países con datos del registro civil proyectados aplicando modelos de regresión de series temporales de los parámetros del modelo logit de tablas de vida, para reflejar la incertidumbre en torno a los coeficientes de regresión se han utilizado 1000 valores aleatorios de los parámetros sobre la base de los estimadores de regresión y de la matriz de varianza-covarianza. Para cada uno de los valores aleatorios se calculó una nueva tabla de vida. En los casos en que había fuentes de información adicionales que aportaban intervalos plausibles para las tasas de mortalidad de menores de cinco años y de adultos, los 1000 valores aleatorios se limitaron de tal modo que cada tabla de vida produjera estimaciones dentro de estos intervalos específicos. El margen de 1000 tablas de vida obtenidas a partir de esos valores aleatorios refleja parte de la incertidumbre que presentan las tendencias proyectadas de la mortalidad, en particular las imprecisiones en la cuantificación de los cambios sistemáticos de los parámetros del modelo logit durante el periodo abarcado por los datos de registro civil disponibles.

En el caso de los Estados Miembros para los cuales se disponía de registros de defunción completos para el año 2003 y no se hicieron proyecciones, la incertidumbre de las tablas de vida refleja la incertidumbre asociada al recuento de eventos – caracterizada mediante la distribución de Poisson – en las tasas de mortalidad por grupos de edad, estimadas a partir de la observación de un número finito de defunciones en un intervalo fijo de un año.

Para los países que carecían de series temporales de datos de mortalidad por grupos de edad y sexo, se siguieron los pasos siguientes. En primer lugar, se elaboraron para cada país estimaciones puntuales e intervalos para las tasas de mortalidad de menores de cinco años y de adultos, por sexo (5). En el sistema logit de tablas de vida modificado descrito más arriba (4), los valores de estos dos parámetros se pueden utilizar para identificar una serie de distintas tablas de vida en relación con una tabla de vida estándar mundial. Utilizando los métodos de simulación de Monte Carlo, se generaron 1000 tablas de vida aleatorias tomando muestras a partir de distribuciones normales de esos input, con varianzas definidas según los intervalos de incertidumbre. En el caso de los países donde, debido a la falta de datos de encuestas o métodos de vigilancia, las tasas de mortalidad de menores de cinco años y de adultos presentaban un grado de incertidumbre considerable, se muestrearon distribuciones amplias, si bien los resultados se limitaron sobre la base de las estimaciones de los valores máximos y mínimos plausibles para los puntos estimados.

En el caso de 55 países, pertenecientes en su mayoría al África subsahariana, las estimaciones de las tablas de vida se efectuaron construyendo tablas de vida contrafactuales que excluían el impacto de la mortalidad de la epidemia de VIH/SIDA y combinando seguidamente esas tablas con estimaciones exógenas de las tasas de exceso de mortalidad atribuibles al VIH/SIDA. Las estimaciones se basaron en modelos de cálculo inverso elaborados en el marco de los esfuerzos de colaboración de la OMS y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) con miras a realizar estimaciones epidemiológicas para el VIH/SIDA a nivel de país. En el caso de los países donde el número de muertes por guerras era sustancial, las estimaciones de los respectivos intervalos de incertidumbre también se incorporaron en el análisis de incertidumbre de las tablas de vida.

## CUADRO 2A

Varias organizaciones internacionales, entre ellas la OMS, publican periódicamente estimaciones de la mortalidad en la niñez. Se utilizan notas de pie de página para explicar la metodología utilizada en cada caso y, en ocasiones, para facilitar información sobre la disponibilidad de los datos empíricos en que se basan las estimaciones. La mayoría de las veces, sin embargo, no se informa al lector sobre la fuente de los datos. En los cuadros aquí incluidos, la OMS ha procurado por primera vez facilitar un breve resumen de la información empírica subyacente. De ese modo, el lector debería poder hacerse una idea de hasta qué punto la estimación está basada en datos reales o, por el contrario, en hipótesis. Por ahora, los cuadros no incluyen una evaluación de la calidad de los datos, aunque en el proceso de estimación sí se tiene en cuenta la calidad de los datos empíricos.

En el contexto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), se presta particular atención a la medición de los avances realizados hacia el logro del Objetivo 4, que prevé «reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años». A nivel de país, esto implica que los gobiernos se comprometen no sólo a llevar a cabo iniciativas destinadas a mejorar la salud del niño, sino también a implantar un sistema fiable para supervisar los progresos realizados en ese sentido. Este sistema, si se aplica debidamente, debe ser capaz de facilitar el número de defunciones de niños menores de cinco años, por sexo, edad y causa. Sin embargo, los países con altos niveles de mortalidad en la niñez son precisamente aquellos donde la información es muy escasa o inexistente, sobre todo en lo que respecta a las tendencias.

El cuadro 2a presenta las fuentes y los resultados de la información sobre las tasas de mortalidad de menores de cinco años durante los últimos 25 años disponibles en la OMS. Aunque se puso el máximo empeño en asegurar la integridad y precisión de la información presentada, no se pretende que el cuadro sea exhaustivo. Los esfuerzos relacionados con el acopio de datos se resumen para tres periodos: 1980–1989, 1990–1999 y 2000–2003. Únicamente los datos recabados en el periodo más reciente facilitan información nueva sobre la tendencia de la mortalidad en la niñez en el nuevo milenio. En todos los demás casos, las estimaciones para los ODM se han obtenido exclusivamente de proyecciones basadas en tendencias derivadas de puntos de datos empíricos anteriores al año 2000.

Cuatro son las fuentes principales de las que se nutren los datos empíricos utilizados para establecer la mortalidad de menores de cinco años: los sistemas de registro civil, los sistemas de registro por muestreo, las encuestas y los censos. El sistema de registro civil o de registro por muestreo aporta cifras de defunciones por edad y

sexo obtenidas mediante observación directa y mediante la notificación de muertes individuales. Se trata en ambos casos de datos acopiados de forma prospectiva. En cambio, en las encuestas y los censos los datos empíricos se basan en datos retrospectivos. Las entrevistas, celebradas la mayoría de las veces con la madre o ama de casa o con el cabeza de familia, facilitan información sobre el historial de supervivencia de los niños de cada familia. Para ese fin, se puede recopilar información sobre la mortalidad durante un determinado periodo anterior al censo o a la entrevista de una encuesta, averiguando los antecedentes genésicos o haciendo preguntas sobre todos los niños nacidos y sobre los que siguen vivos (preguntas «indirectas» del método de Brass) (9).

Las fuentes de información enumeradas en el cuadro 2a se utilizaron para calcular las tendencias y proyecciones estimadas de las tasas de mortalidad de menores de cinco años para el año 2003 incluidas en los cuadros 1 y 2a. Se empleó un método estándar para predecir el nivel más reciente de mortalidad en la niñez a fin de asegurar la comparabilidad entre países, lo que hace que puedan existir pequeñas diferencias con respecto a las estadísticas oficiales preparadas por los Estados Miembros (7). Las estimaciones de las tasas de mortalidad de niños menores de cinco años se calcularon, para cada país, a partir de la regresión por mínimos cuadrados ponderados de la tasa de mortalidad de menores de cinco años respecto a sus fechas de referencia. Entre las variables explicativas figura la fecha, así como otras variables que reflejan las tasas de variación de la mortalidad de menores de cinco años durante distintos periodos. Los pesos asignados a cada punto de datos reflejan su calidad o su consistencia con todos los demás puntos de datos. En otros casos se utilizaron fuentes adicionales como input en el modelo de regresión estándar.

Los registros civiles pueden considerarse como el estándar de referencia para la recopilación de datos de mortalidad, puesto que permiten registrar las defunciones por edad y sexo. Los sistemas de registro civil con un alto grado de integridad están muy extendidos en los países desarrollados. Aunque varios países en desarrollo están mejorando sus sistemas de registro civil, en muchos otros – sobre todo en los países con elevados niveles de mortalidad – esos sistemas son inexistentes. Otra fuente de datos de mortalidad son los sistemas de registro de estadísticas vitales por muestreo, que evalúan los eventos vitales a nivel nacional a partir de información acopiada en zonas de muestreo. Estas dos fuentes, en principio, facilitan datos con una periodicidad anual.

En la columna «RC/SRM» (registro civil/sistema de registro por muestreo) se indica el número de años de datos de cualquiera de los sistemas disponibles en la OMS. En los países en que se carece de un sistema de acopio de datos prospectivos, se recurre a las encuestas domiciliarias para obtener estimaciones directas o indirectas del nivel de mortalidad de menores de cinco años, principalmente sobre la base de cuestionarios sobre los antecedentes genésicos en los que se solicita a las madres información sobre sus hijos, tanto sobre los que siguen vivos como sobre los que no lograron sobrevivir. Análogamente, los cuestionarios censales pueden incluir un módulo centrado en la mortalidad, que puede hacer referencia a defunciones recientes en la familia o utilizar preguntas «indirectas» del método de Brass para estimar la mortalidad en la niñez. Conviene señalar que una sola encuesta o un solo censo puede generar más de una estimación de la mortalidad de menores de cinco años para distintos periodos. No obstante, en la columna «Encuesta/Censo» del cuadro 2a se indica el número de encuestas y censos disponibles en la OMS. Por otro lado, en el caso de las encuestas transferidas de un año al año siguiente, sólo se tuvo en cuenta el año inicial.

	Definición	Intervalo <sup>a</sup>
0.	Menores de cinco años	0–4 años
1.	Periodo infantil	0–11 meses
1.1	Periodo neonatal	0–27 días
1.2	Periodo posneonatal	28 días–11 meses
1.2.1	Periodo posneonatal temprano	28 días–5 meses
1.2.2	Periodo posneonatal tardío	6–11 meses
2.	Niñez	1–4 años
2.1	Poslactancia	12–23 meses
2.2	Primera infancia	24–59 meses

<sup>a</sup> El límite superior del intervalo hace referencia a días, meses o años completos.

Son dignos de mención los esfuerzos desplegados por las oficinas regionales de la OMS para acopiar los datos de registro civil de los Estados Miembros. Algunos organismos internacionales, como las Naciones Unidas y el UNICEF, también mantienen bases de datos históricas sobre las tasas de mortalidad de menores de cinco años, que han compartido generosamente con nosotros, de modo que hemos podido incorporarlas en nuestros análisis. Otras fuentes de información incluyen los datos procedentes de cen-

so o encuestas nacionales o de encuestas especializadas, como las encuestas demográficas y de salud (EDS) realizadas por ORC Macro o las encuestas a base de indicadores múltiples (MICS) llevadas a cabo por el UNICEF. Por último, también se incorporaron en la base de datos documentos estadísticos nacionales, por ejemplo anuarios estadísticos, informes de organismos especializados y resultados de publicaciones periódicas.

## CUADRO 2B

Mientras que el cuadro 2a recoge las estimaciones relativas a las tasas de mortalidad de menores de cinco años, el cuadro 2b presenta una base empírica de las tasas de mortalidad por edad detalladas obtenidas directamente de las fuentes más fácilmente accesibles para ello, a saber: las encuestas demográficas y de salud (EDS) y los registros civiles (RC). Además de aplicar a los niños menores de un año el desglose habitual, separando los del periodo neonatal (0–27 días) de los del periodo posneonatal (28 días–11 meses) (10), este último grupo de edad se subdividió a su vez en dos intervalos: de 28 días a 5 meses y de 6 a 11 meses. De modo análogo, el periodo de la niñez, que va desde el primer hasta el quinto cumpleaños, se subdividió en dos intervalos: de 12 a 23 meses y de 24 a 59 meses. En la tabla adjunta se resumen las definiciones de los diferentes tramos de edad.

Las tasas de mortalidad presentadas en el cuadro 2b se expresan como la probabilidad de morir durante cada periodo entre quienes han sobrevivido hasta el inicio del periodo en cuestión. En consecuencia, los totales no equivalen a la suma de las tasas de cada grupo de edad.

Una vez obtenidos los conjuntos de datos brutos de las EDS, el UNICEF colaboró en el reanálisis de éstos con miras a calcular tasas de mortalidad detalladas por edad, siguiendo el método empleado para las EDS, que utiliza probabilidades de muerte calculadas a partir de cohortes ficticias (11). A fin de conseguir unas estimaciones suficientemente robustas, los valores representan el periodo de cinco años previo a las encuestas. No se ha efectuado en los cálculos ningún ajuste para reflejar aspectos de la notificación tales como el redondeo.

Los datos de registro civil notificados por los Estados Miembros (1) son la otra fuente empleada para calcular la mortalidad por edad, aunque el actual corte de edad (menores de un año) que pide la OMS no permite analizar con más detalle la tasa de mortalidad posneonatal. Por consiguiente, sólo se presentan en el cuadro 2b las tasas de mortalidad neonatal y posneonatal. Para ambas tasas, hemos aplicado la siguiente fórmula basada en el número de nacidos vivos (12):

*Tasa de mortalidad neonatal = defunciones neonatales / nacidos vivos*

*Tasa de mortalidad posneonatal = defunciones posneonatales / (nacidos vivos – defunciones neonatales)*

Para los demás grupos de edad, hemos aplicado una fórmula estándar obtenida de la tabla de vida abreviada:

$${}_nq_x = \frac{{}_nM_x}{1 + n(1 - {}_n a_x) {}_nM_x}$$

donde

- ${}_nq_x$  es la probabilidad de morir entre las edades exactas  $x$  y  $x+n$ ;
- $n$  es el intervalo del grupo de edad expresado en años;
- $x$  es la edad exacta al inicio de cada grupo de edad;
- ${}_nM_x$  es la tasa de mortalidad específica para el grupo de edad entre  $x$  y  $x+n$ ; y
- ${}_n a_x$  es la fracción del último intervalo de edad de vida.

Para esta tabla nos hemos servido en la mayor medida posible de datos empíricos; en lo que respecta a los denominadores (nacidos vivos y población de las tasas de mortalidad por grupos de edad), hemos dado prioridad a los datos nacionales, recurriendo si no a las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas (3).

Se debe proceder con suma cautela a la hora de hacer comparaciones entre países, pues los resultados no son directamente comparables, debido a que el método de cálculo varía según las fuentes y a que existen diferencias en cuanto al grado de integridad de los datos de registro civil facilitados por los Estados Miembros.

Los datos de las EDS y los registros civiles que pueden complementarse con otras fuentes de información servirían de base para el análisis entre los grupos de edad, por países o regiones. Ese conocimiento más profundo del nivel de mortalidad podría conducir a la identificación de alguna distribución por causas específicas que permita comprender mejor la transición epidemiológica dentro de la mortalidad en la niñez.

### CUADRO 3

Antes de estimar el número de defunciones correspondiente a cada una de las causas, el primer paso consiste en obtener el número estimado de muertes para el conjunto de todas ellas, que constituirá un «gran total»; así se garantiza que la suma de todas las tasas de mortalidad por causas específicas no supere el número estimado de defunciones en cada país. Este gran total se deriva de las tasas de mortalidad estimadas a partir de las tablas de vida abreviadas (4, 5), aplicándolas a las estimaciones demográficas obtenidas de la División de Población de las Naciones Unidas (3). El gran total de mortalidad actual es fruto del trabajo conjunto de la OMS y el UNICEF para el periodo 1990–2003.

Los países que disponen de sistemas de registro civil sólidos con una cobertura relativamente elevada captarían una distribución representativa de las causas de defunción a nivel nacional. Además de los niveles de cobertura, es importante analizar detenidamente la calidad de las prácticas de codificación, que deben seguir los criterios previstos en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE) (6, 8, 10). En algunos países, es bastante frecuente que los certificados de defunción no se rellenen debidamente o que los diagnósticos presenten sesgos sistemáticos.

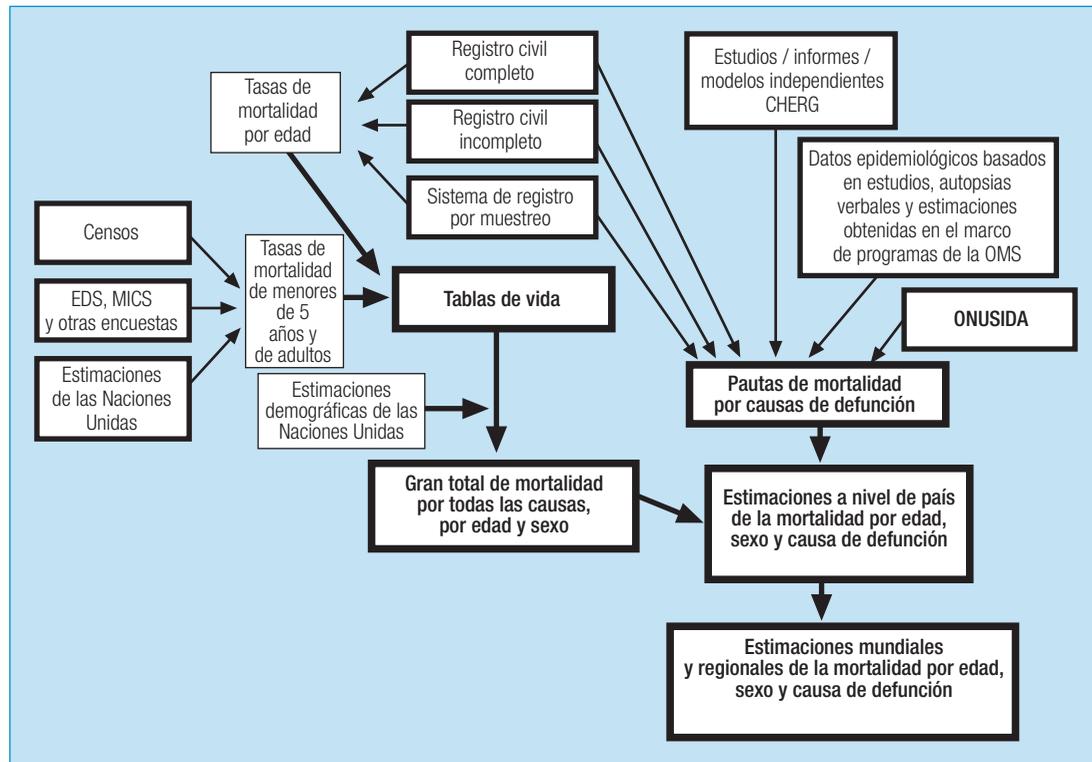
En el caso de 72 países donde la cobertura de los sistemas de registro civil (RC) es superior al 85%, la OMS considera el RC como el estándar de referencia y utiliza la

distribución calculada directamente a partir de ellos, tras introducir los ajustes pertinentes para las categorías mal definidas (por ejemplo, CIE-9: capítulo XVI, CIE-10: capítulo XVIII; enfermedades cardiovasculares no especificadas; cánceres de localización desconocida, o causas externas no especificadas) y comprobar las tendencias por causas para los últimos años disponibles. A la hora de estimar las tasas de mortalidad correspondientes a países muy pequeños, en cuyo caso una variación pequeña en el número de muertes influye notablemente en la distribución general de las causas de defunción, se utiliza un promedio de sus datos de registro civil correspondientes a los últimos tres años para evitar tendencias falsas. A falta de registros civiles completos para obtener información sobre las causas de defunción, se están implantando ahora en algunos pocos países, como China o la India, sistemas de registro por muestreo para establecer perfiles representativos de la mortalidad por causas (8).

Sin embargo, en muchos países los sistemas de registro civil sólo funcionan en algunas zonas concretas (determinadas provincias o zonas urbanas/rurales), y en la mayoría de los países con altos niveles de mortalidad en la niñez esos sistemas son prácticamente inexistentes. Las estimaciones relativas a las pautas de mortalidad por causas de defunción deben basarse tanto en conjuntos limitados de datos disponibles como en un amplio uso de los modelos pertinentes.

Dado que las zonas no cubiertas por los sistemas de registro civil suelen ser regiones rurales y marginadas con una situación socioeconómica peor que la imperante en las zonas cubiertas, es probable que la distribución de la mortalidad sea distinta en unas

### Datos y métodos empleados para estimar las causas de defunción en menores de cinco años



y en otras. Se ha elaborado un modelo estadístico para efectuar la correspondiente inferencia (13), sobre la base de los datos históricos de registro civil obtenidos desde 1950 para una selección de países que registran al menos el 95% de todas las defunciones. Aunque esa selección incluye algunos países en desarrollo, la mayoría de los países que notifican a la OMS datos de registro civil completos forman parte de regiones desarrolladas: los países incluidos pertenecen mayormente a las Regiones de Europa y las Américas.

Este modelo parte del supuesto de que la pauta de mortalidad amplia registrada en los países con alta mortalidad atravesará la fase de transición sanitaria ya observada en los países actualmente incluidos en el grupo de ingresos altos y medios, en ausencia de grandes epidemias, desastres naturales y guerras. Dependiendo de los valores de la mortalidad por todas las causas y de los ingresos por habitante, el modelo permite proyectar la distribución de las causas de defunción para las tres categorías más amplias: las enfermedades transmisibles; las enfermedades no transmisibles; y las causas externas (traumatismos). Este modelo se aplicó para distribuir el gran total de mortalidad de menores de cinco años entre esas tres grandes causas en muchos países con altos niveles de mortalidad para los que no se disponía de información fiable sobre la distribución de las causas de defunción. También se aprovechó información obtenida de países vecinos de la misma región para comprobar la plausibilidad de los resultados arrojados por el modelo (8).

Una vez repartido el gran total de mortalidad por todas las causas en menores de cinco años entre esas tres grandes categorías, el último paso consiste en obtener la distribución de las defunciones atribuibles a las distintas enfermedades o causas externas dentro de cada categoría. En el caso de las enfermedades transmisibles, responsables de la mayoría de las muertes de menores de cinco años, se tienen en cuenta, al efectuar las estimaciones finales, las estimaciones sobre enfermedades específicas obtenidas del Grupo de referencia en epidemiología de la salud del niño (CHERG) (2), los programas técnicos de la OMS y el ONUSIDA. A continuación, los resultados de esta labor conjunta se incorporan al gran total de mortalidad por todas las causas en menores de cinco años, con inclusión de las muertes atribuibles a las enfermedades transmisibles y no transmisibles restantes y a los traumatismos, que representan, respectivamente, el 10% y el 3% de las defunciones mundiales. Habida cuenta de que el año 2000 se utilizó como año de referencia para calcular las estimaciones de la mayor parte de la distribución por causas, excepto las correspondientes al VIH/SIDA, que se actualizan anualmente, la distribución por causas de defunción para 2000 se aplicó al promedio del gran total de mortalidad de menores de cinco años para el periodo 2000–2003 a fin de obtener el promedio anual de muertes atribuibles a cada causa.

La labor llevada a cabo recientemente por la OMS en relación con la mortalidad neonatal permitió establecer, dentro del gran total de mortalidad de menores de cinco años, el subtotal correspondiente a las muertes acaecidas durante el periodo neonatal (14). Las defunciones atribuibles al VIH/SIDA se asignaron sobre la base de las estimaciones de mortalidad anuales efectuadas por el ONUSIDA y la OMS (15). Para la neumonía, las enfermedades diarreicas, la malaria y el sarampión, las estimaciones del CHERG, derivadas de modelos monocausales (16–18), y las estimaciones obtenidas en el marco de programas técnicos de la OMS (19) y de otros trabajos publicados se triangularon con los resultados del modelo de mortalidad proporcional multicausal, que tiene en cuenta simultáneamente las principales causas de defunción (20), para producir el nuevo conjunto de proporciones de mortalidad por causas específicas.

Las estimaciones de la mortalidad por infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores (IAVRI) (principalmente muertes por neumonía) se basaron en la relación entre la mortalidad proporcional atribuible a las IAVRI y la mortalidad por todas las causas en niños menores de cinco años. El análisis final incluyó 49 observaciones y consistió en ajustar una curva log-lineal para la mortalidad proporcional correspondiente a las IAVRI en función de la mortalidad total de menores de cinco años (18). Se observó a nivel nacional un alto grado de consistencia entre los resultados obtenidos a partir de este modelo proporcional monocausal y los derivados del modelo proporcional multicausal (20).

Existen notables diferencias en las estimaciones del número de muertes por diarrea: las defunciones totales oscilan entre 1,6 millones (16) y 2,6 millones (21). El modelo monocausal del CHERG utilizado para estimar las muertes atribuibles a las enfermedades diarreicas incluyó 77 observaciones. Los resultados arrojados por este modelo (16) se triangularon con los resultados del modelo proporcional multicausal (20) y con otras estimaciones disponibles publicadas en trabajos especializados (21, 22).

La mortalidad por malaria en el África subsahariana se estimó a partir de un método innovador basado en un mapeo subregional de la intensidad de la transmisión de esta enfermedad y los riesgos de morir a consecuencia de ella (17, 23). Al examinar la documentación pertinente, se identificaron 31 estudios de 14 países de África central y 17 estudios e informes de cuatro países de África meridional. En 2000 la mortalidad estimada por malaria entre niños menores de cinco años osciló en el África subsahariana entre 700 000 y 900 000 defunciones. El grueso de las muertes por malaria correspondió a poblaciones de África central donde la intensidad de la transmisión es alta. En el caso de las regiones situadas fuera de África, los resultados obtenidos con el modelo multicausal se utilizaron para calcular la proporción de defunciones de menores de cinco años provocadas por la malaria (20).

En lo que respecta a las estimaciones de las defunciones de menores de cinco años atribuibles al sarampión, se observó una notable discrepancia entre las estimaciones elaboradas por el CHERG y las obtenidas en el marco de programas de la OMS (19, 20). Se ha señalado que el modelo multicausal empleado por el CHERG podría subestimar las causas que sólo representan una pequeña proporción de las muertes, y que el modelo evolutivo de la OMS, basado en la incidencia, la cobertura inmunitaria y la tasa de letalidad, sobrestima quizá las defunciones por sarampión, ya que se nutre, en lo que respecta a las tasas de letalidad, de datos de cuestionable validez (24). A fin de analizar esta cuestión, la OMS creó un grupo de expertos que efectuó una comparación de las dos estimaciones para los 20 países que presentaban las discrepancias absolutas más importantes. Los esfuerzos por mejorar la metodología de estimación de la mortalidad atribuible al sarampión siguen en marcha. La OMS ha adoptado una estimación provisional de aproximadamente 400 000 defunciones anuales, lo que equivale al 4% del total de defunciones de niños menores de cinco años en todo el mundo.

Para la mayoría de los países, no se efectuaron ajustes adicionales; sin embargo, dado que algunas de las estimaciones relativas a causas específicas se han llevado a cabo al margen del modelo multicausal, la suma de las distintas causas podría ser superior al gran total para unos pocos países. En esos casos, se ha realizado un examen minucioso de las estimaciones de cada causa individual para resolver la incongruencia. Los ajustes del número estimado de defunciones por causas se efectuaron dentro de los intervalos plausibles estimados para cada causa.

## CUADRO 4

La OMS publica por primera vez un cuadro sobre el número anual de defunciones por causas entre los recién nacidos para el periodo 2000–2003. Las defunciones neonatales, muertes de nacidos vivos (0–27 días), pueden subdividirse en defunciones neonatales precoces (0–6 días) y defunciones neonatales tardías (7–27 días). El cuadro 4 únicamente muestra las defunciones por distintas causas en recién nacidos, sin distinguir muertes neonatales precoces y tardías.

El número total estimado de muertes neonatales se ha calculado a partir del gran total de mortalidad de menores de cinco años descrito más arriba. Los países que cuentan con datos de registro civil a veces también incluyen las defunciones neonatales en sus notificaciones a la OMS, pero ése sólo fue el caso de 82 Estados Miembros. Para los países que carecen de esa información, se han utilizado técnicas de modelización.

Menos del 3% de las defunciones neonatales mundiales se producen en países que cuentan con datos de registro civil fiables para el análisis de las causas de defunción. En los entornos con alta mortalidad, la información de base poblacional depende a menudo de instrumentos de autopsia verbal de dispar calidad. El Grupo de referencia en epidemiología de la salud del niño (CHERG) llevó a cabo un amplio estudio para obtener estimaciones mundiales sobre causas de mortalidad neonatal de interés para los programas, como el parto prematuro, la asfixia, las infecciones graves, el tétanos neonatal, la diarrea y otras causas, entre ellas causas específicas pero de menor prevalencia (por ejemplo, la ictericia). Estas estimaciones se compararon con datos ya existentes de alta calidad, como los procedentes de encuestas confidenciales, y se comprobó que había una estrecha coincidencia entre ambos.

Para los países con baja mortalidad, se llevó a cabo un análisis con datos de registro civil procedentes de 45 países con plena cobertura de sistemas de RC (tamaño muestral acumulativo:  $N = 96\,797$ ). Para los países con alta mortalidad, se identificaron estudios mediante investigaciones sistemáticas de gran alcance y se efectuó un metaanálisis tras aplicar los criterios de inclusión y utilizar definiciones de casos estándar (56 estudios; tamaño muestral acumulativo:  $N = 13\,685$ ). Se elaboraron modelos multinomiales para estimar simultáneamente la distribución de siete causas de defunción, por país. Los input, métodos y resultados se detallan en otro lugar (25).

## Cuestiones relacionadas con la incertidumbre asociada a la causa de defunción

Todas las estimaciones consignadas en los cuadros 3 y 4 llevan asociado cierto grado de incertidumbre. La OMS y sus asociados técnicos han elaborado medidas de incertidumbre para muchas de las estimaciones por enfermedades y causas de defunción que conforman la base de sus cálculos. Con todo, los procedimientos específicos utilizados con las estimaciones de las distintas causas de defunción no son idénticos, de modo que no arrojan valores de incertidumbre que puedan compararse entre las diversas enfermedades. En lugar de indicar para diferentes enfermedades o causas de defunción valores de incertidumbre que no son comparables, se ha decidido no utilizar en el presente informe ninguna medida de incertidumbre.

La OMS, el UNICEF y sus asociados han empezado a desarrollar un método y un sistema de medición de la incertidumbre comunes que puedan utilizarse en futuras estimaciones de las causas de defunción. El proceso, que se basa en la labor llevada a cabo anteriormente por varios grupos y organizaciones, generará un conjunto de directrices y criterios para calcular la incertidumbre asociada a las estimaciones,

que permitirá asegurar la comparabilidad entre causas de defunción y métodos de estimación. En algunos de los trabajos realizados sobre las estimaciones relativas a enfermedades específicas (17, 23, 26) se puede hallar información más detallada sobre los distintos métodos de cuantificación de la incertidumbre.

### CUADRO 5

Las cuentas nacionales de salud (CNS) sintetizan los flujos de financiación y de gastos asociados al funcionamiento de un sistema de salud y permiten vigilar todas las transacciones, desde las fuentes de financiación hasta la distribución de las prestaciones, según parámetros geográficos, demográficos, socioeconómicos y epidemiológicos. Las CNS están relacionadas con las cuentas macroeconómicas y macrosociales, cuya metodología aprovechan.

En el cuadro 5 figuran las mejores estimaciones de que la OMS disponía al mes de diciembre de 2004 para cada uno de sus 192 Estados Miembros. Las posteriores actualizaciones podrán consultarse en el sitio web de la OMS dedicado a las CNS, en <http://www.who.int/nha/en/>. Aunque cada vez son más los países que reúnen datos sobre los gastos sanitarios, sólo unos 95 de ellos elaboran cuentas nacionales de salud completas (algunos lo han hecho en una sola ocasión) o notifican el gasto sanitario a la OCDE. Se ha identificado y recopilado la información pertinente disponible a nivel nacional e internacional sobre cada país, y se han aplicado técnicas normalizadas de estimación y extrapolación para obtener series temporales adecuadas. Además, se presenta un desglose de los datos pertinente para las instancias normativas (por ejemplo gasto público/privado). Cada año se envían a los ministros de salud tablas preliminares solicitando observaciones y ayuda para obtener información adicional, según proceda. Las constructivas respuestas de los ministerios y otros organismos estatales, como las oficinas de estadística, han aportado una valiosa información para las estimaciones de las CNS aquí presentadas. En este proceso participó tanto personal de la sede de la OMS como personal de las oficinas regionales y de país.

Una contribución metodológica importante para la preparación de las cuentas nacionales de salud es *Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries* (27), basada en *System of health accounts* (28), de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Ambas obras se basan a su vez en los principios enunciados en *System of national accounts*, de las Naciones Unidas (comúnmente denominado SCN93) (29).

Las principales referencias internacionales utilizadas para preparar los cuadros son las siguientes: *Government finance statistics yearbook, 2003* (30), *International financial statistics yearbook, 2003* (31) e *International financial statistics* (de noviembre de 2004) (32), del Fondo Monetario Internacional (FMI); *Key indicators 2004* (33), del Banco Asiático de Desarrollo; *OECD health data 2004* (34) e *International development statistics* (35), de la OCDE; y *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 2001* (36), de las Naciones Unidas. Las organizaciones encargadas de la publicación de estos informes facilitaron a la OMS textos preliminares e información conexa, contribución que queremos agradecer aquí.

Las fuentes nacionales comprenden: informes sobre cuentas nacionales de salud y sobre gastos públicos, anuarios estadísticos y otras publicaciones periódicas, documentos presupuestarios, informes sobre cuentas nacionales, datos estadísticos procedentes de sitios web oficiales, informes de bancos centrales, informes de organizaciones no gubernamentales, estudios académicos e informes y datos suministrados por oficinas estadísticas centrales, ministerios de salud, ministerios de finanzas

y de desarrollo económico, oficinas de planificación, asociaciones de profesionales y asociaciones comerciales.

El cuadro 5 presenta cifras tanto actualizadas como revisadas correspondientes a 1998–2002. Las cifras se actualizaron en todos los casos en que se obtuvo información nueva que afectaba a las estimaciones iniciales (por ejemplo, en el caso de la India, este año se ha podido disponer de los datos sobre el gasto en seguridad social y sobre los seguros privados, por parte de las empresas y de otros ministerios, lo que ha llevado a revisar los porcentajes publicados en el *Informe sobre la salud en el mundo 2004*). Ello incluye las revisiones de los criterios de referencia, esto es, revisiones que ocasionalmente hace un país como consecuencia de un cambio de metodología, como ocurre cuando las CNS se preparan con muchos más medios o cuando el denominador de SCN68 (*System of national accounts*, versión de 1968) es reemplazado por el de SCN93.

El gasto total en salud se ha definido como la suma del gasto del gobierno general en salud (GGGS), comúnmente denominado gasto público en salud, y el gasto privado en salud (GPrS). Todas las estimaciones se calculan en millones de unidades monetarias nacionales (millones de UMN) a precios corrientes, y se presentan como razones matemáticas del producto interno bruto (PIB), del gasto sanitario total (GST), del gasto del gobierno general (GGG) total, del gasto del gobierno general en salud (GGGS) o del gasto privado en salud (GPrS) total.

El PIB es el valor de todos los bienes y servicios generados en un país por los residentes y no residentes, independientemente de su distribución entre activos internos y externos. Corresponde (con pequeños ajustes) a la suma total del gasto (consumo e inversión) de los agentes privados y públicos de la economía durante el año de referencia. El cuadro 1.1 de *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 2001 (36)*, de las Naciones Unidas, es la fuente principal de las estimaciones del PIB. Para la mayoría de los países se obtuvieron cifras actualizadas no publicadas correspondientes a 2002. En el caso de la mayoría de los países miembros de la OCDE, las cuentas macroeconómicas se han importado de *OECD health data 2004 (34)*. Las actualizaciones para algunos países (p. ej., Australia) que aún no habían sido transmitidas a la OCDE, fueron facilitadas por el propio país. Gracias a los arreglos de colaboración de la OMS con la División de Estadística de las Naciones Unidas y la Comisión Económica para Europa de las Naciones Unidas, se ha podido recibir por adelantado información sobre 2002 para los países no pertenecientes a la OCDE. Para los Emiratos Árabes Unidos y el Líbano, se han utilizado los datos de la Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas para Asia Occidental. De modo análogo, las estimaciones para Liberia, Nauru y Somalia proceden del sitio web de la División de Estadística de las Naciones Unidas (UNSTAT).

Cuando no se disponía de datos de las Naciones Unidas, se utilizaron los datos del PIB notificados por el FMI (*International financial statistics*, de noviembre de 2004). Para Palau y Suriname, se utilizaron datos no publicados del Departamento de Estudios del FMI. En los casos en que ninguna de las instituciones arriba mencionadas enviaron información actualizada sobre el PIB, se utilizaron series nacionales. Ése fue el caso de Andorra, Cabo Verde, Djibouti, Estados Federados de Micronesia, Federación de Rusia, Georgia, Islas Cook, Islas Salomón, Jamaica, Jordania, Niue, Pakistán, Sudán, Tonga y Yemen. Las cifras correspondientes al Afganistán, Kiribati, Myanmar, Samoa y Tuvalu se obtuvieron del Banco Asiático de Desarrollo. Las estimaciones correspondientes a las Comoras, Eritrea, Ghana, Guinea, Mauritania, República Democrática del Congo, República Popular Democrática de Corea, Timor-Leste y Zimbabwe

proceden del Banco Mundial (indicadores de desarrollo mundial). Las estimaciones para Benin, Camerún, Côte d'Ivoire, Gabón, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Malí, Níger, Senegal y Togo se han obtenido del Banco de los Estados del África Central (BEAC), y las correspondientes a Antigua y Barbuda, Barbados y Granada, de la Secretaría de la Comunidad del Caribe (CARICOM).

Entre los datos de China no figuran los correspondientes a la Región Administrativa Especial de Hong Kong ni a la Región Administrativa Especial de Macao. Los datos sobre el gasto público en salud de Jordania incluyen las contribuciones del Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente (OOPS) a los refugiados palestinos que residen en el territorio de Jordania. Los datos para 1998 sobre el gasto sanitario en Serbia y Montenegro comprendían los de las provincias de Kosovo y Metohia, pero los correspondientes al periodo 1999–2002 no abarcaban esas dos provincias, por tratarse de territorios que se hallaban bajo la administración de las Naciones Unidas.

El gasto del gobierno general (GGG) comprende los desembolsos directos e indirectos consolidados (p. ej., subsidios a productores, transferencias a familias), incluido el capital de todos los niveles de gobierno (central/federal, provincial/regional/estadual/distrital y municipal/local), instituciones de seguridad social, órganos autónomos, y otros fondos extrapresupuestarios. En *OECD health data 2004* y en el cuadro 12 de *National accounts of OECD countries: detailed tables 1991/2002, 2004 edition, Volume II*, se presenta información sobre 26 países miembros de la OCDE (37). *Government finance statistics yearbook* del FMI aporta el GGG, y en *International financial statistics* del FMI se presentan cifras sobre desembolsos de los gobiernos centrales. Estas cifras se complementan con datos referentes a administraciones locales/municipales (así como algunos pagos de la seguridad social para los datos sanitarios recibidos del FMI). Para verificar el gasto público general, se han consultado diversas auditorías de fondos públicos, presupuestos ejecutados, planes presupuestarios, anuarios estadísticos, sitios web, informes del Banco Mundial y de bancos regionales de desarrollo y estudios académicos. Durante el proceso consultivo, las autoridades nacionales tuvieron ocasión de revisar las cifras del GGG para sus respectivos países.

El GGGs comprende los desembolsos destinados a mejorar el estado de salud de la población o a distribuir entre ella bienes y servicios de atención médica, efectuados con cargo a los siguientes agentes financiadores:

- autoridades centrales/federales, estatales/provinciales/regionales o locales/municipales;
- organismos financiados con fondos extrapresupuestarios, principalmente planes de seguridad social;
- organismos paraestatales que sufragan gastos directos en atención sanitaria.

Las tres categorías pueden financiarse mediante fondos nacionales o recursos externos (principalmente donaciones canalizadas a través de los gobiernos o créditos canalizados a través del presupuesto federal).

Las cifras correspondientes a los gastos de seguridad social y a los gastos extrapresupuestarios en salud abarcan las compras de bienes y servicios de salud por planes obligatorios que están bajo control gubernamental. Una de las mayores dificultades ha sido la de comprobar que no hubiera doble contabilización y que las estimaciones no comprendieran los pagos en efectivo por enfermedad y/o pérdida de empleo, ya que éstos se clasifican como gastos destinados al mantenimiento de los ingresos.

El gasto sanitario total incluye el consumo final, los subsidios a los productores, las

transferencias a las familias (principalmente los reembolsos de facturas médicas y farmacéuticas). El gasto del gobierno general en salud incluye tanto los gastos fijos como los gastos de inversión (incluidas las transferencias de capital) efectuados a lo largo del año. La clasificación de las funciones del Estado promovida por las Naciones Unidas, el FMI, la OCDE y otras instituciones, establece los límites pertinentes. En muchos casos, los datos que aparecen en las publicaciones se refieren a los suministrados por los ministerios de salud. Sin embargo, el gasto sanitario debe abarcar todos los gastos cuyo objeto principal sea la promoción de la salud, con independencia de la entidad ejecutora. Se ha procurado obtener datos sobre los gastos sanitarios de otros ministerios, las fuerzas armadas, cárceles, escuelas, universidades, etc., para asegurar que se incluyeran todos los recursos con los que se sufragaban gastos sanitarios.

Las variaciones en los límites utilizados en las fuentes originales se ajustaron para permitir una definición normalizada. Por ejemplo, en algunos países el GST incluye el gasto en salud ambiental, capacitación de personal sanitario y actividades de investigación, mientras que en otros estos gastos son presentados como partidas pro memoria. Se han dado casos en que su inclusión provocó que la razón del GST con respecto al PIB fuese más elevada de lo notificado previamente, como ocurrió con el Togo. Algunos países notifican los gastos en salud sufragados por instituciones paraestatales como gasto público, en tanto que otros los incluyen en el gasto privado. Numerosos países que aplican el marco *System of health accounts* de la OCDE tratan la salud ambiental, la capacitación y la investigación sanitaria como partidas pro memoria. En los cuadros aquí incluidos, se aplicaron los principios esbozados en *Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries* (27).

*OECD health data 2004* presenta datos del GGG y el GPrS de los países miembros de la OCDE, con algunas lagunas principalmente respecto a 2002. Los datos para el Japón y Turquía correspondientes a 2002 han sido establecidos mediante proyecciones por la OMS y otros, como Australia y los Países Bajos facilitaron directamente datos a la OMS para colmar esas lagunas. Gracias a la disponibilidad de un mayor número de informes sobre el gasto en salud de países no pertenecientes a la OCDE, en comparación con años anteriores, se pudo efectuar una estimación más completa que en las últimas ediciones del *Informe sobre la salud en el mundo. Government finance statistics* del FMI presenta datos sobre el gasto público central en salud en más de 120 países y sobre el gasto sanitario de gobiernos regionales y locales para una tercera parte de éstos. La publicación no presenta series temporales continuas para todos los países, pero muestra que hay un sistema de notificación en todos ellos, lo que permitió que se hiciera una búsqueda exhaustiva para consultar las publicaciones nacionales pertinentes. En algunos casos se observó que los gastos notificados siguiendo la clasificación de las finanzas públicas que se hace en la publicación del FMI se limitaban a los del ministerio de salud, en lugar de considerar todos los gastos en salud independientemente del ministerio implicado. En esos casos se utilizaron, en la medida de lo posible, otras series para complementar la fuente en cuestión. Los datos sobre finanzas públicas, junto con los anuarios estadísticos, informes sobre finanzas públicas y análisis de la aplicación de políticas sanitarias, han sido la base empleada para estimar el GGG en la mayor parte de los Estados Miembros de la OMS. La información sobre Brunei Darussalam, por ejemplo, proviene de fuentes nacionales, pero también de un compendio de datos de una fundación médica internacional del Japón (38). Esta fuente brindó la posibilidad de verificar datos del presupuesto sanitario de siete países.

El gasto privado en salud se ha definido como la suma de los gastos efectuados en concepto de lo siguiente:

- Planes de prepago y arreglos de mancomunación del riesgo: desembolsos de planes de seguro privados y regímenes previsionales privados (sin control gubernamental de las tasas de pago y de los proveedores participantes, pero con directrices generales del gobierno), planes de seguro comerciales y sin fines de lucro (mutuas), organizaciones de mantenimiento de la salud y otros agentes que administran prestaciones médicas y paramédicas de prepago (incluidos los gastos de funcionamiento de esos planes).
- Gastos de empresas en salud: desembolsos de empresas públicas y privadas en atención médica y prestaciones de mejora de la salud, diferentes de los pagos a la seguridad social.
- Instituciones sin fines de lucro que atienden principalmente a familias: recursos utilizados para adquirir bienes y servicios de salud por entidades cuyo estatuto no les permite ser una fuente de ingresos, ganancias u otros beneficios financieros para las unidades que las establecen, controlan o financian. Comprende financiación de fuentes internas y externas.
- Gastos familiares en efectivo: desembolsos directos de las familias, con inclusión de honorarios y otros pagos en especie a personal de salud y a dispensadores de preparaciones farmacéuticas, dispositivos terapéuticos y otros bienes y servicios, cuyo principal objetivo es contribuir al restablecimiento o fortalecimiento del estado de salud de individuos o grupos de población. Comprenden los pagos de los hogares a servicios públicos, instituciones sin fines de lucro y organizaciones no gubernamentales, y los costos compartidos, franquicias, copagos y honorarios no reembolsables. No incluyen los pagos efectuados por las empresas que ofrecen a sus empleados prestaciones médicas y paramédicas, impuestas o no por ley, y los pagos de tratamientos dispensados en el extranjero.

La mayor parte de los datos sobre los gastos privados en salud procede de informes sobre cuentas nacionales de salud, anuarios estadísticos y publicaciones periódicas de otro tipo, datos estadísticos de sitios web oficiales, informes de organizaciones no gubernamentales, encuestas de gastos familiares, estudios académicos e informes y datos pertinentes facilitados por oficinas estadísticas centrales, ministerios de salud, asociaciones de profesionales y asociaciones comerciales y consejos de planificación (por ejemplo para los gastos directos en el caso de Qatar). Los correspondientes a la mayoría de los países miembros de la OCDE provienen de *OECD health data 2004*. Para obtener las cifras correspondientes a los años sobre los que se carecía de datos, se utilizaron técnicas corrientes de extrapolación y estimación.

La información sobre los recursos externos fue proporcionada amablemente por el Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE (CAD/OCDE). Algunos Estados Miembros vigilan explícitamente los recursos externos que ingresan en su sistema de salud, y esa información se ha utilizado para validar o modificar las magnitudes derivadas de los datos del CAD, que a menudo se referían a promesas de contribución y no a desembolsos.

Los recursos externos consignados en el cuadro 5 son los que se incorporan al sistema como fuente de financiación; es decir, están incluidos todos los recursos externos, con independencia de que sean canalizados a través de los gobiernos o de entidades privadas. Por otra parte, otras instituciones y entidades incluidas en el gasto tanto público como privado en salud son agentes de financiación. Estos últimos

incluyen instituciones que mancomunan recursos de salud procedentes de diferentes fuentes que sufragan los gastos de atención sanitaria directamente con sus propios recursos.

Se han utilizado varios procedimientos de control de la calidad para determinar la validez de los datos. Por ejemplo, el gasto estimado en salud se ha comparado con el gasto en atención de enfermos hospitalizados, el gasto farmacéutico y otros registros (incluidos los gastos de administración de programas) a fin de asegurar que los desembolsos pormenorizados constituyan el grueso del gasto público/privado en salud. Por consiguiente, las estimaciones obtenidas son plausibles a tenor de las características de los sistemas. Para los países con una grave escasez de información (por ejemplo, Afganistán, Gabón, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Libia, República Popular Democrática de Corea, Santo Tomé y Príncipe, Somalia, Sudán y Turkmenistán) se utilizaron métodos de estimación indirecta. La OMS tiene intención de introducir en futuras publicaciones que recojan datos de las CNS, previa consulta con sus asociados, un sistema de gradación que indique hasta qué punto los datos han tenido que ser estimados.

Los datos sobre el gasto público global en salud también se han comparado con el GGG total, lo que constituye una comprobación más. En los casos en que no fue posible obtener datos sobre los gastos de gobiernos locales, organizaciones no gubernamentales y seguros, es posible que ello diera lugar a una subestimación del GGGS y, por consiguiente, de las cifras correspondientes al gasto total en salud.

## CUADRO 6

El cuadro 6 presenta el gasto total en salud y el gasto del gobierno general en salud por habitante. La metodología y las fuentes utilizadas para calcular el GST y el GGGS se han descrito antes en las notas sobre el cuadro 5. Las razones matemáticas por habitante se obtienen dividiendo las cifras de gasto por la población. Estas cifras por habitante se expresan primero en US\$ a un tipo de cambio medio o como el promedio anual observado del número de unidades a las que se comercia una moneda en el sistema bancario. Se presentan también en dólares internacionales, calculados dividiendo los valores per cápita en las unidades de la moneda local por una estimación de su paridad de poder adquisitivo (PPA) en comparación con el dólar estadounidense, medida ésta que reduce al mínimo los efectos de las diferencias de precios entre los países.

*OECD health data 2004* es la principal fuente de las estimaciones de población correspondientes a los 30 países miembros de la OCDE, así como de otros gastos en salud y variables macroeconómicas. Todas las estimaciones del tamaño y estructura de las poblaciones de países no integrados en la OCDE se basan en las evaluaciones demográficas preparadas por la División de Población de las Naciones Unidas (3). En el presente informe se usan las estimaciones de la población residente *de facto*, no la población *de jure* de cada Estado Miembro. Se hizo una excepción en el caso de Serbia y Montenegro en 2001 y 2002, pues en las cifras de gastos no se incluían las provincias de Kosovo y Metohia, que pasaron a ser territorios administrados por las Naciones Unidas. Las estimaciones para Serbia y Montenegro, con exclusión de las poblaciones de Kosovo y Metohia, se obtuvieron de *Statistical pocket book 2004, Serbia and Montenegro* (39), para asegurar la coherencia en las bases de cálculo del numerador y el denominador.

Tres cuartas partes de los tipos de cambio (tipo oficial medio del año) se han extraído de *International financial statistics* del FMI, de noviembre de 2004. Cuando faltaba

información, se utilizaron datos de las Naciones Unidas, el Banco Mundial, el Banco Asiático de Desarrollo e informes de donantes. En cuanto a Andorra, Mónaco y San Marino, se utilizó el tipo de cambio del euro respecto al dólar estadounidense. En el caso de Niue se aplicó el tipo de cambio del dólar de Nueva Zelanda respecto al dólar estadounidense. Para Nauru y Palau se utilizó el tipo de cambio del dólar australiano respecto al dólar de los Estados Unidos. El régimen cambiario de la República Islámica del Irán se modificó en marzo de 2002, quedando reemplazado el antiguo sistema de tipos de cambio múltiples por un sistema de flotación controlada. Este año se ha utilizado el tipo del mercado interbancario, en sustitución de los tipos de cambio oficiales anteriores a 2002 utilizados en otras ediciones del *Informe sobre la salud en el mundo*, que eran más bajos. El Ecuador dolarizó su economía en 2000, y el conjunto de datos se ha recalculado en dólares para el periodo de cinco años considerado.

En lo concerniente a los países miembros de la OCDE, se han utilizado las PPA de la OCDE para calcular los dólares internacionales. En el caso de los países pertenecientes a la Comisión Económica para Europa (CEPE) de las Naciones Unidas pero no a la OCDE se han utilizado las PPA de la CEPE. Para Andorra, Mónaco y San Marino se han empleado, respectivamente, los tipos de cambio del euro vigentes en España, Francia e Italia. Para otros países, la OMS estimó los dólares internacionales aplicando métodos semejantes a los utilizados por el Banco Mundial.

## CUADRO 7

A fin de fortalecer la colaboración y reducir al mínimo el esfuerzo de preparación de informes, la OMS y el UNICEF recopilan conjuntamente información de todos los Estados Miembros mediante un cuestionario normalizado (el Formulario conjunto para la notificación de enfermedades prevenibles mediante vacunación). El contenido del formulario conjunto se determinó mediante un procedimiento que generó un consenso entre funcionarios del UNICEF, la OMS y algunos ministerios de salud. La información recopilada por medio de este formulario constituye la principal fuente de información relativa a los indicadores siguientes.

La información sobre cobertura de inmunización se utiliza para diversos fines: para vigilar el desempeño de los servicios de vacunación en los ámbitos local, nacional e internacional; para orientar la erradicación de la poliomielitis, el control del sarampión y la eliminación del tétanos neonatal; para detectar aspectos del sistema cuyo funcionamiento es deficiente y para los que pudieran necesitarse recursos adicionales y atención prioritaria; y como uno de los aspectos que se tienen en cuenta para decidir si se debe introducir una vacuna nueva. El formulario conjunto proporciona estimaciones de la cobertura de inmunización en los países. Además, desde el año 2000, la OMS y el UNICEF han examinado los datos disponibles sobre cobertura de inmunización de los países para determinar los valores verdaderos más probables de cobertura de inmunización. Estos valores se determinan basándose en los datos disponibles, teniendo en cuenta los posibles sesgos y contando con las opiniones de expertos locales. Para los valores correspondientes a BCG, DTP3, sarampión, HepB3 y PN, se presentan las estimaciones de la OMS y el UNICEF; para los correspondientes a Hib3, fiebre amarilla y TT2+ se presentan las estimaciones de los países.

## Recién nacidos vacunados con BCG en 2003 (%)

Un total de 157 Estados Miembros incluyen la vacuna antituberculosa en sus planes nacionales de vacunación de lactantes y sólo se han proporcionado estimaciones de

la cobertura para estos países. La cobertura de la vacunación contra la tuberculosis se utiliza con frecuencia como medida de la proporción de niños que están protegidos contra las formas graves de tuberculosis durante el primer año de vida, y también como indicador del acceso a los servicios de salud.

### Niños de un año vacunados con 3 dosis de DTP en 2003 (%)

La vacuna DTP se administra universalmente en todos los Estados Miembros, a veces en combinación con otros antígenos. Los datos de cobertura de vacunación con 3 dosis de DTP se utilizan como medida de la proporción de niños protegidos contra la difteria, la tos ferina y el tétanos, y como indicador del desempeño de los servicios de vacunación y del sistema de salud en general. Las cifras correspondientes a DTP3 se comparan también con las de DTP1 o BCG para determinar las tasas de incomparencia, un indicador de la calidad de los servicios y de la capacidad de gestión a nivel periférico.

### Niños menores de dos años inmunizados con una dosis de vacuna antisarampionosa en 2003 (%)

La vacuna contra el sarampión se administra universalmente en todos los Estados Miembros, a veces en combinación con otros antígenos. La cobertura de la vacunación contra el sarampión es uno de los indicadores fundamentales seleccionados para medir los progresos hacia el cuarto Objetivo del Milenio: reducir la mortalidad en la niñez.

### Niños de un año inmunizados con 3 dosis de vacuna anti-hepatitis B en 2003 (%)

La vacunación contra la hepatitis B se recomienda de manera universal, pero a finales de 2003 sólo 147 Estados Miembros habían incluido la vacuna contra la hepatitis B en la inmunización sistemática de los lactantes. Los datos de la cobertura con HepB3 son fundamentales para determinar el efecto de la vacuna en la hepatitis B crónica y sus secuelas mortales (hepatoma y cirrosis).

### Niños de un año inmunizados con 3 dosis de vacuna anti-Hib en 2003 (%)

La OMS recomienda la inclusión de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) en los servicios de inmunización sistemática de lactantes, cuando así lo aconsejen la información epidemiológica sobre la carga de morbilidad y la capacidad y prioridades del país. En 2003, 87 países la habían incluido en sus programas de inmunización sistemática de lactantes de ámbito nacional, y dos países la habían incluido en programas para una parte del país.

### Niños de un año inmunizados con la vacuna antiamarílica en 2003 (%)

La OMS recomienda la introducción de la vacuna contra la fiebre amarilla en los países con riesgo de epidemias: 31 Estados Miembros en la Región de África, dos en la Región del Mediterráneo Oriental y 11 en la Región de las Américas. Unos 21 Estados Miembros han introducido esa vacuna en el plan nacional de inmunización sistemática, y siete lo han hecho en las zonas de alto riesgo.

### Distritos que lograron una cobertura de al menos el 80% con 3 dosis de DTP en 2003 (%)

En el presente informe, un distrito se define como una entidad administrativa de tercer nivel. En 2002, en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la infancia, las naciones del mundo se comprometieron a alcanzar el siguiente objetivo: en 2010, o antes, la cobertura de inmunización sistemática será en todos los países del 90% a nivel nacional, y de al menos el 80% en todos los distritos.

### Niños nacidos en 2003 ya protegidos contra el tétanos mediante vacunación de sus madres con toxoide tetánico (%)

Se dispone de datos sobre la protección en el momento del nacimiento (PN) para un grupo de países en los que no se ha eliminado aún el tétanos neonatal. Los datos indican la proporción de madres protegidas por vacunación contra el tétanos en el momento del parto. La protección puede deberse a dosis recibidas durante campañas de vacunación o en embarazos anteriores.

### Embarazadas vacunadas con dos o más dosis de toxoide tetánico en 2003 (%)

La administración del toxoide tetánico (TT) a mujeres en edad fértil (incluidas las mujeres embarazadas) protege contra el tétanos materno y neonatal. Si no se ha vacunado previamente contra el tétanos, se necesitan al menos dos dosis de TT (TT2+) para conferir protección. La OMS recomienda el cálculo del valor de TT2+ como la proporción de mujeres embarazadas que han recibido una segunda dosis o dosis ulteriores del toxoide en un año determinado. Los datos proporcionados son los notificados por los Estados Miembros, de los que 110 incluyen el TT en sus planes nacionales de vacunación.

### Número de enfermedades cubiertas por la inmunización sistemática hasta los 24 meses en 2003

Indica el número de antígenos incluidos en el programa nacional de vacunación para niños menores de 24 meses en 2003.

### ¿Hubo una segunda oportunidad de inmunización contra el sarampión?

La estrategia fundamental para reducir la mortalidad por sarampión consiste en ofrecer una segunda oportunidad de vacunación. Los países deberían contar con un plan de administración sistemática de dos dosis de vacuna contra el sarampión, o bien haber realizado en los últimos cuatro años una campaña nacional de vacunación con una cobertura superior al 90% de los menores de cinco años.

### Distribución de vitamina A vinculada a la inmunización sistemática en 2003

La OMS recomienda administrar junto con la vacuna antisarampionosa un suplemento de vitamina A en los países con problemas de carencia de vitamina A. Los datos presentados en el cuadro no incluyen la vitamina A distribuida en campañas.

### Número de casos de poliomielitis por el virus salvaje notificados en 2004

Número de casos de poliomielitis por infección natural en 2004, notificados al 25 de enero de 2005.

### Situación de la erradicación de la poliomielitis en el país en 2004

En 1988, se puso en marcha la iniciativa de erradicación de la poliomielitis. A finales de 2004, se había certificado la erradicación en tres regiones de la OMS (las Américas, Europa y Pacífico Occidental). Sólo seis países continuaron presentando poliomielitis endémica, en otros cuatro se reinició la transmisión (el virus poliomiélfico importado circuló durante más de seis meses), y siete notificaron haber importado el poliovirus salvaje.

### Uso de jeringas autoinutilizables en 2003

En 1999, la OMS, el UNICEF y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) publicaron una declaración conjunta sobre el uso de jeringas autoinutilizables en los servicios de inmunización en la que instaban a todos los países a utilizar únicamente ese tipo de jeringas. Al final de 2003, 46 Estados Miembros notificaron el uso exclusivo de jeringas autoinutilizables para la vacunación, y 51 países notificaron su uso parcial.

### Uso de vacunas de calidad garantizada en 2003 (40)

El Organismo Nacional de Reglamentación controla de forma independiente la calidad de las vacunas, de conformidad con las seis funciones reguladoras definidas por la OMS (en OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 822, 1992). No se ha confirmado la existencia de problemas de calidad no resueltos.

### Gasto total en inmunización sistemática financiado con fondos públicos en 2003 (%)

Se trata del porcentaje de todos los gastos en vacunación realizados en 2003 financiados con cargo a fondos públicos de los países. En la mayoría de los casos está excluida la financiación externa, pública y privada, proporcionada a los gobiernos de los países para los servicios de vacunación y utilizada para la compra de vacunas, excepto en el caso de los países que reciben apoyo presupuestario directo. No obstante, los datos pueden incluir la parte de los fondos de préstamos de bancos de desarrollo utilizada para la compra de vacunas.

## CUADRO 8

### Tasa de uso de anticonceptivos (métodos modernos)

La tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos es el porcentaje de mujeres que utilizan, ella o su pareja, algún tipo de método anticonceptivo en las relaciones sexuales. Se determina para mujeres casadas de 15 a 49 años. Se consideran métodos anticonceptivos modernos la esterilización femenina y masculina, las hormonas inyectables u orales, los dispositivos intrauterinos, los diafragmas, los espermicidas y los preservativos. Los datos proceden de las fuentes siguientes: Encuestas Demográficas y de Salud (ORC Macro y oficinas de estadística nacionales), y *World Contraceptive Use 2003* (41).

### Uso de servicios de atención prenatal

Basándose en los resultados de investigaciones recientes, la OMS recomienda para todas las mujeres embarazadas un mínimo de cuatro consultas prenatales en momentos determinados. El cuadro muestra las estadísticas más recientes acerca del número de contactos de atención prenatal de las mujeres durante su último embarazo en los cinco años anteriores a la encuesta más reciente realizada en cada país. Se indican la proporción de mujeres que han tenido uno o más contactos de atención prenatal y la proporción de mujeres que fueron atendidas por servicios de atención prenatal en cuatro o más ocasiones durante su último embarazo.

En la mayoría de los países, las principales fuentes de información sobre el uso de los servicios de atención prenatal son las encuestas domiciliarias. Existen las siguientes fuentes de datos: Encuestas Demográficas y de Salud (ORC Macro y oficinas de estadística nacionales), encuestas sobre salud reproductiva de los CDC (*Reproductive Health Surveys*, Centers for Disease Control), encuestas de indicadores múltiples (UNICEF), encuestas panárabes sobre la salud de la madre y el niño (PAPCHILD), encuestas sobre la fecundidad en el Golfo (*Gulf Fertility Surveys*), encuestas sobre la fecundidad y la familia (CEPE), encuestas nacionales, archivos de datos de la División de Población de las Naciones Unidas y de las estimaciones mundiales de 2004, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Vigilancia y Evaluación, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

### Proporción de partos atendidos por personal calificado

Se ha alcanzado un acuerdo internacional sobre la definición de asistente calificado. Un asistente calificado es un profesional de la salud acreditado – por ejemplo en partería, medicina o enfermería – que ha recibido las enseñanzas y la formación requeridas para prestar atención en circunstancias normales (sin complicaciones) durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal inmediato, así como para detectar, atender y derivar al especialista oportuno las complicaciones que puedan presentar las mujeres o los recién nacidos (42). Las parteras tradicionales, con o sin formación, no se incluyen en la categoría de asistente de partería calificado.

En la mayoría de los países, las principales fuentes de información sobre atención perinatal son las encuestas domiciliarias. Existen las siguientes fuentes de datos: Encuestas Demográficas y de Salud (ORC Macro y oficinas de estadística nacionales), encuestas sobre salud reproductiva de los CDC (*Reproductive Health Surveys*, Centers for Disease Control), encuestas de indicadores múltiples (UNICEF), encuestas panárabes sobre la salud de la madre y el niño (PAPCHILD), encuestas sobre la fecundidad en el Golfo (*Gulf Fertility Surveys*), encuestas sobre la fecundidad y la familia (CEPE), encuestas nacionales, archivos de datos de la División de Población de las Naciones Unidas y de las estimaciones mundiales de 2004, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Vigilancia y Evaluación, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

No obstante, el uso de fuentes diversas que utilizan definiciones diferentes de asistente calificado dificulta en ocasiones la comparación de los datos de diferentes países y de periodos diferentes en un mismo país. Aunque la OMS ha definido las aptitudes específicas que debe tener el asistente calificado, no se han tomado medidas sistemáticas para garantizar que los grupos de profesionales clasificados como asistentes calificados tengan realmente dichas aptitudes.

### Proporción de nacimientos en centros de salud

El cuadro muestra la proporción de nacimientos que han tenido lugar en centros de salud. La expresión «centro de salud» incluye cualquier hospital o dispensario de los sectores público o privado. Las fuentes son las mismas que las correspondientes a la proporción de partos atendidos por personal calificado.

### Proporción de partos por cesárea

El cuadro muestra la proporción de mujeres a las que se ha practicado una cesárea en su último parto. Para la mayoría de los países, las principales fuentes de información sobre atención perinatal son las encuestas domiciliarias; su origen son fuentes similares a las correspondientes a la proporción de partos atendidos por personal calificado.

### Número de parteras y número de nacimientos

El cuadro muestra los totales por países del número de parteras y el número de nacimientos al año. En muchos países, los datos sobre recursos humanos son difíciles de obtener, están incompletos y son poco fiables. Las principales fuentes de datos son el Atlas Mundial de la OMS, de la División de Recursos Humanos para la Salud, la base de datos Salud para Todos de la Región de Europa de la OMS y el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAES) de la División de Población de las Naciones Unidas.

### Tasa de mortalidad materna

La inclusión de la reducción de la mortalidad materna en los Objetivos de Desarrollo del Milenio llevó a prestar más atención a esta cuestión y aumentó la demanda de información. La OMS, el UNICEF y el FNUAP pusieron en marcha un procedimiento para generar estimaciones mundiales y nacionales de la razón de mortalidad materna (RMM) para el año 2000, cuyos resultados se publican en este cuadro. La décima revisión de la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-10) (10)* define la defunción materna como *la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales*. La RMM es la medida de la mortalidad materna utilizada más frecuentemente, y se define como el número de defunciones maternas durante un periodo determinado por 100 000 nacidos vivos durante el mismo periodo. Es una medida del riesgo de defunción de una mujer una vez que se queda embarazada. La mortalidad materna es difícil de medir, sobre todo en las situaciones en que las defunciones no se reflejan de forma fiel en el sistema de registro de estadísticas vitales, y allí donde no se certifica médicamente la causa de la defunción. Además, incluso cuando la mortalidad materna global es alta, las defunciones maternas son eventos relativamente poco frecuentes y, por tanto, susceptibles de errores de medición. En consecuencia, todas las estimaciones existentes de la mortalidad materna están sujetas a cierto grado de incertidumbre. Los datos de este cuadro relativos a la mortalidad materna difieren considerablemente en términos de métodos y fuentes de datos utilizados, así como en el grado de precisión de los resultados. Los principales métodos utilizados son encuestas domiciliarias (incluidas las encuestas sobre hermanas), censos, estudios sobre la mortalidad en la etapa reproductiva (RAMOS) y modelos estadísticos.

### Tasas de mortalidad neonatal, neonatal precoz y mortinatalidad

En el capítulo sobre las normas y los requisitos para la notificación relativa a la mortalidad fetal, perinatal, neonatal e infantil de la CIE-10 se definen los eventos relacionados con el nacimiento, la defunción y el periodo perinatal, así como las formas de notificación y las estadísticas que pueden ser objeto de comparación internacional y los requisitos de notificación correspondientes a los datos de los que se derivan. A continuación se destacan algunas cuestiones especialmente pertinentes en relación con la mortalidad neonatal y la mortalidad perinatal.

Los requisitos legales para el registro de defunciones fetales y nacidos vivos varían de unos países a otros e incluso dentro de un mismo país. A ser posible, deben incluirse en las estadísticas todos los fetos y recién nacidos que pesen al menos 500 g al nacer, vivos o muertos. La inclusión en las estadísticas nacionales de los fetos y recién nacidos que pesen de 500 g a 1000 g se recomienda tanto por el valor inherente a esa información como porque mejora la cobertura de notificación de los nacimientos con pesos de 1000 g o más. En las estadísticas destinadas a comparaciones internacionales, tanto el numerador como el denominador de todas las tasas deben incluir sólo los fetos y recién nacidos que pesen 1000 g o más. Las razones y tasas que se publiquen deben especificar siempre el denominador, es decir, si incluye sólo a los nacidos vivos o bien a todos los nacidos (nacidos vivos más defunciones fetales).

A continuación se precisan algunos aspectos de particular interés en relación con la mortalidad neonatal y la mortalidad perinatal.

- La *mortalidad perinatal* refleja las defunciones ocurridas durante el periodo perinatal, que incluye el final del embarazo, el parto y la primera semana de vida, de modo que incluye los mortinatos y las defunciones en el periodo neonatal precoz. Las *tasas de mortalidad perinatal* se calculan por 1000 nacimientos *totales* (nacidos vivos y mortinatos).
- La *mortalidad neonatal* refleja las defunciones de lactantes nacidos vivos durante el periodo neonatal, que comienza con el nacimiento y abarca las primeras cuatro semanas de vida. El periodo neonatal puede subdividirse en el periodo neonatal precoz, la primera semana de vida (que también se incluye en el periodo perinatal), y el periodo neonatal tardío, de la segunda a la cuarta semana de vida. Las *tasas de mortalidad neonatal* se calculan por 1000 nacidos vivos.
- La *mortalidad neonatal precoz* refleja las defunciones de lactantes nacidos vivos durante la primera semana de vida, que forma también parte del periodo perinatal. Las *tasas de mortalidad neonatal precoz* se calculan por 1000 nacidos vivos.
- La *mortinatalidad* se refiere a los fetos de 28 semanas (10) de gestación que no muestran señales de vida tras el parto. Las *tasas de mortinatalidad* se calculan por 1000 nacimientos *totales* (nacidos vivos y mortinatos).

Los datos empleados para hacer las estimaciones proceden de encuestas y registros. Los datos de mortalidad precoz más frecuentemente disponibles son los de defunciones neonatales. La tasa de mortalidad neonatal proporciona además una tasa fiable, obtenida a partir de encuestas o registros nacionales, que puede utilizarse para realizar estimaciones de la mortalidad precoz, si es preciso. Sólo para un 5% de los nacimientos no fue posible conseguir datos de mortalidad neonatal de ámbito nacional, lo cual sí fue posible para el 83% de los países y el 95% de los nacimientos. Para un 81% de los nacimientos (87 países) los datos se obtuvieron de encuestas. Para 72 países, el 37% del total, se disponía de datos procedentes de los registros civiles; no obstante, éstos cubren únicamente el 14% de los nacimientos. Se consiguieron

datos de mortalidad neonatal precoz y de mortinatalidad para el 73% y el 53% de los países, respectivamente, correspondientes al 76% y el 40% de los nacimientos, respectivamente.

Los valores estimados correspondientes a los países para los que no se disponía de datos de mortalidad neonatal se calcularon a partir de las estimaciones de la OMS sobre la mortalidad de menores de cinco años, aplicando una fórmula de regresión corregida teniendo en cuenta las defunciones por SIDA; las tasas de mortalidad neonatal precoz se calcularon por regresión a partir de la mortalidad neonatal; y la mortinatalidad se calculó basándose en la relación entre la mortalidad neonatal precoz y la mortinatalidad en 14 regiones de mortalidad.

Las estimaciones así calculadas corresponden principalmente a la segunda mitad de la década de 1990 o a los primeros años del siglo XXI. Para determinar los datos de mortalidad de años concretos, se calculó la razón entre la tasa de mortalidad de menores de cinco años estimada por la OMS para el año 2000 y la tasa de mortalidad de menores de cinco años derivada de los datos de cada país. Para obtener los valores de mortalidad precoz estimados para el año 2000, dicha razón se utilizó para ajustar las tasas obtenidas a partir de encuestas, de los datos de los registros de estadísticas vitales o mediante regresión. Mediante ese ajuste, la distribución de edades de defunción se mantuvo dentro del gran total de la mortalidad general de menores de cinco años estimada por la OMS.

## Referencias

1. *WHO mortality database*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.
2. Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE and the Child Health Epidemiology Reference Group. New WHO estimates of the causes of child deaths. *Lancet*, 2005 (artículo presentado).
3. División de Población de la Organización de las Naciones Unidas. *World population prospects – the 2002 revision*. Nueva York, Naciones Unidas, 2003.
4. Murray CJL, Ferguson BD, Lopez AD, Guillot M, Salomon JA, Ahmad O. Modified logit life table system: principles, empirical validation and application. *Population Studies*, 2003, 57:1–18.
5. Lopez AD, Ahmad O, Guillot M, Ferguson B, Salomon J, Murray CJL et al. *World mortality in 2000: life tables for 191 countries = Mortalité mondiale en 2000: tables de mortalité pour 191 pays = Mortalidad mundial en 2000: tablas de mortalidad en 191 países*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
6. Mathers CD, Ma Fat D, Inoue M, Rao C, Lopez AD. Counting the dead and what they died of: an assessment of the global status of cause-of-death data. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005 (en prensa).
7. Hill K, Pande R, Mahy M, Jones G. *Trends in child mortality in the developing world: 1990 to 1996*. Nueva York, NY, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1998.
8. Mathers CD, Bernard C, Iburg KM, Inoue M, Ma Fat D, Shibuya S et al. *Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (documento de trabajo N° 54 de GPE); [http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden\\_gbd2000docs,burden\\_gbd2000docs\\_DP54&language=english](http://www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=evidence,burden,burden_gbd2000docs,burden_gbd2000docs_DP54&language=english), visitado el 4 de febrero de 2004.
9. Departamento de Asuntos Internacionales Económicos y Sociales de la Organización de las Naciones Unidas. *Manual X. Técnicas indirectas de estimación demográfica*. Nueva York, Organización de las Naciones Unidas, 1983 (Estudios Demográficos N° 81; ST/ESA/SER.A/81).
10. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos*. 10ª revisión. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995.

11. Rutstein SO. *Infant and child mortality: levels, trends, and demographic differentials*. Edición revisada. Voorburg, International Statistical Institute, 1984 (WFS Comparative Studies No. 43).
12. Pressat R. *Manuel d'analyse de la mortalité*. Paris, L'Institut national d'études démographiques, 1985.
13. Salomon JA, Murray CJL. The epidemiologic transition revisited: compositional models for causes of death by age and sex. *Population and Development Review* 2002, 28:205–228.
14. *Neonatal and perinatal mortality for the year 2000*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2005 (en prensa).
15. *Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre de 2004*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), 2004 (documento ONUSIDA/04.45S).
16. Boschi-Pinto C, Tomaskovic L, Gouws E, Shibuya K. Estimates of the distribution of child deaths due to diarrhoea in developing regions of the world. *International Journal of Epidemiology* (artículo presentado).
17. Rowe AK, Rowe SY, Snow RW, Korenromp EL, Armstrong Schellenberg JRM, Stein C et al. The burden of malaria mortality among African children in the year 2000. *Lancet* (artículo presentado).
18. Williams BG, Gouws E, Boschi-Pinto C, Bryce J, Dye C. Estimates of world-wide distribution of child deaths from acute respiratory infections. *Lancet Infectious Diseases*, 2002, 2:25–32.
19. Stein CE, Birmingham M, Kurian M, Duclos P, Strebel P. The global burden of measles in the year 2000 – a model that uses country-specific indicators. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187(Suppl. 1):S8–S14.
20. Morris SS, Black RE, Tomaskovic L. Predicting the distribution of under-five deaths by cause in countries without adequate vital registration systems. *International Journal of Epidemiology*, 2003, 32:1041–1051.
21. Kosek M, Bern C, Guerrant R. The global burden of diarrhoeal disease, as estimated from studies published between 1992 and 2000. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:197–204 (resumen en español).
22. Parashar UD, Hummelman EG, Bresee JS, Miller MA, Glass RI. Global illness and deaths caused by rotavirus disease in children. *Emerging Infectious Diseases*, 2003, 9:565–572.
23. Mapping Malaria Risk in Africa (MARA) Collaboration. *Towards an atlas of malaria risk in Africa. First technical report of the MARA/ARMA Collaboration*. Durban, Albany Print, 1998.
24. Organización Mundial de la Salud. *Measles review meeting report, 22–23 January 2004* ([http://www3.who.int/whosis/mort/text/measles\\_report.zip](http://www3.who.int/whosis/mort/text/measles_report.zip), visitado el 19 de enero de 2005).
25. Lawn JE, Cousens S, Wilczynska-Ketende K for the CHERG Neonatal Group. *Estimating the causes of 4 million neonatal deaths in 2000. CHERG preliminary report* 2004.
26. Grassly NC, Morgan M, Walker N, Garnett G, Stanecki KA, Stover J et al. Uncertainty in estimates of HIV/AIDS: the estimation and application of plausibility bounds. *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80(Suppl. 1):S31–S38.
27. OMS/Banco Mundial/Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546077.pdf>, visitado el 13 de octubre de 2003).
28. A system of health accounts. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2000 (<http://www.oecd.org/dataoecd/41/4/1841456.pdf>, visitado el 13 de octubre de 2003).
29. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos/Fondo Monetario Internacional/Banco Mundial/Organización de las Naciones Unidas/Eurostat. *System of national accounts 1993*. Nueva York, NY, Organización de las Naciones Unidas, 1994.
30. *Government finance statistics yearbook, 2003*. Washington, DC, Fondo Monetario Internacional, 2003.
31. *International financial statistics yearbook, 2003*. Washington, DC, Fondo Monetario Internacional, 2003.
32. *International Financial Statistics, 2004*, noviembre de 2004.

33. *ADB Key indicators 2003*. Manila, Banco Asiático de Desarrollo, 2004.
34. *OECD health data 2004*. Paris, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2004.
35. *International development statistics 2004*. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Comité de Asistencia para el Desarrollo, 2004 (<http://www1.oecd.org/dac/htm/online.htm>, visitado el 15 de octubre de 2004).
36. *National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 2001*. Nueva York, NY, Organización de las Naciones Unidas, 2004.
37. *National accounts of OECD countries: detailed tables 1991/2002, 2004 edition, volume II - Comptes nationaux des pays de l'OCDE: Tableaux détaillés, Volume II, 1991-2002, Edition 2004*. Paris, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, 2004.
38. *Southeast Asian Medical Information Center health statistics 2002*. Tokyo, The International Medical Foundation of Japan, 2003.
39. *Statistical pocket book 2004*. Serbia and Montenegro Statistical Office. PP 12. Belgrade 2004.
40. Programa Mundial de Vacunas e Inmunización. *Declaración de política general. Declaración sobre la calidad de las vacunas*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (WHO/VSQ/GEN/96.02).
41. *World Contraceptive Use 2003*. Nueva York, NY, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población de las Naciones Unidas, 2004.
42. *Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant. A joint statement by WHO, ICM and FIGO*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2004.

## Cuadro 1. Indicadores básicos de todos los Estados Miembros

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;<sup>a</sup> no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	POBLACIONES ESTIMADAS								ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)				PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)				ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)				PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)				
	Población total (000)		Tasa de crecimiento anual (%)	Tasa de dependencia (por 100)		Porcentaje de población ≥ 60 años		Tasa total de fecundidad		Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 años <sup>b</sup> )		Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 años <sup>b</sup> )		Entre 15 y 60 años (tasa de mortalidad de adultos)		Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 años <sup>b</sup> )		Entre 15 y 60 años (tasa de mortalidad de adultos)							
	2003	1993-2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003	Ambos sexos		Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres						
	2003	1993-2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre					
1 Afganistán	23 897	3,4	88	86	4,7	4,7	7,0	6,8	42	36 - 47	257	206 - 308	1	42	31 - 52	42	28 - 54	258	179 - 336	256	181 - 332	510	326 - 740	448	196 - 736
2 Albania	3 166	-0,3	60	52	8,0	9,7	2,8	2,3	72	72 - 73	21	19 - 23	2	69	68 - 71	75	74 - 76	23	20 - 25	19	17 - 20	167	147 - 185	92	82 - 105
3 Alemania	82 476	0,2	46	48	20,5	24,4	1,3	1,4	79	79 - 79	5	4 - 5	3	76	76 - 76	82	82 - 82	5	5 - 5	4	4 - 4	115	111 - 119	59	58 - 60
4 Andorra	71	1,7	47	45	20,3	21,8	1,4	1,3	81	80 - 82	5	5 - 6	4	78	77 - 79	84	84 - 85	5	5 - 6	4	4 - 5	107	96 - 119	41	37 - 46
5 Angola	13 625	2,9	98	101	4,6	4,3	7,2	7,2	40	31 - 47	260	225 - 293	5	38	31 - 44	42	34 - 49	276	245 - 306	243	216 - 271	584	450 - 774	488	304 - 700
6 Antigua y Barbuda	73	1,1	62	55	9,2	10,6	1,8	1,6	72	67 - 77	12	9 - 16	6	70	69 - 71	75	74 - 76	13	7 - 20	11	6 - 17	193	169 - 213	122	110 - 136
7 Arabia Saudita	24 217	3,0	80	71	3,3	4,4	5,7	4,5	71	68 - 73	27	23 - 33	7	68	64 - 72	74	70 - 77	29	22 - 36	24	18 - 31	196	120 - 293	119	75 - 183
8 Argelia	31 800	1,7	80	59	5,7	6,0	4,0	2,8	70	69 - 72	41	31 - 49	8	69	68 - 70	72	71 - 73	45	36 - 54	36	29 - 44	155	140 - 169	125	111 - 141
9 Argentina	38 428	1,3	63	59	13,1	13,6	2,8	2,4	74	74 - 75	17	16 - 19	9	71	71 - 71	78	78 - 78	19	18 - 21	16	15 - 17	176	169 - 183	90	88 - 92
10 Armenia	3 061	-1,2	57	43	10,7	12,9	2,1	1,1	68	67 - 69	33	29 - 38	10	65	64 - 66	72	70 - 73	35	32 - 39	31	28 - 34	240	204 - 282	108	91 - 127
11 Australia	19 731	1,1	50	48	15,7	16,9	1,9	1,7	81	80 - 81	6	5 - 6	11	78	78 - 78	83	83 - 83	6	6 - 7	5	4 - 5	89	86 - 92	51	49 - 53
12 Austria	8 116	0,2	48	47	19,8	21,6	1,5	1,3	79	77 - 81	6	4 - 7	12	76	76 - 76	82	81 - 82	6	5 - 7	5	5 - 6	115	111 - 120	59	56 - 62
13 Azerbaiyán	8 370	1,0	64	55	7,8	9,1	2,8	2,1	65	64 - 66	91	77 - 104	13	62	61 - 63	68	66 - 69	96	77 - 115	85	69 - 101	220	193 - 246	120	100 - 141
14 Bahamas	314	1,4	58	53	6,9	8,8	2,6	2,3	72	71 - 74	14	11 - 18	14	69	69 - 70	75	75 - 76	16	13 - 19	13	10 - 15	257	239 - 276	146	138 - 155
15 Bahrein	724	2,8	51	46	3,7	4,1	3,4	2,6	74	70 - 77	9	8 - 10	15	73	70 - 76	75	67 - 83	10	9 - 11	8	7 - 9	117	80 - 165	81	28 - 175
16 Bangladesh	146 736	2,2	80	70	4,8	5,1	4,4	3,4	63	62 - 64	69	65 - 75	16	63	62 - 64	63	62 - 64	68	61 - 75	70	63 - 77	251	222 - 281	258	231 - 283
17 Barbados	270	0,4	54	42	14,7	13,1	1,6	1,5	75	69 - 79	13	8 - 18	17	71	70 - 72	78	78 - 79	14	11 - 18	12	9 - 14	189	171 - 208	106	95 - 117
18 Belarús	9 895	-0,4	52	45	17,6	19,1	1,6	1,2	68	68 - 69	10	9 - 11	18	63	63 - 63	75	75 - 75	11	10 - 12	8	7 - 9	370	366 - 373	130	127 - 132
19 Bélgica	10 318	0,2	50	53	21,0	22,3	1,6	1,7	79	78 - 79	5	5 - 6	19	75	75 - 76	82	81 - 82	6	5 - 6	5	4 - 5	125	121 - 129	66	64 - 69
20 Belice	256	2,4	90	72	6,0	5,9	4,3	3,1	68	62 - 72	39	31 - 48	20	65	63 - 67	71	70 - 72	44	35 - 55	34	26 - 41	257	218 - 293	153	136 - 169
21 Benin	6 736	2,7	105	92	4,5	4,1	6,5	5,6	53	45 - 60	154	139 - 169	21	52	45 - 57	54	46 - 60	158	142 - 174	150	135 - 164	393	257 - 564	332	196 - 522
22 Bhután	2 257	2,5	90	84	6,2	6,5	5,7	5,0	63	58 - 66	85	68 - 101	22	61	54 - 68	64	56 - 70	85	67 - 101	85	68 - 100	261	118 - 448	202	94 - 382
23 Bolivia	8 808	2,1	81	76	6,1	6,6	4,8	3,8	65	61 - 69	66	60 - 73	23	63	57 - 70	67	59 - 72	68	61 - 75	64	58 - 71	247	100 - 405	180	83 - 351
24 Bosnia y Herzegovina	4 161	1,1	43	39	11,5	15,4	1,5	1,3	73	72 - 74	17	15 - 20	24	69	68 - 71	76	75 - 78	20	15 - 25	15	11 - 19	190	161 - 216	89	76 - 103
25 Botswana	1 785	1,9	87	74	3,7	4,5	4,4	3,7	36	34 - 39	112	96 - 128	25	37	34 - 40	36	33 - 39	114	96 - 129	111	93 - 127	850	793 - 890	839	777 - 884
26 Brasil	178 470	1,4	62	50	6,9	8,2	2,6	2,2	69	69 - 70	35	31 - 40	26	66	66 - 67	73	72 - 73	39	33 - 45	32	27 - 36	240	231 - 249	129	121 - 137
27 Brunei Darussalam	358	2,5	57	50	4,1	4,5	3,1	2,5	77	76 - 78	6	5 - 6	27	75	74 - 77	79	78 - 80	6	5 - 7	5	4 - 6	114	98 - 131	86	76 - 100
28 Bulgaria	7 897	-0,8	50	44	20,4	21,8	1,4	1,1	72	72 - 73	15	14 - 16	28	69	69 - 69	76	76 - 76	17	15 - 18	13	12 - 14	216	213 - 219	91	89 - 94
29 Burkina Faso	13 002	2,9	107	106	4,5	4,0	7,1	6,7	45	39 - 49	207	187 - 227	29	44	38 - 48	46	38 - 52	214	194 - 235	200	180 - 220	533	418 - 687	462	324 - 647
30 Burundi	6 825	1,5	99	96	4,6	4,3	6,8	6,8	42	37 - 48	190	159 - 222	30	40	34 - 46	45	38 - 51	197	157 - 238	183	147 - 221	654	528 - 777	525	395 - 678
31 Cabo Verde	463	2,2	101	78	6,6	6,1	4,6	3,3	70	67 - 73	35	30 - 40	31	67	62 - 71	73	69 - 76	41	32 - 49	29	23 - 35	213	129 - 320	129	80 - 197
32 Camboya	14 144	2,7	101	80	4,4	4,7	5,4	4,7	54	51 - 57	140	124 - 158	32	51	45 - 56	57	50 - 64	153	137 - 168	127	114 - 139	441	315 - 597	285	161 - 455
33 Camerún	16 018	2,3	93	85	5,5	5,6	5,6	4,6	48	42 - 53	166	148 - 184	33	47	42 - 52	48	42 - 54	168	152 - 183	164	149 - 179	503	386 - 635	461	331 - 603
34 Canadá	31 510	0,9	48	45	15,9	17,4	1,7	1,5	80	79 - 81	6	5 - 6	34	78	77 - 78	82	82 - 83	6	6 - 6	5	5 - 5	93	91 - 95	57	56 - 59
35 Chad	8 598	3,1	96	100	5,2	4,8	6,7	6,6	46	41 - 50	200	175 - 227	35	44	38 - 50	47	39 - 54	212	176 - 250	188	159 - 219	513	386 - 680	444	305 - 647
36 Chile	15 806	1,4	56	54	9,3	10,9	2,5	2,3	77	74 - 80	9	7 - 12	36	74	73 - 74	81	80 - 81	10	9 - 11	9	8 - 9	133	125 - 144	66	62 - 70
37 China	1 311 709	0,9	49	43	9,0	10,5	1,9	1,8	71	70 - 72	37	31 - 44	37	70	69 - 70	73	72 - 73	32	29 - 36	43	38 - 47	164	153 - 174	103	94 - 113
38 Chipre	802	1,1	58	50	14,9	16,4	2,3	1,9	78	78 - 79	6	5 - 6	38	76	76 - 77	81	79 - 82	5	5 - 6	6	5 - 8	99	91 - 108	47	37 - 59
39 Colombia	44 222	1,8	65	58	6,4	7,2	3,0	2,6	72	72 - 73	21	19 - 24	39	68	67 - 69	77	76 - 78	25	22 - 27	18	16 - 20	231	217 - 246	97	87 - 109
40 Comoras	768	2,9	94	81	4,0	4,2	5,8	4,8	64	56 - 73	73	59 - 85	40	62	55 - 69	66	59 - 73	79	62 - 94	67	53 - 80	254	103 - 432	182	80 - 340
41 Congo	3 724	3,1	96	100	4,8	4,5	6,3	6,3	54	48 - 61	108	89 - 128	41	53	47 - 60	55	48 - 62	113	85 - 142	103	79 - 128	434	295 - 585	381	264 - 534
42 Costa Rica	4 173	2,3	67	55	7,2	8,0	2,9	2,3	77	77 - 77	10	9 - 11	42	75	74 - 75	80	79 - 80	11	10 - 13	9	8 - 10	129	121 - 138	76	71 - 81
43 Côte d'Ivoire	16 631	2,0	93	80	4,4	5,2	5,9	4,7	45	39 - 51	193	161 - 223	43	42	35 - 49	49	42 - 55	223	172 - 272	160	126 - 193	558	427 - 726	450	324 - 604
44 Croacia	4 428	-0,4	46	50	18,8	21,7	1,5	1,7	75	74 - 75	7	6 - 8	44	71	71 - 72	78	78 - 79	8	7 - 10	6	5 - 7	173	164 - 181	70	66 - 74
45 Cuba	11 300	0,4	45	43	12,0	14,8	1,6	1,6	77	76 - 78	7	6 - 9	45	75	75 - 76	79	79 - 80	8	7 - 9	6	6 - 7	137	130 - 144	87	84 - 90
46 Dinamarca	5 364	0,3	48	51	20,0	20,7	1,7	1,8	77	77 - 78	5	5 - 6	46	75	75 - 75	80	80 - 80	6	5 - 7	5	4 - 5	121	117 - 124	73	71 - 76
47 Djibouti	703	2,4	85	86	4,6	5,1	6,2	5,7	55	51 - 58	138	93 - 183	47	53	47 - 59	56	48 - 62	144	121 - 166	132	110 - 154	376	243 - 544	311	190 - 483
48 Dominica	79	0,7	62	55	9,2	10,6	2,0	1,8	73	72 - 74	12	11 - 14	48	71	70 - 71	76	74 - 77	12	10 - 14	13	9 - 18	210	192 - 231	118	92 - 151
49 Ecuador	13 003	1,7	72	61	6,3	7,5	3,5	2,7	71	70 - 72	27	24 - 30	49	68	68 - 69	74	73 - 75								

## Cuadro 1. Indicadores básicos de todos los Estados Miembros

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;<sup>a</sup> no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	POBLACIONES ESTIMADAS								ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)				PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)				ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)				PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)					
	Población total (000)	Tasa de crecimiento anual (%)	Tasa de dependencia (por 100)		Porcentaje de población ≥ 60 años		Tasa total de fecundidad		Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 años <sup>b</sup> )		Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 años <sup>b</sup> )		Entre 15 y 60 años (tasa de mortalidad de adultos)		Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 años <sup>b</sup> )		Entre 15 y 60 años (tasa de mortalidad de adultos)									
			1993	2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre						
	2003	1993-2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre						
56	España	41 060	0,3	47	45	20,3	21,8	1,3	1,2	80	79 - 80	5	4 - 5	56	76	76 - 77	83	83 - 84	5	5 - 5	4	4 - 5	116	109 - 124	46	45 - 48
57	Estados Unidos de América	294 043	1,1	52	51	16,3	16,3	2,1	2,1	77	77 - 78	8	7 - 9	57	75	74 - 75	80	80 - 80	9	8 - 9	7	7 - 7	139	133 - 147	82	81 - 84
58	Estonia	1 323	-1,3	52	47	18,3	21,6	1,6	1,2	71	70 - 72	8	7 - 9	58	65	65 - 66	77	76 - 78	10	8 - 11	6	4 - 9	319	294 - 344	114	100 - 129
59	Etiopía	70 678	2,7	94	94	4,4	4,6	6,8	6,1	50	46 - 54	169	133 - 202	59	49	42 - 55	51	44 - 57	177	142 - 210	160	133 - 186	450	305 - 606	386	252 - 562
60	Ex República Yugoslava de Macedonia	2 056	0,6	50	48	12,6	14,9	1,8	1,9	72	71 - 73	12	11 - 13	60	69	69 - 70	75	75 - 76	13	12 - 14	11	10 - 13	202	187 - 218	86	79 - 93
61	Federación de Rusia	143 246	-0,4	50	41	16,4	18,0	1,5	1,1	65	64 - 65	16	16 - 16	61	58	58 - 58	72	72 - 72	18	18 - 18	14	14 - 14	480	474 - 481	182	177 - 184
62	Fiji	839	1,2	66	56	5,0	6,2	3,3	2,9	68	67 - 69	20	17 - 24	62	66	65 - 67	71	70 - 72	21	19 - 24	19	17 - 21	275	249 - 301	173	153 - 193
63	Filipinas	79 999	2,0	76	66	5,0	5,9	4,1	3,1	68	67 - 68	36	29 - 44	63	65	64 - 65	71	70 - 72	39	33 - 45	33	27 - 38	271	259 - 282	149	132 - 170
64	Finlandia	5 207	0,3	50	49	18,8	20,6	1,8	1,7	79	77 - 80	4	3 - 5	64	75	75 - 75	82	82 - 82	5	4 - 5	4	3 - 4	134	131 - 138	57	55 - 60
65	Francia	60 144	0,4	53	53	19,7	20,5	1,7	1,9	80	79 - 81	5	4 - 6	65	76	76 - 77	84	83 - 84	5	5 - 6	4	4 - 5	132	128 - 137	59	57 - 62
66	Gabón	1 329	2,4	92	82	7,3	6,2	5,1	3,9	58	52 - 63	91	82 - 100	66	55	50 - 62	60	54 - 66	102	92 - 112	80	71 - 88	397	250 - 533	323	209 - 464
67	Gambia	1 426	3,2	84	79	5,2	5,8	5,6	4,7	57	54 - 61	123	105 - 141	67	56	49 - 62	59	52 - 65	130	111 - 150	116	99 - 132	332	189 - 510	262	146 - 434
68	Georgia	5 126	-0,5	53	49	15,8	18,8	1,8	1,4	71	69 - 72	45	40 - 49	68	67	66 - 68	75	73 - 76	50	45 - 54	39	35 - 42	195	170 - 223	76	59 - 96
69	Ghana	20 922	2,3	91	76	4,7	5,2	5,2	4,1	58	55 - 62	95	85 - 104	69	57	51 - 63	60	54 - 66	99	84 - 111	92	81 - 104	352	209 - 513	295	187 - 433
70	Granada	80	-0,5	62	55	9,2	10,6	3,9	3,5	67	66 - 69	23	17 - 28	70	66	65 - 67	69	68 - 70	24	19 - 31	21	15 - 26	258	234 - 281	220	203 - 239
71	Grecia	10 976	0,6	48	49	21,0	24,0	1,4	1,3	79	78 - 79	6	5 - 6	71	76	76 - 76	81	81 - 82	6	6 - 7	5	4 - 6	118	115 - 120	48	45 - 50
72	Guatemala	12 347	2,7	95	86	5,2	5,3	5,4	4,4	66	65 - 68	47	40 - 54	72	64	62 - 65	70	68 - 71	50	45 - 55	44	39 - 48	289	246 - 332	165	132 - 202
73	Guinea	8 480	2,2	92	88	4,4	4,6	6,4	5,8	52	49 - 55	160	145 - 175	73	51	45 - 56	53	46 - 59	165	151 - 180	154	141 - 170	403	269 - 572	342	201 - 516
74	Guinea-Bissau	1 493	2,9	96	101	5,3	4,8	7,1	7,1	47	43 - 49	204	183 - 224	74	45	39 - 50	48	40 - 55	213	190 - 232	195	174 - 215	479	354 - 650	405	254 - 605
75	Guinea Ecuatorial	494	2,6	88	91	6,3	5,9	5,9	5,9	51	48 - 54	146	121 - 169	75	50	44 - 55	52	46 - 58	152	129 - 173	139	121 - 157	464	331 - 625	404	272 - 554
76	Guyana	765	0,4	65	53	6,8	7,1	2,5	2,3	62	57 - 67	69	42 - 96	76	61	58 - 64	64	61 - 67	75	39 - 111	62	32 - 91	290	254 - 330	255	214 - 296
77	Haití	8 326	1,4	90	74	5,7	6,0	4,7	3,9	53	50 - 57	119	102 - 135	77	52	46 - 58	55	48 - 61	123	107 - 140	114	98 - 129	450	307 - 598	385	257 - 525
78	Honduras	6 941	2,7	90	78	4,7	5,4	4,9	3,7	67	64 - 70	41	36 - 46	78	65	61 - 69	69	66 - 72	42	39 - 46	40	36 - 44	248	170 - 348	181	126 - 248
79	Hungría	9 877	-0,4	49	45	19,3	20,2	1,7	1,2	73	72 - 74	9	7 - 10	79	68	68 - 68	77	77 - 77	9	9 - 10	8	7 - 9	257	254 - 261	111	109 - 113
80	India	1 065 462	1,7	68	61	7,0	7,8	3,8	3,0	62	61 - 62	87	76 - 99	80	60	60 - 61	63	62 - 64	85	76 - 93	90	81 - 98	283	261 - 305	213	194 - 235
81	Indonesia	219 883	1,4	63	53	6,6	8,0	3,0	2,3	67	66 - 67	41	32 - 54	81	65	64 - 66	68	67 - 69	45	40 - 49	37	33 - 40	241	224 - 259	204	191 - 219
82	Irán, República Islámica del	68 920	1,3	92	56	6,0	6,4	4,2	2,3	69	69 - 70	39	31 - 47	82	67	66 - 68	72	71 - 73	42	33 - 51	36	29 - 43	201	182 - 219	125	114 - 136
83	Iraq	25 175	2,9	87	78	4,4	4,7	5,7	4,7	55	52 - 58	125	96 - 157	83	50	45 - 56	61	57 - 65	130	77 - 180	120	76 - 170	466	350 - 559	205	175 - 235
84	Irlanda	3 956	1,1	59	47	15,3	15,5	2,0	1,9	78	78 - 79	6	5 - 7	84	76	76 - 76	81	80 - 81	7	6 - 8	5	4 - 6	100	96 - 104	60	57 - 63
85	Islandia	290	1,0	55	52	14,9	15,5	2,2	1,9	80	79 - 82	3	3 - 4	85	78	78 - 79	82	82 - 83	4	4 - 4	2	2 - 2	81	73 - 89	53	49 - 57
86	Islas Cook	18	-0,3	71	64	6,3	7,3	3,9	3,2	71	70 - 72	21	20 - 23	86	68	67 - 70	74	74 - 75	24	22 - 25	19	18 - 20	166	147 - 186	112	102 - 124
87	Islas Marshall	53	1,3	70	67	6,3	7,1	6,2	5,4	61	56 - 66	61	50 - 72	87	60	58 - 62	63	62 - 65	68	51 - 86	53	40 - 67	333	306 - 361	280	260 - 302
88	Islas Solomón	477	3,1	92	83	4,4	4,4	5,5	4,4	70	65 - 76	22	18 - 26	88	69	66 - 73	73	69 - 77	24	20 - 28	21	16 - 26	196	123 - 265	145	81 - 212
89	Israel	6 433	2,5	66	61	12,8	13,0	2,9	2,7	80	80 - 80	6	6 - 7	89	78	77 - 78	82	82 - 82	7	6 - 7	6	5 - 6	92	89 - 95	51	49 - 54
90	Italia	57 423	0,1	46	49	21,9	24,7	1,3	1,2	81	79 - 83	5	4 - 6	90	78	77 - 78	84	83 - 84	5	5 - 6	4	4 - 5	93	90 - 97	47	46 - 49
91	Jamahiriyá Árabe Libia	5 551	2,0	79	53	4,6	6,2	4,0	3,0	73	70 - 75	16	14 - 18	91	71	67 - 74	76	73 - 78	16	14 - 19	15	13 - 18	172	105 - 258	101	64 - 151
92	Jamaica	2 651	0,9	72	60	9,9	9,6	2,7	2,3	73	71 - 74	20	17 - 23	92	71	70 - 72	74	73 - 75	21	17 - 25	19	15 - 22	165	144 - 187	123	109 - 137
93	Japón	127 654	0,2	43	49	19,3	25,0	1,5	1,3	82	82 - 82	4	4 - 4	93	78	78 - 79	85	85 - 85	4	4 - 4	4	4 - 4	96	95 - 96	45	45 - 45
94	Jordania	5 473	3,6	86	69	4,3	4,9	4,8	3,5	71	70 - 72	28	22 - 34	94	69	67 - 70	73	72 - 74	29	21 - 36	27	20 - 33	189	170 - 207	120	111 - 129
95	Kazajstán	15 433	-0,8	58	49	9,4	11,5	2,4	1,9	61	60 - 65	73	56 - 90	95	56	55 - 62	67	66 - 68	83	63 - 104	62	47 - 78	419	404 - 434	187	166 - 207
96	Kenya	31 987	2,1	102	80	4,1	4,2	5,3	3,9	50	47 - 53	123	108 - 138	96	50	45 - 56	49	44 - 55	126	114 - 138	120	108 - 132	495	369 - 626	521	396 - 643
97	Kirguistán	5 138	1,4	75	62	8,4	8,5	3,4	2,6	63	62 - 65	68	53 - 84	97	59	59 - 60	68	67 - 68	73	58 - 88	63	50 - 75	339	318 - 358	160	143 - 177
98	Kiribati	88	1,5	70	67	6,3	7,1	4,6	4,0	65	58 - 71	66	58 - 74	98	62	61 - 63	67	66 - 69	73	63 - 83	59	49 - 68	304	270 - 338	191	165 - 218
99	Kuwait	2 521	3,2	52	38	2,1	2,9	3,2	2,6	77	77 - 78	12	11 - 13	99	76	76 - 77	79	78 - 79	12	11 - 14	12	10 - 13	73	69 - 78	53	47 - 59
100	Lesotho	1 802	1,0	93	80	6,8	6,9	4,7	3,8	38	37 - 40	84	74 - 95	100	35	33 - 38	40	37 - 44	87	73 - 99	82	69 - 95	912	860 - 945	781	710 - 834
101	Letonia	2 307	-1,2	52	47	18,7	22,0	1,6	1,1	71	69 - 73	13	10 - 15	101	66	65 - 66	76	76 - 76	14	12 - 16	11	9 - 13	306	299 - 314	120	115 - 124
102	Libano	3 653	2,1	65	54	8,3	8,5	2,8	2,2	70	69 - 71	31	27 - 35	102	68	67 - 69	72	71 - 73	34	30 - 37	28	25 - 30	199	175 - 225	138	123 - 152
103	Liberia	3 367	5,1	97	96	3,9	3																			

## Cuadro 1. Indicadores básicos de todos los Estados Miembros

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;<sup>a</sup> no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	POBLACIONES ESTIMADAS								ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)				PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)				ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)				PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)					
	Población total (000)		Tasa de crecimiento anual (%)	Tasa de dependencia (por 100)		Porcentaje de población ≥ 60 años		Tasa total de fecundidad		Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 años <sup>b</sup> )		Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 años <sup>b</sup> )		Entre 15 y 60 años (tasa de mortalidad de adultos)		Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 años <sup>b</sup> )		Entre 15 y 60 años (tasa de mortalidad de adultos)								
	2003	1993-2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003	Ambos sexos		Ambos sexos		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres			
	2003	1993-2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre		
111	Malta	394	0,6	51	47	15,4	17,8	2,0	1,8	79	78 - 79	6	5 - 7	111	76	76 - 77	81	81 - 82	7	6 - 8	5	4 - 7	84	79 - 90	49	45 - 53
112	Marruecos	30 566	1,7	71	56	6,1	6,5	3,5	2,7	71	67 - 76	39	32 - 45	112	69	68 - 70	73	72 - 74	40	31 - 48	38	30 - 46	159	148 - 170	103	90 - 114
113	Mauricio	1 221	1,1	52	46	8,4	9,1	2,3	1,9	72	70 - 74	17	11 - 23	113	69	68 - 69	76	75 - 76	19	15 - 24	14	11 - 18	218	199 - 238	115	107 - 123
114	Mauritania	2 893	2,9	89	87	5,3	5,3	6,1	5,8	51	47 - 54	184	161 - 207	114	48	41 - 54	53	45 - 60	200	169 - 231	167	143 - 191	408	278 - 601	312	160 - 506
115	México	103 457	1,6	70	60	6,1	7,4	3,1	2,5	74	74 - 75	28	24 - 32	115	72	71 - 72	77	77 - 77	31	27 - 35	25	22 - 28	166	157 - 174	95	90 - 101
116	Micronesia, Estados Federados de	109	0,5	91	73	5,5	5,0	4,8	3,8	70	66 - 74	23	18 - 28	116	68	67 - 70	71	70 - 73	25	18 - 32	20	14 - 27	206	181 - 231	172	150 - 196
117	Mónaco	34	1,0	53	53	19,7	20,5	1,7	1,8	81	81 - 82	4	4 - 5	117	78	78 - 78	85	84 - 85	5	4 - 5	3	3 - 5	110	109 - 112	47	44 - 50
118	Mongolia	2 594	1,1	79	56	5,8	5,7	3,3	2,4	65	64 - 66	68	54 - 81	118	62	61 - 62	69	68 - 70	72	57 - 87	64	51 - 77	310	285 - 332	179	157 - 203
119	Mozambique	18 863	2,4	94	89	5,1	5,1	6,2	5,6	45	41 - 48	158	142 - 175	119	44	39 - 48	46	41 - 52	163	144 - 182	154	134 - 171	621	510 - 735	543	427 - 667
120	Myanmar	49 485	1,5	68	58	6,7	7,0	3,8	2,8	59	56 - 63	106	80 - 133	120	56	49 - 64	63	54 - 69	117	82 - 153	93	65 - 123	337	179 - 507	222	113 - 399
121	Namibia	1 987	2,5	87	88	5,4	5,7	5,6	4,5	51	49 - 54	65	54 - 75	121	50	46 - 54	53	49 - 57	66	57 - 76	63	54 - 72	619	534 - 686	529	444 - 596
122	Nauru	13	2,5	70	67	6,3	7,1	4,4	3,8	61	53 - 68	30	26 - 35	122	58	52 - 63	65	60 - 70	35	28 - 43	24	19 - 30	448	311 - 611	303	192 - 419
123	Nepal	25 164	2,3	81	78	5,6	5,9	4,9	4,2	61	60 - 61	82	69 - 96	123	60	59 - 62	61	59 - 62	80	68 - 91	85	73 - 98	290	266 - 310	284	264 - 303
124	Nicaragua	5 466	2,7	94	81	4,4	4,7	4,8	3,7	70	69 - 71	38	32 - 45	124	68	67 - 69	73	72 - 73	41	35 - 48	35	30 - 41	209	196 - 223	138	121 - 157
125	Níger	11 972	3,5	108	109	3,5	3,2	8,0	8,0	41	37 - 45	262	219 - 303	125	42	32 - 69	41	31 - 50	258	208 - 311	265	213 - 317	508	363 - 734	477	251 - 717
126	Nigeria	124 009	2,8	96	90	4,7	4,8	6,3	5,4	45	42 - 48	198	173 - 227	126	45	39 - 50	46	39 - 52	200	177 - 225	197	174 - 222	511	386 - 668	470	337 - 647
127	Niue	2	-1,2	71	64	6,3	7,3	3,5	2,9	71	67 - 74	33	14 - 73	127	68	64 - 71	74	71 - 77	43	16 - 104	22	11 - 44	189	123 - 258	133	90 - 183
128	Noruega	4 533	0,5	55	53	20,4	19,8	1,9	1,8	79	79 - 80	4	4 - 5	128	77	76 - 77	82	82 - 82	4	4 - 5	4	4 - 5	96	91 - 102	58	56 - 60
129	Nueva Zelandia	3 875	1,0	53	52	15,3	16,1	2,1	2,0	79	73 - 86	6	5 - 7	129	77	77 - 77	82	81 - 82	7	6 - 8	6	5 - 7	98	95 - 102	65	61 - 67
130	Omán	2 851	3,2	79	65	3,0	3,6	6,4	4,9	74	71 - 76	12	11 - 15	130	71	68 - 75	77	74 - 79	12	11 - 14	12	10 - 13	163	98 - 239	91	60 - 137
131	Países Bajos	16 149	0,6	46	48	17,6	18,7	1,6	1,7	79	79 - 79	6	5 - 6	131	76	76 - 76	81	81 - 81	6	6 - 7	5	4 - 5	93	92 - 95	66	64 - 67
132	Pakistán	153 578	2,6	87	82	5,6	5,7	5,8	5,0	62	61 - 63	103	90 - 115	132	62	60 - 63	62	60 - 64	98	83 - 113	108	92 - 124	225	199 - 250	199	174 - 225
133	Palau	20	2,3	70	67	6,3	7,1	2,8	2,4	68	66 - 70	28	22 - 35	133	66	66 - 67	70	69 - 72	29	22 - 37	26	18 - 35	226	209 - 241	205	174 - 241
134	Panamá	3 120	2,0	64	58	7,3	8,4	2,9	2,7	75	75 - 76	24	21 - 26	134	73	72 - 74	78	77 - 79	26	23 - 29	22	20 - 24	146	134 - 159	84	75 - 94
135	Papua Nueva Guinea	5 711	2,5	79	77	4,1	4,0	5,0	4,0	60	55 - 65	93	76 - 110	135	59	57 - 61	62	60 - 64	96	77 - 116	90	72 - 108	309	284 - 335	246	224 - 268
136	Paraguay	5 878	2,5	84	73	5,2	5,5	4,5	3,8	72	70 - 74	29	23 - 35	136	69	68 - 70	75	74 - 76	33	28 - 38	26	22 - 30	171	156 - 186	119	106 - 133
137	Perú	27 167	1,7	70	62	6,3	7,5	3,7	2,8	70	70 - 71	34	31 - 37	137	68	67 - 69	73	72 - 73	36	31 - 42	32	27 - 37	193	169 - 214	133	117 - 152
138	Polonia	38 587	0,0	53	43	15,4	16,6	1,8	1,3	75	75 - 75	8	7 - 9	138	71	70 - 71	79	79 - 79	9	8 - 9	7	6 - 8	202	196 - 208	81	78 - 84
139	Portugal	10 061	0,2	49	49	19,6	21,2	1,5	1,4	77	77 - 78	6	5 - 7	139	74	73 - 74	81	81 - 81	7	6 - 7	5	5 - 6	150	143 - 157	63	60 - 66
140	Qatar	610	1,9	38	39	2,2	3,3	4,1	3,2	74	73 - 75	13	10 - 16	140	75	74 - 76	74	72 - 76	14	11 - 18	11	10 - 14	93	85 - 102	76	60 - 96
141	Reino Unido	59 251	0,3	54	52	21,0	20,8	1,8	1,6	79	78 - 79	6	5 - 7	141	76	76 - 77	81	81 - 81	7	6 - 7	5	5 - 6	103	100 - 106	64	62 - 65
142	República Árabe Siria	17 800	2,5	95	68	4,2	4,6	4,5	3,3	72	71 - 73	18	16 - 19	142	69	69 - 70	74	74 - 75	20	18 - 22	15	14 - 17	188	175 - 202	126	117 - 136
143	República Centroafricana	3 865	2,0	88	89	6,1	6,1	5,6	4,9	42	37 - 47	180	156 - 204	143	42	36 - 47	43	37 - 49	187	155 - 219	172	144 - 199	641	519 - 759	590	457 - 718
144	República Checa	10 236	-0,1	49	41	17,9	19,2	1,6	1,2	75	75 - 76	5	4 - 5	144	72	72 - 72	79	79 - 79	5	5 - 6	4	4 - 5	166	164 - 169	74	72 - 76
145	República de Corea	47 700	0,8	42	39	8,5	12,1	1,7	1,4	76	76 - 76	5	4 - 5	145	73	72 - 73	80	79 - 80	5	5 - 6	5	4 - 5	155	145 - 165	61	59 - 63
146	República Democrática del Congo	52 771	2,4	100	98	4,4	4,2	6,7	6,7	44	40 - 48	205	180 - 229	146	42	36 - 47	47	40 - 53	217	185 - 248	192	163 - 220	578	441 - 720	452	302 - 618
147	República Democrática Popular Lao	5 657	2,4	91	82	5,7	5,4	5,8	4,7	59	57 - 60	91	81 - 99	147	58	55 - 61	60	57 - 62	96	75 - 113	85	68 - 104	335	279 - 394	303	270 - 339
148	República de Moldova	4 267	-0,2	57	43	13,0	13,8	2,0	1,4	67	66 - 68	32	24 - 40	148	63	63 - 64	71	70 - 71	36	27 - 46	27	20 - 34	303	283 - 326	152	139 - 165
149	República Dominicana	8 745	1,6	69	58	5,8	7,1	3,1	2,7	68	66 - 70	35	29 - 40	149	65	64 - 66	72	71 - 73	38	34 - 42	32	29 - 35	250	215 - 285	147	123 - 172
150	República Popular Democrática de Corea	22 664	0,8	47	48	8,2	10,9	2,3	2,0	66	63 - 70	55	39 - 72	150	65	58 - 72	68	59 - 75	56	30 - 83	54	28 - 81	231	95 - 390	168	69 - 345
151	República Unida de Tanzania	36 977	2,5	96	90	3,7	3,9	6,1	5,1	45	42 - 48	165	149 - 180	151	44	42 - 46	46	43 - 48	176	161 - 190	153	140 - 167	587	543 - 629	550	502 - 595
152	Rumania	22 334	-0,3	50	44	16,7	18,9	1,5	1,3	71	71 - 72	20	19 - 21	152	68	67 - 68	75	74 - 76	22	21 - 23	18	17 - 19	239	220 - 258	107	97 - 117
153	Rwanda	8 387	4,2	98	91	3,8	4,1	6,7	5,7	45	41 - 47	203	183 - 222	153	43	37 - 48	46	39 - 52	213	193 - 232	193	175 - 213	541	425 - 694	455	320 - 633
154	Saint Kitts y Nevis	42	-0,2	62	55	9,2	10,6	2,6	2,3	70	70 - 71	22	19 - 26	154	69	68 - 69	72	71 - 73	21	18 - 25	23	20 - 27	200	185 - 214	145	119 - 172
155	Samoa	178	0,9	81	80	6,3	6,5	4,7	4,1	68	62 - 73	24	21 - 28	155	67	66 - 68	70	69 - 71	27	23 - 31	21	17 - 27	235	219 - 252	203	188 - 219
156	San Marino	28	1,3	46	49	21,9	24,7	1,3	1,2	81	80 - 83	3	3 - 5	156	78	76 - 79	84	83 - 86	5	4 - 8	2	2 - 2	73	61 - 86	32	26 - 37
157	Santa Lucía	149	0,9	73	56	8,4	7,8	3,1	2,3	72	71 - 72	14	12 - 17	157	69	68 - 69	75	74 - 76	15							

## Cuadro 1. Indicadores básicos de todos los Estados Miembros

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;<sup>a</sup> no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	POBLACIONES ESTIMADAS								ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)				PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)				ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)				PROBABILIDAD DE MORIR (POR 1000)					
	Población total (000)	Tasa de crecimiento anual (%)	Tasa de dependencia (por 100)		Porcentaje de población ≥ 60 años		Tasa total de fecundidad		Ambos sexos		Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 años <sup>b</sup> )		Hombres		Mujeres		Menores de 5 años (tasa de mortalidad de menores de 5 años <sup>b</sup> )				Entre 15 y 60 años (tasa de mortalidad de adultos)					
			1993	2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre		
	2003	1993-2003	1993	2003	1993	2003	1993	2003	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre	2003	Intervalo de incertidumbre		
161	Serbia y Montenegro	10 527	0,1	50	49	16,4	18,4	1,9	1,6	73	72 - 73	14	13 - 15	161	70	70 - 71	75	75 - 76	16	14 - 17	12	11 - 13	186	176 - 196	99	94 - 104
162	Seychelles	81	1,0	52	46	8,4	9,1	2,1	1,8	72	71 - 73	15	12 - 19	162	67	67 - 68	77	76 - 79	12	9 - 16	19	14 - 23	235	209 - 258	92	74 - 114
163	Sierra Leona	4 971	2,0	87	89	4,9	4,7	6,5	6,5	38	33 - 42	283	240 - 331	163	37	28 - 44	39	29 - 48	297	250 - 341	270	229 - 310	597	443 - 809	517	303 - 762
164	Singapur	4 253	2,6	38	40	8,9	11,4	1,7	1,3	80	79 - 80	3	3 - 3	164	78	77 - 78	82	82 - 82	3	3 - 3	3	3 - 3	87	81 - 93	51	48 - 53
165	Somalia	9 890	3,2	101	102	4,1	3,8	7,3	7,2	44	40 - 48	225	181 - 283	165	43	36 - 50	45	37 - 52	222	202 - 244	228	205 - 250	518	363 - 672	431	254 - 635
166	Sri Lanka	19 065	0,9	57	46	8,9	10,3	2,4	2,0	71	70 - 72	15	13 - 17	166	68	66 - 70	75	74 - 76	17	14 - 19	13	11 - 15	235	190 - 284	120	106 - 136
167	Sudáfrica	45 026	1,4	69	58	5,3	6,3	3,4	2,6	49	47 - 51	66	58 - 74	167	48	46 - 51	50	47 - 54	70	61 - 79	61	53 - 70	642	585 - 691	579	517 - 633
168	Sudán	33 610	2,3	81	76	5,1	5,7	5,3	4,3	59	56 - 63	93	81 - 104	168	57	51 - 64	62	55 - 68	95	86 - 104	90	82 - 99	348	200 - 508	248	142 - 406
169	Suecia	8 876	0,2	57	54	22,2	23,2	2,0	1,6	81	80 - 81	4	3 - 4	169	78	78 - 78	83	83 - 83	5	4 - 5	3	3 - 4	79	77 - 81	50	48 - 52
170	Suiza	7 169	0,2	46	48	19,6	22,6	1,5	1,4	81	81 - 81	5	4 - 6	170	78	78 - 78	83	83 - 83	5	4 - 6	5	4 - 6	90	88 - 93	50	48 - 52
171	Suriname	436	0,7	66	57	7,2	8,0	2,5	2,4	66	65 - 68	39	35 - 44	171	63	61 - 65	69	68 - 71	43	38 - 48	36	31 - 40	306	264 - 347	180	153 - 208
172	Swazilandia	1 077	1,8	97	88	4,6	5,2	5,6	4,5	35	33 - 37	153	140 - 166	172	33	30 - 36	36	33 - 41	159	140 - 179	147	129 - 166	894	829 - 933	790	704 - 856
173	Tailandia	62 833	1,1	52	46	6,9	9,0	2,1	1,9	70	69 - 71	26	23 - 29	173	67	66 - 68	73	72 - 74	29	24 - 33	24	20 - 27	267	245 - 288	153	134 - 176
174	Tayikistán	6 245	1,1	89	70	6,3	6,6	4,4	3,0	61	60 - 62	118	100 - 136	174	59	58 - 61	63	60 - 65	121	86 - 156	115	83 - 147	225	182 - 268	169	149 - 211
175	Timor-Leste	778	-0,6	77	65	3,7	5,3	4,7	3,8	58	54 - 61	125	104 - 146	175	55	48 - 62	61	53 - 68	141	114 - 168	107	84 - 129	324	170 - 513	228	111 - 407
176	Togo	4 909	2,9	93	88	4,8	4,9	6,2	5,3	52	49 - 55	140	124 - 155	176	50	44 - 55	54	47 - 59	151	131 - 171	128	112 - 144	448	319 - 612	377	262 - 545
177	Tonga	104	0,4	79	73	7,5	8,2	4,5	3,7	71	66 - 75	19	16 - 23	177	71	70 - 71	71	70 - 72	24	20 - 27	15	12 - 18	155	150 - 159	188	181 - 195
178	Trinidad y Tabago	1 303	0,5	62	42	8,8	10,2	2,1	1,6	70	69 - 71	20	17 - 23	178	67	66 - 68	73	73 - 74	24	21 - 28	16	13 - 18	249	223 - 277	155	139 - 171
179	Túnez	9 832	1,3	69	51	7,5	8,5	3,0	2,0	72	71 - 73	24	21 - 26	179	70	69 - 71	74	74 - 75	27	24 - 29	21	18 - 23	167	155 - 180	113	101 - 126
180	Turkmenistán	4 867	2,0	79	62	6,2	6,4	3,9	2,7	60	60 - 61	102	93 - 112	180	56	55 - 56	65	64 - 66	116	105 - 128	87	78 - 96	352	331 - 373	171	150 - 196
181	Turquía	71 325	1,6	66	56	7,3	8,2	3,1	2,4	70	70 - 71	39	37 - 41	181	68	68 - 69	73	72 - 74	40	36 - 44	38	34 - 42	176	164 - 188	111	98 - 124
182	Tuvalu	11	1,4	71	64	6,3	7,3	3,4	2,8	61	56 - 66	51	39 - 62	182	61	59 - 62	62	61 - 64	57	42 - 70	44	33 - 55	313	261 - 373	274	223 - 338
183	Ucrania	48 523	-0,7	52	45	18,4	20,8	1,6	1,2	67	67 - 68	20	18 - 22	183	62	61 - 62	73	72 - 74	23	21 - 25	18	16 - 19	384	364 - 403	142	126 - 160
184	Uganda	25 827	3,1	106	111	4,1	3,9	7,1	7,1	49	38 - 58	140	113 - 167	184	48	43 - 53	50	44 - 55	146	133 - 160	133	121 - 146	533	412 - 662	459	347 - 598
185	Uruguay	3 415	0,7	60	60	16,8	17,4	2,5	2,3	75	70 - 79	15	13 - 17	185	71	71 - 72	80	79 - 80	17	14 - 20	12	11 - 13	180	171 - 190	87	83 - 91
186	Uzbekistán	26 093	1,8	81	63	6,5	6,9	3,5	2,4	66	65 - 67	69	63 - 76	186	63	62 - 64	69	68 - 70	81	73 - 88	57	51 - 63	226	207 - 245	142	123 - 161
187	Vanuatu	212	2,7	90	78	5,3	4,9	4,8	4,1	68	62 - 74	38	29 - 46	187	67	63 - 71	69	66 - 73	38	27 - 49	38	27 - 47	214	145 - 284	173	116 - 231
188	Venezuela, República Bolivariana de	25 699	2,1	69	59	6,0	7,0	3,3	2,7	74	73 - 75	21	19 - 23	188	71	70 - 72	77	77 - 77	24	21 - 26	19	17 - 21	181	168 - 195	97	91 - 103
189	Viet Nam	81 377	1,5	75	57	7,3	7,4	3,2	2,3	71	70 - 72	23	20 - 26	189	68	67 - 69	74	73 - 74	26	23 - 29	20	18 - 23	205	190 - 220	129	117 - 140
190	Yemen	20 010	3,8	113	103	3,7	3,6	7,8	7,0	59	56 - 63	113	88 - 137	190	57	51 - 64	61	53 - 67	119	105 - 134	106	94 - 119	298	154 - 473	227	112 - 411
191	Zambia	10 812	2,0	94	99	4,4	4,7	6,2	5,6	39	35 - 43	182	154 - 210	191	39	35 - 43	39	35 - 44	191	169 - 213	173	153 - 193	719	618 - 808	685	579 - 782
192	Zimbabwe	12 891	1,4	95	86	4,5	5,2	5,0	3,9	37	35 - 38	126	111 - 141	192	37	34 - 40	36	34 - 40	133	121 - 145	119	107 - 129	830	776 - 874	819	754 - 864

<sup>a</sup> Respecto a las fuentes y los métodos, véanse las notas explicativas.

<sup>b</sup> La tasa de mortalidad de menores de 5 años es la probabilidad (expresada por 1000 nacidos vivos) de que un niño nacido en un determinado año muera antes de alcanzar los 5 años de edad, teniendo en cuenta las tasas de mortalidad por edad del momento.

**Cuadro 2a Tasas de mortalidad de menores de 5 años: estimaciones para 2003,<sup>a</sup> cambio porcentual medio anual 1990–2003, y disponibilidad de datos 1980–2003**

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad; no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (ambos sexos) <sup>a</sup>			Fuente de los datos disponibles									
	Por 1000 nacidos vivos		Cambio porcentual medio anual	1980–1989		1990–1999		2000–2003		Último año disponible			
	2003	Incertidumbre	1990–1994	1995–1999	2000–2003	RC/SRM <sup>b</sup>	Encuesta/Censo <sup>c</sup>	RC/SRM <sup>b</sup>	Encuesta/Censo <sup>c</sup>	RC/SRM <sup>b</sup>	Encuesta/Censo <sup>c</sup>	RC/SRM <sup>b</sup>	Encuesta/Censo <sup>c</sup>
1 Afganistán	257	206 - 308	-0,2	0,0	0,0	0	0	0	0	1	...	2000	
2 Albania	21	19 - 23	-5,5	-5,9	-6,0	7	0	10	0	4	1	2003	2000
3 Alemania	5	4 - 5	-6,1	-3,9	-4,4	10	0	10	0	2	0	2001	...
4 Andorra	5	5 - 6	...	...	...	0	0	6	0	1	0	2000	...
5 Angola	260	225 - 293	0,0	0,0	0,0	0	0	0	1	0	1	...	2000
6 Antigua y Barbuda	12	9 - 16	...	-6,5	-6,5	6	0	10	0	0	0	1999	...
7 Arabia Saudita	27	23 - 33	-5,0	-3,1	-3,1	0	1	0	2	0	0	...	1996
8 Argelia	41	31 - 49	-4,4	-3,9	-3,2	6	1	1	2	1	1	2000	2000
9 Argentina	17	16 - 19	-3,9	-4,5	-3,5	10	1	10	1	3	1	2002	1991
10 Armenia	33	29 - 38	-4,0	-5,5	-3,3	10	0	10	0	4	1	2003	2000
11 Australia	6	5 - 6	-6,1	-2,2	-3,6	10	0	10	0	2	0	2001	...
12 Austria	6	4 - 7	-7,1	-2,9	-1,1	10	0	10	0	4	0	2003	...
13 Azerbaiyán	91	77 - 104	-1,4	-1,0	-0,9	10	0	10	0	3	2	2002	2001
14 Bahamas	14	11 - 18	-4,5	-5,9	-5,9	10	0	10	0	1	0	2000	...
15 Bahrein	9	8 - 10	-1,7	-1,7	-17,3	9	1	10	1	3	0	2002	1995
16 Bangladesh	69	65 - 75	-4,2	-6,7	-5,7	6	4	0	13	0	2	1987	2001
17 Barbados	13	8 - 18	0,0	-2,6	-2,6	10	0	10	0	2	0	2001	...
18 Belarús	10	9 - 11	1,7	-5,1	-7,0	9	0	10	0	4	0	2003	...
19 Bélgica	5	5 - 6	-5,3	-4,0	-5,6	10	0	10	0	2	0	2001	...
20 Belice	39	31 - 48	-2,2	-1,4	-1,4	10	0	10	1	1	0	2000	1991
21 Benin	154	139 - 169	-1,7	-1,2	-1,2	0	2	0	2	0	1	...	2000
22 Bhután	85	68 - 101	-4,3	-5,5	-5,3	0	1	0	1	0	1	...	2000
23 Bolivia	66	60 - 73	-5,2	-4,0	-4,0	0	3	0	3	0	1	...	2000
24 Bosnia y Herzegovina	17	15 - 20	-2,9	-1,1	-1,1	5	0	3	0	0	0	1999	...
25 Botswana	112	96 - 128	2,6	8,9	3,5	0	3	0	2	0	1	...	2000
26 Brasil	35	31 - 40	-4,4	-4,1	-3,2	10	4	10	1	1	0	2000	1996
27 Brunei Darussalam	6	5 - 6	-4,0	-5,7	-5,8	8	0	10	0	1	0	2000	...
28 Bulgaria	15	14 - 16	-0,3	-1,5	-2,8	10	0	10	0	4	0	2003	...
29 Burkina Faso	207	187 - 227	-0,3	0,0	0,0	0	1	0	5	0	0	...	1999
30 Burundi	190	159 - 222	0,0	0,0	0,0	0	1	0	1	0	1	...	2000
31 Cabo Verde	35	30 - 40	-3,5	-4,4	-4,4	4	0	3	1	0	0	1998	1998
32 Camboya	140	124 - 158	0,9	2,4	1,2	0	0	0	2	0	1	...	2000
33 Camerún	166	148 - 184	2,3	1,3	0,0	0	0	0	2	0	1	...	2000
34 Canadá	6	5 - 6	-3,1	-3,5	-2,1	10	0	10	0	2	0	2001	...
35 Chad	200	175 - 227	-0,3	0,0	0,0	0	0	0	2	0	1	...	2000
36 Chile	9	7 - 12	-5,9	-3,0	-7,8	10	1	10	1	3	0	2002	1992
37 China	37	31 - 44	-1,3	-2,8	-2,5	2	5	10	22	1	1	2000	2000
38 Chipre	6	5 - 6	-6,0	-6,6	-3,7	10	0	10	0	3	0	2002	...
39 Colombia	21	19 - 24	-4,2	-3,7	-3,7	8	3	10	2	3	1	2002	2000
40 Comoras	73	59 - 85	-3,6	-3,9	-3,9	0	1	0	1	0	1	...	2000
41 Congo	108	89 - 128	-0,4	0,0	0,0	0	0	0	0	0	0	...	...
42 Costa Rica	10	9 - 11	-1,2	-5,6	-5,6	10	3	10	0	3	0	2002	1986
43 Côte d'Ivoire	193	161 - 223	2,2	1,5	0,7	0	2	0	3	0	0	...	1998
44 Croacia	7	6 - 8	-4,7	-4,1	-2,4	8	0	10	0	4	0	2003	...
45 Cuba	7	6 - 9	-3,0	-4,9	-6,8	10	2	10	0	3	0	2002	1987
46 Dinamarca	5	5 - 6	-7,2	-1,5	-1,7	10	0	10	0	4	0	2003	...
47 Djibouti	138	93 - 183	-1,8	-1,8	-1,8	0	0	0	1	0	0	...	1991
48 Dominica	12	11 - 14	-2,6	-2,5	-2,3	10	0	10	0	0	0	1999	...
49 Ecuador	27	24 - 30	-5,5	-5,7	-5,7	10	4	10	3	1	0	2000	1999
50 Egipto	39	36 - 43	-7,3	-7,1	-7,0	9	4	10	4	1	1	2000	2000

Estado Miembro	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (ambos sexos) <sup>a</sup>			Fuente de los datos disponibles									
	Por 1000 nacidos vivos		Cambio porcentual medio anual	1980–1989		1990–1999		2000–2003		Último año disponible			
	2003	Incertidumbre	1990–1994	1995–1999	2000–2003	RC/SRM <sup>b</sup>	Encuesta/Censo <sup>c</sup>	RC/SRM <sup>b</sup>	Encuesta/Censo <sup>c</sup>	RC/SRM <sup>b</sup>	Encuesta/Censo <sup>c</sup>	RC/SRM <sup>b</sup>	Encuesta/Censo <sup>c</sup>
51 El Salvador	36	31 - 42	-4,8	-3,2	-3,2	10	2	9	6	0	1	1999	2002
52 Emiratos Árabes Unidos	8	6 - 10	-4,7	-3,9	-3,9	0	2	8	1	3	0	2002	1995
53 Eritrea	85	70 - 100	-3,7	-4,5	-4,5	0	0	0	1	0	2	1999	2002
54 Eslovaquia	8	7 - 9	-2,5	-4,1	-6,5	8	0	10	0	3	0	2002	...
55 Eslovenia	5	3 - 6	-7,6	-3,5	-5,3	8	0	10	0	4	0	2003	...
56 España	5	4 - 5	-6,4	-3,5	-6,0	10	0	10	0	2	0	2001	...
57 Estados Unidos de América	8	7 - 9	-4,3	-1,4	-2,9	10	0	10	0	3	0	2002	...
58 Estonia	8	7 - 9	3,2	-9,9	-11,5	9	0	10	0	3	0	2002	...
59 Etiopía	169	133 - 202	-1,2	-1,7	-1,4	0	2	0	4	0	1	...	2000
60 Ex República Yugoslava de Macedonia	12	11 - 13	-6,0	-11,1	-3,6	8	0	10	0	3	0	2002	...
61 Federación de Rusia	16	16 - 16	1,2	-2,4	-6,4	10	0	10	0	4	0	2003	...
62 Fiji	20	17 - 24	-4,3	-2,5	-2,5	8	0	8	0	1	0	2000	...
63 Filipinas	36	29 - 44	-4,5	-4,4	-3,6	10	2	9	2	1	0	2000	1998
64 Finlandia	4	3 - 5	-6,2	-2,6	-1,8	10	0	10	0	4	0	2003	...
65 Francia	5	4 - 6	-7,1	-2,3	-4,6	10	0	10	0	3	0	2002	...
66 Gabón	91	82 - 100	-0,2	0,0	0,0	0	0	0	0	0	1	...	2000
67 Gambia	123	105 - 141	-2,3	-1,3	-1,3	0	1	0	3	0	1	...	2000
68 Georgia	45	40 - 49	-0,9	0,0	0,0	9	0	9	1	2	0	2001	1999
69 Ghana	95	85 - 104	-2,5	-1,9	-1,6	0	1	1	3	0	0	1999	1998
70 Granada	23	17 - 28	-2,3	-4,7	-4,7	3	0	7	0	0	0	1996	...
71 Grecia	6	5 - 6	-3,4	-5,3	-6,0	10	0	10	0	2	0	2001	...
72 Guatemala	47	40 - 54	-4,8	-3,7	-3,9	9	4	10	2	0	0	1999	1999
73 Guinea	160	145 - 175	-2,8	-3,4	-2,9	0	0	0	2	0	0	...	1999
74 Guinea-Bissau	204	183 - 224	-1,5	-1,8	-1,8	0	0	0	1	0	1	...	2000
75 Guinea Ecuatorial	146	121 - 169	-3,2	-2,3	-2,3	0	1	0	0	0	0	...	1983
76 Guyana	69	42 - 96	-1,4	-2,5	-2,5	3	0	5	0	0	0	1996	...
77 Haití	119	102 - 135	-1,8	-1,8	-1,8	3	3	2	1	0	1	1999	2000
78 Honduras	41	36 - 46	-3,6	-2,6	-1,4	4	4	0	2	0	2	1983	2001
79 Hungría	9	7 - 10	-6,3	-2,2	-8,0	10	0	10	0	4	0	2003	...
80 India	87	76 - 99	-3,3	-2,0	-2,4	0	2	10	2	1	0	2000	1998
81 Indonesia	41	32 - 54	-6,2	-6,2	-5,3	0	2	0	7	0	3	...	2002
82 Irán, República Islámica del	39	31 - 47	-5,3	-4,4	-3,8	2	1	1	9	2	1	2001	2000
83 Iraq	125	96 - 157	19,5	0,5	0,0	0	2	0	4	0	0	...	1999
84 Irlanda	6	5 - 7	-5,3	-1,4	-5,9	10	0	10	0	4	0	2003	...
85 Islandia	3	3 - 4	-3,1	-10,2	-1,7	10	0	10	0	4	0	2003	...
86 Islas Cook	21	20 - 23	-2,0	-3,7	-3,7	10	0	10	0	2	0	2001	...
87 Islas Marshall	61	50 - 72	-2,5	-3,4	-3,4	4	0	8	0	0	0	1997	...
88 Islas Salomón	22	18 - 26	-3,6	-3,6	-3,6	0	0	3	1	0	0	1999	1999
89 Israel	6	6 - 7	-6,7	-4,3	-2,6	10	0	10	0	4	0	2003	...
90 Italia	5	4 - 6	-4,7	-6,4	-3,3	10	0	10	0	2	0	2001	...
91 Jamahiriya Árabe Libia	16	14 - 18	-7,1	-7,2	-7,2	1	0	0	1	0	0	1981	1995
92 Jamaica	20	17 - 23	0,0	0,0	0,0	10	2	6	0	0	1	1999	2000
93 Japón	4	4 - 4	-1,6	-5,3	-4,0	10	0	10	0	4	0	2003	...
94 Jordania	28	22 - 34	-2,6	-3,0	-2,7	1	2	1	6	1	1	2001	2002
95 Kazajstán	73	56 - 90	1,3	1,7	0,0	9	0	10	2	4	0	2003	1999
96 Kenya	123	108 - 138	2,7	1,6	0,8	0	3	0	3	0	1	...	2003
97 Kirguistán	68	53 - 84	-1,6	-1,1	-0,9	9	0	10	1	4	0	2003	1997
98 Kiribati	66	58 - 74	-2,7	-1,9	-1,9	0	0	9	0	2	0	2001	...
99 Kuwait	12	11 - 13	...	-4,0	2,1	10	2	9	0	4	0	2003	1987
100 Lesotho	84	74 - 95	-3,0	-2,4	-2,4	0	1	0	1	0	1	...	2001

**Cuadro 2a Tasas de mortalidad de menores de 5 años: estimaciones para 2003,<sup>a</sup> cambio porcentual medio anual 1990–2003, y disponibilidad de datos 1980–2003**

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad; no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (ambos sexos) <sup>a</sup>			Fuente de los datos disponibles										
	Por 1000 nacidos vivos		Cambio porcentual medio anual	1980–1989		1990–1999		2000–2003		Último año disponible				
	2003	Incertidumbre	1990–1994	1995–1999	2000–2003	RC/SRM <sup>b</sup>	Encuesta/Censo <sup>c</sup>	RC/SRM <sup>b</sup>	Encuesta/Censo <sup>c</sup>	RC/SRM <sup>b</sup>	Encuesta/Censo <sup>c</sup>	RC/SRM	Encuesta/Censo	
101	Letonia	13	10 - 15	3,7	-9,2	-1,1	10	0	10	0	4	0	2003	...
102	Libano	31	27 - 35	-1,7	-1,2	-1,2	0	0	3	1	0	1	1999	2000
103	Liberia	235	177 - 310	0,0	0,0	0,0	0	1	0	0	0	0	...	1986
104	Lituania	9	7 - 10	2,8	-6,4	-8,0	9	0	10	0	4	0	2003	...
105	Luxemburgo	4	4 - 6	-11,1	-0,3	-5,4	10	0	10	0	4	0	2003	...
106	Madagascar	126	109 - 143	-1,5	-2,6	-2,7	0	0	0	2	0	1	...	2000
107	Malasia	7	6 - 8	-9,7	-6,5	-6,5	8	0	10	0	1	0	2000	...
108	Malawi	178	157 - 201	-2,2	-2,7	-1,7	0	3	0	2	0	1	...	2000
109	Maldivas	72	63 - 81	-3,8	-3,4	-3,4	10	0	10	0	4	0	2003	...
110	Malí	220	180 - 260	-1,4	-0,8	-0,5	0	2	0	1	0	2	...	2001
111	Malta	6	5 - 7	-0,4	-8,2	-4,7	10	0	10	0	3	0	2002	...
112	Marruecos	39	32 - 45	-6,4	-5,5	-5,5	0	4	8	3	0	1	1998	1997
113	Mauricio	17	11 - 23	-1,7	-3,4	-2,9	10	0	10	0	3	0	2002	...
114	Mauritania	184	161 - 207	0,0	0,0	0,0	0	2	0	2	0	2	...	2001
115	México	28	24 - 32	-4,6	-3,7	-2,0	10	2	10	2	3	0	2002	1992
116	Micronesia, Estados Federados de	23	18 - 28	-3,6	-1,5	-1,6	4	0	5	0	0	0	1994	...
117	Mónaco	4	4 - 5	...	-2,3	-5,3	5	0	0	0	0	0	1987	...
118	Mongolia	68	54 - 81	-3,0	-3,4	-3,4	3	0	10	2	4	0	2003	1998
119	Mozambique	158	142 - 175	-2,0	-3,4	-3,9	0	1	0	4	0	0	...	1999
120	Myanmar	106	80 - 133	-2,1	-1,2	-0,9	3	1	10	2	2	0	2001	1999
121	Namibia	65	54 - 75	-2,2	-2,2	-2,1	0	0	0	1	0	2	...	2001
122	Nauru	30	26 - 35	...	0,0	0,0	0	0	3	1	0	0	1995	1992
123	Nepal	82	69 - 96	-3,7	-4,6	-4,6	0	3	0	3	0	1	...	2001
124	Nicaragua	38	32 - 45	-5,2	-3,7	-3,7	3	1	9	2	3	1	2002	2001
125	Niger	262	219 - 303	-1,6	-1,8	-1,0	0	1	0	3	0	1	...	2000
126	Nigeria	198	173 - 227	0,3	-2,9	-1,1	0	1	0	4	0	1	...	2003
127	Niue	33	14 - 73	...	...	...	10	0	10	0	1	0	2000	...
128	Noruega	4	4 - 5	-10,0	-1,1	-4,5	10	0	10	0	3	0	2002	...
129	Nueva Zelanda	6	5 - 7	-4,8	-1,8	-6,6	10	0	10	0	4	0	2003	...
130	Omán	12	11 - 15	-9,7	-4,9	-4,9	0	0	0	2	0	0	...	1995
131	Países Bajos	6	5 - 6	-5,5	-1,2	-3,1	10	0	10	0	4	0	2003	...
132	Pakistán	103	90 - 115	-1,9	-1,8	-1,7	0	11	0	9	0	2	...	2001
133	Palau	28	22 - 35	-1,8	-1,3	-1,3	5	0	10	0	0	0	1999	...
134	Panamá	24	21 - 26	-2,5	-2,8	-2,8	10	1	10	1	3	0	2002	1990
135	Papua Nueva Guinea	93	76 - 110	-0,6	-0,6	-0,6	1	1	0	2	0	0	1980	1996
136	Paraguay	29	23 - 35	-1,7	-1,8	-1,8	10	1	9	2	2	0	2002	1992
137	Perú	34	31 - 37	-5,6	-6,9	-6,9	10	3	9	3	1	1	2000	2000
138	Polonia	8	7 - 9	-4,0	-8,8	-5,1	10	0	10	0	3	0	2002	...
139	Portugal	6	5 - 7	-7,9	-5,1	-6,5	10	0	10	0	3	0	2002	...
140	Qatar	13	10 - 16	-8,9	0,0	-6,0	8	0	9	1	3	0	2002	1991
141	Reino Unido	6	5 - 7	-5,6	-2,2	-2,5	10	0	10	0	3	0	2002	...
142	República Árabe Siria	18	16 - 19	-6,8	-6,6	-6,8	5	1	1	3	2	1	2001	2002
143	República Centroafricana	180	156 - 204	0,0	0,0	0,0	0	1	0	1	0	1	...	2000
144	República Checa	5	4 - 5	-6,9	-9,8	-2,2	8	0	10	0	4	0	2003	...
145	República de Corea	5	4 - 5	-6,6	-3,4	-3,3	9	2	10	0	4	0	2003	1985
146	República Democrática del Congo	205	180 - 229	0,0	0,0	0,0	0	1	0	2	0	1	...	2001
147	República Democrática Popular Lao	91	81 - 99	-3,8	-4,8	-4,8	0	0	0	3	0	0	...	1995
148	República de Moldova	32	24 - 40	-0,6	-1,7	-1,0	9	0	10	0	4	1	2003	2000
149	República Dominicana	35	29 - 40	-4,0	-5,5	-4,7	10	4	9	3	0	1	1999	2002
150	República Popular Democrática de Corea	55	39 - 72	0,0	0,0	0,0	0	0	0	1	0	0	...	1993

Estado Miembro	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (ambos sexos) <sup>a</sup>			Fuente de los datos disponibles										
	Por 1000 nacidos vivos		Cambio porcentual medio anual	1980–1989		1990–1999		2000–2003		Último año disponible				
	2003	Incertidumbre	1990–1994	1995–1999	2000–2003	RC/SRM <sup>b</sup>	Encuesta/Censo <sup>c</sup>	RC/SRM <sup>b</sup>	Encuesta/Censo <sup>c</sup>	RC/SRM <sup>b</sup>	Encuesta/Censo <sup>c</sup>	RC/SRM	Encuesta/Censo	
151	República Unida de Tanzania	165	149 - 180	0,1	0,1	0,0	0	1	0	0	1	0	...	2000
152	Rumania	20	19 - 21	-3,3	-2,9	-4,0	10	0	10	0	3	0	2002	...
153	Rwanda	203	183 - 222	3,9	-0,6	0,0	0	1	0	3	0	1	...	2000
154	Saint Kitts y Nevis	22	19 - 26	-3,6	-3,6	-3,6	10	0	10	0	1	0	2000	...
155	Samoa	24	21 - 28	-7,1	-2,1	-2,2	1	0	2	1	2	1	2002	2000
156	San Marino	3	3 - 5	-10,2	-11,6	-4,3	10	0	10	0	4	0	2003	...
157	Santa Lucía	14	12 - 17	-7,6	0,0	-6,3	10	0	10	0	2	0	2001	...
158	Santo Tomé y Príncipe	118	95 - 141	0,0	0,0	0,0	3	0	0	0	0	1	1987	2000
159	San Vicente y las Granadinas	22	19 - 26	-2,7	0,7	-0,5	10	0	10	0	0	0	1999	...
160	Senegal	137	118 - 156	-0,7	-0,6	-0,6	0	1	0	6	0	1	...	2000
161	Serbia y Montenegro	14	13 - 15	-5,8	-4,0	-4,0	8	0	10	0	1	0	2000	...
162	Seychelles	15	12 - 19	-1,0	-3,2	-3,2	10	0	10	0	1	0	2000	...
163	Sierra Leona	283	240 - 331	-0,6	-0,5	-0,3	0	1	0	0	0	1	...	2000
164	Singapur	3	3 - 3	-10,7	-3,9	-8,3	10	0	10	0	2	0	2001	...
165	Somalia	225	181 - 283	0,0	0,0	0,0	0	0	0	0	0	1	...	2000
166	Sri Lanka	15	13 - 17	-4,9	-4,7	-8,5	10	1	6	1	0	0	1996	1993
167	Sudáfrica	66	58 - 74	-0,3	1,3	1,6	9	0	10	2	0	0	1999	1998
168	Sudán	93	81 - 104	-2,5	-1,8	-1,5	0	1	0	3	0	0	...	1999
169	Suecia	4	3 - 4	-8,8	-2,8	-0,8	10	0	10	0	4	0	2003	...
170	Suiza	5	4 - 6	-6,4	-1,2	-4,3	10	0	10	0	4	0	2003	...
171	Suriname	39	35 - 44	-1,7	-1,4	-1,4	9	0	8	0	0	1	1997	2000
172	Swazilandia	153	140 - 166	0,0	5,2	2,5	0	1	0	0	0	1	...	2000
173	Tailandia	26	23 - 29	-3,2	-3,1	-3,1	10	6	10	2	3	1	2002	2000
174	Tayikistán	118	100 - 136	-0,8	-0,5	-0,5	7	0	9	0	2	1	2001	2000
175	Timor-Leste	125	104 - 146	-2,0	-2,1	-1,6	0	0	0	0	0	1	...	2000
176	Togo	140	124 - 155	-0,8	-0,6	-0,6	0	1	0	1	0	0	...	1998
177	Tonga	19	16 - 23	-2,7	-2,4	-2,7	0	0	6	0	1	0	2002	...
178	Trinidad y Tabago	20	17 - 23	-5,6	2,1	0,0	10	1	9	0	0	0	1998	1987
179	Túnez	24	21 - 26	-6,6	-5,4	-5,4	4	3	9	1	1	0	2000	1994
180	Turkmenistán	102	93 - 112	-1,7	2,2	1,0	7	0	9	0	0	1	1998	2000
181	Turquía	39	37 - 41	-5,1	-5,6	-4,7	0	5	10	3	1	0	2000	1998
182	Tuvalu	51	39 - 62	0,0	-1,1	-1,1	0	0	9	0	1	0	2000	...
183	Ucrania	20	18 - 22	1,8	-2,6	-1,0	9	0	10	0	3	0	2002	...
184	Uganda	140	113 - 167	-0,5	-1,5	-1,3	0	1	0	3	0	1	...	2000
185	Uruguay	15	13 - 17	-2,9	-5,8	-3,0	10	1	10	0	2	0	2001	1985
186	Uzbekistán	69	63 - 76	-1,1	-1,1	-1,0	9	0	10	1	2	1	2001	2000
187	Vanuatu	38	29 - 46	-4,4	-4,7	-4,7	0	1	0	0	0	0	...	1989
188	Venezuela, República Bolivariana de	21	19 - 23	-0,8	-2,4	-2,4	10	1	10	1	1	0	2000	1990
189	Viet Nam	23	20 - 26	-3,7	-7,4	-8,0	0	2	0	3	0	1	...	2002
190	Yemen	113	88 - 137	-2,4	-1,5	-1,2	0	0	0	3	0	0	...	1997
191	Zambia	182	154 - 210	0,2	0,0	0,0	0	1	1	3	1	1	2000	2002
192	Zimbabwe	126	111 - 141	2,4	5,4	2,5	0	4	5	4	0	0	1995	1999

<sup>a</sup>La tasa de mortalidad de menores de 5 años es la probabilidad (expresada por 1000 nacidos vivos) de que un niño nacido en un determinado año muera antes de alcanzar los cinco años de edad, teniendo en cuenta las tasas de mortalidad por edad del momento. Las estimaciones presentadas aquí coinciden con las del cuadro 1 de este anexo. Respecto a las fuentes y los métodos, véanse las notas explicativas.

<sup>b</sup>La columna «RC/SRM» (registro civil/sistema de registro por muestreo) indica el número de años de datos de cualquiera de los sistemas disponibles en la OMS.

<sup>c</sup>En la columna «Encuesta/Censo» se indica el número de encuestas y censos disponibles en la OMS.

... No disponible.

**Cuadro 2b Tasas de mortalidad de menores de 5 años (por 1000) obtenidas directamente a partir de encuestas y del registro civil, desglosadas por edades y último periodo o año disponible<sup>a</sup>**

Las cifras no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos. Los totales no equivalen a la suma de las tasas de cada grupo de edad, ya que las cifras proporcionadas son probabilidades de defunción más que tasas en sentido estricto.

Estado Miembro	Periodo o año <sup>d</sup>	Fuente <sup>e</sup>	Menores 5					Niños			
			0-4 años	Lactantes				12-23 meses	24-59 meses	Total <sup>c</sup>	
				Neonatal	Posneonatal <sup>b</sup>		Total <sup>c</sup>				
			0-27 días	28 días-5 meses	6-11 meses	Total <sup>c</sup>	0-11 meses				
Albania	2003	RC	14	3	...	...	6	8	1,9	4	6
Alemania	2001	RC	5	3	...	...	1,6	4	0,4	0,6	1
Argentina	2002	RC	19	11	...	...	6	17	1,1	1,5	3
Armenia	1996-2000	EDS	39	19	14	3	17	36	0	3	3
Australia	2001	RC	6	4	...	...	1,6	5	0,4	0,6	1
Austria	2003	RC	6	3	...	...	1,4	4	0,5	0,7	1,1
Bahamas	2000	RC	12	5	...	...	4	8	1,5	1,6	3
Bahrein	2000	RC	10	4	...	...	3	7	0,7	1,9	3
Bangladesh	1996-2000	EDS	94	42	18	8	24	66	11	19	30
Barbados	2000	RC	17	11	...	...	5	16	0,9	0,6	1,5
Bélgica	1992	RC	10	4	...	...	4	8	0,5	0,9	1,4
Belice	2000	RC	30	14	...	...	9	23	3	2	6
Benin	1997-2001	EDS	160	38	23	30	51	89	30	50	78
Bolivia	1994-1998	EDS	92	34	20	15	33	67	15	11	26
Brasil	2000	RC	23	13	...	...	8	20	1,7	1,8	3
Bulgaria	2003	RC	15	7	...	...	5	12	1	1,4	2
Burkina Faso	1995-1999	EDS	219	41	36	32	65	105	48	83	127
Burundi	1983-1987	EDS	153	35	25	16	38	74	28	59	85
Camboya	1996-2000	EDS	124	37	44	17	58	95	11	22	32
Camerún	1994-1998	EDS	151	37	20	22	40	77	32	50	80
Canadá	2000	RC	6	4	...	...	1,7	5	0,3	0,5	0,8
Chad	1993-1997	EDS	194	44	30	33	59	103	42	63	1
Chile	2002	RC	8	4	...	...	3	7	0,6	1	1,6
Colombia	1996-2000	EDS	25	15	4	3	7	21	1	2	4
Comoras	1992-1996	EDS	104	38	21	20	39	77	13	16	29
Costa Rica	2002	RC	12	8	...	...	4	11	0,9	1	1,9
Côte d'Ivoire	1994-1998	EDS	181	62	28	25	50	112	33	46	77
Croacia	2003	RC	7	5	...	...	1,5	6	0,3	0,7	1
Cuba	2002	RC	8	4	...	...	2	7	0,6	1	1,6
Dinamarca	1996	RC	7	4	...	...	1,6	6	0,6	0,6	1,2
Ecuador	2000	RC	26	8	...	...	8	16	4	3	7
Egipto	1996-2000	EDS	54	24	11	9	20	44	5	6	11
El Salvador	1999	RC	15	4	...	...	7	11	2	1,7	4
Eritrea	1998-2002	EDS	93	24	14	11	24	48	19	29	48
Eslovaquia	2002	RC	9	4	...	...	3	8	0,7	0,7	1,4
Eslovenia	2003	RC	5	3	...	...	1	4	0,2	0,6	0,8
España	2001	RC	5	3	...	...	1,3	4	0,4	0,6	1
Estados Unidos de América	2001	RC	8	5	...	...	2	7	0,5	0,8	1,3
Estonia	2002	RC	8	4	...	...	2	6	0,6	1,3	1,9
Etiopía	1996-2000	EDS	166	49	28	24	48	97	29	50	77
Ex República Yugoslava de Macedonia	2000	RC	15	9	...	...	3	12	0,9	1	1,9
Fiji	1978	RC	39	18	...	...	10	28	3	4	7
Filipinas	1994-1998	EDS	48	18	9	8	17	35	6	8	14
Finlandia	2003	RC	4	2	...	...	1,1	3	0,2	0,6	0,8
Francia	2000	RC	5	3	...	...	1,6	4	0,4	0,6	1
Gabón	1996-2000	EDS	89	30	13	15	27	57	15	19	33
Ghana	1994-1998	EDS	108	30	13	15	27	57	20	34	54
Grecia	2001	RC	5	4	...	...	1,6	5	0,3	0,4	0,7
Guatemala	1995-1999	EDS	59	23	12	11	22	45	8	6	14
Guinea	1995-1999	EDS	177	48	32	21	50	98	35	55	87

Estado Miembro	Periodo o año <sup>d</sup>	Fuente <sup>e</sup>	Menores 5					Niños			
			0-4 años	Lactantes				12-23 meses	24-59 meses	Total <sup>c</sup>	
				Neonatal	Posneonatal <sup>b</sup>		Total <sup>c</sup>				
			0-27 días	28 días-5 meses	6-11 meses	Total <sup>c</sup>	0-11 meses				
Guyana	1996	RC	31	14	...	...	10	25	4	3	7
Haití	1996-2000	EDS	119	32	27	23	48	80	20	22	42
Honduras	1981	RC	42	7	...	...	16	23	9	9	17
Hungría	2003	RC	9	5	...	...	3	7	0,5	0,8	1,3
India	1995-1999	EDS	95	43	15	11	24	68	12	18	29
Indonesia	1993-1997	EDS	58	22	15	10	24	46	5	8	13
Irlanda	2001	RC	7	4	...	...	1,9	6	0,6	0,9	1,4
Islandia	2001	RC	3	2	...	...	0,7	3	0,5	0,2	0,7
Israel	2003	RC	6	3	...	...	1,8	5	0,5	0,7	1,3
Italia	2001	RC	6	3	...	...	1,3	5	0,3	0,5	0,8
Jamaica	1991	RC	9	3	...	...	4	6	1,6	1,2	3
Japón	2000	RC	5	1,8	...	...	1,5	3	0,5	0,7	1,2
Jordania	1998-2002	EDS	27	16	4	3	7	22	2	3	5
Kazajstán	1995-1999	EDS	71	34	17	12	28	62	6	4	10
Kenya	1994-1998	EDS	111	28	25	22	45	74	20	21	41
Kirguistán	2003	RC	28	11	...	...	10	21	4	3	7
Kuwait	2002	RC	13	7	...	...	3	10	0,7	1,1	1,8
Letonia	2003	RC	13	6	...	...	4	9	1,1	1,9	3
Liberia	1982-1986	EDS	222	68	48	36	76	144	49	44	91
Lituania	2003	RC	9	4	...	...	3	7	0,6	1,2	1,8
Luxemburgo	2003	RC	5	3	...	...	2	5	0,4	0	0,4
Madagascar	1993-1997	EDS	159	40	30	29	56	96	32	38	70
Malawi	1996-2000	EDS	189	42	32	34	62	104	42	55	95
Malí	1997-2001	EDS	229	57	29	32	56	113	50	85	130
Malta	2003	RC	6	5	...	...	0,5	6	0,2	0,2	0,5
Marruecos	1988-1992	EDS	76	31	17	10	26	57	12	8	20
Mauricio	2000	RC	18	12	...	...	3	16	1	1,3	2
Mauritania	1999-2003	EDS	168	37	30	31	58	95	38	45	81
México	2001	RC	20	8	...	...	5	13	1,5	1,6	3
Mongolia	1994	RC	57	10	...	...	25	35	8	10	18
Mozambique	1993-1997	EDS	201	54	41	46	81	135	21	57	77
Namibia	1996-2000	EDS	62	20	13	6	18	38	8	17	25
Nepal	1996-2000	EDS	91	39	16	10	26	64	12	17	29
Nicaragua	1997-2001	EDS	39	16	9	6	15	31	5	4	9
Niger	1994-1998	EDS	274	44	35	49	79	123	71	109	172
Nigeria	1999-2003	EDS	201	48	25	30	52	100	50	65	112
Noruega	2002	RC	4	2	...	...	1	3	0,5	0,7	1,2
Nueva Zelandia	2000	RC	8	4	...	...	3	7	0,5	1	1,6
Países Bajos	2003	RC	6	4	...	...	1,2	5	0,4	0,6	1
Pakistán	1987-1991	EDS	112	49	24	15	37	86	16	13	29
Panamá	2002	RC	17	8	...	...	6	14	2	2	4
Papua Nueva Guinea	1977	RC	12	2	...	...	4	6	2	3	5
Paraguay	2000	RC	14	6	...	...	5	10	1,6	1,5	3
Perú	1996-2000	EDS	47	18	9	6	15	33	7	7	14
Polonia	2002	RC	9	5	...	...	2	8	0,5	0,7	1,2
Portugal	2002	RC	7	3	...	...	1,6	5	0,6	1	1,6
Reino Unido	2002	RC	6	4	...	...	1,7	5	0,4	0,5	0,9
República Centroafricana	1990-1994	EDS	158	42	34	23	55	97	26	42	67
República Checa	2003	RC	5	2	...	...	1,5	4	0,4	0,6	1
República de Moldova	2003	RC	18	7	...	...	7	14	1,4	2	3

**Cuadro 2b Tasas de mortalidad de menores de 5 años (por 1000) obtenidas directamente a partir de encuestas y del registro civil, desglosadas por edades y último periodo o año disponible<sup>a</sup>**

Las cifras no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos. Los totales no equivalen a la suma de las tasas de cada grupo de edad, ya que las cifras proporcionadas son probabilidades de defunción más que tasas en sentido estricto.

Estado Miembro	Periodo o año <sup>d</sup>	Fuente <sup>e</sup>	Menores 5		Lactantes				Niños		
			0-4 años	Neonatal	Posneonatal <sup>b</sup>		Total <sup>c</sup>	0-11 meses	12-23 meses	24-59 meses	Total <sup>c</sup>
				0-27 días	28 días-5 meses	6-11 meses	Total <sup>c</sup>				
República Dominicana	1998-2002	EDS	38	22	6	3	9	31	3	3	7
Tanzania, República Unida de	1995-1999	EDS	147	40	32	30	59	99	25	28	53
Rumania	2002	RC	21	8	...	...	9	17	1,5	1,8	3
Rwanda	1996-2000	EDS	196	44	33	35	64	107	43	59	100
Santa Lucía	1999	RC	25	15	...	...	2	17	1,4	3	4
Santo Tomé y Príncipe	1985	RC	122	23	...	...	43	65	32	36	67
San Vicente y las Granadinas	1999	RC	26	14	...	...	8	21	3	4	7
Senegal	1993-1997	EDS	139	37	17	14	30	68	27	51	77
Serbia y Montenegro	2000	RC	16	9	...	...	4	13	1,4	1,1	2
Singapur	2001	RC	3	1,1	...	...	1	2	0,6	0,6	1,2
Sri Lanka	1983-1987	EDS	34	16	5	4	8	25	2	7	10
Sudáfrica	1994-1998	EDS	59	20	16	11	26	45	8	6	15
Sudán	1986-1990	EDS	124	44	13	14	26	70	25	33	58
Suecia	2001	RC	4	3	...	...	1,2	4	0,3	0,5	0,8
Suiza	2000	RC	6	4	...	...	1,3	5	0,4	0,5	0,9
Suriname	1992	RC	19	7	...	...	6	13	2	2	5
Tailandia	1983-1987	EDS	44	20	12	3	15	35	5	5	9
Togo	1994-1998	EDS	146	41	19	22	38	80	23	51	72
Trinidad y Tabago	1983-1987	EDS	32	23	3	3	5	28	3	1	4
Túnez	1984-1988	EDS	62	26	13	10	22	48	5	9	15
Turquía	1994-1998	EDS	52	26	9	8	17	43	5	5	10
Uganda	1996-2000	EDS	151	33	25	33	55	88	32	39	69
Uruguay	2000	RC	16	8	...	...	6	14	1	1,2	2
Uzbekistán	1992-1996	EDS	59	23	15	12	26	49	6	5	11
Venezuela, República Bolivariana de	2000	RC	21	12	...	...	6	18	2	1,9	4
Viet Nam	1998-2002	EDS	24	12	4	2	6	18	3	3	6
Zambia	1998-2002	EDS	168	37	30	31	58	95	38	45	81
Zimbabwe	1995-1999	EDS	102	29	23	15	36	65	19	21	40

<sup>a</sup>Resultados calculados a partir de encuestas representativas de ámbito nacional basadas en un método estándar o del registro civil sin ningún ajuste. Se debe proceder con cautela a la hora de hacer comparaciones entre países pues los resultados no son directamente comparables, debido a que el método de cálculo varía según las fuentes y a que existen diferencias en cuanto al grado de integridad de los datos del registro civil facilitados por los Estados Miembros. Respecto a la definición de los grupos de edad, véanse las notas explicativas.

<sup>b</sup>Los datos del registro civil notificados a la OMS no son lo suficientemente detallados para poder calcular las tasas de mortalidad posneonatal para 28 días-5 meses y 6-11 meses.

<sup>c</sup>Los totales no equivalen a la suma de las tasas de cada grupo de edad, ya que las cifras proporcionadas son probabilidades de defunción más que tasas en sentido estricto.

<sup>d</sup>Los datos de los sistemas nacionales de registro civil se refieren a años concretos, mientras que los resultados de las encuestas se refieren a un periodo de cinco años.

<sup>e</sup>RC: registro civil; EDS: Encuestas Demográficas y de Salud.

... No disponible.

**Cuadro 3 Número anual de defunciones por distintas causas en menores de 5 años en las regiones de la OMS, estimaciones para 2000–2003<sup>a</sup>**

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad; no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Causa	TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS		ÁFRICA		LAS AMÉRICAS		ASIA SUDORIENTAL		EUROPA			MEDITERRÁNEO ORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL													
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	Todos	Estados Miembros con baja mortalidad <sup>b</sup>	Otros	Todos	% total	Todos	Estados Miembros con baja mortalidad (Australia, Japón y Nueva Zelanda)	Otros											
Población (000)	616 764		110 944		77 885		22 978		178 987		50 738		22 050		28 688		67 918		130 292		7 833		122 459				
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total			
<b>TOTAL Defunciones</b>	<b>10 596</b>	<b>100</b>	<b>4 396</b>	<b>100</b>	<b>439</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>389</b>	<b>100</b>	<b>3 070</b>	<b>100</b>	<b>263</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>238</b>	<b>100</b>	<b>1 409</b>	<b>100</b>	<b>1 020</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>1 013</b>	<b>100</b>	
VIH/SIDA	321	3	285	6	6	1	0	0	6	2	22	1	1	0	0	0	1	0	4	0	3	0	0	0	3	0	
Enfermedades diarreicas <sup>c</sup>	1 762	17	701	16	51	12	0	0	51	13	552	18	35	13	0	0	35	15	245	17	178	17	0	0	178	18	
Sarampión	395	4	227	5	1	0	0	0	1	0	103	3	2	1	0	0	1	1	52	4	11	1	0	0	11	1	
Malaria	853	8	802	18	1	0	0	0	1	0	12	0	0	0	0	0	0	0	37	3	1	0	0	0	1	0	
Infecciones respiratorias agudas	2 027	19	924	21	54	12	1	2	53	14	590	19	32	12	0	2	31	13	292	21	137	13	0	4	137	13	
Causas neonatales <sup>d</sup>	3 910	37	1 148	26	195	44	29	58	166	43	1 362	44	116	44	14	55	102	43	610	43	480	47	3	43	477	47	
Traumatismos	305	3	76	2	23	5	5	10	18	5	71	2	17	7	2	7	16	7	45	3	73	7	1	12	72	7	
<i>No intencionados</i>	291	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Accidentes de tránsito	50	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Ahogamientos	60	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
<i>Intencionados</i>	14	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Otros	1 022	10	233	5	109	25	15	30	94	24	359	12	61	23	9	36	52	22	124	9	137	13	3	40	134	13	

<sup>a</sup>Respecto a las fuentes y los métodos, véanse las notas explicativas.<sup>b</sup>Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovenia, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Países Bajos, Portugal, San Marino, Suecia, Suiza, Reino Unido y República Checa.<sup>c</sup>Incluye sólo las defunciones por diarrea durante el periodo posneonatal.<sup>d</sup>Las causas neonatales comprenden los casos de diarrea durante el periodo neonatal (véase el cuadro 4). A nivel mundial, la proporción de defunciones por diarrea respecto al total entre todos los niños menores de 5 años es del 18%.

... No disponible.

**Cuadro 4 Número anual de defunciones por distintas causas en recién nacidos en las regiones de la OMS, estimaciones para 2000–2003<sup>a</sup>**

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad; no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Causa	TODOS LOS ESTADOS MIEMBROS		ÁFRICA		LAS AMÉRICAS		ASIA SUDORIENTAL		EUROPA			MEDITERRÁNEO ORIENTAL		PACÍFICO OCCIDENTAL												
	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	(000)	% total	Todos	Estados Miembros con baja mortalidad <sup>b</sup>	Otros	Todos	% total	Todos	Estados Miembros con baja mortalidad (Australia, Japón y Nueva Zelanda)	Otros										
<b>TOTAL Defunciones neonatales</b>	<b>3 910</b>	<b>100</b>	<b>1 148</b>	<b>100</b>	<b>195</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>166</b>	<b>100</b>	<b>1 362</b>	<b>100</b>	<b>116</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>102</b>	<b>100</b>	<b>610</b>	<b>100</b>	<b>480</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>477</b>	<b>100</b>
Tétanos neonatal	257	7	108	9	2	1	0	0	2	1	58	4	1	1	0	0	1	1	72	12	16	3	0	0	16	3
Infección grave <sup>c</sup>	1 016	26	313	27	34	17	2	6	32	19	374	27	21	18	1	6	20	20	174	28	101	21	0	6	101	21
Asfixia del parto	894	23	274	24	36	19	4	14	33	20	314	23	21	18	2	15	19	18	122	20	127	26	0	14	126	26
Enfermedades diarreicas	108	3	40	3	1	1	0	0	1	1	37	3	1	1	0	0	1	1	22	4	7	1	0	0	7	1
Malformaciones congénitas	294	8	70	6	31	16	8	29	22	13	77	6	21	19	4	32	17	17	54	9	40	8	1	31	39	8
Parto prematuro <sup>d</sup>	1 083	28	265	23	78	40	13	45	65	39	413	30	44	38	6	41	38	37	132	22	152	32	1	44	151	32
Otros	258	7	78	7	13	7	2	7	11	7	89	7	7	6	1	6	6	6	35	6	36	8	0	7	36	8

<sup>a</sup>Respecto a las fuentes y los métodos, véanse las notas explicativas.<sup>b</sup>Alemania, Andorra, Austria, Bélgica, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovenia, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Países Bajos, Portugal, San Marino, Suecia, Suiza, Reino Unido y República Checa.<sup>c</sup>Incluye defunciones por neumonía, meningitis, septicemia y demás infecciones ocurridas durante el periodo neonatal.<sup>d</sup>Incluye sólo las defunciones directamente atribuibles a la prematuridad y a complicaciones específicas de la prematuridad como la carencia de agente tensioactivo, no todas las defunciones de lactantes prematuros.

## Cuadro 5 Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario, 1998-2002

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;<sup>a</sup> no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	Gasto sanitario total como % del PIB					Gasto del gobierno general en salud como % del gasto sanitario total <sup>b</sup>					Gasto privado en salud como % del gasto sanitario total <sup>b</sup>					Gasto del gobierno general en salud como % de los gastos totales del gobierno				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
1 Afganistán	6	5,9	6	6,5	8	8,9	7,7	6,3	9	39,2	91,1	92,3	93,7	91	60,8	8,8	9	10,5	14,3	23,1
2 Albania	6,4	6,5	6,1	6,4	6,1	35,9	37,7	39,2	36	38,7	64,1	62,3	60,8	64	61,3	7	7,3	7,8	7,5	8,1
3 Alemania	10,6	10,6	10,6	10,8	10,9	78,6	78,6	78,8	78,6	78,5	21,4	21,4	21,2	21,4	21,5	17,1	17,1	18,2	17,5	17,6
4 Andorra	9,2	6,8	7	6,8	6,5	78,6	71,6	70,1	71	70,5	21,4	28,4	29,9	29	29,5	39,1	29,5	25,7	26,3	26,6
5 Angola	3,1	3,1	3,3	5,3	5	33	41,4	54	51,8	41,9	67	58,6	46	48,2	58,1	1,8	2,1	3,1	5,4	4,1
6 Antigua y Barbuda	4,6	4,5	4,6	4,8	4,8	71,7	72,2	72	70,8	68,6	28,3	27,8	28	29,2	31,4	14,5	13,9	14,1	15	14,1
7 Arabia Saudita	5	4,2	3,9	4,5	4,3	79,3	75,5	74,9	77,6	77,1	20,7	24,5	25,1	22,4	22,9	11,2	11,5	11,3	11,1	11,6
8 Argelia	3,8	3,7	3,6	3,9	4,3	65,6	66,4	69,6	74,2	74	34,4	33,6	30,4	25,8	26	8,1	8,4	8,8	9,4	9,1
9 Argentina	8,2	9	8,9	9,5	8,9	55,2	56,2	55,1	53,5	50,2	44,8	43,8	44,9	46,5	49,8	14,6	14,8	14,5	14,2	15,3
10 Armenia	5,8	7,1	5,2	7	5,8	24,7	30,8	29,8	21,5	22,9	75,3	69,2	70,2	78,5	77,1	5,7	7,6	6,1	6,2	6
11 Australia	8,7	8,9	9,2	9,3	9,5	68,3	69,8	69,1	68,3	67,9	31,7	30,2	30,9	31,7	32,1	15,7	16,3	16,4	16,7	17,1
12 Austria	7,7	7,8	7,7	7,6	7,7	69,7	69,6	69,6	68,5	69,9	30,3	30,4	30,4	31,5	30,1	9,9	10,1	10,3	10,2	10,5
13 Azerbaiyán	4,7	4,6	3,9	3,8	3,7	19,3	21,6	22	23	22,1	80,7	78,4	78	77	77,9	3,8	4,2	4,2	4,3	2,9
14 Bahamas	7,5	7	7	6,8	6,9	44,9	46,8	47,2	47,5	48,6	55,1	53,2	52,8	52,5	51,4	13,8	14,4	14,3	13,6	14,6
15 Bahrein	4,9	4,7	4,1	4,3	4,4	70,6	70	69,3	70,4	72	29,4	30	30,8	29,6	28	11,5	11,4	10,8	10,8	9,5
16 Bangladesh	3,1	3,2	3,2	3,2	3,1	30,7	27,2	25,6	25,8	25,2	69,3	72,8	74,4	74,2	74,8	5,4	4,7	4,3	4,7	4,4
17 Barbados	6	6,1	6,2	6,7	6,9	65,4	65,4	65,8	67,6	68,4	34,6	34,6	34,2	32,4	31,6	11,8	12	12	12,2	12,3
18 Belarús	6	6,1	6,1	6,6	6,4	82,1	81,1	80,1	75,5	73,9	17,9	18,9	19,9	24,5	26,1	10,9	10,4	10,7	10,7	10,5
19 Bélgica	8,6	8,7	8,8	9	9,1	70,2	70,6	70,5	71,4	71,2	29,8	29,4	29,5	28,6	28,8	11,9	12,3	12,6	13	12,8
20 Belice	4,9	5,1	5	5,2	5,2	51,7	48,6	48	45,1	47,3	48,3	51,4	52	54,9	52,7	5,6	5,5	5,3	5	5,3
21 Benin	4,5	4,3	4,6	4,9	4,7	40,9	37	43,4	46,2	44,4	59,1	63	56,6	53,8	55,6	11,2	9	9,8	11,9	11,1
22 Bhután	3,8	3,5	3,9	3,6	4,5	90,3	89,6	90,6	91,2	92,2	9,7	10,4	9,4	8,8	7,8	9,2	8,3	9,3	7,8	12
23 Bolivia	5	6,2	6,1	6,4	7	62,9	58,1	60,1	59,3	59,8	37,1	41,9	39,9	40,7	40,2	10,2	10,5	9,9	10,4	11,6
24 Bosnia y Herzegovina	6,5	10,7	9,7	9,2	9,2	27,3	56,7	52	48,8	49,8	72,7	43,3	48	51,2	50,2	2,9	8,9	7,8	7,9	8,8
25 Botswana	4,8	5,1	5,1	5,4	6	53,3	54,1	54,3	56,7	61,9	46,7	45,9	45,7	43,3	38,1	5,6	5,6	5,9	6,3	7,5
26 Brasil	7,4	7,8	7,6	7,8	7,9	44	42,8	41	42,9	45,9	56	57,2	59	57,1	54,1	9	9,3	8,5	9,2	10,1
27 Brunei Darussalam	3,8	3,5	3,6	3,5	3,5	81,3	79,4	80	78,3	78,2	18,7	20,6	20	21,7	21,8	5,1	4,8	5,1	4,6	4,7
28 Bulgaria	5,1	6,2	6,5	7,1	7,4	67,9	66,5	61,2	55,8	53,4	32,1	33,5	38,8	44,2	46,6	9,1	10,3	9,3	9,5	10,1
29 Burkina Faso	4,3	4,6	4,5	4,1	4,3	38,7	42	40	39,7	45,9	61,3	58	60	60,3	54,1	8,7	8,2	7,8	8,7	10,6
30 Burundi	3,1	3	3,1	3,2	3	20,5	19,9	17,9	20,8	21,5	79,5	80,1	82,1	79,2	78,5	2,4	2,1	2	2,2	2
31 Cabo Verde	5,1	4,5	4,6	5	5	75,3	73,9	73,5	75,8	75,1	24,7	26,1	26,5	24,2	24,9	10,2	9	9,6	12,4	11,1
32 Camboya	10,5	10,8	11,8	11,8	12	10,1	10,1	14,2	14,9	17,1	89,9	89,9	85,8	85,1	82,9	11,8	11,3	15,7	16	18,6
33 Camerún	4,4	4,9	4,7	4,5	4,6	17	24,4	27,8	26,2	26,2	83	75,6	72,2	73,8	73,8	4,6	7,2	9,5	7,4	7,9
34 Canadá	9,2	9	8,9	9,4	9,6	70,6	70,3	70,4	70,1	69,9	29,4	29,7	29,6	29,9	30,1	14,3	14,7	15,2	15,8	15,9
35 Chad	5,4	6,2	6,9	6,6	6,5	31,4	33,2	41,2	41,5	41,9	68,6	66,8	58,8	58,5	58,1	11,2	10,5	12,9	13,6	12,2
36 Chile	6,1	6	5,7	5,7	5,8	36,4	38,4	42,2	43,7	45,1	63,6	61,6	57,8	56,3	54,9	8,3	8,3	9	9,7	10,2
37 China	4,8	5,1	5,6	5,7	5,8	39	38	34,6	35,5	33,7	61	62	65,4	64,5	66,3	13,3	11,8	10,3	10	10
38 Chipre	6,1	6,2	6,3	6,6	7	39,5	38,7	37,6	38,4	41,3	60,5	61,3	62,4	61,6	58,7	6,2	6,2	6,1	6,3	6,8
39 Colombia	9,9	9,7	8	8,3	8,1	67,5	73,2	77,9	80,7	82,9	32,5	26,8	22,1	19,3	17,1	24,9	23,2	21,4	20,1	20,4
40 Comoras	3,4	3,2	2,7	2,3	2,9	63,4	60,8	54,9	46,9	58	36,6	39,2	45,1	53,1	42	8,8	11,2	9,6	6	8,2
41 Congo	3,3	2,7	2,1	2,1	2,2	72,4	68,4	70,2	69	70,3	27,6	31,6	29,8	31	29,7	5,6	5,7	5,6	5,7	6
42 Costa Rica	8,1	7,9	8,3	8,8	9,3	69,3	68,1	66,7	65,2	65,4	30,7	31,9	33,3	34,8	34,6	24,1	24,6	24,2	23,3	24,4
43 Côte d'Ivoire	6,4	6,1	6,3	6,2	6,2	24,6	23,2	21,3	20,1	22,4	75,4	76,8	78,7	79,9	77,6	7,6	7,2	7,5	7,5	7,2
44 Croacia	7,9	8,6	9	8,2	7,3	85,1	86,1	86,4	85,5	81,4	14,9	13,9	13,6	14,5	18,6	12,9	13,5	14,5	13,8	12
45 Cuba	6,6	7,1	7,1	7,3	7,5	84,7	85,5	85,8	86	86,5	15,3	14,5	14,2	14	13,5	10,3	11,1	10,8	11,4	11,3
46 Dinamarca	8,4	8,5	8,4	8,6	8,8	82	82,2	82,4	82,7	82,9	18	17,8	17,6	17,4	17,1	11,9	12,4	12,6	12,9	13,1
47 Djibouti	6,3	6,2	6,3	6,1	6,3	52,5	52,9	52,8	51,5	52,9	47,5	47,1	47,2	48,5	47,1	10	10	10,1	10,6	10,1
48 Dominica	5,8	6,2	5,8	6	6,4	73,3	74,3	71,5	71,3	71,3	26,7	25,7	28,5	28,7	28,7	11,8	12,8	12,8	10,5	12,2
49 Ecuador	4,4	4,7	4,1	4,8	4,8	38,3	39,4	31,2	33,5	36	61,7	60,6	68,8	66,5	64	9,3	9,8	6,4	8,5	8,8
50 Egipto	5	4,9	5	5,1	4,9	34,7	35,9	35,3	37,8	36,6	65,3	64,1	64,7	62,2	63,4	6,8	5,9	5,8	6,4	6
51 El Salvador	8,2	8	8	7,7	8	42,5	43,5	45,1	42,4	44,7	57,5	56,5	54,9	57,6	55,3	24,2	25,1	25	21,2	22,8
52 Emiratos Árabes Unidos	4	3,5	3,4	3,4	3,1	77	75	75,5	75,1	73,4	23	25	24,5	24,9	26,6	7,7	7,2	7,3	6,9	7,3
53 Eritrea	4,7	4,2	4,8	5,1	5,1	66,1	59,7	62,7	61,5	63,7	33,9	40,3	37,3	38,5	36,3	4,1	2,7	4,5	5,3	5,6
54 Eslovaquia	5,7	5,9	5,7	5,7	5,9	91,6	89,9	89,7	89,6	89,4	8,4	10,1	10,3	10,4	10,6	8,6	9,4	8,5	10	10,3
55 Eslovenia	7,8	7,7	8	8,3	8,3	75,7	75,5	76	74,9	74,9	24,3	24,5	24	25,1	25,1	14,3	14	13,5	14,6	14,7

Estado Miembro	Recursos externos para la salud como % del gasto total en salud					Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud					Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud					Planes de prepago como % del gasto privado en salud				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
1 Afganistán	1,7	1,9	2,4	5,3	42,6	0	0	0	0	0	99	99	99	99	80	0	0	0	0	0
2 Albania	5,8	6,9	8,7	4,9	3,8	24,8	23,4	20,1	20	22,5	99,7	99,8	99,7	99,8	99,7	0	0	0	0	0
3 Alemania	0	0	0	0	0	87	87,2	87,3	87,1	87,4	52,4	50,8	49,7	49,6	48,2	37,3	38,2	39,2	39,2	39,9
4 Andorra	0	0	0	0	0	60	87,5	88,1	86,2	84,9	95,2	95,6	96,1	92,6	96,6	nd	nd	nd	nd	nd
5 Angola	6,2	9,2	14,9	11,8	7,9	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
6 Antigua y Barbuda	3,9	3,8	3,8	3,4	1,1	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	nd	nd	nd	nd	nd
7 Arabia Saudita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34	32,5	30,1	30,4	30,1	38	39	40,5	39,9	40,1
8 Argelia	0	0,1	0,1	0,1	0,1	46,1	44,1	36,2	33,8	51,1	84	83,4	80,2	80	76,6	2,6	2,7	2,6	3,2	4,6
9 Argentina	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	60,3	59,2	59,9	58,4	56,7	63,8									

**Cuadro 5 Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario, 1998–2002**

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;<sup>a</sup> no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	Gasto sanitario total como % del PIB					Gasto del gobierno general en salud como % del gasto sanitario total <sup>b</sup>					Gasto privado en salud como % del gasto sanitario total <sup>b</sup>					Gasto del gobierno general en salud como % de los gastos totales del gobierno					
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	
	56	España	7,5	7,5	7,5	7,5	7,6	72,2	72	71,6	71,4	71,3	27,8	28	28,4	28,6	28,7	13,1	13,4	13,3	13,6
57	Estados Unidos de América	13	13	13,1	13,9	14,6	44,5	44,3	44,4	44,9	44,9	55,5	55,7	55,6	55,1	55,1	18,5	18,4	18,2	20	23,1
58	Estonia	5,6	6,1	5,5	5,1	5,1	86,3	80,4	76,7	77,8	76,3	13,7	19,6	23,3	22,2	23,7	13,4	12,1	11,7	11,5	11
59	Etiopía	4,8	4,9	5,6	5,4	5,7	47,6	48,1	45,9	41,4	44,9	52,4	51,9	54,1	58,6	55,1	9,4	7,9	7,7	7,6	7,6
60	Ex República Yugoslava de Macedonia	7,8	6,3	6	6,1	6,8	87,4	85,2	84,6	83,1	84,7	12,6	14,8	15,4	16,9	15,3	19,4	15,1	15	12,3	14
61	Federación de Rusia	6,1	5,2	5,7	6	6,2	55,9	56	56,5	54,4	55,8	44,1	44	43,5	45,6	44,2	8	7,9	9,4	9,5	9,5
62	Fiji	4,1	3,7	3,9	3,9	4,2	65,4	65,2	65,2	67,1	64,6	34,6	34,8	34,8	32,9	35,4	6,9	7,5	7,2	6,7	7,5
63	Filipinas	3,5	3,5	3,4	3,2	2,9	42,5	43,7	47,1	43,6	39,1	57,5	56,3	52,9	56,4	60,9	6,5	6,5	7	5,8	4,7
64	Finlandia	6,9	6,9	6,7	7	7,3	76,3	75,3	75,1	75,4	75,7	23,7	24,7	24,9	24,6	24,3	10	10	10,2	10,7	11
65	Francia	9,3	9,3	9,3	9,4	9,7	76	76	75,8	75,9	76	24	24	24,2	24,1	24	13,1	13,2	13,4	13,7	13,8
66	Gabón	4,3	3,5	3,5	4,2	4,3	60,7	49,2	39,5	43,5	41,3	39,3	50,8	60,5	56,5	58,7	5,4	6,1	6,2	5,9	6,3
67	Gambia	6,8	6,6	7,2	7,2	7,3	24,5	34,2	44,2	43,7	44,6	75,5	65,8	55,8	56,3	55,4	7,2	10	14,4	9,4	12
68	Georgia	2,4	2,5	3,4	3,7	3,8	45,4	37,6	33,3	37,4	27,1	54,6	62,4	66,7	62,6	72,9	5,1	4,3	5,9	6,8	5,8
69	Ghana	5,5	5,7	5,7	5,6	5,6	42	40,2	40,6	40,9	41	58	59,8	59,4	59,1	59	8,9	9,3	7,8	8,5	8,4
70	Granada	4,8	4,8	4,8	5,3	5,7	65,8	69,7	70,1	71,9	71	34,2	30,3	29,9	28,1	29	11,3	12,3	12,3	13,9	14,7
71	Grecia	9,4	9,6	9,7	9,4	9,5	52,1	53,4	53,9	53,1	52,9	47,9	46,6	46,1	46,9	47,1	10,2	10,8	10,5	10,5	10,8
72	Guatemala	4,4	4,7	4,8	4,8	4,8	47,4	48,3	48,6	48,3	47,5	52,6	51,7	51,4	51,7	52,5	15,4	17	17	17,2	16,6
73	Guinea	5,3	5,5	5,3	5,3	5,8	14,8	16,3	16,9	16,8	15,5	85,2	83,7	83,1	83,2	84,5	5,1	5,4	4,9	4,8	4,8
74	Guinea-Bissau	5,1	5	5,6	6,1	6,3	35	41,8	47,7	46,6	48,2	65	58,2	52,3	53,4	51,8	7,1	6,6	6,1	6,6	8,5
75	Guinea Ecuatorial	4,1	2,7	2	1,7	1,8	62	62,4	66,5	70,1	72,2	38	37,6	33,5	29,9	27,8	8,3	9,9	9,9	9,8	9,8
76	Guyana	5	4,8	5,1	5,3	5,6	83,4	84	82,7	79,9	76,3	16,6	16	17,3	20,1	23,7	9,3	9,1	9,9	11,6	11,1
77	Haití	7,2	6,8	6,8	7,1	7,6	35,4	36,3	36	37,7	39,4	64,6	63,7	64	62,3	60,6	19,7	18,5	20,7	23,8	23,8
78	Honduras	5,6	5,7	5,9	6,2	6,2	51,9	50,8	52,5	52,1	51,2	48,1	49,2	47,5	47,9	48,8	14,1	13,7	13,6	14	14
79	Hungría	7,3	7,4	7,1	7,4	7,8	74,8	72,4	70,7	69	70,2	25,2	27,6	29,3	31	29,8	10,1	11,4	11,7	10,4	10,4
80	India	5,2	5,7	6,3	6,1	6,1	26,5	23,6	20,9	20,7	21,3	73,5	76,4	79,1	79,3	78,7	5,2	4,8	4,6	4,4	4,4
81	Indonesia <sup>c</sup>	2,5	2,6	2,8	3	3,2	27,8	29,6	25,4	35,8	36	72,2	70,4	74,6	64,2	64	3,3	3,8	3,5	4,7	5,4
82	Irán, República Islámica del	5,8	5,9	5,7	6,1	6	45,3	43,4	41,6	44,3	47,8	54,7	56,6	58,4	55,7	52,2	10,9	10,9	11	11,1	9
83	Iraq <sup>d</sup>	2	1,9	1,7	1,6	1,5	51	39,6	29,1	27,1	16,9	49	60,4	70,9	72,9	83,1	1,9	1,2	1,3	1,2	0,7
84	Irlanda	6,2	6,3	6,4	6,9	7,3	76,5	72,8	73,3	75,6	75,2	23,5	27,2	26,7	24,4	24,8	13,6	13,2	14,5	15,5	16,4
85	Islandia	8,6	9,4	9,2	9,2	9,9	83	83,9	83,6	83,2	84	17	16,1	16,4	16,8	16	16,8	18,1	17,8	17,4	18,1
86	Islas Cook	4,2	3,5	3,8	5,2	4,6	91,7	89,6	90,9	93,8	93	8,3	10,4	9,1	6,2	7	10	7,7	8,2	12,4	11,6
87	Islas Marshall	9,7	9,5	9,8	9,8	10,6	66,4	65,2	65	64,7	67,3	33,6	34,8	35	35,3	32,7	10,9	10,8	9,6	9,6	10,8
88	Islas Salomón	4,5	4,9	4,9	5	4,8	93	93,4	93,4	93,5	93,2	7	6,6	6,6	6,5	6,8	11,4	11,1	11,4	11,5	11,9
89	Israel	8,4	8,5	8,5	9,6	9,1	72,1	69,4	67,2	66,5	65,7	27,9	30,6	32,8	33,5	34,3	11,5	11,2	11,1	11,8	10,9
90	Italia	7,7	7,8	8,1	8,3	8,5	71,8	72,3	73,7	76	75,6	28,2	27,7	26,3	24	24,4	11,1	11,5	12,8	13	13,3
91	Jamahiriya Árabe Libia	3,7	3,5	2,8	3,2	3,3	49,6	49,1	51,5	50,9	47,2	50,4	50,9	48,5	49,1	52,8	5,3	5,6	4,9	5	5
92	Jamaica	5,9	5,5	6,4	6	6	58,6	50,3	52,6	43,4	57,4	41,4	49,7	47,4	56,6	42,6	7,4	5,6	6,6	4,3	5,9
93	Japón <sup>e</sup>	7,2	7,4	7,6	7,8	7,9	80,8	81,1	81,3	81,7	81,7	19,2	18,9	18,7	18,3	18,3	14	15,9	16,1	16,9	17
94	Jordania	8,6	8,9	9,2	9,4	9,3	53,6	48,2	45,2	45,7	46,1	46,4	51,8	54,8	54,3	53,9	12,5	12,1	12,1	12,5	12,5
95	Kazajstán	3,8	4,3	4,1	3,4	3,5	55,1	51,9	50,9	56,4	53,2	44,9	48,1	49,1	43,6	46,8	9,7	9,6	9	8,2	8,9
96	Kenya	4,9	4,6	5,3	4,9	4,9	45,2	41,1	46,5	42,8	44	54,8	58,9	53,5	57,2	56	8	6,5	10,2	7,7	8,4
97	Kirguistán	5,8	5,1	4,4	4,1	4,3	50,5	49,4	50	50,2	51,2	49,5	50,6	50	49,8	48,8	10,5	10,6	10,1	9,5	10,2
98	Kiribati	8,3	7,5	7,8	7,3	8	99	98,9	98,8	98,7	98,8	1	1,1	1,2	1,3	1,2	10,9	9,7	10	9,3	10,2
99	Kuwait	4,4	3,8	3,1	3,7	3,8	78,4	77,7	76,4	77,1	75,2	21,6	22,3	23,6	22,9	24,8	6,6	6,6	6,3	6,2	5,6
100	Lesotho	5,5	5,3	5,7	5,6	6,2	83,8	83	84,4	83,7	84,9	16,2	17	15,6	16,3	15,1	9,4	7,2	10	10,3	10,9
101	Letonia	5,8	5,9	5,6	5,4	5,1	65,5	64	58,8	58,3	64,1	34,5	36	41,2	41,7	35,9	9,4	9,2	8,9	9,1	9,3
102	Libano	12,2	11,7	12	11,9	11,5	27,5	27,5	30,1	29,9	30,1	72,5	72,5	69,9	70,1	69,9	10,4	9,5	8,6	10,5	9,1
103	Liberia	5,3	5,2	3,7	2,9	2,1	80,4	81,4	74,7	71	68	19,6	18,6	25,3	29	32	9,9	11,4	7,8	5,9	5,5
104	Lituania	6,2	6,3	6,5	6,3	5,9	76	74,9	69,7	72,6	72,6	24	25,1	30,3	27,4	27,4	14,8	12,2	14,6	15,2	14
105	Luxemburgo	5,9	6,2	5,5	5,9	6,2	90,9	89,7	89,7	89,8	85,4	9,1	10,1	10,3	10,2	14,6	12,8	13,5	12,9	13,5	12
106	Madagascar	2,2	2,2	2,1	1,9	2,1	56,5	53,7	52,7	64,1	55	43,5	46,3	47,3	35,9	45	7,4	6,9	6,5	7,1	8
107	Malasia	3	3,1	3,3	3,8	3,8	51,6	52,9	53,1	53,7	53,8	48,4	47,1	46,9	46,3	46,2	5,1	6	6,1	6,5	6,9
108	Malawi	8,5	8,5	8,2	9,4	9,8	35,5	33,7	34,4	43,6	41,1	64,5	66,3	65,6	56,4	58,9	10,6	9,7	7,6	9,9	9,7
109	Maldivas	5,5	5,6	5,9	6	5,8	85	85,2	86,9	87,5	87,7	15	14,8	13,1	12,5	12,3	13,3	13,2	13,7	13,8	12,5
110	Malí	4,2	4,1	4,7	4,4	4,5	45,7	42,9	49,7	50,1	50,8	54,3	57,1	50,3	49,9	49,2	7,6	6,6	8,5	8,2	9

Estado Miembro	Recursos externos para la salud como % del gasto total en salud					Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud					Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud					Planes de prepago como % del gasto privado en salud					
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	
	56	España	0	0	0	0	0	11,8	9,4	9,6	9,2	7,2	83,6	83,3	83,1	82,9	82,5	13,1	13,4	13,6	14
57	Estados Unidos de América	0	0	0	0	0	33,4	33,1	33,7	32,8	30,8	28	27,6	27,1	26,2	25,4	61,1	61,8	63,2	64,7	65,7
58	Estonia	1,5	3,5	0,9	0	0	77,1	82,1	86	86,1	86	96,6	71,3	84,9	84,7	83,9	nd	4,1	4,1	4,8	4,4
59	Etiopía	22,9	24,4	25,9	29,3	29,5	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5	77,6	78,2	66,4	66,8	65,9	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
60	Ex República Yugoslava de Macedonia	3,2	4,2	1,3	4	0,9	98	97,4	97,4	97,1	97,4	100	100	100	100	100	0	0	0</		

## Cuadro 5 Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario, 1998-2002

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;<sup>a</sup> no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	Gasto sanitario total como % del PIB					Gasto del gobierno general en salud como % del gasto sanitario total <sup>b</sup>					Gasto privado en salud como % del gasto sanitario total <sup>b</sup>					Gasto del gobierno general en salud como % de los gastos totales del gobierno					
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	
111	Malta	8,4	8,3	8,8	9	9,7	69	67,5	68,4	71,3	71,8	31	32,5	31,6	28,7	28,2	11,9	11,8	13,1	13,6	14,3
112	Marruecos	4,4	4,4	4,7	4,6	4,6	28,3	29,1	33,9	32,5	32,8	71,7	70,9	66,1	67,5	67,2	4,1	4	4,6	4,2	4,9
113	Mauricio	2,8	3	2,8	2,8	2,9	68	71,5	72,8	75	76,9	32	28,5	27,2	25	23,1	7	7,2	6,6	7,6	8,3
114	Mauritania	2,7	2,7	2,5	2,9	3,9	63,9	64,2	63,3	67,9	74,2	36,1	35,8	36,7	32,1	25,8	6,9	7	6,5	8	10,1
115	México	5,4	5,6	5,6	6	6,1	46	47,8	46,6	44,8	44,9	54	52,2	53,4	55,2	55,1	15,8	17,3	16,6	16,7	16,6
116	Micronesia, Estados Federados de	6,6	6,4	6,5	6,5	6,5	88,2	88	86,8	86,9	88,2	11,8	12	13,2	13,1	11,8	7,9	7,9	8	8,8	8,8
117	Mónaco	10,5	8,5	10,2	9,8	11	75,7	73,5	75,7	76,6	79,6	24,3	26,5	24,3	23,4	20,4	13,2	10,3	12,9	12,5	14,6
118	Mongolia	6,2	6,1	6,3	6,4	6,6	65,4	66,5	70,3	72,3	70,4	34,6	33,5	29,7	27,7	29,6	9	9,8	10,5	10,5	10,6
119	Mozambique	4,1	4,5	5,1	5,5	5,8	57,7	61,9	66,5	69,8	71	42,3	38,1	33,5	30,2	29	12,2	14,2	16,3	18,2	19,9
120	Myanmar	1,8	1,8	2,2	2,1	2,2	10,6	11	13,7	12,5	18,5	89,4	89	86,3	87,5	81,5	0,7	0,8	1,2	1,3	2,3
121	Namibia	6,8	7	6,9	6,9	6,7	72,4	73,3	68,9	71,1	70,1	27,6	26,7	31,1	28,9	29,9	13,2	13,1	12,4	13	12,9
122	Nauru	7,9	7,7	7,7	7,5	7,6	89	89,1	88,9	88,7	88,8	11	10,9	11,1	11,3	11,2	9,1	9,2	9,2	9,1	9,2
123	Nepal	5,1	4,8	4,7	4,9	5,2	25,6	21,4	21	24,7	27,2	74,4	78,6	79	75,3	72,8	7	5,9	5,6	6,2	7,5
124	Nicaragua	7,3	6,9	7,6	7,6	7,9	49,3	45,8	49,3	49,2	49,1	50,7	54,2	50,7	50,8	50,9	15,3	11,2	13,1	12,9	15,2
125	Níger	3,9	4,5	4,5	4,3	4	40,2	50,2	50,8	49	50,8	59,8	49,8	49,2	51	49,2	9,2	12,5	12,3	10,8	10
126	Nigeria	5,5	5,4	4,4	4,5	4,7	26,1	29,1	33,5	31,4	25,6	73,9	70,9	66,5	68,6	74,4	7,1	5,4	5,9	3,4	3,3
127	Niue	7,8	7,9	7,6	9,3	9,7	98,4	98,4	98,4	98,4	98,4	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	12,8	12,9	12,4	15,2	16
128	Noruega	8,5	8,5	7,7	8,9	9,6	84,7	85,2	85	83,4	83,5	15,3	14,8	15	16,6	16,5	15,6	16,3	16,5	18,1	18,1
129	Nueva Zelandia	7,9	7,8	7,9	8	8,5	77	77,5	78	76,4	77,9	23	22,5	22	23,6	22,1	13,5	13,9	14,5	14,5	15,5
130	Omán	3,7	3,6	3,2	3,1	3,4	81,6	83,2	78,8	82,1	81,6	18,4	16,8	21,2	17,9	18,4	7,3	7,9	7,3	6,9	7,3
131	Países Bajos	7,9	8	7,9	8,3	8,8	67,2	65,9	66,5	65,9	65,6	32,8	34,1	33,5	34,1	34,4	11,2	11,2	11,5	11,7	12,2
132	Pakistán	3,5	3,6	3,3	3,2	3,2	35,6	30,3	32,4	32,7	34,9	64,4	69,7	67,6	67,3	65,1	4,2	3,7	3,3	3,5	3,2
133	Palau	8,9	9	9	9,2	9,1	92,9	91,4	91,7	92	91	7,1	8,6	8,3	8	9	11,3	11,3	11,3	11,6	11,4
134	Panamá	9	7,7	9	8,6	8,9	73,5	69,4	71,9	71,4	71,7	26,5	30,6	28,1	28,6	28,3	27,4	22,3	26	23,4	23,1
135	Papua Nueva Guinea	3,8	4,2	4,3	4,4	4,3	90,9	89,9	89,7	89	88,6	9,1	10,1	10,3	11	11,4	12,3	13,3	12,9	13	13
136	Paraguay	6,5	7,2	8,4	8,4	8,4	45,5	44,9	40,2	35,2	38,1	54,5	55,1	59,8	64,8	61,9	16,2	16,7	17,5	15,9	17,5
137	Perú	4,5	4,9	4,7	4,6	4,4	52,6	53,1	53	52	49,9	47,4	46,9	47	48	50,1	12	12,3	12,1	12,4	12,4
138	Polonia	6	5,9	5,7	6	6,1	65,4	71,1	70	71,9	72,4	34,6	28,9	30	28,1	27,6	9,4	10,6	10,2	10,9	9,8
139	Portugal	8,4	8,7	9,2	9,3	9,3	67,1	67,6	69,5	70,6	70,5	32,8	32,3	30,4	29,3	29,3	12,8	13	14,1	14,3	14,2
140	Qatar	4	3,5	2,8	2,9	3,1	76,9	76,2	75,6	75,5	78,2	23,1	23,8	24,4	24,5	21,8	6,8	6,9	6,7	6,8	6,8
141	Reino Unido	6,9	7,2	7,3	7,5	7,7	80,4	80,6	80,9	83	83,4	19,6	19,4	19,1	17	16,6	13,9	14,8	15	15,5	15,8
142	República Árabe Siria	5,3	5,5	5,1	5	5,1	40,4	41	43	45	45,8	59,6	59	57	55	54,2	7,1	7,2	7,3	6,7	6,5
143	República Centroafricana	3,4	3,5	3,8	3,7	3,9	34	38	41,1	39,4	41,6	66	62	58,9	60,6	58,4	6,7	7,7	7,5	9,6	7,4
144	República Checa	6,6	6,6	6,6	6,9	7	91,8	91,5	91,4	91,4	91,4	8,2	8,5	8,6	8,6	8,6	15,8	15,6	15	15,1	14,7
145	República de Corea	4,3	4,6	4,4	5,1	5	46,9	46,9	49	54,5	52,9	53,1	53,1	51	45,5	47,1	8,4	9,4	9,7	11,5	10,7
146	República Democrática del Congo	3,8	3,2	3,8	3,5	4,1	9,9	7,2	7,4	18,2	30,2	90,1	92,8	92,6	81,8	69,8	3,7	2,6	3,7	13,5	16,4
147	República Democrática Popular Lao	2,5	3	2,9	3,1	2,9	48,6	49,4	53,3	55,5	50,9	51,4	50,6	46,7	44,5	49,1	5,7	8,8	7,6	8,7	8,7
148	Republica de Moldova	6,9	6,8	6,4	6,3	7	63,3	45,9	51,8	51,9	58,2	36,7	54,1	48,2	48,1	41,8	9,7	8,5	9,8	11,2	12,9
149	República Dominicana	5,8	5,7	6,2	6,1	6,1	31,4	32,1	35,2	35,6	36,4	68,6	67,9	64,8	64,4	63,6	11,8	11,3	14,6	13,5	11,7
150	República Popular Democrática de Corea	3,5	4,2	4,5	4,6	4,6	76,9	75,3	73,5	73,4	76,6	23,1	24,7	26,5	26,6	23,4	3,3	5	5	5	5
151	República Unida de Tanzania	4,6	4,6	4,8	5,2	4,9	49,3	47,8	51,6	55,3	54,8	50,7	52,2	48,4	44,7	45,2	14,3	14,8	14,6	16,9	14,9
152	Rumania	5,2	5,8	5,8	6,1	6,3	59,6	64,9	67,9	67,8	65,9	40,4	35,1	32,1	32,2	34,1	8,8	10,6	11,2	12,4	12,7
153	Rwanda	5	5,5	5,6	5,5	5,5	51,3	54	52,9	55,4	57,2	48,7	46	47,1	44,6	42,8	13,8	13,5	14,8	14	13,4
154	Saint Kitts y Nevis	5,2	5,5	5,6	5,4	5,5	62,5	60,1	63,7	64,2	62,1	37,5	39,9	36,3	35,8	37,9	10,8	10,4	10,4	10,9	9,7
155	Samoa	5,8	6,2	5,8	5,6	6,2	73,5	74,1	77	82,2	75,9	26,5	25,9	23,1	17,8	24,1	13,1	12,9	14,7	13,9	13,9
156	Sant Marino	7	7,3	7,4	7,7	7,7	77,5	77,8	77,4	79,4	79,2	22,5	22,2	22,6	20,6	20,8	16,7	18,2	18	15,2	20,4
157	Santa Lucía	4,5	4,6	4,8	5,1	5	67,5	68,8	69,8	68,9	68,4	32,5	31,2	30,2	31,1	31,6	10,1	10,2	10,7	11,8	11,5
158	Santo Tomé y Príncipe	8,8	10	9,4	10,5	11,1	82	87,3	86,2	87,6	87,7	18	12,7	13,8	12,4	12,3	12,1	12,5	12,3	11,4	14,5
159	San Vicente y las Granadinas	5,6	5,7	5,7	5,7	5,9	60,4	60,8	64	64,1	65,5	39,6	39,2	36	35,9	34,5	8,5	9	9,4	11,8	11,9
160	Senegal	4,2	4,5	4,7	5,2	5,1	36,8	38	42,1	45,1	45,2	63,2	62	57,9	54,9	54,8	8,3	8,3	10,3	10,8	11,2

Estado Miembro	Recursos externos para la salud como % del gasto total en salud					Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud					Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud					Planes de prepago como % del gasto privado en salud								
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001
111	Malta	0	0	0	0	0	78,5	78,3	75,5	72,1	66,7	82,5	82,7	73,7	88,5	81,2	7,2	7	6,9	7,4	7,2			
112	Marruecos	2,2	1,8	1,8	1,8	1,9	9	8,8	7,1	7,6	7,6	74,4	74,3	74,3	74,1	74	22,5	22,7	22,6	22,7	23			
113	Mauricio	1,4	1,2	1,1	1,6	1,8	6,3	5,8	7,3	7,7	7,2	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0			
114	Mauritania	5,8	5,5	5,7	4,9	3,3	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0			
115	México	0,9	1,2	1	0,9	0,8	72,4	69,1	67,6	66,3	66	95,9	95,9	95,3	95	94,6	4,1	4,1	4,7	5	5,4			
116	Micronesia, Estados Federados de	nd	27,5	26,7	19,6	nd	0	0	0	0	0	35,7	35,7	35,7	35,7	40	0	0	0	0	0			
117	Mónaco	0	0	0	0	0	98	98	98,2	98,3	98,5	79,2	81,5	77,8	77,8	81,5	20,8	18,5	22,2	22,2	18,5			
118	Mongolia	9	18,9	17,2	15,4	0,7	39,9	39,7	40,2	40,3	40	74,5	74,1	73,9	73,4	74	0	0	0	0	0			
119	Mozambique	32,1	41,9	47,2	44,7	39,3	0	0	0	0	0	39	37,8	37,8	36	36,5	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6			
120	Myanmar	1,2	3,1	1,9	1,9	1	1,6	2,1	2	3,4	1,2	99,7	99,8	99,7	99,7	99,7	0	0	0	0	0			
121	Namibia	2,5	2,4	3,8	4,3	5,2	1,4	1,2	1,8	1,9	1,5	21,9	21,3	18,2	20	20,5	7							

**Cuadro 5 Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario, 1998–2002**

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;<sup>a</sup> no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	Gasto sanitario total como % del PIB					Gasto del gobierno general en salud como % del gasto sanitario total <sup>b</sup>					Gasto privado en salud como % del gasto sanitario total <sup>b</sup>					Gasto del gobierno general en salud como % de los gastos totales del gobierno				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
161 Serbia y Montenegro	10,4	9,6	9,3	8,3	8,1	62,1	59,5	55,1	60	62,8	37,9	40,5	44,9	40	37,2	13,8	12,4	13,5	12,4	10,7
162 Seychelles	5,7	5,5	5,2	5,3	5,2	77,3	76,6	75,3	75,7	74,3	22,7	23,4	24,7	24,3	25,7	7,5	7,4	6,8	8,1	6,6
163 Sierra Leona	3	3,7	4,3	3,7	2,9	44,2	53,8	60,4	61	60,3	55,8	46,2	39,6	39	39,7	9,4	9,4	9,3	8,8	6,8
164 Singapur	4,2	4,1	3,6	3,9	4,3	41,6	38,3	35,2	33,5	30,9	58,4	61,7	64,8	66,5	69,1	8,7	8,2	6,7	5,9	5,9
165 Somalia	2,7	2,7	2,6	2,6	nd	46,1	45	44,8	44,6	nd	53,9	55	55,2	55,4	nd	4,4	4,2	4,2	4,2	nd
166 Sri Lanka	3,4	3,5	3,6	3,6	3,7	51,3	49	49,2	48,9	48,7	48,7	51	50,8	51,1	51,3	5,8	5,7	6,1	6,1	6
167 Sudáfrica	8,4	8,8	8,4	8,7	8,7	44,8	41,1	42,4	41,2	40,6	55,2	58,9	57,6	58,8	59,4	11,5	10,8	11	11	10,7
168 Sudán	5,2	5,3	4,6	4,5	4,9	17,6	15,8	17,3	19,7	20,7	82,4	84,2	82,7	80,3	79,3	8,5	7,2	5,2	5,4	6,3
169 Suecia	8,3	8,4	8,4	8,8	9,2	85,8	85,7	84,9	84,9	85,3	14,2	14,3	15,1	15,1	14,7	11,8	12	12,5	13,1	13,5
170 Suiza	10,3	10,5	10,4	10,9	11,2	54,9	55,3	55,6	57,1	57,9	45,1	44,7	44,4	42,9	42,1	15,7	16,7	17,1	17,9	18,7
171 Suriname	7,3	5	9,4	8	8,6	61,7	59,6	43,3	39,6	41,8	38,3	40,4	56,7	60,4	58,2	10,2	8,9	9,9	9	10,3
172 Swazilandia	7,1	6,4	6,1	6	6	56,6	59	58,6	57,9	59,5	43,4	41	41,4	42,1	40,5	13,5	11,8	11,6	11,3	10,9
173 Tailandia	3,9	3,7	3,6	3,5	4,4	56,8	57,1	58,3	58,9	69,7	43,2	42,9	41,7	41,1	30,3	12,4	11,5	11,8	11,5	17,1
174 Tayikistán	3,3	3,8	3,3	3,3	3,3	34,6	27,6	28,1	28,9	27,7	65,4	72,4	71,9	71,1	72,3	7,2	6,3	6,4	6,5	5,7
175 Timor-Leste	7,7	8,5	6,9	9,6	9,7	67,9	70,7	65,7	64,4	63,9	32,1	29,3	34,3	35,6	36,1	6,7	7,7	5,8	9	9
176 Togo	10,5	10,7	9,9	10,1	10,5	20,2	22,2	14,8	14,3	10,8	79,8	77,8	85,2	85,7	89,2	9,4	12,4	7,5	8,6	7,8
177 Tonga	6,4	6,2	6,5	6,9	6,9	70,9	71,6	73,7	73,6	73,5	29,1	28,4	26,3	26,4	26,5	12,2	15,6	15,9	15,9	15,8
178 Trinidad y Tabago	4,1	3,9	3,7	3,5	3,7	45,2	44,3	40,3	39,9	37,3	54,8	55,7	59,7	60,1	62,7	5,5	5,6	5,6	5,6	5,7
179 Túnez	5,9	5,6	5,6	5,8	5,8	50,3	52,3	48,5	51	49,9	49,7	47,7	51,5	49	50,1	7,8	7,8	6,9	8	7,5
180 Turkmenistán	4	3,5	4,4	4,1	4,3	73,7	69,2	71,6	69,4	70,7	26,3	30,8	28,4	30,6	29,3	12,1	12,3	12,1	12,1	12,1
181 Turquía	4,8	6,4	6,6	6,5	6,5	71,9	61,1	62,9	62,5	65,8	28,1	38,9	37,1	37,5	34,2	11,5	10,3	9,8	8,1	10,3
182 Tuvalu	5,2	5,4	5,5	5	4,4	59,3	57,3	53,5	53,4	46,7	40,7	42,7	46,5	46,6	53,3	3,7	3,6	1,8	2,9	1,5
183 Ucrania	4,9	4,3	4,2	4,4	4,7	71,7	68,8	69	69,3	71,1	28,3	31,2	31	30,7	28,9	9,3	8,6	8,4	8,9	9,4
184 Uganda	5,4	6,2	6,5	7,3	7,4	28,8	30,6	26,8	27,3	27,9	71,2	69,4	73,2	72,7	72,1	8,3	9,4	9	9,6	9,1
185 Uruguay	10,6	10,6	10,5	10,8	10	37,8	34,8	33,4	33,8	29	62,2	65,2	66,6	66,2	71	12	10,6	10,3	10,8	7,9
186 Uzbekistán	6,6	5,9	5,6	5,6	5,5	48,6	49,2	46,4	46,4	45,5	51,4	50,8	53,6	53,6	54,5	7,1	7	6,6	7,1	6,8
187 Vanuatu	3,7	3,7	3,7	3,6	3,8	70,4	71,8	71,8	73,1	73,6	29,6	28,2	28,2	26,9	26,4	11,9	12	12,6	12,6	12,8
188 Venezuela, República Bolivariana de	5,3	5,9	6	5,1	4,9	54,7	51,8	54,4	43,8	46,9	45,3	48,2	45,6	56,2	53,1	13	13,1	11,5	7,3	8
189 Viet Nam	4,9	4,9	5,2	5,1	5,2	32,7	32,7	28,1	28,2	29,2	67,3	67,3	71,9	71,8	70,8	7,1	6,7	6	6	6,1
190 Yemen	4,9	4,3	4,3	4,5	3,7	34,7	33,7	35,9	33,5	27,2	65,3	66,3	64,1	66,5	72,8	5,1	5	4,9	4,6	3,5
191 Zambia	6,6	5,5	5,4	5,7	5,8	53,7	51,2	52,2	52,8	52,9	46,3	48,8	47,8	47,2	47,1	11,5	9,9	8,5	9,4	11,3
192 Zimbabwe	11,4	8,1	7,9	7,7	8,5	55,9	48,9	52,2	47,4	51,6	44,1	51,1	47,8	52,6	48,4	12,2	10,4	8,3	9,6	12,2

<sup>a</sup>Respecto a las fuentes y los métodos, véanse las notas explicativas.

<sup>b</sup>Debido al redondeo, en algunos casos la suma de los porcentajes correspondientes al gobierno general y al gasto privado en salud no totaliza 100.

<sup>c</sup>La información sobre los gastos de carácter paraestatal y de otros ministerios (exceptuando la Junta nacional de coordinación de la planificación familiar (BKKBN)) sólo se pudo conseguir para 2001 y 2002.

<sup>d</sup>Estimaciones preliminares a la espera de la confirmación final sobre los gastos del programa Petróleo por Alimentos. No se incluyen los gastos de las tres prefecturas del norte del país.

<sup>e</sup> Los datos sobre salud para el año 2002 han sido elaborados en gran medida por la OMS, pues aún no era posible obtenerlos de los Datos de Salud de la OCDE 2004.

nd: la información a que se ha tenido acceso indica que debería consignarse una cifra, pero no se ha podido hacer ninguna estimación.

0: no hay ningún dato que indique la existencia de tales sistemas. Algunas estimaciones que arrojan un porcentaje inferior a 0,04% se han consignado como cero.

Estado Miembro	Recursos externos para la salud como % del gasto total en salud					Gasto de la seguridad social en salud como % del gasto del gobierno general en salud					Gasto directo de los hogares como % del gasto privado en salud					Planes de prepago como % del gasto privado en salud				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
161 Serbia y Montenegro	0,1	1,1	1,7	1,1	0,3	98,4	96,3	93,8	94,5	94	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
162 Seychelles	8	7,5	6,8	6,8	7,5	5	11,3	5,2	5,1	5	62,8	62,8	61,4	63,6	60,4	0	0	0	0	0
163 Sierra Leona	18,8	22,2	25,4	25,1	16,5	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
164 Singapur	0	0	0	0	0	17,6	19	23,3	24,5	26,1	97,3	97,4	97,2	97	97,3	0	0	0	0	0
165 Somalia	5,3	6,1	9	9,3	0	0	0	0	0	nd	100	100	100	100	nd	0	0	0	0	nd
166 Sri Lanka	2,8	2,7	2,7	3,1	1,9	0	0	0	0	0	94,9	95,1	95	95	95,1	1	1	1,1	1,1	1
167 Sudáfrica	0,2	0,1	0,4	0,4	0,3	4	3,5	3,3	3,1	3,8	23,6	21	22,8	21,8	20,9	74,7	77,4	75,6	76,7	77,7
168 Sudán	1,7	2,9	2	2,5	2,6	0	0	0	0	0	99,6	99,6	99,5	99,5	99,5	0	0	0	0	0
169 Suecia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
170 Suiza	0	0	0	0	0	72,3	72,1	72,6	70,4	69,1	72,6	74,5	74,1	73,9	74,8	25,2	23,3	23,6	23,8	22,9
171 Suriname	9,5	17,6	9,7	13,2	6,6	34,9	33,3	40,7	36,7	22,2	33,7	32,7	61,5	69,8	61,6	1,4	1,3	0,6	0,5	0,4
172 Swazilandia	18,8	10,3	5,5	4,1	3,5	0	0	0	0	0	34,9	40,9	42,4	41,8	41,7	16,6	18,6	18,9	20	20
173 Tailandia	0,1	0,4	0,1	0,2	0,2	26,8	26,9	27,6	31	21,8	78,2	76,4	76,8	75,7	75,8	11,6	12,6	12,8	13,6	14,2
174 Tayikistán	13,7	14,5	18,3	16,9	14,9	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
175 Timor-Leste	76,2	63,4	56,5	60,6	35,7	nd	nd	nd	nd	nd	39,5	39,5	39,5	51,9	51,9	0	0	0	0	0
176 Togo	3,7	2,7	3,6	2,7	4,7	10,6	8,1	13,4	11,6	14,4	92,8	92,8	92,8	92,4	93,4	2,5	2,4	2,5	3	2,3
177 Tonga	21,3	23,9	24,6	23,7	24	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
178 Trinidad y Tabago	9	8,3	7,3	7,3	6,6	0	0	0	0	0	86,4	85,8	86,3	86,4	85,8	7,2	7,5	7,2	7,2	7,5
179 Túnez	0,7	0,7	0,8	0,8	0,7	23,7	26,1	26,7	22,9	22,7	86,3	83	81,7	82,5	83	12	15,1	16,6	15,9	15,5
180 Turkmenistán	0,9	2,1	1	0,8	0,7	6,4	6,3	6,4	6,4	6,4	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
181 Turquía	0	0	0	0	0	50,6	53	55,5	56,9	49,6	99,6	74,8	74,6	88	88	0,2	10,9	11,8	12	12
182 Tuvalu	7,1	6,4	6,4	29,5	nd	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
183 Ucrania	0,4	0,3	0,7	0,7	3,6	0	0	0	0	0	97,8	96,9	95,4	95,4	95,5	1,7	2	2,3	2,5	2,4
184 Uganda	30,9	27,6	28,3	27,4	28,8	0	0	0	0	0	71,2	61,5	56,7	51,8	52,3	0,3	0,2	0,1	0,2	0,2
185 Uruguay	0,6	0,1	0,5	0,8	0,6	49	52,6	50	47,7	53,7	30,1	26,6	25,9	24,9	25	69,9	73,4	74,1	75,1	75
186 Uzbekistán	0,1	0,9	1,8	2,9	5	0	0	0	0	0	100	100	100	100	100	0	0	0	0	0
187 Vanuatu	26	26,4	26,7	19,5	19,5	0	0	0	0	0	51	47,8	49,9	46,3	45,8	0	0	0	0	0
188 Venezuela, República Bolivariana de	1,2	1	0,4	0,1	0,1	18,6	25	28,5	33,6	30,8	89,7	88,5	87	87,4	87,2	4,8	4	3,7	3,7	4,1
189 Viet Nam	2,8	3,4	2,7	2,6	1,8	11,5	9,5	10,5	10,4	10,3	89,7	86,5	87,7	87,6	87,6	3,4	3,7	4,2	4,2	4,2
190 Yemen	7,7	5,3	4,7	3,6	3	nd	nd	nd	nd	nd	87,7									

**Cuadro 6 Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario per cápita, 1998–2002**

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;<sup>a</sup> no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	Gasto sanitario total per cápita al tipo de cambio medio (US\$)					Gasto sanitario total per cápita en dólares internacionales					Gasto del gobierno en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)					Gasto del gobierno en salud per cápita en dólares internacionales				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
1 Afganistán	8	8	8	8	14	41	35	20	22	34	1	1	1	1	6	4	3	1	2	13
2 Albania	58	75	75	87	94	229	258	264	299	302	21	28	30	31	36	82	97	104	108	117
3 Alemania	2772	2727	2398	2418	2631	2470	2563	2640	2735	2817	2179	2143	1889	1901	2066	1942	2015	2080	2151	2212
4 Andorra	1654	1277	1205	1261	1382	2038	1642	1743	1854	1908	1301	914	845	895	975	1602	1175	1222	1316	1345
5 Angola	17	16	25	37	38	48	49	54	87	92	6	7	13	19	16	16	20	29	45	39
6 Antigua y Barbuda	404	412	424	456	470	433	448	466	507	527	290	297	305	323	322	311	323	335	359	361
7 Arabia Saudita	354	313	336	360	345	662	533	523	600	534	281	236	252	280	266	525	403	392	465	411
8 Argelia	62	61	65	70	77	139	141	139	158	182	41	41	45	52	57	91	93	97	118	135
9 Argentina	679	699	680	680	238	1061	1128	1110	1149	956	375	392	375	364	120	586	634	611	614	480
10 Armenia	34	42	32	48	45	155	200	161	246	232	9	13	10	10	10	38	62	48	53	53
11 Australia	1739	1889	1872	1776	1995	2110	2253	2439	2558	2699	1188	1319	1293	1213	1354	1441	1573	1684	1747	1832
12 Austria	2040	2047	1831	1806	1969	1953	2069	2147	2174	2220	1422	1426	1275	1238	1375	1362	1441	1495	1490	1551
13 Azerbaiyán	26	26	25	26	27	102	107	104	111	120	5	6	6	6	6	20	23	23	26	27
14 Bahamas	1000	1042	1069	1084	1127	1032	1031	1089	1043	1074	450	488	505	515	548	464	482	514	495	522
15 Bahrein	474	474	483	490	517	760	752	684	749	792	334	332	334	345	372	537	526	474	527	570
16 Bangladesh	11	11	11	11	11	45	47	50	54	54	3	3	3	3	3	14	13	13	14	14
17 Barbados	533	571	601	634	669	821	876	922	993	1018	348	374	396	429	458	537	573	607	671	696
18 Belarús	90	73	64	82	93	411	438	478	556	583	74	59	51	62	69	337	355	383	419	430
19 Bélgica	2109	2139	1952	1983	2159	2041	2139	2288	2441	2515	1481	1510	1376	1416	1537	1433	1510	1613	1743	1790
20 Belice	133	149	156	167	176	228	251	263	291	300	69	72	75	75	83	118	122	126	131	142
21 Benin	18	17	17	18	20	35	34	39	44	44	7	6	7	8	9	14	13	17	20	19
22 Bhután	8	8	9	9	12	52	52	60	59	76	7	7	8	8	11	47	46	54	54	70
23 Bolivia	53	63	61	61	63	120	149	150	161	179	33	37	37	36	38	75	87	90	96	107
24 Bosnia y Herzegovina	76	135	114	113	130	170	304	291	293	322	21	76	59	55	65	46	172	151	143	161
25 Botswana	137	141	144	151	171	238	265	285	331	387	73	76	78	85	106	127	143	155	188	240
26 Brasil	348	246	266	227	206	519	550	567	596	611	153	105	109	98	94	228	236	232	255	280
27 Brunei Darussalam	463	448	470	429	430	644	601	646	644	653	376	356	376	336	336	524	477	517	504	510
28 Bulgaria	79	99	101	121	145	264	336	381	450	499	54	66	62	67	77	179	224	233	251	267
29 Burkina Faso	12	12	10	9	11	33	37	37	35	38	5	5	4	4	5	13	16	15	14	17
30 Burundi	5	4	3	3	3	16	15	15	16	16	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3
31 Cabo Verde	64	63	57	64	69	157	150	166	188	193	48	46	42	48	52	118	111	122	142	145
32 Camboya	25	28	30	30	32	134	146	172	181	192	3	3	4	4	5	14	15	24	27	33
33 Camerún	28	31	28	28	31	55	62	62	64	68	5	8	8	7	8	9	15	17	17	18
34 Canadá	1842	1916	2064	2124	2222	2291	2400	2541	2743	2931	1300	1348	1452	1488	1552	1617	1688	1788	1922	2048
35 Chad	12	12	11	12	14	35	39	43	45	47	4	4	5	5	6	11	13	18	19	20
36 Chile	325	293	281	253	246	607	598	595	621	642	118	112	119	110	111	221	230	251	271	290
37 China	36	40	48	52	63	154	175	212	233	261	14	15	17	18	21	60	67	73	82	88
38 Chipre	718	739	710	764	882	715	743	712	768	883	284	286	267	293	364	283	288	268	295	364
39 Colombia	240	203	158	159	151	639	598	509	536	536	162	148	123	128	125	431	438	396	433	444
40 Comoras	11	10	8	7	10	32	30	25	22	27	7	6	4	3	6	20	18	14	10	16
41 Congo	20	19	19	17	18	36	28	23	24	25	14	13	13	12	13	26	19	16	17	18
42 Costa Rica	304	324	339	358	383	572	597	642	685	743	211	221	226	234	250	397	406	428	446	486
43 Côte d'Ivoire	54	49	42	41	44	114	110	111	110	107	13	11	9	8	10	28	25	24	22	24
44 Croacia	387	387	374	366	369	575	628	689	674	630	330	333	323	313	300	490	541	595	576	513
45 Cuba	143	163	175	186	197	170	196	209	225	236	121	139	150	160	171	144	167	180	194	204
46 Dinamarca	2725	2767	2478	2565	2835	2141	2297	2353	2520	2583	2235	2275	2043	2120	2352	1755	1888	1940	2083	2142
47 Djibouti	52	52	52	51	54	75	74	74	74	78	27	27	27	26	28	39	39	39	38	41
48 Dominica	197	214	200	203	205	287	310	296	302	310	144	159	143	145	146	210	230	212	215	221
49 Ecuador	84	65	53	80	91	170	172	156	192	197	32	25	17	27	33	65	68	49	64	71
50 Egipto	64	67	67	59	59	162	171	181	194	192	22	24	24	22	21	56	61	64	73	70
51 El Salvador	165	163	170	169	178	347	347	357	353	372	70	71	76	72	80	148	151	161	150	166
52 Emiratos Árabes Unidos	724	704	787	824	802	724	759	759	798	750	557	527	594	619	589	557	569	573	600	551
53 Eritrea	10	8	8	9	8	35	30	29	34	36	7	5	5	6	5	23	18	18	21	23
54 Eslovaquia	235	225	214	223	265	559	595	608	652	723	215	202	192	199	237	512	535	546	584	646
55 Eslovenia	813	829	765	821	922	1223	1299	1356	1487	1547	616	626	582	615	690	927	981	1031	1114	1158

Estado Miembro	Gasto sanitario total per cápita al tipo de cambio medio (US\$)					Gasto sanitario total per cápita en dólares internacionales					Gasto del gobierno en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)					Gasto del gobierno en salud per cápita en dólares internacionales				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
56 España	1112	1139	1028	1065	1192	1371	1467	1493	1569	1640	803	820	735	760	850	990	1057	1069	1120	1170
57 Estados Unidos de América	4096	4298	4539	4873	5274	4096	4298	4539	4873	5274	1823	1905	2017	2187	2368	1823	1905	2017	2187	2368
58 Estonia	223	244	221	224	263	494	548	548	557	604	193	196	169	174	201	426	440	421	433	461
59 Etiopía	5	5	5	5	5	15	16	19	20	21	2	2	2	2	2	7	8	9	8	9
60 Ex República Yugoslava de Macedonia	139	115	107	102	124	349	297	303	296	341	122	98	91	85	105	305	253	257	246	289
61 Federación de Rusia	112	70	102	128	150	371	345	428	485	535	62	39	58	70	84	208	193	242	264	298
62 Fiji	82	85	80	79	94	197	194	203	209	240	54	56	52	53	60	129	127	132	140	155
63 Filipinas	32	36	34	30	28	163	164	169	163	153	13	16	16	13	11	69	72	80	71	60
64 Finlandia	1732	1710	1543	1628	1852	1607	1640	1698	1841	1943	1321	1288	1159	1228	1401	1226	1235	1276	1389	1470
65 Francia	2306	2282	2061	2103	2348	2231	2306	2416	2588	2736	1753	1735	1563	1596	1786	1696	1754	1832	1964	2080
66 Gabón	162	130	138	151	159	272	197	193	240	248	98	64	55	66	66	165	97	76	105	102
67 Gambia	23	23	23	21	18	70	72	82	85	83	6	8	10	9	8	17	25	36	37	37
68 Georgia	16	13	20	22	25	61	66	96	111	123	7	5	7	8	7	28	25	32	41	33
69 Ghana	22	23	14	1																

## Cuadro 6 Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario per cápita, 1998–2002

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;<sup>a</sup> no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	Gasto sanitario total per cápita al tipo de cambio medio (US\$)					Gasto sanitario total per cápita en dólares internacionales					Gasto del gobierno en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)					Gasto del gobierno en salud per cápita en dólares internacionales				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
111 Malta	765	784	806	830	957	762	782	802	830	965	528	529	551	591	687	526	528	549	591	693
112 Marruecos	56	54	54	53	55	161	160	175	183	186	16	16	18	17	18	46	47	59	59	61
113 Mauricio	102	109	109	107	113	251	272	285	305	317	69	78	79	80	87	171	195	208	229	244
114 Mauritania	11	10	9	10	14	32	33	33	39	54	7	7	6	7	10	21	22	21	26	40
115 México	232	271	321	367	379	427	460	491	533	550	107	129	149	165	170	196	220	228	239	247
116 Micronesia, Estados Federados de	137	138	140	143	143	281	283	297	308	311	121	121	121	124	126	248	249	257	268	275
117 Mónaco	3342	3267	3053	3051	3656	3014	3156	3533	3722	4258	2528	2400	2312	2337	2909	2280	2318	2676	2851	3388
118 Mongolia	24	21	23	25	27	106	110	115	119	128	16	14	16	18	19	69	73	81	86	90
119 Mozambique	9	10	10	10	11	27	31	36	44	50	5	6	7	7	8	16	19	24	31	36
120 Myanmar <sup>d</sup>	102	135	184	229	315	20	21	28	28	30	11	15	25	29	58	2	2	4	3	6
121 Namibia	129	128	126	114	99	317	333	342	347	331	93	94	87	81	70	230	244	236	247	232
122 Nauru	640	700	645	585	656	1222	1317	1334	1327	1334	569	624	574	519	582	1087	1174	1185	1176	1184
123 Nepal	10	10	11	11	12	55	53	55	61	64	3	2	2	3	3	14	11	12	15	17
124 Nicaragua	54	52	59	59	60	168	168	191	199	206	27	24	29	29	29	83	77	94	98	101
125 Níger	8	9	7	7	7	26	29	29	28	27	3	4	4	3	3	11	15	15	14	14
126 Nigeria	17	17	18	20	19	47	47	39	42	43	4	5	6	6	5	12	14	13	13	11
127 Niue	298	350	288	327	373	94	117	114	145	149	293	344	283	321	367	92	116	113	143	147
128 Noruega	2865	3024	2850	3352	4033	2313	2561	2747	3258	3409	2427	2576	2422	2795	3366	1959	2182	2335	2716	2845
129 Nueva Zelandia	1125	1155	1054	1056	1255	1441	1527	1611	1710	1857	866	895	823	807	978	1110	1183	1257	1307	1447
130 Omán	209	221	245	232	246	377	360	340	354	379	171	184	193	191	201	308	299	268	291	309
131 Países Bajos	1977	2003	1821	1974	2298	1955	2025	2112	2377	2564	1328	1321	1211	1300	1508	1314	1335	1404	1566	1683
132 Pakistán	16	15	14	12	13	61	63	60	60	62	6	5	4	4	5	22	19	19	19	21
133 Palau	502	447	456	424	439	720	687	684	735	730	466	408	418	390	400	669	628	627	677	664
134 Panamá	345	307	353	336	355	545	484	574	554	576	254	213	254	240	254	400	336	413	395	413
135 Papua Nueva Guinea	29	28	27	24	22	124	143	143	143	136	26	25	25	21	19	113	128	128	127	120
136 Paraguay	107	105	119	102	82	270	299	346	352	343	49	47	48	36	31	123	134	139	124	131
137 Perú	102	98	96	94	93	209	227	226	225	226	53	52	51	49	47	110	120	120	117	113
138 Polonia	264	249	247	292	303	563	571	584	635	657	172	177	173	210	219	368	406	409	457	476
139 Portugal	932	985	951	994	1092	1290	1424	1570	1662	1702	625	665	660	702	770	866	962	1091	1173	1201
140 Qatar	736	759	844	862	935	920	822	716	797	894	566	578	638	650	731	707	626	542	601	700
141 Reino Unido	1688	1781	1784	1837	2031	1607	1725	1839	2012	2160	1356	1436	1442	1524	1693	1292	1391	1488	1669	1801
142 República Árabe Siria	57	60	60	61	58	111	112	105	106	109	23	25	26	27	27	45	46	45	48	50
143 República Centroafricana	10	10	10	10	11	40	43	47	48	50	3	4	4	4	4	14	16	19	19	21
144 República Checa	391	380	358	408	504	916	932	977	1083	1118	359	347	327	373	461	841	853	892	990	1022
145 República de Corea	319	438	483	524	577	571	690	748	923	982	149	206	237	286	305	268	324	367	504	519
146 República Democrática del Congo	5	9	11	5	4	15	12	12	12	15	1	1	1	1	1	2	1	1	2	4
147 República Democrática Popular Lao	6	8	9	10	10	33	43	43	50	49	3	4	5	6	5	16	21	23	28	25
148 República de Moldova	27	18	19	22	27	121	117	115	124	151	17	8	10	11	16	77	54	60	64	88
149 República Dominicana	114	121	146	155	154	219	232	273	281	295	36	39	51	55	56	69	75	96	100	107
150 República Popular Democrática de Corea <sup>a</sup>	16	19	21	23	0.3	29	47	52	56	57	12	14	15	17	0.2	22	36	38	41	44
151 República Unida de Tanzania	12	12	13	14	13	24	25	27	31	31	6	6	6	8	7	12	12	14	17	17
152 Rumania	96	91	96	109	128	319	359	378	429	469	57	59	65	74	85	190	233	256	291	309
153 Rwanda	15	14	13	11	11	39	42	43	44	48	8	8	7	6	6	20	22	23	25	27
154 Saint Kitts y Nevis	345	393	435	443	467	512	576	624	637	667	216	236	277	284	290	320	346	397	409	414
155 Samoa	76	84	80	74	88	181	200	215	211	238	56	62	61	61	67	133	148	165	173	181
156 San Marino	2159	2346	2118	2315	2475	2429	2723	2815	3124	3094	1673	1825	1639	1837	1959	1882	2118	2179	2479	2449
157 Santa Lucía	199	213	225	227	229	263	283	298	303	306	134	147	157	156	157	177	194	208	209	209
158 Santo Tomé y Príncipe	25	32	29	33	36	77	89	86	100	108	21	28	25	29	32	64	78	74	88	95
159 San Vicente y las Granadinas	153	161	162	166	180	286	306	314	318	340	92	98	104	106	118	173	186	201	204	223
160 Senegal	22	23	22	25	27	44	49	54	62	62	8	9	9	11	12	16	19	23	28	28

Estado Miembro	Gasto sanitario total per cápita al tipo de cambio medio (US\$)					Gasto sanitario total per cápita en dólares internacionales					Gasto del gobierno en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)					Gasto del gobierno en salud per cápita en dólares internacionales				
	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
161 Serbia y Montenegro	132	76	61	90	120	382	293	308	298	305	82	45	34	54	75	237	174	169	179	191
162 Seychelles	448	441	395	388	425	562	564	544	568	557	347	338	298	294	316	435	432	409	430	414
163 Sierra Leona	5	6	6	7	6	21	23	28	29	27	2	3	4	4	4	9	12	17	18	16
164 Singapur	900	849	824	816	898	943	967	933	995	1105	374	326	291	274	277	392	371	329	334	341
165 Somalia	6	7	6	6	nd	15	14	13	13	nd	3	3	3	3	nd	7	6	6	6	nd
166 Sri Lanka	29	30	32	30	32	102	112	122	123	131	15	15	16	15	16	52	55	60	60	64
167 Sudáfrica	261	266	244	224	206	585	628	625	673	689	117	109	103	92	84	262	258	265	277	280
168 Sudán	20	18	17	18	19	49	53	49	51	58	3	3	3	3	4	9	8	9	10	12
169 Suecia	2335	2395	2277	2169	2489	1960	2118	2241	2366	2512	2003	2053	1933	1841	2124	1682	1816	1902	2008	2144
170 Suiza	3908	3881	3572	3774	4219	2967	2985	3112	3287	3446	2144	2148	1986	2156	2443	1628	1652	1731	1878	1995
171 Suriname	194	104	188	144	197	289	194	351	338	385	120	62	81	57	82	178	115	152	134	161
172 Swazilandia	96	85	81	73	66	330	305	298	300	309	54	50	48	42	39	187	180	175	174	184
173 Tailandia	73	75	72	66	90	234	231	237	241	321	42	43	42	39	63	133	132	138	142	223
174 Tayikistán	7	7	5	6	6	33	40	38	43	47	3	2	2	2	2	12	11	11	12	13
175 Timor-Leste	40	32	32	51	47	113	132	117	194	195	27	23	21	33	30	77	94	77	125	125
176 Togo	35	35	26	26	36	134	138	125	128	163	7	8	4	4	4	27	31	18	18	18
177 Tonga	95	91	92	88	91	230	227	257	288	292	67	66	68	65	67	163	162	189	212	214
178 Trinidad y Tabago	192	207	234	244	264	337	361	388	381	428	87	92	95	97	98	152	160	156	152	160
179 Túnez	126	124	115	120	126	34														

## Cuadro 7 Algunos indicadores sobre la inmunización en todos los Estados Miembros

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;<sup>a</sup> no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	Recién nacidos vacunados con BCG 2003 (%)	Niños de 1 año vacunados con 3 dosis de DTP 2003 (%)	Niños menores de 2 años inmunizados con 1 dosis de vacuna contra sarampión 2003 (%)	Niños de 1 año inmunizados con 3 dosis de vacuna anti-hepatitis B 2003 (%)	Niños de 1 año inmunizados con 3 dosis de vacuna anti-Hib 2003 (%)	Niños de 1 año inmunizados con la vacuna anti-mariólica 2003 (%)	Distritos que lograron una cobertura de al menos el 80% con 3 dosis de DTP 2003 (%)	Niños nacidos en 2003 ya protegidos contra el tétanos mediante vacunación de sus madres con toxoide tetánico (PN) (%)	Embarazadas vacunadas con 2 o más dosis de toxoide tetánico 2003 (%)	Número de enfermedades cubiertas por la inmunización sistemática hasta los 24 meses 2003	¿Hubo una segunda oportunidad de inmunización contra el sarampión?	Distribución de vitamina A vinculada a la inmunización sistemática 2003	Número de casos de poliomiélitis por el virus salvaje notificados en 2004 (al 25/01/05)	Situación de la erradicación de la poliomiélitis en el país 2004	Uso de jeringas autoinutilizables (AI) 2003	Uso de vacunas de calidad garantizada 2003	Gasto total en inmunización sistemática financiado con fondos públicos 2003 (%)	
1 Afganistán	56	54	50	no incluida en plan	na	na	1	19	40	40	6	Sí	No	4	endémica	uso parcial de AI	Sí	0
2 Albania	95	97	93	97	na	na	2	100	na	73	8	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	uso exclusivo de AI	Sí	40
3 Alemania	na	89	92	81	89	na	3	nd	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	10
4 Andorra	na	99	96	84	91	na	4	nd	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	uso parcial de AI	Sí	100
5 Angola	62	46	62	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	52	5	7	72	72	7	Sí	Sí	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	10
6 Antigua y Barbuda	na	99	99	99	99	na	6	nd	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se ha facilitado información	Sí	nd
7 Arabia Saudita	94	95	96	95	95	na	7	100	na	na	10	Sí	No	1	importación	no se usan AI	Sí	100
8 Argelia	98	87	84	en plan; cobertura no estimada	en riesgo, no incluida en plan	na	8	nd	na	55	7	Sí	No	0	no endémica	uso parcial de AI	Sí	100
9 Argentina	99	88	97	en plan; cobertura no estimada	en plan; cobertura no estimada	na	9	nd	na	nd	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se ha facilitado información	Sí	nd
10 Armenia	92	94	94	93	na	na	10	100	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	uso parcial de AI	Sí	65
11 Australia	na	92	93	95	94	na	11	nd	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	100
12 Austria	na	84	79	44	84	na	12	nd	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	100
13 Azerbaiyán	99	97	98	98	na	na	13	91	na	na	9	Sí	Sí	0	certif. libre poliomiélitis	uso parcial de AI	Sí	51
14 Bahamas	na	92	90	88	en plan; cobertura no estimada	na	14	nd	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se ha facilitado información	Sí	nd
15 Bahrein	na	97	100	98	97	na	15	nd	na	56	9	Sí	No	0	no endémica	no se usan AI	Sí	100
16 Bangladesh	95	85	77	en plan; cobertura no estimada	na	na	16	97	89	89	7	No	Sí	0	no endémica	uso parcial de AI	Sí	100
17 Barbados	na	86	90	91	86	na	17	nd	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se ha facilitado información	Sí	nd
18 Belarús	99	86	99	99	na	na	18	100	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	100
19 Bélgica	na	90	75	50	en plan; cobertura no estimada	na	19	nd	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	nd
20 Belice	99	96	96	96	96	na	20	100	na	nd	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	100
21 Benin	99	88	83	81	en riesgo, no incluida en plan	83	21	77	56	72	8	Sí	Sí	6	importación	uso exclusivo de AI	Sí	0
22 Bhután	93	95	88	95	na	na	22	95	na	78	7	No	No	0	no endémica	uso parcial de AI	Sí	nd
23 Bolivia	94	81	64	81	95	en plan; cobertura no estimada	23	83	na	nd	11	Sí	Sí	0	certif. libre poliomiélitis	uso exclusivo de AI	Sí	nd
24 Bosnia y Herzegovina	94	87	84	en plan; cobertura no estimada	en plan; cobertura no estimada	na	24	78	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	uso parcial de AI	Sí	70
25 Botswana	99	97	90	78	en riesgo, no incluida en plan	na	25	100	na	55	7	Sí	No	1	importación	no se usan AI	Sí	100
26 Brasil	99	96	99	91	en plan; cobertura no estimada	en plan; cobertura no estimada	26	84	na	nd	11	Sí	Sí	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	100
27 Brunei Darussalam	99	99	99	99	en plan; cobertura no estimada	na	27	100	na	nd	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	100
28 Bulgaria	98	96	96	96	na	na	28	100	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	uso parcial de AI	Sí	100
29 Burkina Faso	83	84	76	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	71	29	43	50	50	7	Sí	No	8	transmisión reactivada	uso exclusivo de AI	Sí	100
30 Burundi	84	74	75	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	no incluida en plan	30	88	46	41	6	Sí	Sí	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	nd
31 Cabo Verde	78	78	68	54	en riesgo, no incluida en plan	no incluida en plan	31	53	na	72	7	No	No	0	no endémica	no se usan AI	Sí	800
32 Camboya	76	69	65	en plan; cobertura no estimada	na	na	32	16	43	43	7	Sí	Sí	0	certif. libre poliomiélitis	uso exclusivo de AI	Sí	7
33 Camerún	82	73	61	en plan; cobertura no estimada	en riesgo, no incluida en plan	no incluida en plan	33	31	65	53	7	Sí	Sí	10	importación	uso exclusivo de AI	Sí	100
34 Canadá	na	91	95	en plan; cobertura no estimada	83	na	34	nd	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se ha facilitado información	Sí	nd
35 Chad	72	47	61	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	41	35	9	43	43	7	No	No	22	transmisión reactivada	uso parcial de AI	Sí	nd
36 Chile	94	99	99	no incluida en plan	en plan; cobertura no estimada	na	36	92	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	nd
37 China	93	90	84	70	na	na	37	98	nd	nd	9	Sí	Sí	0	certif. libre poliomiélitis	uso parcial de AI	Sí	nd
38 Chipre	na	98	86	88	58	na	38	100	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	nd
39 Colombia	96	91	92	93	93	en plan; cobertura no estimada	39	57	na	nd	11	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	100
40 Comoras	75	75	63	27	en riesgo, no incluida en plan	na	40	24	46	nd	7	No	No	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	nd
41 Congo	60	50	50	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	no incluida en plan	41	15	59	60	6	No	Sí	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	nd
42 Costa Rica	87	88	89	86	87	na	42	86	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	nd
43 Côte d'Ivoire	66	54	56	48	en riesgo, no incluida en plan	51	43	20	80	41	8	No	No	16	transmisión reactivada	uso exclusivo de AI	Sí	58
44 Croacia	98	94	95	no incluida en plan	95	na	44	100	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	100
45 Cuba	99	71	99	99	99	na	45	43	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	99
46 Dinamarca	na	96	96	no incluida en plan	96	na	46	100	na	na	8	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	100
47 Djibouti	63	68	66	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	na	47	0	na	35	6	No	No	0	no endémica	no se usan AI	Sí	nd
48 Dominica	99	99	99	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	na	48	nd	na	nd	8	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se ha facilitado información	Sí	nd
49 Ecuador	99	89	99	58	58	en plan; cobertura no estimada	49	13	na	nd	11	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	uso parcial de AI	Sí	100
50 Egipto	98	98	98	98	en riesgo, no incluida en plan	na	50	nd	71	66	9	Sí	Sí	1	endémica	no se usan AI	Parcial	nd

## Cuadro 7 Algunos indicadores sobre la inmunización en todos los Estados Miembros

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;<sup>a</sup> no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	Recién nacidos vacunados con BCG 2003 (%)	Niños de 1 año vacunados con 3 dosis de DTP 2003 (%)	Niños menores de 2 años inmunizados con 1 dosis de vacuna contra sarampión 2003 (%)	Niños de 1 año inmunizados con 3 dosis de vacuna anti-hepatitis B 2003 (%)	Niños de 1 año inmunizados con 3 dosis de vacuna anti-Hib 2003 (%)	Niños de 1 año inmunizados con la vacuna anti-mariólica 2003 (%)	Distritos que lograron una cobertura de al menos el 80% con 3 dosis de DTP 2003 (%)	Niños nacidos en 2003 ya protegidos contra el tétanos mediante vacunación de sus madres con toxoide tetánico (PN) (%)	Embarazadas vacunadas con 2 o más dosis de toxoide tetánico 2003 (%)	Número de enfermedades cubiertas por la inmunización sistemática hasta los 24 meses 2003	¿Hubo una segunda oportunidad de inmunización contra el sarampión?	Distribución de vitamina A vinculada a la inmunización sistemática 2003	Número de casos de poliomielitis por el virus salvaje notificados en 2004 (al 25/01/05)	Situación de la erradicación de la poliomielitis en el país 2004	Uso de jeringas autoinutilizables (AI) 2003	Uso de vacunas de calidad garantizada 2003	Gasto total en inmunización sistemática financiado con fondos públicos 2003 (%)	
51 El Salvador	90	88	99	75	88	na	51	71	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	no se usan AI	Sí	nd
52 Emiratos Árabes Unidos	98	94	94	92	94	na	52	100	na	na	10	Sí	No	0	no endémica	no se usan AI	Sí	100
53 Eritrea	91	83	84	83	en riesgo, no incluida en plan	na	53	17	55	60	7	No	No	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	nd
54 Eslovaquia	98	99	99	99	99	na	54	100	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	uso exclusivo de AI	Sí	100
55 Eslovenia	98	92	94	no incluida en plan	en plan; cobertura no estimada	na	55	nd	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	no se usan AI	Sí	100
56 España	na	98	97	83	98	na	56	100	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	uso exclusivo de AI	Sí	100
57 Estados Unidos de América	na	96	93	92	94	na	57	nd	na	na	12	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	uso parcial de AI	Sí	56
58 Estonia	99	94	95	en plan; cobertura no estimada	en plan; cobertura no estimada	na	58	100	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	no se usan AI	Sí	100
59 Etiopía	76	56	52	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	no incluida en plan	59	10	24	33	6	Sí	Sí	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	nd
60 Ex República Yugoslava de Macedonia	95	96	96	no incluida en plan	na	na	60	100	na	na	8	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	no se usan AI	Sí	90
61 Federación de Rusia	97	98	96	94	na	na	61	nd	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	no se usan AI	Sí	nd
62 Fiji	99	94	91	92	88	na	62	100	na	98	9	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	uso parcial de AI	Sí	100
63 Filipinas	91	79	80	40	en riesgo, no incluida en plan	na	63	20	70	27	7	Sí	Sí	0	certif. libre poliomielitis	uso parcial de AI	Sí	3
64 Finlandia	98	98	97	no incluida en plan	96	na	64	nd	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	no se usan AI	Sí	nd
65 Francia	85	97	86	29	86	na	65	nd	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	no se usan AI	Sí	nd
66 Gabón	89	38	55	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	15	66	32	54	30	7	No	No	0	no endémica	no se usan AI	Sí	nd
67 Gambia	99	90	90	90	90	90	67	14	na	95	9	Sí	Sí	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	63
68 Georgia	87	76	73	49	na	na	68	48	na	na	8	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	uso parcial de AI	Sí	19
69 Ghana	92	80	80	80	80	77	69	48	70	66	9	Sí	Sí	0	no endémica	uso parcial de AI	Sí	nd
70 Granada	na	97	99	97	98	na	70	100	na	nd	9	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	uso parcial de AI	Sí	100
71 Grecia	na	88	88	88	en plan; cobertura no estimada	na	71	nd	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	no se ha facilitado información	Sí	nd
72 Guatemala	97	83	75	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	na	72	96	na	nd	8	Sí	Sí	0	certif. libre poliomielitis	uso exclusivo de AI	Sí	0
73 Guinea	78	45	52	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	47	73	18	74	58	7	Sí	Sí	4	importación	uso exclusivo de AI	Sí	nd
74 Guinea-Bissau	84	77	61	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	no incluida en plan	74	55	66	38	6	No	Sí	0	no endémica	uso parcial de AI	Sí	nd
75 Guinea Ecuatorial	73	33	51	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	no incluida en plan	75	0	53	33	6	No	No	0	no endémica	uso parcial de AI	Sí	nd
76 Guyana	95	90	89	90	90	en plan; cobertura no estimada	76	85	na	nd	11	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	uso parcial de AI	Sí	nd
77 Haití	71	43	53	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	na	77	28	52	nd	6	Sí	Sí	0	certif. libre poliomielitis	uso exclusivo de AI	Sí	nd
78 Honduras	91	92	95	92	92	na	78	93	na	nd	10	Sí	Sí	0	certif. libre poliomielitis	uso parcial de AI	Sí	100
79 Hungría	99	99	99	no incluida en plan	100	na	79	100	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	no se usan AI	Sí	nd
80 India	81	70	67	en plan; cobertura no estimada	na	na	80	nd	78	69	7	No	Sí	130	endémica	uso parcial de AI	Sí	100
81 Indonesia	82	70	72	75	na	na	81	72	51	84	7	No	Sí	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	90
82 Iran, República Islámica del	99	99	99	98	en riesgo, no incluida en plan	na	82	100	na	na	7	Sí	No	0	no endémica	no se usan AI	No	100
83 Iraq	93	81	90	70	en riesgo, no incluida en plan	na	83	nd	70	nd	9	Sí	No	0	no endémica	no se ha facilitado información	Sí	nd
84 Irlanda	90	85	78	no incluida en plan	86	na	84	100	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	no se ha facilitado información	Sí	nd
85 Islandia	na	97	93	no incluida en plan	97	na	85	nd	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	uso exclusivo de AI	Sí	100
86 Islas Cook	99	96	99	93	en riesgo, no incluida en plan	na	86	100	na	na	7	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	uso exclusivo de AI	Sí	nd
87 Islas Marshall	93	68	90	74	70	na	87	nd	na	72	10	Sí	Sí	0	certif. libre poliomielitis	uso parcial de AI	Sí	nd
88 Islas Salomón	76	71	78	78	en riesgo, no incluida en plan	na	88	40	na	56	7	Sí	Sí	0	certif. libre poliomielitis	uso parcial de AI	Sí	nd
89 Israel	na	97	95	98	96	na	89	82	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	no se usan AI	Sí	100
90 Italia	na	96	83	97	95	na	90	nd	na	na	9	No	No	0	certif. libre poliomielitis	no se usan AI	Sí	nd
91 Jamahiriya Árabe Libia	99	93	91	91	en riesgo, no incluida en plan	na	91	nd	na	na	7	Sí	No	0	no endémica	no se ha facilitado información	Sí	nd
92 Jamaica	88	81	78	19	16	na	92	70	na	nd	10	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	no se usan AI	Sí	100
93 Japón	na	97	99	no incluida en plan	na	na	93	nd	na	na	8	No	No	0	certif. libre poliomielitis	no se usan AI	Sí	nd
94 Jordania	na	97	96	97	97	na	94	100	na	24	9	Sí	No	0	no endémica	no se usan AI	Sí	100
95 Kazajstán	99	99	99	99	na	na	95	100	na	na	8	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	no se usan AI	Sí	100
96 Kenya	87	73	72	73	73	56	96	37	66	66	9	Sí	Sí	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	36
97 Kirguistán	99	98	99	99	na	na	97	100	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	uso parcial de AI	Sí	40
98 Kiribati	99	99	88	99	en riesgo, no incluida en plan	na	98	nd	na	nd	7	Sí	No	0	certif. libre poliomielitis	no se ha facilitado información	Sí	nd
99 Kuwait	na	99	97	99	en plan; cobertura no estimada	na	99	nd	na	nd	9	Sí	No	0	no endémica	no se usan AI	Sí	nd
100 Lesotho	83	79	70	en plan; cobertura no estimada	en riesgo, no incluida en plan	na	100	21	na	27	7	Sí	No	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	10

## Cuadro 7 Algunos indicadores sobre la inmunización en todos los Estados Miembros

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;<sup>a</sup> no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	Recién nacidos vacunados con BCG 2003 (%)	Niños de 1 año vacunados con 3 dosis de DTP 2003 (%)	Niños menores de 2 años inmunizados con 1 dosis de vacuna contra sarampión (%)	Niños de 1 año inmunizados con 3 dosis de vacuna anti-hepatitis B 2003 (%)	Niños de 1 año inmunizados con 3 dosis de vacuna anti-Hib 2003 (%)	Niños de 1 año inmunizados con la vacuna anti-mariólica (%)	Distritos que lograron una cobertura de al menos el 80% con 3 dosis de DTP (%)	Niños nacidos en 2003 ya protegidos contra el tétanos mediante vacunación de sus madres con toxoide tetánico (PN) (%)	Embarazadas vacunadas con 2 o más dosis de toxoide tetánico 2003 (%)	Número de enfermedades cubiertas por la inmunización sistemática hasta los 24 meses 2003	¿Hubo una segunda oportunidad de inmunización contra el sarampión?	Distribución de vitamina A vinculada a la inmunización sistemática 2003	Número de casos de poliomiéлитis por el virus salvaje notificados en 2004 (al 25/01/05)	Situación de la erradicación de la poliomiéлитis en el país 2004	Uso de jeringas autoinutilizables (AI) 2003	Uso de vacunas de calidad garantizada 2003	Gasto total en inmunización sistemática financiado con fondos públicos 2003 (%)		
101	Letonia	99	98	99	98	92	na	101	100	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	no se usan AI	Sí	100
102	Libano	na	92	96	88	92	na	102	100	na	na	9	Sí	No	0	no endémica	no se usan AI	Sí	100
103	Liberia	43	38	53	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	7	103	0	56	24	7	No	Sí	0	no endémica	uso parcial de AI	Sí	nd
104	Lituania	99	94	98	95	na	na	104	98	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	uso parcial de AI	Sí	100
105	Luxemburgo	na	98	91	49	en plan; cobertura no estimada	na	105	nd	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	no se ha facilitado información	Sí	nd
106	Madagascar	72	55	55	55	en riesgo, no incluida en plan	na	106	58	55	49	7	No	Sí	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	12
107	Malasia	99	96	92	95	en plan; cobertura no estimada	na	107	100	na	84	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	no se usan AI	Sí	100
108	Malawi	91	84	77	84	en plan; cobertura no estimada	na	108	69	70	87	8	Sí	Sí	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	nd
109	Maldivas	98	98	96	98	na	na	109	100	na	96	7	No	Sí	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	nd
110	Malí	63	69	68	79	en riesgo, no incluida en plan	62	110	43	32	46	8	Sí	Sí	18	importación	uso exclusivo de AI	Sí	59
111	Malta	na	94	90	no incluida en plan	93	na	111	nd	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	no se usan AI	Sí	68
112	Marruecos	92	91	90	90	en riesgo, no incluida en plan	na	112	82	na	26	7	Sí	Sí	0	no endémica	no se usan AI	Sí	100
113	Mauricio	92	92	94	92	en riesgo, no incluida en plan	na	113	100	na	73	9	Sí	No	0	no endémica	no se usan AI	Sí	100
114	Mauritania	84	76	71	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	no incluida en plan	114	42	41	36	6	Sí	No	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	100
115	México	99	91	96	91	98	na	115	98	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	uso exclusivo de AI	Parcial	100
116	Micronesia, Estados Federados de	64	92	91	89	en plan; cobertura no estimada	na	116	100	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	no se usan AI	Sí	6
117	Mónaco	90	99	99	99	en plan; cobertura no estimada	na	117	nd	na	na	12	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	no se ha facilitado información	Sí	nd
118	Mongolia	98	98	98	98	en riesgo, no incluida en plan	na	118	100	na	na	7	Sí	Sí	0	certif. libre poliomiéлитis	no se usan AI	Sí	22
119	Mozambique	87	72	77	72	en riesgo, no incluida en plan	na	119	nd	57	30	7	No	Sí	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	nd
120	Myanmar	79	77	75	en plan; cobertura no estimada	na	na	120	50	77	73	7	Sí	No	0	no endémica	uso parcial de AI	Sí	0
121	Namibia	92	82	70	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	na	121	56	85	63	6	Sí	Sí	0	no endémica	no se usan AI	Sí	100
122	Nauru	95	80	40	75	en riesgo, no incluida en plan	na	122	nd	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	no se ha facilitado información	Sí	nd
123	Nepal	91	78	75	15	na	na	123	49	69	30	7	No	Sí	0	no endémica	uso parcial de AI	Sí	65
124	Nicaragua	94	86	93	86	na	na	124	57	na	na	10	Sí	Sí	0	certif. libre poliomiéлитis	no se usan AI	Sí	74
125	Níger	64	52	64	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	31	125	10	36	40	7	No	Sí	25	endémica	uso exclusivo de AI	Sí	nd
126	Nigeria	48	25	35	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	en plan; cobertura no estimada	126	nd	51	nd	7	No	Sí	774	endémica	no se ha facilitado información	Sí	nd
127	Niue	99	95	86	95	en plan; cobertura no estimada	na	127	100	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	uso exclusivo de AI	Sí	100
128	Noruega	na	90	84	no incluida en plan	92	na	128	95	na	na	8	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	no se usan AI	Sí	100
129	Nueva Zelandia	na	90	85	90	en plan; cobertura no estimada	na	129	nd	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	no se usan AI	Sí	100
130	Omán	98	99	98	99	100	na	130	100	na	53	10	Sí	Sí	0	no endémica	no se usan AI	Sí	100
131	Países Bajos	na	98	96	no incluida en plan	en plan; cobertura no estimada	na	131	nd	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	no se usan AI	Sí	nd
132	Pakistán	82	67	61	en plan; cobertura no estimada	na	na	132	16	57	57	7	No	No	49	endémica	uso exclusivo de AI	Sí	100
133	Palau	na	99	99	99	en plan; cobertura no estimada	na	133	nd	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	no se ha facilitado información	Sí	nd
134	Panamá	87	86	83	86	na	en plan; cobertura no estimada	134	62	na	na	11	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	uso parcial de AI	Sí	nd
135	Papua Nueva Guinea	60	54	49	53	en riesgo, no incluida en plan	na	135	15	34	29	7	Sí	Sí	0	certif. libre poliomiéлитis	uso parcial de AI	Sí	80
136	Paraguay	70	77	91	77	55	na	136	73	na	nd	11	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	no se usan AI	Sí	100
137	Perú	94	89	95	60	36	en plan; cobertura no estimada	137	65	na	nd	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	no se usan AI	Sí	100
138	Polonia	94	99	97	97	na	na	138	nd	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	no se usan AI	Parcial	100
139	Portugal	81	99	96	94	99	na	139	100	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	uso parcial de AI	Sí	100
140	Qatar	99	92	93	98	96	na	140	100	na	na	11	Sí	No	0	no endémica	no se usan AI	Sí	100
141	Reino Unido	na	91	80	no incluida en plan	91	na	141	98	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	no se usan AI	Sí	100
142	República Árabe Siria	99	99	98	98	en plan; cobertura no estimada	no incluida en plan	142	100	na	nd	10	Sí	Sí	0	no endémica	no se usan AI	Sí	nd
143	República Centroafricana	70	40	35	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	33	143	8	63	17	7	No	No	30	transmisión reactivada	uso parcial de AI	Sí	nd
144	República Checa	98	97	99	86	97	na	144	100	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	no se usan AI	Sí	100
145	República de Corea	87	97	96	91	na	na	145	100	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	no se usan AI	Sí	100
146	República Democrática del Congo	68	49	54	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	29	146	15	48	48	7	No	Sí	0	no endémica	uso parcial de AI	Sí	nd
147	República Democrática Popular Lao	65	50	42	50	na	na	147	20	36	36	7	Sí	Sí	0	certif. libre poliomiéлитis	uso parcial de AI	Sí	0
148	República de Moldova	98	98	96	99	na	na	148	100	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiéлитis	uso parcial de AI	Sí	49
149	República Dominicana	90	65	79	81	75	na	149	40	na	nd	10	Sí	Sí	0	certif. libre poliomiéлитis	uso parcial de AI	Sí	65
150	República Popular Democrática de Corea	88	68	95	en plan; cobertura no estimada	na	na	150	0	na	97	7	Sí	Sí	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Parcial	nd

## Cuadro 7 Algunos indicadores sobre la inmunización en todos los Estados Miembros

Cifras calculadas por la OMS para asegurar la comparabilidad;<sup>a</sup> no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales de los Estados Miembros, que pueden emplear a ese fin otros métodos rigurosos.

Estado Miembro	Recién nacidos vacunados con BCG 2003 (%)	Niños de 1 año vacunados con 3 dosis de DTP 2003 (%)	Niños menores de 2 años inmunizados con 1 dosis de vacuna contra sarampión 2003 (%)	Niños de 1 año inmunizados con 3 dosis de vacuna anti-hepatitis B 2003 (%)	Niños de 1 año inmunizados con 3 dosis de vacuna anti-Hib 2003 (%)	Niños de 1 año inmunizados con la vacuna anti-mariólica 2003 (%)	Distritos que lograron una cobertura de al menos el 80% con 3 dosis de DTP 2003 (%)	Niños nacidos en 2003 ya protegidos contra el tétanos mediante vacunación de sus madres con toxoide tetánico (PN) (%)	Embarazadas vacunadas con 2 o más dosis de toxoide tetánico 2003 (%)	Número de enfermedades cubiertas por la inmunización sistemática hasta los 24 meses 2003	¿Hubo una segunda oportunidad de inmunización contra el sarampión?	Distribución de vitamina A vinculada a la inmunización sistemática 2003	Número de casos de poliomiélitis por el virus salvaje notificados en 2004 (al 25/01/05)	Situación de la erradicación de la poliomiélitis en el país 2004	Uso de jeringas autoinutilizables (AI) 2003	Uso de vacunas de calidad garantizada 2003	Gasto total en inmunización sistemática financiado con fondos públicos 2003 (%)		
151	República Unida de Tanzania	91	95	97	95	en riesgo, no incluida en plan	no incluida en plan	151	84	83	80	7	Sí	Sí	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	30
152	Rumania	99	97	97	98	na	na	152	100	na	na	7	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	uso exclusivo de AI	Sí	100
153	Rwanda	88	96	90	96	96	no incluida en plan	153	67	76	51	8	Sí	No	0	no endémica	uso parcial de AI	Sí	50
154	Saint Kitts y Nevis	99	99	98	99	99	na	154	nd	na	nd	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	nd
155	Samoa	73	94	99	97	en riesgo, no incluida en plan	na	155	100	na	na	7	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	uso parcial de AI	Sí	nd
156	San Marino	na	96	91	96	96	na	156	100	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	uso exclusivo de AI	Sí	100
157	Santa Lucía	95	90	90	14	81	na	157	50	na	nd	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	uso parcial de AI	Sí	100
158	Santo Tomé y Príncipe	99	94	87	43	en riesgo, no incluida en plan	34	158	71	na	97	8	Sí	Sí	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	nd
159	San Vicente y las Granadinas	87	99	94	31	en plan; cobertura no estimada	na	159	nd	na	nd	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se ha facilitado información	Sí	nd
160	Senegal	77	73	60	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	59	160	24	75	65	7	Sí	No	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	100
161	Serbia y Montenegro	94	89	87	en plan; cobertura no estimada	na	na	161	99	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Parcial	nd
162	Seychelles	99	99	99	99	en riesgo, no incluida en plan	na	162	100	na	100	10	Sí	No	0	no endémica	no se usan AI	Sí	100
163	Sierra Leona	87	70	73	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	76	163	15	62	62	7	Sí	No	0	no endémica	uso parcial de AI	Sí	20
164	Singapur	97	92	88	92	en riesgo, no incluida en plan	na	164	nd	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	100
165	Somalia	65	40	40	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	no incluida en plan	165	3	65	49	6	No	Sí	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	nd
166	Sri Lanka	99	99	99	en plan; cobertura no estimada	na	na	166	100	na	96	8	Sí	Sí	0	no endémica	uso parcial de AI	Sí	100
167	Sudáfrica	97	94	83	94	94	na	167	57	52	85	8	Sí	Sí	0	no endémica	no se usan AI	Sí	nd
168	Sudán	53	50	57	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	no incluida en plan	168	41	35	36	6	No	Sí	113	transmisión reactivada	uso exclusivo de AI	Sí	0
169	Suecia	na	98	94	no incluida en plan	98	na	169	nd	na	na	8	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	nd
170	Suiza	na	95	82	no incluida en plan	91	na	170	nd	na	na	8	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se ha facilitado información	Sí	nd
171	Suriname	na	74	71	en plan; cobertura no estimada	en riesgo, no incluida en plan	en plan; cobertura no estimada	171	nd	na	nd	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se ha facilitado información	Sí	nd
172	Swazilandia	97	95	94	95	en riesgo, no incluida en plan	na	172	50	na	75	7	Sí	No	0	no endémica	no se usan AI	Sí	100
173	Tailandia	99	96	94	95	na	na	173	nd	na	93	7	Sí	No	0	no endémica	no se usan AI	Parcial	100
174	Tayikistán	99	82	89	57	na	na	174	100	na	na	7	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	uso parcial de AI	Sí	0
175	Timor-Leste	80	70	60	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	na	175	31	na	51	6	Sí	Sí	0	no endémica	uso parcial de AI	Sí	nd
176	Togo	84	64	58	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	no incluida en plan	176	29	47	56	6	Sí	Sí	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	0
177	Tonga	99	98	99	93	en riesgo, no incluida en plan	na	177	100	na	86	8	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	uso exclusivo de AI	Sí	100
178	Trinidad y Tabago	na	91	88	76	93	88	178	100	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	nd
179	Túnez	93	95	90	92	96	na	179	97	na	nd	8	Sí	No	0	no endémica	no se usan AI	Sí	100
180	Turkmenistán	99	98	97	97	na	na	180	77	na	na	8	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	uso parcial de AI	Sí	82
181	Turquía	89	68	75	68	en riesgo, no incluida en plan	na	181	4	37	37	7	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	100
182	Tuvalu	99	93	95	95	en riesgo, no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	182	nd	na	nd	7	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	100
183	Ucrania	98	97	99	77	na	na	183	100	na	na	9	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	uso parcial de AI	Parcial	96
184	Uganda	96	81	82	63	63	no incluida en plan	184	54	48	48	8	Sí	Sí	0	no endémica	uso parcial de AI	Sí	7
185	Uruguay	99	91	95	91	91	na	185	100	na	na	10	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	100
186	Uzbekistán	98	98	99	99	na	na	186	100	na	na	9	Sí	Sí	0	certif. libre poliomiélitis	uso parcial de AI	Parcial	77
187	Vanuatu	63	49	48	56	en riesgo, no incluida en plan	na	187	17	na	63	7	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	uso parcial de AI	Sí	100
188	Venezuela, República Bolivariana de	91	68	82	75	54	en plan; cobertura no estimada	188	45	na	nd	11	Sí	No	0	certif. libre poliomiélitis	no se usan AI	Sí	100
189	Viet Nam	98	99	93	78	na	na	189	94	79	91	8	Sí	Sí	0	certif. libre poliomiélitis	uso parcial de AI	Parcial	55
190	Yemen	67	66	66	42	en riesgo, no incluida en plan	na	190	24	31	31	7	Sí	Sí	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	100
191	Zambia	94	80	84	no incluida en plan	en riesgo, no incluida en plan	na	191	76	60	81	6	Sí	Sí	0	no endémica	uso exclusivo de AI	Sí	0
192	Zimbabwe	92	80	80	80	en riesgo, no incluida en plan	na	192	10	60	60	7	Sí	Sí	0	no endémica	no se usan AI	Sí	nd

<sup>a</sup>Respecto a las fuentes y los métodos, véanse las notas explicativas.

na: no aplicable.

nd: datos no disponibles.

## Cuadro 8 Algunos indicadores relacionados con la salud reproductiva y con la salud de la madre y el recién nacido

Estimaciones de diversas fuentes internacionales, que pueden no coincidir con las estimaciones de los propios Estados Miembros. Los datos no han sido sometidos a la consideración de éstos.<sup>a</sup>

Estado Miembro	Tasa de uso de anticonceptivos (métodos modernos)		Embarazadas que recibieron			Partos atendidos por personal sanitario calificado		Partos en centros de salud		Partos por cesárea		Nº de parteras disponibles		Nº anual de nacidos vivos 2000 (000)	Razón de mortalidad materna, 2000 (por 100 000 nacidos vivos)	Tasa de mortinatalidad 2000 (por 1000 nacimientos)	Tasa de mortalidad neonatal precoz, 2000 (por 1000 nacidos vivos)	Tasa de mortalidad neonatal, 2000 (por 1000 nacidos vivos)	
	(%)	Año	1+ visitas APN (%)	4+ visitas APN (%)	Año	(%)	Año	(%)	Año	(%)	Año	Total	Año						
1 Afganistán	4	2000	52	...	2003	14	2003	13	2003	1	...	...	...	1044	1900 <sup>b</sup>	54 <sup>b</sup>	45 <sup>b</sup>	60 <sup>b</sup>	
2 Albania	15	2000	81	42	2002	99	2000	94	2002	2	15	2002	1891	1994	59	55 <sup>b</sup>	11 <sup>b</sup>	9 <sup>b</sup>	12 <sup>b</sup>
3 Alemania	72	1992	...	...	...	...	...	...	...	3	22	2001	9506	2001	749	9	4	2	3
4 Andorra	...	...	...	...	...	...	...	...	...	4	24	1999	8	2002	...	...	6 <sup>b</sup>	3 <sup>b</sup>	4 <sup>b</sup>
5 Angola	5	2001	...	...	...	45	2001	...	...	5	...	...	492	1997	655	1700 <sup>b</sup>	48 <sup>b</sup>	40 <sup>b</sup>	54 <sup>b</sup>
6 Antigua y Barbuda	51	1988	...	82	2001	100	2000	...	...	6	...	...	...	...	...	7 <sup>b</sup>	6 <sup>b</sup>	8 <sup>b</sup>	
7 Arabia Saudita	29	1996	77	73	1996	91	1996	...	...	7	8	1996	...	...	718	23	11 <sup>b</sup>	10 <sup>b</sup>	12
8 Argelia	50	2000	79	...	2000	92	2000	92	2000	8	6	2000	...	...	701	140 <sup>b</sup>	32	16 <sup>b</sup>	20
9 Argentina	...	...	...	95	2001	99	2001	...	...	9	...	...	...	...	721	70	6	8	10
10 Armenia	22	2000	82	65	2000	97	2000	91	2000	10	7	2000	1483	2002	31	55 <sup>b</sup>	16	13	17
11 Australia	72	1986	...	...	...	100	1999	...	...	11	21	1998	11649	2001	246	6	3	3	3
12 Austria	47	1996	...	...	...	100	1993	...	...	12	21	2002	1650	2002	75	5	4	2	3
13 Azerbaiyán	12	2001	70	...	2001	84	2000	74	2001	13	4	2002	10033	2002	150	94 <sup>b</sup>	32	27 <sup>b</sup>	36
14 Bahamas	60	1988	...	...	...	99	2002	...	...	14	...	...	...	...	6	60 <sup>b</sup>	3	8	10
15 Bahrein	31	1995	63	61	1995	98	1995	...	...	15	16	1995	...	...	14	33	10 <sup>b</sup>	9 <sup>b</sup>	11
16 Bangladesh	44	1999-00	39	11	1999-00	14	2003	6	1999-00	16	3	1999-00	15794	2001	4226	380	24	27	36
17 Barbados	53	1988	89	...	2001	91	1999	...	...	17	...	...	...	...	3	95	11	6	8
18 Belarús	42	1995	...	...	...	100	2002	...	...	18	17	2002	6208	2002	87	36	6	3	5
19 Bélgica	74	1992	...	...	...	100	1987	...	...	19	16	1999	6603	1996	112	10	4	2	3
20 Belice	42	1991	...	96	2001	83	1999	...	...	20	8	1991	...	...	7	140	18	16	18
21 Benin	7	2001	88	61	2001	66	2001	78	2001	21	4	2001	432	1995	265	850	37 <sup>b</sup>	31	38
22 Bhután	19	1994	...	...	...	24	2000	...	...	22	...	...	1016	1995	73	420 <sup>b</sup>	22 <sup>b</sup>	18	38
23 Bolivia	27	2000	84	69	2001	65	2002	56	1998	23	15	1998	...	...	257	420 <sup>b</sup>	11	20	27
24 Bosnia y Herzegovina	16	2000	99	...	2000	100	2000	...	...	24	...	...	1220	2002	38	31	11 <sup>b</sup>	9	11
25 Botswana	39	2000	99	97	2001	94	2000	...	...	25	...	...	...	...	54	100 <sup>b</sup>	44 <sup>b</sup>	37	40
26 Brasil	70	1996	84	76	1996	88	1996	92	1996	26	36	1996	...	...	3474	260	8	12	15
27 Brunei Darussalam	...	...	...	100	2001	99	1999	...	...	27	...	...	404	2000	8	37	6	3	4
28 Bulgaria	25	1997	...	...	...	...	...	...	...	28	17	2002	3433	2002	62	32	8	5	8
29 Burkina Faso	5	1998-99	72	18	2003	38	2003	38	2003	29	1	2003	476	2001	580	1000	30 <sup>b</sup>	25	36
30 Burundi	10	2000	93	79	2001	25	2000	...	...	30	...	...	...	...	276	1000 <sup>b</sup>	33 <sup>b</sup>	28	41
31 Cabo Verde	46	1998	...	99	2001	89	1998	...	...	31	6	1998	...	...	12	150 <sup>b</sup>	22	8	10
32 Camboya	19	2000	44	9	2000	32	2000	10	2000	32	1	2000	3040	2000	461	450	37 <sup>b</sup>	31	40
33 Camerún	7	1998	77	52	1998	60	2000	54	1998	33	3	1998	69	1996	551	730	39 <sup>b</sup>	32	40
34 Canadá	73	1995	...	...	...	98	2001	...	...	34	19	1997-98	358	2000	332	5	3	3	4
35 Chad	2	2000	51	13	1997	16	2000	...	...	35	1	1996-97	161	2001	381	1100	35 <sup>b</sup>	29	45
36 Chile	...	...	...	95	1995	100	2002	...	...	36	37	1994	...	...	288	30	4	4	6
37 China	83	1997	...	...	...	97	1995	...	...	37	...	...	44517	1999	19428	56	19 <sup>b</sup>	16 <sup>b</sup>	21
38 Chipre	...	...	...	...	...	...	...	...	...	38	...	...	...	...	10	47	4 <sup>b</sup>	3 <sup>b</sup>	4 <sup>b</sup>
39 Colombia	64	2000	90	79	2000	86	2000	87	2000	39	25	2000	...	...	980	130	11	12	14
40 Comoras	19	2000	87	53	1996	62	2000	...	...	40	5	1996	90	1997	27	480 <sup>b</sup>	26 <sup>b</sup>	22	29
41 Congo	...	...	...	...	...	...	...	...	...	41	...	...	164	1995	153	510 <sup>b</sup>	29 <sup>b</sup>	24 <sup>b</sup>	32 <sup>b</sup>
42 Costa Rica	65	1993	...	70	2001	98	2001	...	...	42	21	1992	...	...	79	25	8	6	7
43 Côte d'Ivoire	7	1998-99	84	35	1998-99	63	2000	48	1998-99	43	3	1998-99	2203	1996	573	690 <sup>b</sup>	53 <sup>b</sup>	44	65
44 Croacia	...	...	...	...	...	100	2002	...	...	44	14	2002	1493	2002	49	10	5	4	5
45 Cuba	72	...	...	100	2001	100	1999	...	...	45	...	...	...	...	137	33	11	3	4
46 Dinamarca	72	1988	...	...	...	100	1987	...	...	46	18	2001	1312	2002	65	7	5	3	4
47 Djibouti	...	...	...	...	...	61	2003	...	...	47	...	...	...	...	27	730 <sup>b</sup>	34 <sup>b</sup>	29 <sup>b</sup>	38 <sup>b</sup>
48 Dominica	48	1987	...	100	2001	100	1999	...	...	48	...	...	...	...	...	7 <sup>b</sup>	5 <sup>b</sup>	7 <sup>b</sup>	...
49 Ecuador	50	1999	56	...	1999	69	1999	...	...	49	19	1999	1037	2000	300	130	7	12	16
50 Egipto	54	2000	54	41	2000	69	2003	52	2000	50	11	2000	...	...	1808	84	10	16	21
51 El Salvador	54	1998	...	76	2001	90	1998	...	...	51	16	1998	...	...	164	150 <sup>b</sup>	12	9	16
52 Emiratos Árabes Unidos	24	1995	97	94	1995	99	1995	...	...	52	10	1995	...	...	50	54 <sup>b</sup>	5 <sup>b</sup>	4 <sup>b</sup>	5
53 Eritrea	5	2002	...	49	2001	28	2002	...	...	53	2	1995	72	1996	153	630	23 <sup>b</sup>	19	25
54 Eslovaquia	41	1991	...	...	...	99	2002	...	...	54	18	2002	1087	2002	55	10	4	4	5
55 Eslovenia	59	1994	...	...	...	100	2002	...	...	55	14	2002	...	...	17	17	4	3	4

## Cuadro 8 Algunos indicadores relacionados con la salud reproductiva y con la salud de la madre y el recién nacido

Estimaciones de diversas fuentes internacionales, que pueden no coincidir con las estimaciones de los propios Estados Miembros. Los datos no han sido sometidos a la consideración de éstos.<sup>a</sup>

Estado Miembro	Tasa de uso de anticonceptivos (métodos modernos)		Embarazadas que recibieron			Partos atendidos por personal sanitario calificado		Partos en centros de salud		Partos por cesárea		Nº de parteras disponibles		Nº anual de nacidos vivos 2000	Razón de mortalidad materna, 2000	Tasa de mortinatalidad 2000	Tasa de mortalidad neonatal precoz, 2000	Tasa de mortalidad neonatal, 2000		
	(%)	Año	1+ visitas APN (%)	4+ visitas APN (%)	Año	(%)	Año	(%)	Año	(%)	Año	Total	Año	(000)	(por 100 000 nacidos vivos)	(por 1000 nacimientos)	(por 1000 nacidos vivos)	(por 1000 nacidos vivos)		
56	España	67	1995	...	...	...	...	...	...	56	...	...	...	384	5	4	2	3		
57	Estados Unidos de América	71	1995	...	...	...	99	1997	...	57	23	2000	...	4146	14	4	4	5		
58	Estonia	56	1994	...	...	...	100	2002	...	58	15	2002	422	2002	12	5	4	6		
59	Etiopía	6	2000	27	10	2000	6	2000	5	2000	59	1	2000	1142	2002	2865	850	20	38	51
60	Ex República Yugoslava de Macedonia	...	...	...	...	...	98	2002	...	60	10	2001	1456	2001	29	13	9	7	9	
61	Federación de Rusia	...	...	96	...	1999	99	2002	98	1999	61	12	1999	67527	2002	1246	65	18	7	9
62	Fiji	...	...	...	...	...	100	1998	...	62	...	...	...	20	75 <sup>b</sup>	9	7	7	9	
63	Filipinas	28	1998	94	70	2003	60	2003	38	2003	63	7	2003	140675	2002	2029	200	11	12	15
64	Finlandia	75	1989	...	...	...	100	2002	...	64	16	2002	3952	2002	57	5	4	2	2	
65	Francia	69	1994	...	...	...	99	1993	...	65	16	1999	15122	2002	758	17	5	2	3	
66	Gabón	13	2000	94	63	2000	86	2000	84	2000	66	6	2000	...	41	420	33 <sup>b</sup>	27	31	
67	Gambia	9	2000	92	...	2000	55	2000	...	67	...	...	98	1997	49	540 <sup>b</sup>	44 <sup>b</sup>	37	46	
68	Georgia	20	2000	91	...	1999	96	1999	92	1999	68	12	2002	1500	2002	57	32 <sup>b</sup>	23	19 <sup>b</sup>	25
69	Ghana	13	1998	90	69	2003	47	2003	46	2003	69	4	2003	4094	2002	645	540 <sup>b</sup>	19	26	27
70	Granada	...	1990	...	98	2001	100	2000	...	70	...	...	...	...	...	12 <sup>b</sup>	10 <sup>b</sup>	13 <sup>b</sup>	13 <sup>b</sup>	
71	Grecia	...	...	...	...	...	...	...	...	71	...	...	1916	1993	10	5	3	4		
72	Guatemala	31	1998-99	86	68	1998-99	41	2003	42	1998-99	72	12	1998-99	...	406	240	9	14	19	
73	Guinea	4	1999	74	48	1999	35	1999	29	1999	73	2	1999	299	2000	361	740	45 <sup>b</sup>	38	48
74	Guinea-Bissau	4	2000	89	62	2001	35	2000	...	74	...	...	156	1996	69	1100 <sup>b</sup>	43 <sup>b</sup>	36 <sup>b</sup>	48 <sup>b</sup>	
75	Guinea Ecuatorial	...	...	...	37	2001	65	2001	...	75	...	...	9	1996	20	880 <sup>b</sup>	36 <sup>b</sup>	30 <sup>b</sup>	40 <sup>b</sup>	
76	Guyana	36	2000	88	...	2000	86	2000	...	76	...	...	...	...	17	170	22 <sup>b</sup>	19 <sup>b</sup>	25 <sup>b</sup>	
77	Haití	23	2000	79	42	2000	24	2000	18	2000	77	2	2000	...	248	680	30 <sup>b</sup>	25	34	
78	Honduras	51	2001	...	84	2001	56	2001	...	78	12	1996	...	...	204	110	15	13	18	
79	Hungría	68	1993	...	...	...	...	...	...	79	23	2002	2076	2002	92	11	6	5	6	
80	India	43	1998-99	65	30	1998-99	43	2000	34	1998-99	80	7	1998-99	...	...	25780	540	39 <sup>b</sup>	33	43
81	Indonesia	57	2003	97	81	2002-03	66	2002-03	40	2002-03	81	4	2002-03	11547	2000	4564	230 <sup>b</sup>	17 <sup>b</sup>	14	18
82	Irán, República Islámica del	56	1997	...	77	2001	90	2000	...	82	...	...	...	...	1258	76	17	17 <sup>b</sup>	22	
83	Iraq	10	1989	...	78	2001	72	2000	...	83	...	...	...	...	843	250 <sup>b</sup>	32	46 <sup>b</sup>	63	
84	Irlanda	...	...	...	...	...	100	2002	...	84	19	2000	...	...	54	4	6	3	4	
85	Islandia	...	...	...	...	...	...	...	...	85	17	2001	200	2002	4	0	5	2	2	
86	Islas Cook	60	1996	...	...	...	100	1998	...	86	...	...	3	2001	...	...	11 <sup>b</sup>	9 <sup>b</sup>	12 <sup>b</sup>	
87	Islas Marshall	...	...	...	...	...	95	1998	...	87	...	...	...	...	...	...	24 <sup>b</sup>	20 <sup>b</sup>	26 <sup>b</sup>	
88	Islas Salomón	...	...	...	...	...	85	1999	...	88	...	...	23	1999	15	130 <sup>b</sup>	11 <sup>b</sup>	9 <sup>b</sup>	12 <sup>b</sup>	
89	Israel	52	1987-88	...	...	...	99	1987	...	89	17	2001	1147	2002	125	13	5	3	4	
90	Italia	39	1995-96	...	...	...	...	...	...	90	32	1999	...	...	518	5	3	2	3	
91	Jamahiriyá Árabe Libia	26	1995	...	81	2001	94	1995	...	91	...	...	...	...	121	97 <sup>b</sup>	11 <sup>b</sup>	9 <sup>b</sup>	11	
92	Jamaica	63	1997	...	99	2001	95	1997	...	92	...	...	...	...	54	87	9 <sup>b</sup>	8 <sup>b</sup>	10 <sup>b</sup>	
93	Japón	nd	2000	...	...	...	100	1996	...	93	...	...	24511	2000	1196	10	5	1	2	
94	Jordania	39	2002	99	91	2002	100	2002	97	2002	94	16	2002	...	...	148	41	13	12	17
95	Kazajstán	57	1999	82	71	1999	99	1999	98	1999	95	11	1998	8099	2002	257	210 <sup>b</sup>	29	29	32
96	Kenya	32	1998	88	52	2003	42	2003	40	2003	96	4	2003	...	...	1026	1000	29 <sup>b</sup>	24	29
97	Kirguistán	49	1997	88	81	1997	98	1997	96	1997	97	6	1997	2775	2002	110	110 <sup>b</sup>	32	26	31
98	Kiribati	...	...	...	88	2001	85	1998	...	98	...	...	...	...	...	...	24 <sup>b</sup>	20 <sup>b</sup>	27 <sup>b</sup>	
99	Kuwait	41	1996	83	81	1996	98	1995	...	99	11	1996	...	...	48	12	6	4	6	
100	Lesotho	30	2000	91	88	2001	60	2000	...	100	...	...	791	1995	56	550 <sup>b</sup>	26 <sup>b</sup>	21 <sup>b</sup>	28 <sup>b</sup>	
101	Letonia	39	1995	...	...	...	100	2002	...	101	17	2002	493	2002	18	61	8	5	7	
102	Libano	37	1996	...	87	2001	88	1996	...	102	23	1998	...	...	68	150 <sup>b</sup>	19 <sup>b</sup>	16 <sup>b</sup>	20	
103	Liberia	6	1986	...	84	2001	51	2000	...	103	...	...	103	1997	145	760 <sup>b</sup>	58 <sup>b</sup>	48	66	
104	Lituania	31	1995	...	...	...	...	...	...	104	15	2002	1239	2002	31	19	6	3	5	
105	Luxemburgo	...	...	...	...	...	100	2002	...	105	19	2000	95	2002	6	28	7	3	4	
106	Madagascar	12	2000	91	38	1997	46	2000	...	106	1	1997	1472	2001	687	550	29 <sup>b</sup>	24	33	
107	Malasia	30	1994	...	...	...	97	2001	...	107	...	...	7711	2000	549	41	3	4	5	
108	Malawi	26	2000	94	55	2000	61	2002	54	2000	108	3	2000	...	...	526	1800	13	30	40
109	Maldivas	...	...	98	81	2001	70	2000	...	109	...	...	463	1995	11	110 <sup>b</sup>	25	30	37	
110	Malí	7	2001	53	30	2001	41	2001	24	2001	110	1	2001	284	2000	596	1200	12	40	55

## Cuadro 8 Algunos indicadores relacionados con la salud reproductiva y con la salud de la madre y el recién nacido

Estimaciones de diversas fuentes internacionales, que pueden no coincidir con las estimaciones de los propios Estados Miembros. Los datos no han sido sometidos a la consideración de éstos.<sup>a</sup>

Estado Miembro	Tasa de uso de anticonceptivos (métodos modernos)		Embarazadas que recibieron			Partos atendidos por personal sanitario calificado		Partos en centros de salud		Partos por cesárea		Nº de parteras disponibles		Nº anual de nacidos vivos 2000	Razón de mortalidad materna, 2000	Tasa de mortinatalidad 2000	Tasa de mortalidad neonatal precoz, 2000	Tasa de mortalidad neonatal, 2000		
	(%)	Año	1+ visitas APN (%)	4+ visitas APN (%)	Año	(%)	Año	(%)	Año	(%)	Año	Total	Año	(000)	(por 100 000 nacidos vivos)	(por 1000 nacimientos)	(por 1000 nacidos vivos)	(por 1000 nacidos vivos)		
111	Malta	...	...	...	...	98	1993	...	...	111	25	2002	125	2002	5	...	4	4	5	
112	Marruecos	42	1995	32	8	1992	40	1995	30	1992	112	2	1992	...	691	220	17 <sup>b</sup>	14	21	
113	Mauricio	49	1991	...	...	...	99	1999	...	...	113	...	...	...	20	24	9	9	12	
114	Mauritania	5	1999-00	63	16	2000-01	57	2000-01	49	2000-01	114	3	2000-01	232	1995	113	1000	63 <sup>b</sup>	52 <sup>b</sup>	70
115	México	60	1997	...	86	2001	86	1997	...	...	115	12	1987	...	2324	83	11	11	15	
116	Micronesia, Estados Federados de	...	...	...	...	...	93	1999	...	...	116	...	7	2000	3	...	11 <sup>b</sup>	9 <sup>b</sup>	12 <sup>b</sup>	
117	Mónaco	...	...	...	...	...	...	...	...	...	117	...	232	1995	...	...	4 <sup>b</sup>	2 <sup>b</sup>	3 <sup>b</sup>	
118	Mongolia	54	2000	...	97	2001	99	2000	...	...	118	5	2000	612	2002	58	110	25 <sup>b</sup>	21	26
119	Mozambique	5	1997	71	41	1997	48	1997	...	...	119	3	1997	1414	2000	753	1000 <sup>b</sup>	42 <sup>b</sup>	35 <sup>b</sup>	48
120	Myanmar	28	1997	...	76	2001	56	1997	...	...	120	...	10307	2000	1194	360 <sup>b</sup>	36 <sup>b</sup>	30 <sup>b</sup>	40	
121	Namibia	26	1992	85	69	2000	76	2000	75	2000	121	7	1992	2038	1997	67	300 <sup>b</sup>	26 <sup>b</sup>	21	25
122	Nauru	...	...	...	...	...	...	...	...	...	122	...	...	...	...	...	13 <sup>b</sup>	11 <sup>b</sup>	14 <sup>b</sup>	
123	Nepal	35	2001	49	15	2001	11	2001	9	2001	123	1	2001	1549	1995	805	740	23	29	40
124	Nicaragua	66	2001	85	72	2001	67	2001	66	2001	124	15	2001	...	...	170	230 <sup>b</sup>	11	13	18
125	Níger	4	2000	39	11	1998	16	2000	18	1998	125	1	1998	461	2002	599	1600 <sup>b</sup>	31 <sup>b</sup>	26	43
126	Nigeria	9	1999	61	47	2003	35	2003	33	2003	126	2	2003	47847	1992	4645	800 <sup>b</sup>	48 <sup>b</sup>	40	53
127	Niue	...	...	...	...	...	100	1996	...	...	127	...	2	1996	...	...	12 <sup>b</sup>	10 <sup>b</sup>	13 <sup>b</sup>	
128	Noruega	69	1989	...	...	...	100	1988	...	...	128	16	2001	3089	2002	57	10	4	2	3
129	Nueva Zelanda	72	1995	...	...	...	100	1995	...	...	129	19	1999	2288	1999	54	7	3	3	4
130	Omán	18	1995	77	71	1995	95	2000	...	...	130	7	1995	...	...	82	87 <sup>b</sup>	6 <sup>b</sup>	5 <sup>b</sup>	6
131	Países Bajos	76	1993	...	...	...	100	1995	...	...	131	14	2002	1825	2002	195	16	5	3	4
132	Pakistán	20	2001	36	16	1996-97	20	1998	17	1996-97	132	3	1990-91	...	...	5230	500 <sup>b</sup>	22	38	57
133	Palau	...	...	...	...	...	100	1998	...	...	133	...	...	1	1998	...	...	13 <sup>b</sup>	10 <sup>b</sup>	14 <sup>b</sup>
134	Panamá	54	1984	...	72	2001	90	1998	...	...	134	...	...	...	...	69	160	8	8	11
135	Papua Nueva Guinea	20	1996	...	78	2001	53	1996	...	...	135	...	...	...	...	180	300 <sup>b</sup>	28 <sup>b</sup>	24	32
136	Paraguay	48	1998	...	89	2001	61	1998	...	...	136	18	1995-96	...	...	166	170	10	9	16
137	Perú	50	2000	85	69	2000	59	2000	57	2000	137	13	2000	...	...	639	410	8	12	16
138	Polonia	19	1991	...	...	...	100	2002	...	...	138	...	...	21997	2000	380	10	4	4	6
139	Portugal	33	1979-80	...	...	...	100	2000	...	...	139	30	2001	...	...	113	8	6	3	3
140	Qatar	32	1998	62	58	1998	99	1998	...	...	140	16	1998	...	...	12	7	6 <sup>b</sup>	5 <sup>b</sup>	5
141	Reino Unido	81	2002	...	...	...	99	1998	...	...	141	17	1997	24801	1993	681	11	5	3	4
142	República Árabe Siria	28	1993	...	51	2001	76	1993	...	...	142	...	...	...	...	473	160 <sup>b</sup>	9 <sup>b</sup>	7 <sup>b</sup>	9 <sup>b</sup>
143	República Centroafricana	7	2000	75	39	1994	44	2000	50	1994-95	143	2	1994-95	1018	1995	143	1100	45 <sup>b</sup>	38	48
144	República Checa	63	1997	99	...	1993	100	2002	...	...	144	14	2002	4949	2002	88	9	3	2	2
145	República de Corea	67	1997	...	...	...	100	1997	...	...	145	...	...	8728	2000	597	20	2	2	3
146	República Democrática del Congo	4	2001	72	...	...	61	2001	...	...	146	...	...	...	...	2463	990 <sup>b</sup>	42 <sup>b</sup>	35 <sup>b</sup>	47 <sup>b</sup>
147	República Democrática Popular Lao	29	2000	44	29	2001	19	2001	...	...	147	...	...	...	...	195	650 <sup>b</sup>	32 <sup>b</sup>	26 <sup>b</sup>	35 <sup>b</sup>
148	República de Moldova	43	2000	99	...	1997	99	1997	99	1997	148	6	1997	1138	2002	49	36	16	16	16
149	República Dominicana	63	2000	100	93	1999	98	2002	97	1999	149	32	1999	...	...	199	150 <sup>b</sup>	14	14	19
150	República Popular Democrática de Corea	53	1992	98	...	2000	97	2000	...	...	150	...	...	12823	1995	388	67 <sup>b</sup>	20 <sup>b</sup>	17 <sup>b</sup>	22 <sup>b</sup>
151	República Unida de Tanzania	17	1999	96	69	1999	36	1999	42	1999	151	3	1999	13820	1995	1423	1500	38 <sup>b</sup>	32	43
152	Rumania	30	1999	89	...	1999	98	1999	98	1999	152	11	1999	6197	2002	231	58	6	6	9
153	Rwanda	6	2000	93	10	2001	31	2000	26	2000	153	2	2000	10	2002	323	1400	42 <sup>b</sup>	35	45
154	Saint Kitts y Nevis	37	1984	...	100	2001	100	1995	...	...	154	...	...	...	...	...	11 <sup>b</sup>	9 <sup>b</sup>	12 <sup>b</sup>	12 <sup>b</sup>
155	Samoa	...	...	...	...	...	100	1998	...	...	155	...	...	3	1999	5	...	12 <sup>b</sup>	10 <sup>b</sup>	13 <sup>b</sup>
156	San Marino	...	...	...	...	...	...	...	...	...	156	...	...	6	1990	...	...	4 <sup>b</sup>	2 <sup>b</sup>	2 <sup>b</sup>
157	Santa Lucía	46	1988	...	100	2001	100	1995	...	...	157	...	...	...	...	3	...	12	8	10
158	Santo Tomé y Príncipe	27	2000	91	...	2000	79	2000	...	...	158	...	...	40	1996	5	...	34 <sup>b</sup>	28 <sup>b</sup>	38 <sup>b</sup>
159	San Vicente y las Granadinas	55	1988	...	92	2001	100	1990	...	...	159	...	...	...	...	2	...	10 <sup>b</sup>	9 <sup>b</sup>	11 <sup>b</sup>
160	Senegal	8	1997	82	64	1999	58	2000	99	1999	160	2	1997	550	1995	355	690 <sup>b</sup>	27 <sup>b</sup>	22	31

## Cuadro 8 Algunos indicadores relacionados con la salud reproductiva y con la salud de la madre y el recién nacido

Estimaciones de diversas fuentes internacionales, que pueden no coincidir con las estimaciones de los propios Estados Miembros. Los datos no han sido sometidos a la consideración de éstos.<sup>a</sup>

Estado Miembro	Tasa de uso de anticonceptivos (métodos modernos)		Embarazadas que recibieron			Partos atendidos por personal sanitario calificado		Partos en centros de salud		Partos por cesárea		Nº de parteras disponibles		Nº anual de nacidos vivos 2000	Razón de mortalidad materna, 2000	Tasa de mortinatalidad 2000	Tasa de mortalidad neonatal precoz, 2000	Tasa de mortalidad neonatal, 2000	
	(%)	Año	1+ visitas APN (%)	4+ visitas APN (%)	Año	(%)	Año	(%)	Año	(%)	Año	Total	Año	(000)	(por 100 000 nacidos vivos)	(por 1000 nacimientos)	(por 1000 nacidos vivos)	(por 1000 nacidos vivos)	
161	Serbia y Montenegro	33	2000	...	...	...	93	2001	...	...	161	...	...	127	9	6	7	9	
162	Seychelles	...	...	...	...	...	...	...	...	...	162	...	299	1996	...	8 <sup>b</sup>	7 <sup>b</sup>	9 <sup>b</sup>	
163	Sierra Leona	4	2000	82	68	2001	42	2000	...	...	163	2	1997	193	2000 <sup>b</sup>	50 <sup>b</sup>	42 <sup>b</sup>	56 <sup>b</sup>	
164	Singapur	53	1997	...	...	...	100	1998	...	...	164	...	447	1999	47	15	3	1	
165	Somalia	...	...	...	32	2001	34	1999	...	...	165	...	...	461	1100 <sup>b</sup>	44 <sup>b</sup>	37 <sup>b</sup>	49 <sup>b</sup>	
166	Sri Lanka	44	1993	...	98	2001	97	2000	...	...	166	...	7725	1999	310	92	11 <sup>b</sup>	9	
167	Sudáfrica	55	1998	89	72	1998	84	1998	85	1998	167	16	1998	...	1028	230 <sup>b</sup>	18 <sup>b</sup>	15	
168	Sudán	7	1993	...	75	2001	87	2000	...	...	168	4	1992-93	...	1092	590 <sup>b</sup>	24 <sup>b</sup>	20	
169	Suecia	72	1981	...	...	...	100	1987	...	...	169	17	2001	5979	2000	88	3	2	
170	Suiza	78	1994-95	...	...	...	...	...	...	...	170	10	2002	2033	2000	68	7	3	
171	Suriname	41	2000	91	91	2001	85	2000	...	...	171	...	...	...	10	110	16 <sup>b</sup>	14 <sup>b</sup>	
172	Swazilandia	26	2000	...	...	...	70	2000	...	...	172	...	...	...	38	370 <sup>b</sup>	34 <sup>b</sup>	28 <sup>b</sup>	
173	Tailandia	70	1997	...	86	2001	99	2002	...	...	173	...	...	...	1082	44	11 <sup>b</sup>	9	
174	Tayikistán	27	2000	75	...	2000	71	2000	...	...	174	2	2002	3857	2002	160	100 <sup>b</sup>	34 <sup>b</sup>	29 <sup>b</sup>
175	Timor-Leste	...	...	...	...	...	24	2002	...	...	175	...	...	...	19	660 <sup>b</sup>	36 <sup>b</sup>	30 <sup>b</sup>	
176	Togo	9	2000	78	46	1998	49	2000	49	1998	176	2	1998	402	1995	179	570	40 <sup>b</sup>	33
177	Tonga	...	...	...	...	...	92	2000	...	...	177	...	27	2000	3	...	10 <sup>b</sup>	8 <sup>b</sup>	
178	Trinidad y Tabago	33	2000	96	98	2001	96	2000	...	...	178	...	...	...	17	110	16	10	
179	Túnez	51	1994	...	79	2001	90	2000	...	...	179	8	2000	...	166	120	11	9	
180	Turkmenistán	53	2000	87	83	2000	97	2000	96	2000	180	4	2000	3642	1997	105	31 <sup>b</sup>	13	26
181	Turquía	38	1998	67	42	1998	83	2003	73	1998	181	14	1998	41590	2001	1495	70 <sup>b</sup>	17	19
182	Tuvalu	...	...	...	...	...	99	1997	...	...	182	...	10	2002	...	...	20 <sup>b</sup>	16 <sup>b</sup>	
183	Ucrania	38	1999	90	...	1999	99	1999	99	1999	183	9	1999	24483	2002	418	38	28	9
184	Uganda	18	2000-01	92	40	2000-01	39	2000-01	37	2000	184	3	2000-01	850	2002	1195	880	15	25
185	Uruguay	...	...	...	94	2001	100	1997	...	...	185	...	...	...	58	20	9	5	7
186	Uzbekistán	63	2000	95	...	1996	96	2000	94	1996	186	3	1996	20997	2002	567	24 <sup>b</sup>	25	21
187	Vanuatu	...	...	...	...	...	89	1995	...	...	187	...	...	...	6	...	17 <sup>b</sup>	14 <sup>b</sup>	
188	Venezuela, República Bolivariana de	...	...	...	90	2001	94	2000	...	...	188	...	...	...	578	78	9	9	
189	Viet Nam	56	2000	70	29	2002	85	2002	79	2002	189	10	2002	14662	2001	1593	130 <sup>b</sup>	24	13
190	Yemen	10	1997	34	11	1997	22	1997	16	1997	190	1	1997	...	...	820	570	17 <sup>b</sup>	27
191	Zambia	23	2001-02	94	71	2001-02	43	2001-02	43	2001	191	2	2001-02	...	...	450	750	31 <sup>b</sup>	26
192	Zimbabwe	50	1999	82	64	1999	73	1999	72	1999	192	7	1999	...	...	419	1100	17	27

<sup>a</sup> Respecto a las fuentes y los métodos, véanse las notas explicativas.<sup>b</sup> Estimaciones obtenidas mediante regresión y otros métodos similares.

## OFICINAS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

### Sede

Organización Mundial de la Salud  
20, avenue Appia  
1211 Ginebra 27, Suiza  
Teléfono: (41) 22 791 21 11  
Fax: (41) 22 791 31 11  
Correo electrónico: [info@who.int](mailto:info@who.int)  
Sitio web: <http://www.who.int>

### Oficina Regional de la OMS para África

Cite du Djoue  
P.O. Box 06  
Brazzaville, Congo  
Teléfono: (47) 241 39100  
Fax: (47) 241 39503  
Correo electrónico: [regafro@whoafr.org](mailto:regafro@whoafr.org)  
Sitio web: <http://www.afro.who.int>

### Oficina Regional de la OMS para las Américas/ Oficina Sanitaria Panamericana

525, 23rd Street N.W.  
Washington, D.C. 20037, EE.UU.  
Teléfono: (1) 202 974 3000  
Fax: (1) 202 974 3663  
Correo electrónico: [postmaster@paho.org](mailto:postmaster@paho.org)  
Sitio web: <http://www.paho.org>

### Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental

World Health House  
Indraprastha Estate  
Mahatma Gandhi Road  
Nueva Delhi 110002, India  
Teléfono: (91) 112 337 0804/09/10/11  
Fax: (91) 112 337 0197/337 9395  
Correo electrónico: [postmaster@whosea.org](mailto:postmaster@whosea.org)  
Sitio web: <http://www.whosea.org>

### Oficina Regional de la OMS para Europa

8, Scherfigsvej  
2100 Copenhague Ø, Dinamarca  
Teléfono: (45) 39 17 17 17  
Fax: (45) 39 17 18 18  
Correo electrónico: [postmaster@euro.who.int](mailto:postmaster@euro.who.int)  
Sitio web: <http://www.who.dk>

### Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental

WHO Post Office  
Abdul Razzak Al Sanhoury Street  
Nasr City  
El Cairo 11371, Egipto  
Teléfono: (202) 670 25 35  
Fax: (202) 670 24 92 o 670 24 94  
Correo electrónico: [postmaster@emro.who.int](mailto:postmaster@emro.who.int)  
Sitio web: <http://www.emro.who.int>

### Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental

P.O. Box 2932  
Manila 1099, Filipinas  
Teléfono: (632) 528 8001  
Fax: (632) 521 1036 o 526 0279  
Correo electrónico: [postmaster@wpro.who.int](mailto:postmaster@wpro.who.int)  
Sitio web: <http://www.wpro.who.int>

### Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer

150, cours Albert-Thomas  
69372 Lyon Cédex 08, Francia  
Teléfono: (33) 472 73 84 85  
Fax: (33) 472 73 85 75  
Correo electrónico: [webmaster@iarc.fr](mailto:webmaster@iarc.fr)  
Sitio web: <http://www.iarc.fr>



Los niños son el futuro de la sociedad, y sus madres son las guardianas de ese futuro. Sin embargo, este año, casi 11 millones de niños menores de cinco años morirán por causas en gran medida prevenibles, y entre ellos hay cuatro millones que fallecerán durante el primer mes de vida. A eso hay que añadir 3,3 millones de niños nacidos muertos. Al mismo tiempo, aproximadamente medio millón de mujeres morirán durante el embarazo o el parto, o poco después.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2005 – ¡Cada madre y cada niño contarán!*, publicado por la Organización Mundial de la Salud, analiza las razones de que se sigan produciendo esas muertes de forma tan masiva y la manera de intentar reducir ese tributo anual. El informe presenta un análisis de los expertos sobre los obstáculos a los progresos en materia de salud de la madre, el recién nacido y el niño, así como una amplia serie de recomendaciones para superarlos. Se señala que disponemos ya de las intervenciones necesarias para transformar la vida de millones de madres y niños y prevenir millones de muertes trágicamente prematuras.

Para poner fin a la exclusión generalizada, es necesario que los países garanticen el acceso a la atención para cada madre y cada niño, mediante la continuidad de la asistencia desde el embarazo, pasando por el parto, hasta el periodo neonatal y la infancia. En el informe se hacen proyecciones detalladas de los esfuerzos – y los costos asociados – necesarios para extender masivamente el acceso universal a lo largo de la próxima década.

El acceso universal para madres y niños exige sistemas de salud capaces de responder a las necesidades y demandas de la población, y de ofrecerles protección frente a los graves problemas financieros que acarrea la mala salud. Para ello es necesario intensificar las inversiones en sistemas de salud y en los recursos humanos correspondientes. En el informe se sostiene que la salud de las madres, los recién nacidos y los niños debe constituir el núcleo de los derechos a la salud protegidos y financiados mediante fondos públicos y sistemas de seguro social de enfermedad.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2005* es una lectura fundamental para cualquier persona interesada en mejorar la salud de todas las madres, los recién nacidos y los niños y en garantizar que se les dedique toda la atención que merecen.



ISBN 92 4 356290 8



9 789243 562902