

LA SIGUIENTE REVOLUCIÓN

DÉMOSLE A CADA NIÑO Y CADA NIÑA LA OPORTUNIDAD DE SOBREVIVIR



Save the Children

TODOS
CONTAMOS

para salvar vidas

LA SIGUIENTE REVOLUCIÓN

DÉMOSLE A CADA NIÑO Y CADA NIÑA LA
OPORTUNIDAD DE SOBREVIVIR

La Alianza Internacional Save the Children es la principal organización independiente que trabaja a favor de los derechos de la niñez en el mundo y está compuesta por organizaciones miembros en 29 países y programas operativos en más de 100. Luchamos por los derechos de la infancia y generamos mejoras duraderas en las vidas de los niños y niñas a nivel mundial.



Save the Children

Publicado a nombre de la
Alianza Internacional Save the Children por
Save the Children UK
1 St John's Lane
Londres, EC1M 4AR
Reino Unido

Primera edición 2009

© Alianza Internacional Save the Children 2009

Sociedad benéfica registrada No. 1076822

Esta publicación se reserva los derechos de autor pero puede ser reproducida por cualquier medio sin costo alguno o autorización previa con fines didácticos, mas no así para su reventa. Para copiarla en cualquier otra circunstancia se deberá obtener autorización previa por escrito de la casa editora, y posiblemente se cobre una comisión.

Traducción: Susana Carrera
Corrección de estilo y revisión: Megan Caine

Este informe se encuentra disponible asimismo en árabe, inglés, francés y portugués.

Fotografía de la portada: Niña de tres años que vive con su familia en una aldea de Liberia. Carecen de acceso a agua potable limpia y saneamiento seguro y, pese a que la malaria es una enfermedad común, no tienen mosquiteros.
(Foto: Jane Hahn/Panos)



CONTENIDOS

Reconocimientos	iv
La situación en números	vi
Resumen ejecutivo	viii
1 Introducción	1
2 Dónde están muriendo niños y niñas	3
3 Cómo y por qué están muriendo niños y niñas	6
4 Supervivencia infantil – breve historial	14
5 Aprender de experiencias exitosas	17
6 Contrarrestar los mitos	20
7 Llamado a la acción. Plan de siete puntos de Save the Children	23
Anexo 1: Diferencias en materia de supervivencia infantil por quintil de riqueza	28
Anexo 2: Reducciones de mortalidad infantil por quintil de riqueza	30
Notas al final	32

RECONOCIMIENTOS

El presente informe ha sido escrito por David Mephram, con contribuciones de Kitty Arie, Fanwell Bokosi, Nouria Bricki, Margaret Crotty, Leslie Elder, Rica Garde, Michael Klosson, Adrian Lovett, Shireen Miller, Michael O'Donnell, David Oot, Sue Rooks, Renu Singh, Anna Taylor, Anne Tinker, Delphine Vallette y Simon Wright. Estamos en deuda asimismo con los y las colegas de Save the Children India y Save the Children UK en Etiopía, Liberia, Sierra Leona y Nigeria.

Nuestro especial agradecimiento a Maria Pizzini, por su ayuda con la redacción y edición del informe.

Nuestro reconocimiento a Terry McKinley, Director del Centro para Políticas de Desarrollo e Investigación, y Hannah Bargawi, Oficial de Investigación, ambos de la Facultad de Estudios Orientales y Africanos de la Universidad de Londres, por su apoyo con una parte del trabajo estadístico.

Muchas gracias a Frances Ellery por editar el informe, al equipo de comunicaciones de Save the Children UK y a Susana Carrera y Megan Caine por su trabajo en la traducción al español del informe original en inglés.

“...TENEMOS QUE ACTUAR POR NUESTRA CONCIENCIA PERO TAMBIÉN POR NUESTRO INTERÉS COMÚN, PORQUE CUANDO UN NIÑO MUERE EN ACCRA DE UNA ENFERMEDAD QUE SE PUEDE PREVENIR, ESO NOS HACE DE MENOS EN TODAS PARTES.”

Barack Obama, Presidente de Estados Unidos, 11 de julio del 2009¹

“...NUESTRA PREOCUPACIÓN A LARGO PLAZO ES EL FUTURO DE NUESTROS NIÑOS Y NIÑAS. TIENEN QUE ESTAR SANOS Y BIEN EDUCADOS, CON ESPERANZAS PARA EL FUTURO... LIBRAREMOS UNA GUERRA CONTRA LA DESNUTRICIÓN INFANTIL, CONTRA LA MALARIA, LA TUBERCULOSIS, EL VIH/SIDA Y OTRAS ENFERMEDADES.”

Manmohan Singh, Primer Ministro de India, agosto del 2006²

“LA SUPERVIVENCIA DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LIBERIA ES UN PILAR FUNDAMENTAL DE NUESTROS PLANES DE DESARROLLO PORQUE DE ELLO DEPENDE CÓMO PROGREGEMOS COMO NACIÓN... TIENE QUE HABER UN IMPULSO RENOVADO EN TORNO A LA PROBLEMÁTICA DE LA SUPERVIVENCIA INFANTIL, Y LIBERIA ESTÁ LIDERANDO ESTE LLAMADO FUERTE Y CLARO.”

Ellen Johnson Sirleaf, Presidenta de Liberia, 2008³

LA SITUACIÓN EN NÚMEROS

6

Número de países en los que tiene lugar más de la mitad de todas las muertes de niños y niñas: India, Nigeria, República Democrática del Congo, Etiopía, Pakistán y China ^a

15

Veces menos de probabilidades que tiene un/a bebé de fallecer de neumonía si es amamantado en forma exclusiva durante sus primeros seis meses de vida, frente a un/a bebé que no lo es^d

57

Evaluación de la Organización Mundial de la Salud del número de países que acusa una “escasez crítica” de trabajadores/as de salud – 36 de ellos en África^b

28%

Porcentaje de muertes de niños y niñas que están vinculadas a la falta de saneamiento adecuado y al consumo de agua insalubre^e

6

Número de países de la Unión Africana que asignaron el 15 por ciento de sus presupuestos al sector salud en el 2006 – pese a que los 53 Estados miembros prometieron hacerlo en el 2001^c

S.XXII

Siglo en que se cumplirá en el África subsahariana el Objetivo de Desarrollo del Milenio que contiene una promesa de agua limpia, si nos guiamos por las tendencias actuales^f

^a UNICEF (2008), Estado mundial de la infancia

^b Organización Mundial de la Salud (2006), Informe sobre la Salud en el Mundo 2006 – Colaboremos por la salud, p. xix. <http://www.who.int/whr/2006/es/index.html> Accedido el 3 de agosto del 2009

^c Organización Mundial de la Salud (2009), Estadísticas sanitarias mundiales 2009

^d R. Black et al, Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences, Paper 1, The Lancet, 2008, p. 5

^e WaterAid (2009), Fatal Neglect: How health systems are failing to comprehensively address child mortality

^f WaterAid (2009), ver la nota e

200.000– 400.000

Posible número de niños y niñas adicionales que morirán cada año hasta el 2015 como consecuencia de la crisis financiera mundial, de acuerdo al Banco Mundial^g

8.8 millones

Número de niños y niñas que murieron antes de cumplir los cinco años en el 2008ⁱ

36–45 mil millones de dólares

Fondos adicionales totales requeridos antes del 2015 para poder cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de mortalidad infantil y materna – menos de la mitad de lo que invierten los consumidores/as a nivel mundial en comprar agua embotellada cada año^j

^g World Bank (2009), *Swimming against the tide: How developing countries are coping with the global crisis*

^h Grupo de Alto Nivel sobre la financiación internacional innovadora para los sistemas de salud (2009), *Grupo de Trabajo 2: Constraints to Scaling Up and Costs*, Informe técnico del Grupo de Trabajo 1: Versión inédita, p. 10

ⁱ E. Arnold y J. Larsen (2006), *Bottled Water: Pouring Resources down the Drain*, *Eco-Economy Updates*, Earth Policy Institute. De acuerdo a este informe, cada año se invierten US\$100 millones en comprar agua embotellada. Accedido el 21 de agosto del 2009 en: <http://www.earth-policy.org/Updates/2006/Update51.htm>

^j D.You, T.Wardlow, P.Salama y G.Jones (2009), “Levels and trends in under-5 mortality, 1990–2008”, *The Lancet*, publicado en línea el 10 de septiembre de 2009

RESUMEN EJECUTIVO

Alrededor de nueve millones de niños y niñas mueren cada año antes de llegar a los cinco años – es decir, casi un niño o una niña cada tres segundos. Poco menos de cuatro millones de dichos niños y niñas fallece durante su primer mes de vida, durante el período conocido como neonatal. Cerca de tres millones de bebés fallecen durante su primera semana de vida y, de éstos/as, nada menos que dos millones mueren el primer día de vida. Casi todos/as estos niños y niñas – el 97 % – pierden la vida en países de ingreso bajo o medio, y en un porcentaje desproporcionado entre las comunidades más pobres y marginadas de esos países⁴ En Afganistán, uno/a de cada cinco niños/as morirá antes de cumplir los cinco años;⁵ mientras que en toda la región del África subsahariana esta cifra asciende a uno/a de cada siete.⁶

Hace 30 años, Jim Grant, entonces director de UNICEF, encabezó una oleada de acciones a nivel mundial para salvar la vida de millones de niños y niñas. En vista de que muchos niños y niñas estaban muriendo de enfermedades fácilmente prevenibles, organizó una campaña dirigida a generar conciencia, dinero y apoyo político a gran escala a favor de un cambio. Sus esfuerzos, y los de muchos otros/as, pasaron a ser conocidos como la “revolución por la supervivencia y el desarrollo de la infancia”.

Actualmente, a medida que ingresamos en la segunda década de un nuevo siglo, podemos atestiguar los éxitos de dicha revolución. Millones de niños y niñas han sobrevivido y no estarían con nosotros/as hoy si no fuera por ese extraordinario esfuerzo. Muchos/as de ellos/as han asistido a la

escuela, creciendo saludables y preparados para hacer su propia contribución a sus comunidades. Entre ellos/as hay doctores/as, maestros/as, enfermeros/as y pequeños empresarios/as que están cambiando el mundo que los/las rodea – porque una generación tuvo el buen tino de interesarse, y se interesó lo suficiente como para tomar cartas en el asunto.

Todos los niños y niñas – no importa dónde nacen ni quiénes son sus progenitores – tienen el mismo derecho a, y merecen la misma oportunidad de, sobrevivir. Y todos nosotros/as tenemos la obligación de facilitarles esta oportunidad. Es hora de iniciar la segunda revolución por la supervivencia neonatal e infantil.

Existe un amplio consenso en torno a las acciones que se requieren para reducir los niveles de mortalidad neonatal e infantil a escala masiva. El escándalo es que los gobiernos y otras instancias influyentes han fracasado hasta ahora en proveer el liderazgo, los recursos y el sentido de urgencia que se requieren para hacer que dichas acciones se lleven a cabo efectivamente. En el año 2000, los y las líderes mundiales se comprometieron a cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 4, que hace un llamado a reducir en dos tercios la tasa de mortalidad entre los/las menores de cinco años entre 1990 y el 2015.

El presente informe se publica para coincidir con el lanzamiento de nuestra campaña internacional por la supervivencia del niño/a y el recién nacido/a. Nuestro objetivo en relación con esta campaña es

* See D You, T Wardlow, P Salama and G Jones, 'Levels and trends in under-5 mortality, 1990–2008', *The Lancet*, published online 10 September 2009. DOI:10.1016/S0140-6736(09)61601-9

claro: ayudar a encarrillar al mundo para que logre el ODM 4, generando una sustancial reducción de las muertes prevenibles de niños y niñas pequeños. Si bien es cierto que la infancia es el eje de nuestra campaña, también lo es que la salud, el estado nutricional y el bienestar más amplio de un niño o niña pequeño se encuentran inextricablemente unidos al de la madre. Por consiguiente, la campaña incluirá esfuerzos para promover la salud y el bienestar de las madres y acelerar los avances hacia el ODM 5: reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna antes del 2015.

Los altos niveles de mortalidad infantil pueden explicarse a tres niveles:

1. Hay un número reducido de enfermedades y afecciones que son causantes directas de más del 90 % de las muertes de menores de cinco años. Se trata de: neumonía, sarampión, diarrea, malaria, VIH y SIDA, así como afecciones neonatales que ocurren tanto durante la gestación como durante e inmediatamente después del parto. Éstas últimas son especialmente significativas como causa del fallecimiento de recién nacidos/as. Las infecciones severas, la asfixia y los nacimientos prematuros son culpables del 86 % de las muertes de recién nacidos/as.⁷ En casi todos los casos, las enfermedades y afecciones que son las causas directas de muertes infantiles son prevenibles y tratables por medio de intervenciones probadas y comprobadas. Pero dichas intervenciones no están disponibles o son inaccesibles para muchos de los niños y niñas más pobres del mundo.

2. Hay una serie de factores intermedios que exacerbaban la susceptibilidad de algunos niños y niñas a caer presas de estas enfermedades o afecciones de salud y limitan sus posibilidades de recuperarse de ellas. Dichos factores incluyen: ausencia de atención de salud básica o incapacidad de muchas madres y sus hijos e hijas para acceder a ella; altos niveles de desnutrición materna e infantil y prácticas deficientes de nutrición; falta de acceso a agua limpia y saneamiento seguro; analfabetismo materno; así como acceso limitado a métodos anticonceptivos.

3. Las muertes de niños y niñas no constituyen eventos azarosos que están fuera de nuestro control. En gran medida, son el resultado de

políticas y decisiones políticas tomadas por los gobiernos. Asimismo, ejerce influencia en ellas una serie de factores culturales, económicos, medioambientales, políticos y sociales que los gobiernos, las instituciones internacionales, el sector privado y la sociedad civil podrían ayudar a forjar o mitigar. Éstas son las causas subyacentes de la mortalidad neonatal e infantil.

De estos últimos factores, la pobreza, la desigualdad y la discriminación son especialmente importantes. En muchos países, las mujeres y las niñas son objeto de discriminación generalizada, y sus derechos y oportunidades les son negados. Es por eso que un compromiso con la equidad y la justicia – reduciendo las disparidades, haciendo efectivos los derechos y empoderando a las mujeres más pobres y marginadas – es absolutamente primordial para reducir las tasas de mortalidad infantil.

La falta de gobernabilidad, los conflictos violentos y tendencias al deterioro ambiental tales como el cambio climático son factores subyacentes adicionales que tienen un impacto en las posibilidades de supervivencia de la niñez. Ocho de los 10 países con las peores tasas de mortalidad infantil han sufrido conflictos, violencia o inestabilidad política últimamente⁸ y el cambio climático ya está incrementando la frecuencia de desastres naturales que le cuestan la vida a la infancia pobre.⁹

Las posibilidades de supervivencia de la niñez se ven afectadas asimismo por la situación de la economía global. El Banco Mundial estima que entre el 2009 y el 2015 podría producirse un aumento de muertes infantiles de entre 200,000 y 400,000 al año a consecuencia de la crisis financiera y económica global.¹⁰ Y una nueva pandemia global como el virus AHINI (la gripe porcina) podría propagarse más extensa y rápidamente, o mutar hacia formas más virulentas, desbordando sistemas de salud ya de por sí frágiles e incrementando los niveles de mortalidad entre los niños/as y los recién nacidos/as.

¿ENTONCES QUÉ DEBEMOS HACER?

Save the Children considera que se necesita un verdadero impulso para expandir la cobertura de

intervenciones probadas, que reduzcan la mortalidad materna, neonatal e infantil. Éstas incluyen: disponibilidad de personal experimentado para apoyar a las madres durante el parto; atención postnatal temprana; tratamiento preventivo y curativo de la neumonía, la diarrea y la malaria; así como apoyo a la nutrición, incluyendo lactancia materna, nutrición suplementaria, transferencias en efectivo y programas de protección social más amplios. Estas intervenciones deben llevarse a cabo a través de sistemas fortalecidos, de modo tal que las familias más pobres y marginadas puedan recibir la atención de salud, nutrición y otros servicios que necesitan. Dichas acciones deben tener lugar paralelamente a políticas que combatan las causas subyacentes de la mortalidad infantil. Las políticas para reducir la mortalidad neonatal e infantil deben ser flexibles, ya que necesitarán ser aplicadas en estados frágiles y azotados por conflictos, así como en emergencias crónicas y desastres de ocurrencia rápida.

En vista de la difícil situación económica y ambiental que está atravesando el mundo, sería fácil enfrentar con pesimismo las perspectivas de alcanzar el ODM 4. Y sin embargo sabemos que una reducción realmente dramática del número de fallecimientos infantiles es posible. ¿Por qué? Porque todos los países desarrollados lograron enormes reducciones de sus tasas de mortalidad infantil en el transcurso del siglo XX. En 1900, el índice de mortalidad infantil en el Reino Unido era de 140 de cada 1,000 nacidos/as vivos,¹¹ y, en Estados Unidos, de 100.¹² Estas tasas son peores que las de Liberia hoy (93 de cada 1,000).¹³ Y, lo que es más importante aún, sabemos que es posible porque muchos países de ingreso bajo y medio han reducido sus tasas de mortalidad significativamente durante las últimas décadas, y muchos lo han logrado más rápidamente que las economías desarrolladas durante el último siglo.¹⁴ Aunque se necesitan mayores avances, desde 1990 más de 60 países han reducido su tasa de mortalidad infantil en un 50%.¹⁵ No necesitamos un descubrimiento tecnológico de envergadura para solucionar este problema. Lo que sí necesitamos es: Σ empujar la salud y la nutrición de las madres y los niños y niñas pequeños a un lugar más prominente de las agendas nacionales e internacionales, generando mayor conciencia y comprensión acerca

de cómo la muerte y la enfermedad siguen siendo un fenómeno generalizado en los países pobres, y canalizando la ira y la indignación en acciones decididas

Σ poner al descubierto los falsos supuestos que aún ensombrecen el debate en torno a la mortalidad infantil en los países pobres, creando un pretexto para la inacción y el cinismo en algunos círculos Σ propagar los logros de algunas comunidades y algunos países, así como las respuestas en términos de políticas e intervenciones que han demostrado funcionar, y demostrar cómo se puede replicar dicho éxito en otras partes

Σ subrayar la pérdida que representan para el mundo los altos niveles de mortalidad infantil y los beneficios que nos reportaría a todos/as el salvar vidas infantiles.

Ingresar en la pantalla del radar

A diferencia de otras enfermedades, como el VIH y el SIDA, o de problemas nuevos como el cambio climático, la mortalidad neonatal e infantil en los países pobres carece de una base de apoyo social significativa – a nivel tanto público como político. Nuestras iniciativas, y las de otras organizaciones afines, necesitan encontrar formas innovadoras de conectar con el público, de modo tal que esta problemática se vuelva más tangible e importante para la población y ésta empiece a exigir respuestas a su clase política en términos de acciones concretas para resolver el problema. La campaña de Save the Children ha sido diseñada para incidir precisamente en estos aspectos..

Contrarrestar los mitos

Mucha gente adopta una actitud cínica frente a la posibilidad de hacer algo para combatir la mortalidad infantil. Algunos/as creen que el costo sería demasiado alto; otros/as, que reducir la mortalidad infantil aceleraría aún más el crecimiento demográfico, en un planeta ya de por sí superpoblado. Muchos/as creen que los intentos por mejorar la salud y la nutrición infantil inevitablemente se verán frustrados por la corrupción y el desgobierno en los países más pobres, y que mantener vivos a los niños y niñas reportará escasos beneficios si el futuro que les espera es de pobreza extrema.¹⁶

Estos argumentos están todos equivocados. Muchos países pobres han reducido sus índices de mortalidad infantil. Los costos de lograr el ODM 4¹⁷ son reducidos en términos globales. Las reducciones de las tasas de mortalidad infantil fomentan la reducción de las tasas de fertilidad y sirven para ralentizar y estabilizar el crecimiento demográfico. Aunque la corrupción y la falta de gobernabilidad son problemas importantes, en muchos países se ha demostrado que no constituyen una barrera insalvable para reducir la mortalidad infantil. Y mientras que mantener vivos a los niños y niñas no es el final de la historia – y debería complementarse con políticas para ayudarlos/as a crecer sanos, educados, debidamente alimentados y seguros – las mejoras en los índices de mortalidad infantil llevarán a sociedades más prósperas y productivas.

Aprender de experiencias exitosas

Varios países, entre ellos Bangladesh, Brasil, Egipto, Indonesia, China, México, Nepal y Filipinas, se encuentran en camino de lograr el ODM 4, y hay lecciones concretas que extraer de su experiencia. Algunos de estos países han logrado reducciones en sus tasas de mortalidad a pesar de enfrentar problemas tales como gobiernos débiles o corruptos y, además, en el contexto de una profunda pobreza.

Compartir los beneficios

Cuando un niño o una niña muere, quedamos todos/as disminuidos – económica y moralmente. La influyente Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS estimó el impacto global de las muertes maternas y neonatales en US\$15,000 millones al año en pérdida de productividad.¹⁸ Además, se ha estimado que entre el 30 y el 50 % del crecimiento económico de Asia entre 1965 y 1990 puede ser atribuido a mejoras demográficas y de salud, entre ellas reducciones de la mortalidad neonatal e infantil, acceso mejorado a servicios de salud reproductiva y reducción de las tasas de fertilidad.¹⁹ La evidencia obtenida de estudios más recientes demuestra que las mejoras en el área de desarrollo humano están estrechamente vinculadas a niveles más altos de crecimiento económico, y que la reducción de cinco puntos porcentuales de las tasas de mortalidad infantil está asociada al

incremento de un punto porcentual del crecimiento económico durante la década subsiguiente.²⁰ En una coyuntura en la que los gobiernos están ansiosos por revitalizar sus economías, invertir en los primeros años de la infancia es un argumento poderoso.

Un llamado a la acción

La fecha programada para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre ellos los ODM 4 y 5, es el 2015. Si nos guiamos por las tendencias actuales, estas metas no podrán ser cumplidas. El próximo año, el 2010, es por lo tanto absolutamente fundamental para encarrilar al mundo en la senda conducente al cumplimiento de sus promesas a favor de los niños y niñas más pobres del mundo y sus madres. Este informe sugiere cómo se puede hacer y por qué debe hacerse.

Save the Children, trabajando en estrecha colaboración con otras instituciones, y utilizando evidencia reciente y nuevos argumentos, está decidida a poner fin a la flagrante injusticia que representan los elevados niveles de mortalidad materna, neonatal e infantil, y a propagar y defender respuestas políticas, programáticas y de políticas públicas que ayuden al mundo a alcanzar los ODM 4 y 5. Necesitamos nada menos que una nueva “revolución por la supervivencia infantil”, que termine el trabajo iniciado por Jim Grant y UNICEF en la década de 1980 y ayude a generar reducciones masivas de las tasas de mortalidad infantil. Nuestro objetivo superior es que los gobiernos nacionales y las instituciones donantes rindan cuentas en mucho mayor grado respecto de su desempeño en reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil, especialmente entre la gente más pobre. Para ello se requerirán organizaciones de la sociedad civil fortalecidas – a nivel internacional, nacional y local – cuyo trabajo esté enfocado en esta problemática, y en presionar y persuadir a los gobiernos y otras instituciones para que tomen las medidas necesarias.

RECOMENDACIONES

Hacer de la supervivencia materna, neonatal e infantil el parámetro central para medir el éxito de los resultados de desarrollo Las tasas de mortalidad entre las comunidades más pobres constituyen un indicador mucho más revelador de los avances en términos de desarrollo (o la falta de ellos) que el ingreso per cápita. Es necesario alentar a los países a medir los avances en relación con la mortalidad neonatal e infantil e informar sobre ellos, desagregados por quintil de riqueza y sector social, y la sociedad civil debe exigir cuentas a los gobiernos nacionales y las instituciones donantes por la generación de resultados mejorados. Del mismo modo, estamos haciendo una serie de llamados concretos a las instituciones donantes, los países en desarrollo, los organismos internacionales y otras instancias – mediante un plan de siete puntos – para que mejoren sus políticas y así ayuden a salvar las vidas de los niños y niñas y sus madres.

Plan de siete puntos de Save the Children

1. Implementar planes nacionales creíbles. Los países en desarrollo necesitan implementar planes nacionales de reducción de la mortalidad materna, neonatal e infantil. Algunos de estos planes ya existen sobre el papel pero no están siendo puestos en práctica con eficacia. En otros casos, es necesario elaborar planes nuevos o fortalecer significativamente los que ya existen. Los planes nacionales deben estar respaldados en su totalidad por presupuestos específicos y establecer claramente los indicadores en función de los cuales se evaluarán los avances. Los planes deben enfocarse en el logro de la cobertura universal en el caso de intervenciones probadas de reducción de la mortalidad, junto con medidas para fortalecer sistemas y mecanismos de prestación de servicios. Las instituciones donantes y los organismos internacionales deben ayudar a los países a diseñar y ejecutar dichos planes, y deben empeñar su palabra en el sentido que

no permitirán que ningún país con un plan creíble ya diseñado, y con el compromiso inequívoco de ejecutarlo, fracase por falta de recursos. Las instituciones donantes deben acelerar el envío de recursos a estos países.

2. Focalizar la atención en los recién nacidos/as. Se necesitan intervenciones para fortalecer la salud, la nutrición y el bienestar de las mujeres y apoyar a las madres y sus hijos/as tanto durante como inmediatamente después del parto (el período más vulnerable para el niño/a y la madre). La mejor forma de dar apoyo es a través de un “continuo de atención” que se prolongue durante todo el ciclo de vida, desde la atención a las mujeres en edad reproductiva, pasando por el parto hasta la temprana infancia, y desde la atención domiciliaria hasta aquella proporcionada en hospitales y otros centros de salud.

3. Priorizar la equidad. Este punto se refiere a establecer metas para reducir los déficits de cobertura de las intervenciones de salud y nutrición y otras intervenciones en beneficio de la madre, el niño/a y el recién nacido/a, y para acortar las brechas existentes en las tasas de mortalidad entre ricos/as y pobres/as. Para ello es preciso eliminar las barreras financieras y no financieras que interfieren con la atención (por ejemplo, las tarifas al usuario/a y los cobros informales) y combatir las causas subyacentes de las elevadas tasas de mortalidad, entre ellas la desigualdad, la discriminación y las violaciones de derechos.

4. Movilizar recursos adicionales. Se estima que, para llegar a los objetivos de desarrollo acordados en materia de mortalidad materno-infantil en los países más pobres del mundo, las instituciones donantes, los gobiernos nacionales y otras instituciones tienen que duplicar (y un poco más) el gasto anual actual en intervenciones de salud y otras intervenciones asociadas, de aproximadamente US\$31,000 millones en el 2008 a entre 67,000 y 76,000 millones de

dólares en el 2015. Este monto adicional tendrá que provenir de diversas fuentes. Dada la magnitud de la necesidad y la urgencia de un rápido incremento de recursos, recomendamos que al menos la mitad de los US\$36,000-45,000 millones adicionales requeridos provenga de las instituciones donantes y que dichos recursos se utilicen en intervenciones para reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil.

5. Capacitar y poner a trabajar a más trabajadores/as de salud. Parte de la inversión adicional requerida para alcanzar los ODM 4 y 5 debe ser asignada a reclutar, capacitar, equipar y poner a trabajar a más trabajadores/as de salud. Es necesario establecer metas para ampliar el número de trabajadores/as de salud calificados y debidamente equipados en cada país, especialmente para atender las necesidades de las comunidades más pobres y marginadas.

6. Combatir la desnutrición. La nutrición debe privilegiarse mucho más como un área prioritaria y se debe brindar apoyo a intervenciones probadas, entre ellas los suplementos de micronutrientes, la lactancia materna exclusiva, la alimentación suplementaria y la fortificación de alimentos, al igual que las transferencias en efectivo y los programas de protección social. Los países en desarrollo y las instituciones donantes deben rendir informes sobre sus resultados en relación con el indicador de nutrición internacionalmente acordado (parte del ODM 1), que es algo que muchos omiten hacer actualmente.

7. Incrementar la focalización en la niñez en situaciones de emergencia. Cuando los países en desarrollo no puedan hacer frente a situaciones de emergencia por sí mismos, las instituciones donantes y otras entidades deben brindar asistencia para salvar la vida de niños y niñas y sus familias en situaciones de emergencia, fragilidad y conflicto. Deben ayudar a los países pobres a reducir los riesgos y el costo de los conflictos

y desastres, desarrollando sistemas más resistentes e implementando programas de reducción del riesgo de desastres.



INTRODUCCIÓN

Los gobiernos han hecho muchas promesas a las personas más pobres del mundo, en forma de convenios internacionales de derechos humanos y declaraciones políticas. Los siguientes instrumentos internacionales contienen compromisos claros de salvaguardar la vida de los recién nacidos/as y los niños y niñas pequeños: la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CDN), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Por ejemplo, el Artículo 6 de la CDN alude al derecho inherente de la infancia a la vida, la supervivencia y el desarrollo, mientras que el Artículo 24 hace un llamado a los gobiernos a adoptar “las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil y en la niñez y asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños”. Pero los gobiernos están incumpliendo sus obligaciones legales frente a la niñez.

Más recientemente, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, los y las líderes mundiales establecieron ocho objetivos para reducir la pobreza y fomentar el desarrollo. Uno de ellos, el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 4, es la promesa de reducir en dos tercios la tasa de mortalidad entre los y las menores de cinco años entre 1990 y el 2015. En este aspecto ha habido cierto progreso. En el 2006, por primera vez desde que se tiene registro, el número de niños y niñas que fallece cada año antes de cumplir los cinco años de edad descendió por debajo de los 10 millones. La cifra actual es de 8.8 millones,²¹ frente a los

aproximadamente 20 millones de muertes de menores de cinco años en 1960. Pero el progreso global general sigue siendo escandalosamente lento y desigual. Y el progreso es aún menor en relación con el ODM 5 (reducir la mortalidad materna en tres cuartos antes del 2015). El compromiso de reducir los niveles de hambre y las tasas de bajo peso en niños y niñas que aún no han cumplido los cinco años – parte del ODM 1 – ha sido asimismo demasiado débil.

Los avances han sido especialmente decepcionantes en relación con el fallecimiento de los recién nacidos/as (durante el primer mes de vida). Dichas muertes representan actualmente el 40 % de todas las muertes de niños y niñas menores de cinco años cada año. África no ha registrado prácticamente ningún avance en reducir la mortalidad de los recién nacidos/as, mientras que los avances en Asia Meridional han sido limitados (salvo en Bangladesh y Nepal).²² Debemos recordar asimismo que 3.2 millones de bebés están muriendo cada año, ya sea durante el parto o en las últimas 12 semanas de gestación,²³ y que, por cada recién nacido/a que fallece, 20 más padecen enfermedades o discapacidad ocasionadas por lesiones al momento de nacer, infecciones y complicaciones asociadas al nacimiento prematuro.²⁴

Y sin embargo existe un amplio consenso a nivel internacional respecto de lo que es necesario hacer para combatir la mortalidad materna, neonatal e infantil. Cuenta regresiva a 2015 ha evaluado la cobertura de 25 intervenciones en los 68 países

* Cuenta regresiva a 2015 (Countdown to 2015) es una iniciativa que congrega a importantes organizaciones internacionales – entre ellas UNICEF, la OMS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Banco Mundial, la Fundación Bill y Melinda Gates, Save the Children y otras – y tiene por objeto reducir la mortalidad materna, infantil y de los recién nacidos/as.



donde ocurre casi la totalidad de las muertes maternas, infantiles y neonatales. Ejecutar estas intervenciones de prevención y curación reduciría la mortalidad infantil en dos tercios en dichos países.²⁵

El objetivo superior de este informe es galvanizar un compromiso político y público mucho más amplio frente al tema, así como acciones mucho más decididas por parte de los gobiernos y otras entidades para ayudar a ejecutar dichas intervenciones – no solamente en beneficio de algunos niños y niñas y sus madres sino de todos/as; y no solamente a corto plazo sino creando o fortaleciendo sistemas y estructuras sostenibles.

Los Capítulos 2 y 3 señalan cuáles son los países y comunidades donde recién nacidos/as y niños y niñas están falleciendo en grandes cantidades y explican por qué sigue ocurriendo.

El Capítulo 4 ofrece una visión general del historial de la supervivencia infantil hasta la fecha. ¿Qué sucedió durante la primera revolución por la supervivencia infantil en las décadas de 1980 y 1990? ¿Por qué perdió fuerza? ¿Qué lecciones podemos aprender de ello? ¿Y qué necesita hacer de manera diferente la próxima revolución por la supervivencia infantil?

El Capítulo 5 presenta algunos ejemplos de intervenciones exitosas – en aquellos países que se encuentran en camino de cumplir el ODM 4 o están logrando avances verdaderos en términos de reducir las muertes de niños y niñas.

El Capítulo 6 cuestiona conceptos erróneos comunes en relación con la supervivencia infantil.

El Capítulo 7 es nuestro llamado a la acción – las respuestas de políticas que consideramos necesarias y por qué es tan imperioso ponerlas en práctica en este mismo momento.

DÓNDE ESTÁN MURIENDO LOS NIÑOS Y NIÑAS

El 97 % de todas las muertes infantiles ocurre en 68 países de ingreso bajo y medio. La mitad de dichos fallecimientos – 4.7 millones – tiene lugar en África, y cerca de 3.8 millones de muertes infantiles y neonatales se producen en Asia.²⁶ Las últimas estadísticas disponibles dan cuenta de una tasa de

mortalidad infantil (niños y niñas fallecidos de cada 1,000 nacidos/as vivos) de 148 de cada 1,000 en el África subsahariana y 78 de cada 1,000 en Asia Meridional, hasta 25 veces las tasas de los países industrializados (seis niños y niñas fallecidos/as de cada 1,000 nacidos/as vivos).²⁷

COMBATIENDO LA INEQUIDAD EN LA INDIA

En la India fallecen aproximadamente dos millones de niños y niñas menores de cinco años cada año – más que en cualquier otro país. Su trayectoria en términos de mortalidad neonatal e infantil (72 de cada 1,000 nacidos/as vivos) es peor que la de países vecinos como Bangladesh (61 de cada 1,000) y Sri Lanka (21 de cada 1,000).²⁸ En ese país se produce la quinta parte de todas las muertes de recién nacidos/as y vive la tercera parte de los niños y niñas desnutridos del mundo. Estas cifras persisten a pesar de casi una década de crecimiento económico elevado – que no se ha traducido en mejoras de atención de salud y nutrición para la mayoría de los niños y niñas. Sin embargo, hay enormes diferencias entre estados, y entre sectores de ingreso, grupos tribales y castas. Por ejemplo, mientras que la tasa de mortalidad entre los niños y niñas menores de cinco años en Kerala es de 16/1,000 y en Goa de 20/1,000, en Uttar Pradesh es de 96/1,000, en Madhya Pradesh de 94/1,000 y en Rajastán de 85/1,000. En todo el país, la tasa de mortalidad entre los menores de cinco años es de 92/1,000 en el quintil de riqueza más bajo, frente a 33/1,000 en el quintil de riqueza más alto.²⁹

Para muchos padres y madres pobres y sus hijos e

hijas, recurrir a ayuda médica es un lujo, y los servicios de salud a menudo se encuentran muy distantes. Un régimen social patriarcal, que restringe severamente la movilidad de las mujeres, impide a las madres buscar asistencia médica. Para lograr el ODM 4, India tendrá que atacar la pobreza, la desigualdad, la exclusión y la discriminación y tomar medidas decisivas para fortalecer los derechos de las mujeres.

El gobierno federal ya está tomando algunas medidas importantes. Su ambiciosa Misión Nacional de Salud Rural tiene por objeto reducir la mortalidad infantil a 30 de cada 1,000 nacidos/as vivos antes del 2012. Ha incrementado los recursos asignados a los gobiernos estatales para salud. El programa Servicios Integrales para el Desarrollo del Niño/a – el programa nacional de suplementos alimenticios para menores de cinco años – también ha sido reestructurado con la finalidad de asignar mayor prioridad a los niños y niñas desde que nacen hasta los tres años. El verdadero desafío será garantizar que los compromisos de alto nivel en términos de políticas públicas se traduzcan en mejores resultados para los niños y niñas más pobres y marginados y sus madres.

FORTALECIENDO CAPACIDADES Y RENDICIÓN DE CUENTAS EN NIGERIA

Cada año, más de un millón de niños y niñas nigerianos fallece antes de su quinto cumpleaños.³⁰ El país ostenta el número más alto de muertes de recién nacidos/as en África, y el segundo más alto en el mundo. Cerca de la tercera parte de todos los niños y niñas acusa bajo peso para su edad, y el 43 % presenta un crecimiento atrofiado debido a la desnutrición crónica.³¹

La situación es mucho peor en los estados del norte que en la región del sur del país. Las tasas de mortalidad entre los y las menores de cinco años casi duplican las del sur, el doble de niños y niñas presenta un crecimiento atrofiado y las tasas de vacunación son una fracción de lo que son en el sur.³² Mientras que el 44.6 % de los niños y niñas en el sureste, y el 32.5 % en el suroeste, se encuentran vacunados, en el noreste la cifra es del seis % y en el noroeste, de apenas el 3.7 %.³³

En el 2006, un estudio sobre la equidad en materia de salud infantil en 16 países africanos relevó que Nigeria era el país con la disparidad más alta entre ricos y pobres. La tasa de mortalidad neonatal en el quintil más alto era de 23 de cada 1,000 nacidos/as vivos, frente a 59 en el quintil más pobre. Si el índice de mortalidad fuera de 23 de cada 1,000 nacidos/as vivos

para toda la población, 133,000 menos bebés morirían cada año.³⁴

La mayoría de las muertes de niños y niñas en Nigeria podría ser prevenida. Apenas el uno % de los niños y niñas duerme bajo mosquitero rociado con insecticida, lo cual los hace vulnerables a la malaria, que es culpable de casi la cuarta parte de las muertes de menores de cinco años en el país. Tan solo el 28 % de los niños y niñas con diarrea recibe terapia de rehidratación oral adecuada, y apenas el 33 % con signos de neumonía es llevado a un operador de salud apropiado. Menos de la quinta parte de los niños y niñas es amamantado en forma exclusiva.³⁵

El desafío estriba en mejorar la oferta accesible de atención de salud, nutrición y otros servicios relacionados, de modo tal que los niños y niñas más vulnerables y marginados tengan acceso a la ayuda que necesitan. El gobierno federal cuenta con una estrategia de salud materna, neonatal e infantil, pero es esencial que tanto éste como los gobiernos estatales den cuenta en mayor grado de su desempeño en términos de salvar vidas infantiles. La sociedad civil tiene un papel decisivo que cumplir ayudando a garantizar que esto suceda.

Las muertes de recién nacidos/as (aquellas que se producen en el primer mes de vida) son similares a las que se producen entre menores de cinco años, en el sentido que se concentran casi todas – el 98 % – en países en desarrollo.³⁷ Un informe aparecido en el 2005 en la revista médica *The Lancet* estimó que más de dos terceras partes de todos los fallecimientos de recién nacidos/as (2.7 millones, de los cuatro millones que se producen cada año) ocurren en solo 10 países. Y más de la mitad tiene lugar en tan solo cuatro países con poblaciones voluminosas – India, China, Pakistán y Nigeria.³⁸ Aproximadamente la quinta parte de las muertes de recién nacidos/as en el mundo tiene lugar en un solo país: India.³⁹

Como revelan los cuadros en el Anexo 2, a menudo

existen grandes variaciones en los niveles de mortalidad entre diferentes sectores de ingreso al interior de un mismo país, incluso en aquellos países que se encuentran en camino de alcanzar el ODM 4. Por ejemplo, mientras que Pakistán redujo su tasa promedio de mortalidad infantil en un 23 % entre 1990 y el 2007, la cifra en el quintil más pobre es de solo el 3 %. En Tanzania se produjo una reducción del 18 % del índice promedio de mortalidad infantil entre 1999 y el 2004. Sin embargo, esta cifra se desagrega en: 31 % para el quintil más rico, frente a apenas el 14 % para el quintil más pobre. La tasa promedio de reducción de muertes infantiles en Etiopía entre el 2000 y el 2005 fue del 30 %. No obstante, fue del 37 % para los más ricos, mientras que en el caso de los más pobres fue de apenas el 18 %. En Costa de Marfil, las tasas de mortalidad

Cuadro 1: Países con los números absolutos más altos de muertes infantiles (2007)

País	Total población (en miles)	Nº anual de nacimientos (en miles) 2007	Nº anual de muertes de menores de 5 años (en miles) 2007	Tasa de mortalidad menores de 5 años (fallecidos por cada 1.000 nacimientos)
India	1,169,018	27,119	1,953	72
Nigeria	148,093	5,959	1,126	189
DRC	62,636	3,118	502	161
Pakistán	163,902	4,446	400	90
China	1,328,630	17,374	382	22
Etiopía	83,099	3,201	381	119
Afganistán	27,145	1,314	338	257
Bangladesh	158,665	3,998	244	61
Uganda	30,884	1,445	188	130
Tanzania	40,454	1,600	186	116

Fuente: UNICEF (2008), Estado mundial de la infancia 2009.

Cuadro 2: Países con las tasas más elevadas de mortalidad entre menores de cinco años (2007)

País (en miles)	Población total nacimientos 2007	Nº anual de de menores de (en miles) 2007	Nº anual de muertes mortality rate 5 años en 2007 (en miles)	Tasa mortalidad niños menores de 5 años en 2007 (por cada 1.000 vivos)
Sierra Leona	5,866	268	70	262
Afganistán	27,145	1,314	338	257
Chad	10,781	492	103	209
Guinea Ecuatorial	507	20	4	206
Guinea-Bissau	1,695	84	17	198
Mali	12,337	595	117	196
Burkina Faso	14,784	654	125	191
Nigeria	148,093	5,959	1,126	189
Ruanda	9,725	435	79	181
Burundi	8,508	399	72	180

Fuente: UNICEF (2008), Estado mundial de la infancia 2009.

entre los y las menores de cinco años mejoraron para el quintil más rico en un 14 % entre 1994 y 1999, mientras que las tasas en el quintil más pobre en realidad mostraron un deterioro de alrededor del 21 %. La evidencia aquí presentada demuestra con mucha fuerza que tenemos que prestar una atención mucho mayor a las necesidades de los niños y niñas más pobres y marginados, y a la reducción de las disparidades entre ricos/as y

pobres. Demuestra, asimismo, que el ODM 4 sería alcanzado con mayor rapidez si pudiéramos lograr mayores avances en la reducción de la mortalidad entre los niños y niñas de las comunidades más pobres (ver el Anexo 2).

CÓMO Y POR QUÉ ESTÁN MURIENDO NIÑOS Y NIÑAS

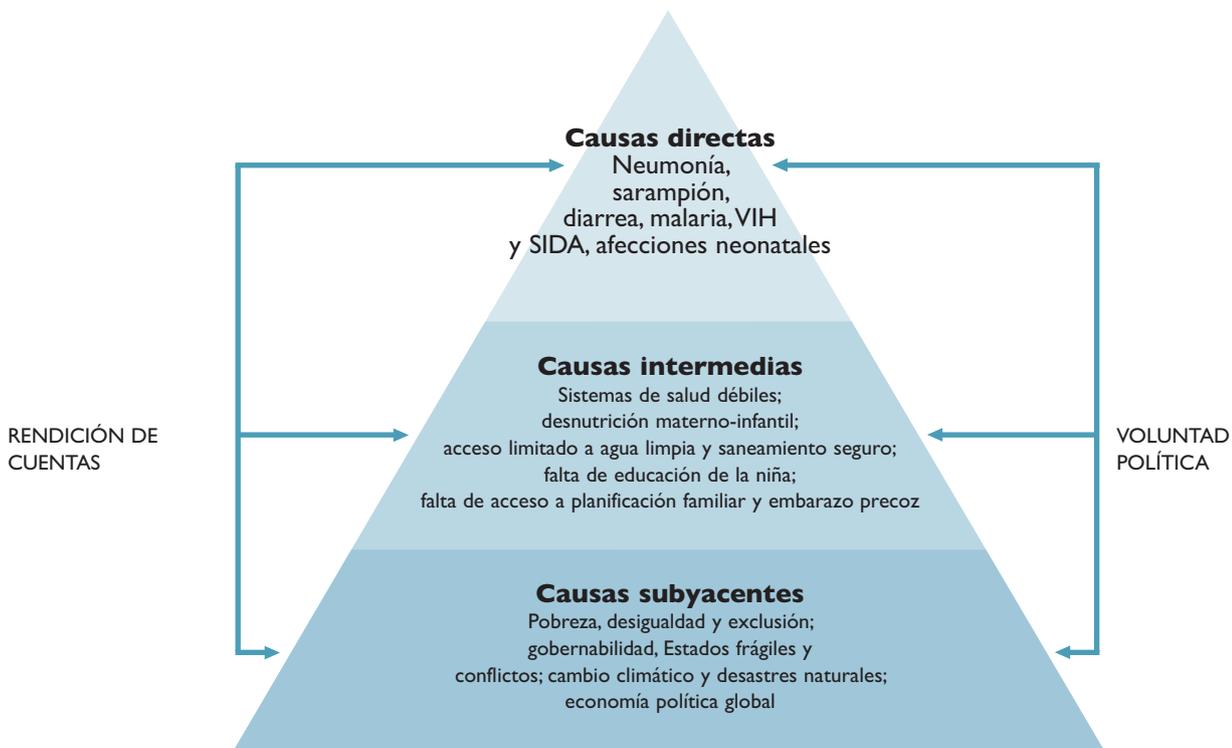
Los altos niveles de mortalidad infantil tienen su explicación a tres niveles independientes pero relacionados: 1. causas directas, 2. causas intermedias y 3. causas subyacentes de fallecimiento..

CAUSAS DIRECTAS DE FALLECIMIENTO

Un pequeño número de enfermedades y afecciones ocasiona más del 90 % de las muertes de menores

de cinco años. Éstas son: la neumonía, el sarampión, la diarrea, la malaria, el VIH y el SIDA, así como una serie de afecciones neonatales que se producen durante la gestación y tanto durante como inmediatamente después del parto.⁴⁰ Infecciones severas (como la sepsis, la neumonía, el tétano y la diarrea), la asfixia y los nacimientos prematuros son responsables del 86 % de las muertes de recién nacidos/as.⁴¹ En casi todos los casos, las enfermedades y afecciones de salud que están costando la vida de tantos niños y niñas son

Figura 1: La muerte de niños y niñas se puede explicar a tres niveles



prevenibles y tratables.⁴²

La neumonía y la diarrea – juntas, responsables de 3.5 millones de muertes infantiles al año – son las mayores asesinas de niños y niñas menores de cinco años fuera del período neonatal.⁴³ Un millón de bebés adicionales fallece de infecciones graves, entre ellas neumonía, durante el período neonatal.⁴⁴ Esto, a pesar de que la mayoría de las infecciones puede ser prevenida o tratada con antibióticos, y que las técnicas de rehidratación oral, de bajo costo y fácil administración, pueden acelerar la recuperación de la diarrea. La incidencia tanto de neumonía como de diarrea podría reducirse aún más si más bebés fuesen amamantados/as con leche materna y más niños y niñas fuesen vacunados.⁴⁵

La malaria, que es responsable del 18 % de las muertes de niños y niñas en el África subsahariana, podría reducirse considerablemente si todos los niños y niñas en países de alto riesgo durmieran bajo mosquiteros tratados con insecticida, y si los que se enfermaran fuesen tratados con celeridad y de manera apropiada.⁴⁶

Vacunar a todos los niños y niñas contra la difteria, la tos convulsiva y el tétano, la hepatitis B, la poliomielitis y el sarampión, es una medida que salva vidas. Vacunar a las mujeres embarazadas contra el tétano salva la vida tanto de las madres como de los recién nacidos/as. De hecho, los avances en supervivencia infantil durante la última década se deben en gran medida a la expansión de la inmunización, además de otras medidas preventivas.⁴⁷

La terapia con antirretrovirales podría reducir el riesgo de transmisión del virus del VIH de las madres a sus bebés – una intervención esencial si se considera que más del 90 % de las infecciones de VIH en lactantes es transmitido por la madre durante la gestación, el trabajo de parto, el alumbramiento en sí o la lactancia materna. La transmisión madre-hijo/a del VIH es actualmente responsable de cerca de 350,000 muertes de niños y niñas cada año.⁴⁸ La mayoría de los niños y niñas con VIH y SIDA fallece de neumonía o diarrea, y muchos de estos episodios pueden ser fácilmente tratados.

Entre las estrategias probadas para ejecutar

intervenciones salvadoras de vidas a favor de las mujeres embarazadas y los recién nacidos/as se encuentran la atención prenatal focalizada y la atención postnatal temprana. El riesgo de fallecimiento de los recién nacidos/as y las madres puede ser reducido aún más por una rápida derivación a una instalación de salud que cuente con el personal y el equipamiento adecuados si surgen complicaciones durante el trabajo de parto. Una asistencia experimentada durante el parto es esencial, así como lo es el inicio inmediato de la lactancia materna y la atención postnatal. Y sin embargo, a pesar de que estas intervenciones probadas podrían salvar millones de vidas de niños y niñas cada año, siguen siendo inexistentes o inaccesibles para millones de madres y sus hijos/as.

CAUSAS INTERMEDIAS

Adicionalmente a las causas directas de fallecimiento infantil, hay una serie de factores intermedios que tienen injerencia en las posibilidades de supervivencia de la niñez. Se trata de:

- accesibilidad y calidad de los sistemas de salud básica
- prácticas nutricionales y de alimentación
- disponibilidad de agua limpia y saneamiento seguro
- educación de la niña
- acceso a, y uso de, métodos anticonceptivos, así como edad de la embarazada

Sistemas de salud débiles

Como mínimo, los sistemas de salud deben contar con el equipamiento, el personal y la organización necesarios para ejecutar intervenciones probadas con eficiencia y equidad a favor de las madres, los recién nacidos/as y los niños/as que las requieran, especialmente en las comunidades más pobres y marginadas. Dichos sistemas tienen que operar a todo lo largo de lo que se denomina el “continuo de la atención”. Hay dos dimensiones inherentes a este concepto – tiempo y lugar. Es necesario brindar servicios a las mujeres en edad reproductiva, a todo lo largo del embarazo y durante el parto, así como en los primeros días y años de vida de un niño o una niña. Asimismo, debe haber una articulación

entre la atención provista en el hogar, a nivel local en el seno de la comunidad y en los hospitales y otros centros de salud.⁴⁹

Y, sin embargo, en muchos países y comunidades pobres simplemente no existen sistemas de salud fuertes – que operen a todo lo largo del continuo de la atención. Los centros de salud a menudo se encuentran muy alejados o la atención es muy cara. En muchos casos, aquellos que sí existen no cuentan con el personal adecuado y carecen de medicinas y equipos básicos. Por eso, las personas de bajos ingresos se resisten a invertir su valioso tiempo, esfuerzo y dinero en la búsqueda de una atención que posiblemente no esté a su alcance o es de muy mala calidad. Otras personas posiblemente no reconozcan los síntomas de enfermedades potencialmente serias o recurren a curanderos/as tradicionales o espiritistas. Las políticas y los sistemas de salud deberían, en la medida de lo posible, llevar la atención de salud a las comunidades y hogares donde ocurre la mayor parte de las muertes maternas e infantiles.

El costo de acceder a atención de salud es también un tema sumamente importante. Una serie de estudios ha demostrado que, cuando se introducen tarifas al usuario/a, la demanda de servicios de atención primaria de salud por parte de la gente pobre retrocede, mientras que, cuando se eliminan dichas tarifas, aumenta dramáticamente.⁵⁰ Pero la problemática de los costos va más allá de las tarifas al usuario/a. En la mayoría de los casos, otros costos – tales como transporte, medicamentos, pagos informales a trabajadores/as de salud, alojamiento, alimentación y el costo-oportunidad de no trabajar mientras se recurre a atención médica – superan los costos directos. Si bien existen diferentes opiniones respecto de cuál es la forma más apropiada de financiar la atención de salud, en el 2009 el grupo de los ocho países más desarrollados del mundo (G8) respaldó explícitamente un consenso global en el sentido que la atención de la salud materno-infantil debería ser “gratuita en el punto de uso ahí donde los países

decidan proporcionarla”.⁵¹

La falta de trabajadores/as de salud capacitados y con el equipamiento necesario en muchos países pobres constituye un obstáculo de envergadura para la prestación de servicios de salud eficientes para madres e hijos/as. Esta situación se ve exacerbada por una distribución poco equitativa de los trabajadores/as de salud que sí existen al interior de los países pobres. Los puestos en lugares difíciles no son muy cotizados, y esto da lugar a una aguda escasez de trabajadores/as de salud en las zonas urbanas inseguras y las áreas rurales alejadas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que el déficit de trabajadores/as de salud a nivel mundial es de más de cuatro millones – 1.5 millones de ellos solo en África.⁵² A nivel mundial se ha identificado que 57 países adolecen de “escasez crítica” de personal de salud – 36 de ellos en África.⁵³ Este problema se ve exacerbado en algunos casos por la tendencia del personal de salud a migrar al extranjero para trabajar en Europa, Norteamérica y Australia, en ocasiones alentado por los gobiernos de estos prósperos países.

Las instituciones donantes también han contribuido al debilitamiento de los sistemas nacionales de salud en muchos casos. A nivel global, el panorama del sector salud está plagado de una confusa proliferación de fondos e iniciativas, muchos de ellos enfocados en intervenciones para combatir enfermedades específicas. Si bien es cierto que algunas de estas iniciativas “verticales” han elevado con éxito los índices de cobertura en el caso del tratamiento preventivo y curativo de enfermedades puntuales, a menudo han tenido consecuencias adversas para el desarrollo de sistemas de salud eficaces y equitativos a nivel nacional y de la comunidad. Existen más de 40 donantes bilaterales y 90 iniciativas globales vinculadas al sector salud. Éstas compiten entre sí por atención y recursos nacionales escasos, en especial recursos humanos. Distorsionan las prioridades nacionales, aumentan los costos de transacción y fomentan soluciones desarticuladas de los problemas de prestación de servicios⁵⁴.

*Existen tres indicadores para medir la desnutrición infantil: 1. los niños y niñas crónicamente desnutridos o de crecimiento atrofiado son muy bajos para su edad; 2. los niños y niñas severamente desnutridos o demacrados son muy delgados (su peso es demasiado bajo para su talla); y 3. los niños y niñas cuyo peso es demasiado bajo para su edad podrían sufrir de desnutrición crónica y/o aguda. Los tres indicadores mencionados varían en grado de severidad y pueden ser clasificados como leves, moderados o severos. La desnutrición también tiene un lado oculto: la deficiencia de micronutrientes afecta a miles de millones de personas alrededor del mundo, estimándose que la tercera parte de los niños y niñas de los países en desarrollo adolece de deficiencia de vitamina A, por ejemplo.

La calidad de los sistemas nacionales de salud y su capacidad para ejecutar intervenciones centrales se ven asimismo severamente restringidas por la falta general de recursos. Los y las jefes de Estado africanos se comprometieron en el 2001 a asignar como mínimo el 15 % de sus presupuestos nacionales al sector salud.⁵⁵ Pero muy pocos/as están haciendo honor a su promesa. Kenia destina el 9.7 % de su presupuesto nacional a salud, Etiopía el nueve %, Sierra Leona el 7.8 %, Angola el cinco %, Ghana el 4.4 %, Eritrea el 4.2 %, Nigeria el 3.5 % y Burundi apenas el 2.4 %.⁵⁶ Las instituciones donantes tampoco están cumpliendo sus promesas. Los países del G8 están muy lejos de honrar las promesas que hicieron en el 2005 de incrementar la asistencia, las mismas que han reiterado repetidamente en las cumbres del G8 subsiguientes. Niños y niñas pobres de países pobres están muriendo porque los gobiernos de los países en desarrollo y los países donantes están incumpliendo sus promesas.

Desnutrición materno-infantil

La muerte de 3.2 millones de niños y niñas cada año – cerca de un tercio de todos los niños y niñas que fallecen antes de cumplir los cinco años de edad – está asociada a la desnutrición. El daño puede empezar cuando el niño/a todavía se encuentra en el vientre materno, un efecto indirecto de la deficiente ingesta nutricional de la madre. A nivel mundial, cada año vienen al mundo 18 millones de bebés con bajo peso al nacer, ya sea porque son prematuros/as o por la deficiente ingesta nutricional de la madre durante la gestación. Asia Meridional presenta la incidencia más elevada de bajo peso al nacer – la cuarta parte de los recién nacidos/as pesa menos de 2.5 kilos – así como la prevalencia más alta de niños y niñas con peso bajo en general.⁵⁷ Las probabilidades de que un niño o una niña con un peso severamente inferior al promedio fallezca son 10 veces más altas que las de un niño/a con el peso promedio para su edad, e incluso más de dos y medio veces más altas si el niño o la niña presenta un peso moderadamente bajo.⁵⁸

La ausencia de ciertos micronutrientes clave en la dieta también puede afectar la salud materna, neonatal e infantil y exacerbar el riesgo de mortalidad materno-infantil. Por ejemplo, el 42 %

de las mujeres embarazadas sufre de anemia a nivel mundial – desde el 24 % en el continente americano hasta el 57 % en África – aumentando el riesgo de nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, hemorragia y sepsis.⁵⁹

La desnutrición debilita el sistema inmunológico del niño/a, tornándolo más susceptible a la enfermedad y mermando sus defensas contra la infección. Un período especialmente crítico para el desarrollo cognitivo y físico del niño/a es aquel comprendido entre las primeras semanas en el vientre materno y el segundo año de vida. Si un niño o una niña adolece de desnutrición crónica o atrofia durante dicho período, los efectos serán irreversibles.

Uno de los mejores medios para garantizar la supervivencia de un niño o una niña, fortalecer su sistema inmunológico y fomentar su crecimiento saludable es la lactancia materna. Los y las lactantes que son amamantados en forma exclusiva durante sus primeros seis meses de vida son 10 veces menos propensos a morir de diarrea, y 15 veces menos propensos a fallecer de neumonía, frente a aquellos/as que no son amamantados.⁶⁰ Pero muchas mujeres desconocen los beneficios de la lactancia materna exclusiva y pueden introducir otros alimentos líquidos y sólidos que no son necesarios durante los primeros seis meses de vida. Otras madres tienen que hacer frente a exigencias rivalizantes de trabajo y labores domésticas – tales como recolectar agua y preparar la comida – lo cual reduce tanto la frecuencia como la duración de la lactancia. Los y las bebés a menudo permanecen al cuidado de hermanos y hermanas o una abuela y son amamantados solo parcialmente. Cuando un niño/a recibe alimentos distintos a la leche materna durante sus primeros seis meses de vida, el riesgo de muerte se triplica.⁶¹ La evidencia indica asimismo que las prácticas de lactancia materna que no cumplen con los estándares internacionales recomendados (en relación con la duración y la frecuencia de la lactancia y la introducción de otros alimentos) son responsables de 1.4 millones de muertes de niños y niñas cada año.⁶²

Las presiones de los fabricantes de sucedáneos de la leche materna pueden desalentar la lactancia materna y exacerbar el riesgo de mortalidad infantil. En muchas regiones del mundo en desarrollo, las condiciones generales de preparación de la leche

LA CRISIS DEL PRECIO DE LOS ALIMENTOS

Los altos precios de los alimentos están teniendo un grave impacto en las poblaciones más pobres del mundo, entre ellas los niños y niñas pobres. Los precios de los alimentos llegaron a su nivel más alto entre el 2005 y el 2008. Aunque entre tanto han vuelto a bajar a nivel mundial, se espera que se mantengan en promedio entre 35 y 60 % más altos que durante la década pasada.⁶⁴

En abril del 2009, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) realizó un estudio sobre los precios de los alimentos a nivel nacional en 58 países en desarrollo. Descubrió que los precios de los alimentos se mantenían altos y en algunos casos habían llegado a niveles sin precedentes. En el 80 % de los países estudiados, los precios de los alimentos se encontraban a un nivel más alto que el año anterior, y en cerca del 40 % de los países los precios habían subido desde enero del 2009.⁶⁵ Asimismo, una serie de factores de más largo plazo empujará los precios de los alimentos hacia arriba en los próximos años, entre ellos el cambio climático y su impacto en la producción agrícola, la

escasez de agua, el creciente costo de la energía, la competencia en pos de la tierra y la demanda cada vez mayor de alimentos a raíz del crecimiento demográfico mundial. Por ejemplo, el Banco Mundial estima que, para el 2030, la demanda de alimentos en todo el mundo habrá crecido en un 50%.⁶⁶

¿Qué significa todo esto para la niñez? Significa que las familias rurales pobres en países con niveles de desnutrición altos se ven forzadas a gastar al menos la mitad y en ocasiones hasta el 80 % de su ingreso en comida, dependiendo de la estación. Incluso las fluctuaciones muy pequeñas en los precios de los alimentos pueden tener por lo tanto un severo impacto. Partiendo de las estadísticas del Banco Mundial, Save the Children estima que, solo en el 2008, 4.3 millones de niños y niñas adicionales (y potencialmente nada menos que 10.4 millones adicionales), como mínimo, podrían haber caído en la desnutrición en los países en desarrollo a consecuencia del incremento global del precio de los alimentos.⁶⁷

son antihigiénicas, o bien las madres se ven forzadas a utilizar agua contaminada y por lo tanto poco segura para preparar la fórmula infantil. Más aún, el/la bebé es privado de la inmunidad que se transmite a través de la leche materna. Existe un código de conducta internacional para empresas, el mismo que contiene directrices para la promoción de la fórmula infantil, pero no siempre se cumple.⁶³

A pesar de su importancia para vencer la mortalidad neonatal e infantil, la nutrición materno-infantil es un área que ha sido descuidada por muchos gobiernos de países en desarrollo y donantes internacionales. Esta situación está empezando a cambiar, en cierta medida a consecuencia de la crisis del precio de los alimentos, entre otros factores. Actualmente la atención internacional a la seguridad alimentaria y la agricultura es mucho mayor. Es necesario articular medidas para impulsar la producción agrícola en los países más pobres con medidas para garantizar que los sectores más pobres puedan comprar o producir los alimentos que necesitan. Las transferencias

en efectivo y los programas de protección social tienen un importante papel que cumplir en este sentido.

Al igual que el sector salud, el sistema internacional para lidiar con los problemas de nutrición se encuentra altamente fragmentado. Se requieren medidas para asegurar una mejor coordinación de las diversas iniciativas internacionales de nutrición y seguridad alimentaria.

Acceso limitado a agua limpia y saneamiento seguro

La OMS estima que el 28 % de las muertes de menores de cinco años está vinculado a la falta de saneamiento y al consumo de agua insegura.⁶⁸ Muchas de estas muertes están asociadas a la diarrea, que se propaga rápidamente en entornos antihigiénicos o en lugares donde las prácticas de higiene son deficientes. La falta de agua limpia y saneamiento seguro incrementa asimismo la

* J Bernard (2008) Impact of prices on households' livelihoods in Burkina Faso, unpublished research, Save the Children UK

incidencia de enfermedades respiratorias agudas, otra importante causa de mortalidad infantil.

Los niños y niñas de estratos sociales bajos tienden a tener un acceso limitado al agua limpia y a servicios higiénicos seguros. En los sectores prósperos de las ciudades de Asia, América Latina y el África al sur del Sahara, muchas familias poseen inodoros y agua potable con conexión domiciliaria, la misma que es transportada por cañerías a sus hogares a precios reducidos por las empresas públicas. Sin embargo, los pobladores/as de los asentamientos urbano-marginales y las familias rurales pobres de esos mismos países probablemente carezcan de instalaciones higiénicas y tengan acceso a una cantidad de agua muy inferior a los 20 litros diarios que necesita cada persona.⁶⁹ De hecho, la mayoría de los 1,100 millones de personas categorizadas como carentes de acceso a agua limpia solo utilizan unos cinco litros al día. Las mujeres y las niñas soportan una doble carga, ya que desaprovechan la educación y otras oportunidades debido a que tienen que pasar varias horas al día recolectando agua.

Aunque ha habido un progreso considerable en lo que respecta a la oferta de agua limpia, la inversión en saneamiento seguro y los avances hacia las metas internacionales de saneamiento siguen presentando un preocupante retraso. En el 2006, 2,500 millones de personas seguían careciendo de acceso a saneamiento seguro. Si nos guiamos por las tendencias actuales, el ODM 7 referido a la oferta de saneamiento seguro no será alcanzado en el África subsahariana hasta el siglo⁷⁰

Déficit de educación de la niña

Además de tener un efecto desastroso para la educación de la niña, la incapacidad de la misma para acceder a escolaridad de buena calidad tiene al mismo tiempo un impacto negativo severo en la supervivencia de la madre, el niño y el recién nacido.

Los resultados de 35 encuestas nacionales demográficas y de salud (EDS) sugieren que los hijos e hijas de madres sin educación formal tienen el doble de probabilidades de fallecer o sufrir de desnutrición que los hijos e hijas de madres que cuentan con educación secundaria o superior.⁷¹ Asimismo, las madres con alfabetización limitada y niveles bajos de educación son mucho menos

propensas a recibir asistencia experimentada durante la gestación y el parto. En Nigeria, por ejemplo, únicamente el 15 % de los alumbramientos entre mujeres que carecen de educación es asistido por personal médico capacitado, frente al 56 % de los partos entre mujeres que tienen educación primaria completa, y el 88 % entre mujeres que cuentan con educación superior.⁷²

En términos más generales, hay varias formas en que las oportunidades educacionales restringidas de la niña tienen un impacto negativo, tanto en su propia salud como en la de sus futuros hijos e hijas. Éstas incluyen: no poder leer información acerca de buenas prácticas de salud, falta de confianza en sí mismas y de autoridad para tomar decisiones e incapacidad para negociar con la burocracia estatal respecto de los servicios a los que tienen derecho.

Acceso limitado a planificación familiar y embarazo prematuro

Existe una relación muy fuerte entre los niveles altos de mortalidad neonatal e infantil y la incapacidad de las madres y sus parejas para obtener y utilizar anticonceptivos modernos. Los niños y niñas que nacen menos de dos años después que sus hermanos/as inmediatamente anteriores tienen el doble de probabilidades de fallecer que los niños y niñas que nacen al cabo de tres años.⁷³ El uso efectivo de anticonceptivos puede ayudar a las madres a controlar su fertilidad y espaciar sus embarazos de forma tal que repercuta en beneficio de su salud y la de sus bebés. Si bien es cierto que el acceso a anticonceptivos registra un incremento en las últimas décadas, millones de mujeres que aseguran querer retrasar sus embarazos no están utilizando anticonceptivos modernos. Mientras que a nivel mundial el uso de anticonceptivos modernos es del 55% en el África subsahariana es del 16% en promedio, y 17 países de esa región reportan una tasa de uso inferior al 10%.⁷⁴

Las tasas de mortalidad neonatal, infantil y materna se ven afectadas asimismo por la edad de la madre. Las estadísticas más recientes de las Naciones Unidas sugieren que el embarazo a temprana edad contribuye a cerca de 70,000 muertes maternas entre las niñas de 15 a 19 años de edad cada año, y que el riesgo de que un/a bebé fallezca durante su

primer año de vida es 60% mayor cuando la madre es menor de 18 años.⁷⁵ El matrimonio precoz – generalmente de una niña con un hombre mayor – da lugar a un alto número de embarazos adolescentes y pone en grave riesgo la vida de dichas jóvenes madres y sus hijos e hijas.

CAUSAS SUBYACENTES

Detrás de las causas directas de mortalidad neonatal e infantil, y de los factores intermedios que exacerbaban el riesgo de que un niño o una niña fallezca prematuramente, existe una variedad de causas subyacentes.

Pobreza, desigualdad y exclusión

Son los niños y niñas más pobres de las comunidades más pobres de los países más pobres quienes se encuentran en mayor riesgo de morir antes de su quinto cumpleaños. Su pobreza refleja la falta de oportunidades de sustento o la falta de bienes de sus padres y madres, o la mayor vulnerabilidad de sus hogares a los golpes económicos y medioambientales.

La pobreza puede ser causada o exacerbada por la desigualdad y la exclusión. En muchos países – entre ellos Brasil, Nigeria e India – las tasas de mortalidad infantil en el 20% de los hogares más pobres pueden duplicar o triplicar las del 20% de los más ricos (ver el Anexo 1). En el Perú, la tasa es cinco veces más alta.⁷⁶ En algunos países – por ejemplo, Costa de Marfil y Senegal – las tasas de mortalidad infantil están empeorando en los hogares más pobres, al mismo tiempo que mejoran en los hogares más prósperos (ver el Anexo 2). Desigualdad no solo se refiere a disparidades en el ingreso. La discriminación por razones de género, casta, etnicidad y religión puede generar también un incremento de las tasas de mortalidad entre los niños/as y los recién nacidos/as. En muchos países, la falta de poder relativa de las mujeres y las niñas les impide acceder a servicios sin el consentimiento de sus esposos o parientes varones. Luchar por los derechos de la mujer y la niña y fortalecer su posición, poder y oportunidades es clave para lograr avances en el área de supervivencia materna, neonatal e infantil.

Gobernabilidad, Estados frágiles y

conflictos

La naturaleza y la calidad de la gobernabilidad pueden tener un impacto significativo en las posibilidades de supervivencia de los recién nacidos/as y los niños y niñas, así como en las de sus madres. Los Estados con gobiernos deficientes o corruptos, o los países con sistemas de administración pública muy débiles, tienden a tener menor capacidad o disposición para proporcionar servicios de salud y otros servicios a sus poblaciones.⁷⁷ Estas tendencias son aún más pronunciadas en Estados que se encuentran afectados por conflictos. Ocho de los países con las tasas más elevadas de mortalidad en menores de cinco años han pasado hace poco por conflictos armados o situaciones de violencia e inseguridad⁷⁸ política. Por ejemplo, en Sierra Leona, país que aún se recupera de una década de guerra civil, la tasa de mortalidad entre los/las menores de cinco años es de 262 de cada 1,000 nacidos/as vivos. En Afganistán, es de 257 de cada 1,000 y en Chad, de 209 de cada 1,000.

Cambio climático y desastres naturales

Los desastres relacionados con el clima ya afectan a 250 millones de personas – cerca de la mitad de ellas niños y niñas – en un año típico.⁷⁹ En los próximos 20 años, se estima que el cambio climático y otros factores darán lugar a un aumento de más de 300 % en el número de personas afectadas por desastres.⁸⁰ El cambio climático ya está afectando seriamente la salud de la infancia así como su acceso a alimentos y agua. Asimismo, está incrementando la distribución, frecuencia y severidad de los desastres, los mismos que tienen un impacto desproporcionado en la niñez.⁸¹ Algunas de las principales enfermedades causantes de la muerte de niños y niñas – entre ellas la malaria y la diarrea – son altamente sensibles a condiciones climáticas tales como las inundaciones y el aumento de las temperaturas. La malaria ya es responsable de causar la muerte de 800,000 niños y niñas menores de cinco años cada año.⁸² El aumento de las temperaturas expandirá la cobertura geográfica y la estacionalidad de la enfermedad.⁸³ En algunas áreas donde las temperaturas eran antes lo suficientemente bajas como para mantener a raya la malaria – por ejemplo, en las zonas altas de Kenia –

la temperatura promedio ha subido a un nivel que exagera el riesgo de transmisión.⁸⁴ En todas partes, entre 260 y 320 millones de personas adicionales se verán afectadas por la malaria antes del 2080, dado que se habrá propagado a nuevas regiones.⁸⁵

La mayoría de los casos de diarrea infantil se deben al saneamiento inadecuado, la falta de higiene y la inseguridad del agua para beber.⁸⁶ Acceder a agua limpia ya representa un desafío cotidiano para más de mil millones de personas alrededor del mundo.⁸⁷ Si las temperaturas suben dos grados centígrados a nivel mundial, entre mil y tres mil millones de personas adicionales experimentarán mayores dificultades en relación con el agua. Y esto, a su vez, contribuirá a una mayor incidencia de diarrea y enfermedades que se transmiten a través del agua.⁸⁸ El cambio climático también tiene implicaciones sumamente preocupantes para la disponibilidad de alimentos y la nutrición.⁸⁹ Para el 2020, la producción agrícola en algunas regiones de África podría decaer en no menos del 50 %, ⁹⁰ y en las regiones tropicales y subtropicales las cosechas de arroz y maíz podrían disminuir hasta en un 40%.⁹¹ Las consecuencias de ello serán que muchos países en desarrollo incrementarán aún más su dependencia de la importación de alimentos y su vulnerabilidad a las fluctuaciones de los mercados internacionales, generando un aumento de la inseguridad alimentaria para los niños y niñas más pobres y sus familias⁹²

Economía política global

Las posibilidades de supervivencia de los niños y niñas se ven afectadas por la evolución de la economía mundial, entre otras cosas por los términos internacionales del comercio, la inestabilidad financiera global y la ralentización de la economía, así como los costos de los alimentos y combustibles. El Banco Mundial estima que las muertes de niños y niñas podrían acusar un incremento de 200,000 a 400,000 al año entre el 2009 y el 2015 a consecuencia de la crisis financiera y económica global.⁹³

El presente informe ofrece amplia evidencia de que las muertes de niños y niñas no constituyen acontecimientos azarosos, que están fuera de nuestro control. En gran medida, son el resultado de decisiones políticas y de políticas públicas adoptadas por los gobiernos. Asimismo, influyen en ellas factores culturales, económicos, medioambientales,

políticos y sociales que los gobiernos y otros actores podrían ayudar a forjar o mitigar. Si bien es cierto que los países en desarrollo con altas tasas o niveles de mortalidad neonatal e infantil deberían elaborar y liderar sus propias estrategias para el abordaje de este problema, las causas subyacentes de mortalidad apuntan a la particular responsabilidad de los países más ricos del mundo. Estos países deberían usar sus ingentes recursos, conocimientos y otros instrumentos de políticas más efectivamente para garantizar la provisión de atención primaria de salud, nutrición y otros servicios relacionados con el fin de prevenir la muerte de niños y niñas.

Además, los países ricos deben modificar las políticas que afectan las posibilidades de desarrollo de los países más pobres. Por ejemplo, deben poner fin a los subsidios masivos de productos agrícolas destinados al comercio, que distorsionan los mercados de alimentos a nivel internacional. Deben dejar de contratar trabajadores/as de salud de los países en desarrollo por medio de activas políticas de reclutamiento y abandonar los modelos de reforma económica perjudiciales, que desalientan la inversión en sectores sociales como salud, saneamiento y educación. Igualmente, deben reducir las emisiones de carbono a gran escala, que aceleran el cambio climático.

VOLUNTAD POLÍTICA Y RENDICIÓN DE CUENTAS

Hay otros dos factores importantes que afectan las tasas de mortalidad infantil. Se trata de voluntad política y rendición de cuentas. Si no se están llevando a cabo intervenciones probadas, si no se dispone de agua limpia y saneamiento seguro, si las niñas carecen de acceso a educación y si ciertas comunidades son discriminadas y objeto de prejuicios, esto se debe en gran medida a que aquellos/as que tienen influencia y poder carecen de la voluntad para combatir estas inequidades y no consideran que tienen que rendir cuentas por la generación de mejores resultados de salud y nutrición a favor de las madres pobres y sus hijos/as. La sociedad civil tiene un papel fundamental que jugar, en el sentido de movilizar la voluntad política necesaria y obligar a los gobiernos y otras entidades a responder por sus acciones. La campaña de Save the Children ha sido diseñada para ayudar a generar este resultado.

SUPERVIVENCIA INFANTIL – BREVE HISTORIAL

La mortalidad infantil no es un problema nuevo. Durante más de un siglo, gobiernos, fundaciones privadas, profesionales de la salud y otras instituciones y personas han intentado reducir el número de muertes infantiles y neonatales. De hecho, la importante reducción de muertes infantiles en numerosas regiones del mundo – especialmente en los países actualmente desarrollados – durante el referido período es una de las grandes historias de éxito de la salud pública internacional. A principios del siglo XX, muchos de estos países tenían niveles de mortalidad infantil incluso peores que las de los países más pobres hoy. Por ejemplo, en 1900 la tasa de mortalidad infantil en el Reino Unido era de 140 de cada 1,000 nacidos/as vivos y, en Estados Unidos, de 100. Estas mismas cifras son actualmente de cinco y siete, respectivamente.⁹⁴

¿Cómo redujeron sus índices de mortalidad infantil dichos países? Invirtieron en atención de salud, saneamiento y abastecimiento de agua limpia. La mejora de los ingresos permitió mejorar la dieta de los hogares, y la oferta de educación universal y el mayor acceso a planificación familiar redujeron el tamaño de la familia al tiempo que mejoraron los niveles de salud familiar.

En décadas más recientes, la atención internacional a este tema se ha centrado en los países en desarrollo, precisamente porque las tasas de mortalidad infantil siguen siendo altas en muchos de ellos. En 1978 se llevó a cabo en Alma-Ata una conferencia internacional que marcó un antes y un después, congregando a representantes de 134 naciones y 67 organizaciones no gubernamentales (ONG), además de organismos de las Naciones Unidas primordiales. Esta reunión, la primera en su especie, apuntó a desarrollar un consenso

internacional más robusto en torno a la importancia de la atención primaria de salud, con base en la experiencia de países como Nigeria, India, Guatemala, Cuba, Indonesia y China.⁹⁵ La Declaración de Alma-Ata subrayó la importancia de la equidad, la intervención y la participación de la comunidad, un enfoque de salud plenamente integral, el uso de tecnología apropiada, la accesibilidad y la educación en salud.

Aunque gran parte del enfoque de Alma-Ata fue adelantado e innovador para su época, la adopción y plena aplicación de estos principios se vio frustrada en muchos países pobres por el contexto económico más amplio. En grandes regiones del mundo en desarrollo – en especial de América Latina y el África subsahariana – la década de 1980 fue una década perdida en términos de desarrollo. Fue un período marcado por la crisis financiera y el endeudamiento, el ajuste estructural y crecientes niveles de pobreza.

Sin embargo, pese al contexto poco auspicioso, algunos elementos del enfoque de Alma-Ata fueron llevados adelante por UNICEF, en el contexto de la “revolución por la supervivencia y el desarrollo de la infancia”. Esta iniciativa fue hija del ingenio del nuevo Director Ejecutivo de UNICEF, Jim Grant. Bajo su carismático liderazgo, UNICEF introdujo y promovió cuatro intervenciones de bajo costo, conocidas colectivamente como GOBI (por sus siglas en inglés): control del crecimiento y promoción de una mejor alimentación; técnicas de rehidratación oral para tratar la diarrea en la infancia; lactancia materna para garantizar una nutrición adecuada de los niños y niñas pequeños; e inmunización como protección contra seis enfermedades infantiles mortales. En una etapa posterior se añadieron tres intervenciones

adicionales: suplementos alimenticios, espaciamiento entre embarazos mediante apoyo a la planificación familiar, y educación de la mujer y la niña. El paquete general fue rebautizado como GOBI-FFF.⁹⁶

El mencionado paquete de intervenciones fue altamente exitoso, movilizándolo a gobiernos nacionales e instituciones donantes internacionales a la acción y produciendo un notable descenso en los niveles de mortalidad infantil. Al inicio de la década, un estimado de 15 millones de niños y niñas seguía muriendo antes de su quinto cumpleaños. A principios de la década de 1990, dicha cifra había descendido a cerca de 12 millones.⁹⁷

No obstante, el éxito de dicho enfoque no solo se debió a las intervenciones técnicas propiamente dichas. Lo más impresionante de la iniciativa, y del liderazgo de Jim Grant en ella, fue la forma en que se las arreglaron para movilizar y entusiasmar a tantos gobiernos y comunidades. La visión fue plasmada de una manera clara a la vez que convincente, y se llevó a cabo paralelamente a otras medidas prácticas – pasos concretos en función de los cuales los avances pudieran ser medidos y evaluados; por ejemplo: incremento de la cobertura de inmunización o uso de técnicas de rehidratación oral para el tratamiento de la diarrea.

A todo lo largo de la campaña se apeló a los buenos instintos del público y de la clase política. En el caso de ésta última, la reducción de la mortalidad infantil se presentó como una medida fácilmente realizable a un costo reducido, que generaría resultados concretos y mensurables en un corto período de tiempo y cuya autoría podrían atribuirse. Como solía decir Jim Grant, *“la buena salud es buena política”*.

Hay lecciones más amplias que aprender de esta primera revolución por la supervivencia y el desarrollo de la infancia. ¿Por qué no se mantuvo el impulso? ¿Qué resultados no se lograron? ¿Por qué se necesita una segunda revolución ahora? ¿Y en qué aspectos debería diferir de la primera?

LECCIONES PARA UNA SEGUNDA REVOLUCIÓN

Muchos elementos de la primera revolución por la supervivencia infantil siguen siendo altamente pertinentes para la situación actual. Necesitamos reavivar ese sentido de idealismo, generar y sostener un liderazgo político a todo nivel y articular todo esto con una agenda de políticas públicas concreta y viable. Nuestra misión colectiva es poner la supervivencia infantil en el centro de la atención una vez más.

Sin embargo, el desafío hoy es más difícil de remontar porque, en muchos lugares, ya se hizo “el trabajo fácil” – los niveles de inmunización son más altos, el uso de sales de rehidratación oral es ahora generalizado en algunos países y muchas familias están teniendo menos hijos/as y más espaciados. Adicionalmente, muchos de los recién nacidos/as y los niños y niñas que están falleciendo actualmente viven en entornos mucho más difíciles y son mucho más difíciles de acceder. Como lo puso UNICEF en el Estado mundial de la infancia 2008: “la mayoría de los esfuerzos [para reducir la mortalidad de los recién nacidos/as y los niños y niñas] deben centrarse en las situaciones y circunstancias más difíciles: en los países de escasos recursos, en los distritos y comunidades más empobrecidas, aisladas y marginadas [sic] y en los países asolados por el SIDA y los conflictos armados. También se deben centrar en los países con una deficiente gestión de los asuntos públicos y una subinversión crónica en infraestructura física y en sistemas de salud pública.”⁹⁸ Para lograr avanzar se requerirán nuevas respuestas innovadoras en términos de políticas públicas, del tipo de las que se mencionan en el Capítulo 7 de este informe.

Aunque la primera revolución por la supervivencia infantil logró buenos resultados en términos de reducir la mortalidad entre los niños y niñas ligeramente mayores, fue menos exitosa en reducir la mortalidad materna y neonatal. Se estima que siguen muriendo unas 500,000 mujeres cada año de

complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. La mortalidad entre los recién nacidos/as ha disminuido en las últimas décadas, pero a un ritmo más lento que la tasa de mortalidad entre los niños y niñas menores de cinco años. El resultado es que un porcentaje más alto (40 %) de muertes de niños y niñas actualmente ocurre durante el primer mes de vida.⁹⁹ Las medidas para promover la supervivencia infantil, materna y neonatal deben estar plenamente articuladas entre sí, con intervenciones a todo lo largo de un continuo de atención.

La próxima oleada concertada por la supervivencia infantil, materna y neonatal debe enfocarse no solamente en llegar a más madres y niños/as sino también en ayudar a desarrollar sistemas y estructuras con capacidad para producir mejoras sostenibles en sus vidas. Una crítica que puede hacerse a la primera revolución por la supervivencia infantil es que no prestó suficiente atención al logro de un cambio definitivo. La sostenibilidad debe ser un enfoque primordial de cualquier esfuerzo futuro. En términos de políticas públicas, esto significa cerciorarse de que: haya un número adecuado de trabajadores/as de salud ahí donde más se necesitan; los equipos y suministros se encuentren rutinariamente disponibles; y los costos recurrentes de los programas cuenten con el financiamiento adecuado. Asimismo, significa incidir en las causas estructurales más amplias de la elevada mortalidad materna, neonatal e infantil, por ejemplo, las condiciones económicas y medioambientales adversas.

Aunque los avances a nivel mundial en la reducción de la mortalidad neonatal e infantil desde inicios de la década de 1990 han sido menos impresionantes

que en la década de 1980, en la última década se han producido algunos desarrollos importantes, especialmente la generación de un consenso más claro a nivel científico y técnico respecto de las medidas que hay que tomar para reducir la mortalidad.

En general, la historia de la supervivencia infantil debería ser motivadora e inspiradora. La experiencia del último siglo – y de la primera revolución por la supervivencia y el desarrollo de la infancia en particular – demuestra lo que es posible lograr. Es mucho lo que podemos y debemos aprender de esta experiencia.

* These include the following Lancet specialist papers and series: Bellagio Child Survival Series (2003), Newborn Mortality (2005), Maternal Survival and Sexual Reproductive Health (2006), Broader Issues of Child Development in Developing Countries (2007), Health Systems and 'Women Deliver' (2009), and Maternal and Child Health and Nutrition (2008).

APRENDER DE EXPERIENCIAS EXITOSAS

El Cuadro 3 a continuación revela el nivel de avances que están haciendo los países que ostentan las peores tasas de mortalidad infantil. La mala noticia es que, de los 68 países en los cuales tiene lugar prácticamente la totalidad de las muertes neonatales e infantiles, 31 (el 46 %) están haciendo avances insuficientes en materia de mortalidad infantil, y 20 (el 29 %) ya sea no están haciendo ningún avance o tienen índices de mortalidad infantil que de hecho están empeorando. Sin embargo, afortunadamente 17 países (el 25 %) están en camino de alcanzar el ODM 4. Es importante destacar cómo y por qué ciertos países han logrado avances. Su experiencia demuestra lo que es posible hacer y sirve de ejemplo para otros.

HISTORIAS DE ÉXITO

Bangladesh – En camino a alcanzar el ODM 4, Bangladesh ha logrado avances tomando las siguientes medidas: ampliación de la cobertura de inmunización, especialmente en lo que se refiere a protección neonatal contra el tétano; provisión de suplementos de vitamina A y terapia de rehidratación oral; y apoyo a la planificación familiar. Se trata de un ejemplo singular de colaboración entre el gobierno y las ONG, especialmente el Comité para el Adelanto de las Zonas Rurales de Bangladesh (BRAC, por sus siglas en inglés), que ha contribuido llevando intervenciones de salud y nutrición vitales a algunas de las comunidades más pobres del país. Los esfuerzos de BRAC y otras instituciones han contribuido a garantizar que más niñas reciban educación, se incremente el uso de métodos modernos de planificación familiar y mejore el acceso a atención obstétrica de emergencia. Asimismo, Bangladesh ha introducido programas de reducción de la pobreza en numerosos distritos, con énfasis en actividades de generación de ingresos y la promoción de la independencia económica de la mujer, en especial entre los sectores más pobres de la población.¹⁰⁰ Tal como se desprende del Anexo 2, en los últimos

años Bangladesh ha logrado avances mucho más rápidos en mortalidad infantil entre su quintil de riqueza más pobre que el promedio de avances a nivel nacional. Pese a ello, sigue habiendo inequidades inaceptables en las tasas de mortalidad y la cobertura de intervenciones clave entre los grupos de ingreso más ricos y más pobres. Reducir dichas desigualdades ayudará a Bangladesh a alcanzar el ODM 4 con mayor rapidez.

Nepal – También en camino hacia la meta del ODM 4, Nepal tiene una historia notable. Pese a la conflictividad política generalizada y la extrema pobreza, la mortalidad entre los/las menores de cinco años ha descendido en un 50 % desde 1990. Entre 1996 y el 2006, la cobertura de inmunización y el tratamiento de la diarrea y la neumonía subieron a algo más del doble, el uso de anticonceptivos modernos aumentó del 26 % a más del 40% y la cobertura de vitamina A superó el 90%. Un entorno de políticas favorable – especialmente porque permite que trabajadores/as de salud ejecuten las intervenciones, y no solo doctores/as – y el fortalecimiento de los sistemas de salud, especialmente en lo que concierne a capacitación y logística, así como el apoyo sostenido de las instituciones donantes, fueron factores clave que garantizaron estos éxitos. Quizás lo más importante es que un contingente nacional de voluntarias de salud de la comunidad ha jugado un papel fundamental en la ejecución de intervenciones tales como el tratamiento de la neumonía, lo cual ha incrementado la demanda y creado un vínculo entre el sistema de salud formal y las comunidades locales.¹⁰¹ **Sri Lanka** ha logrado tantos avances en lo que se refiere a reducción de la mortalidad infantil durante las últimas cuatro décadas que no figura en el listado de Cuenta regresiva. Pero su experiencia sigue siendo relevante. Sri Lanka ha logrado niveles bajos de mortalidad infantil atacando los determinantes sociales de la mala salud y la enfermedad. El énfasis

en el empoderamiento y la alfabetización de la mujer ha tenido como resultado una población capacitada para reivindicar su derecho a servicios básicos. Una atención de salud de calidad, que se imparte gratuitamente en los puntos de uso, ha logrado que la mayoría de los alumbramientos tenga lugar en los centros de salud locales, atendidos por personal capacitado y con buenos controles para monitorear el desarrollo de los recién nacidos/as y prevenir las enfermedades. La inversión en capacitación y desarrollo del personal de salud ha jugado

asimismo un importante papel en los impresionantes resultados de Sri Lanka en materia de supervivencia infantil.¹⁰² En cuanto a desafíos actuales, está claro que se requieren medidas para reducir las disparidades en lo que se refiere a prestación de servicios y resultados de salud para la población cingalesa mayoritaria y la comunidad minoritaria tamil, entre otras cosas asistencia y protección para los niños y niñas desplazados por la violencia y el conflicto y sus familiares.

Tanzania no se encuentra todavía en camino de alcanzar el ODM 4, pero está logrando avances y empezando a ver cómo sus políticas públicas e

Cuadro 3: Avances hacia el ODM 4

ODM 4 (reducir en dos tercios, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad entre los niños y niñas menores de 5 años)						
País o Territorio	Tasa de mortalidad entre menores de 5 años		Meta del ODM al 2015	Tasa de reducción promedio anual (%)- TRPA		Avances hacia la meta del ODM
	1990	2007		Observada 1990-2007	Requerida 2007-2015	
Afganistán	260	257	87	0.1	12.1	Ningún avance
Angola	258	158	87	2.9	12.2	Insuficiente
Azerbaiyán	98	39	35	5.4	10.2	En camino
Bangladesh	151	61	50	5.3	3.6	En camino
Benín	184	123	62	2.4	9.7	Insuficiente
Bolivia	125	57	42	4.6	4.2	En camino
Botswana	57	40	19	2.1	20.7	Insuficiente
Brasil	58	22	19	5.7	0.6	En camino
Burkina Faso	206	191	69	0.4	12.1	Ningún avance
Burundi	189	180	63	0.3	11.7	Ningún avance
Camboya	119	91	39	1.6	8.3	Insuficiente
Camerún	139	148	46	-0.4	13	Ningún avance
República Centroafricana	171	172	58	0.0	12.3	Ningún avance
Chad	201	209	67	-0.2	12.6	Ningún avance
China	45	22	15	4.2	5.2	En camino
Congo	104	125	34	-1.1	14.5	Ningún avance
República Democrática de Congo	200	161	68	1.3	12.2	Insuficiente
Côte d'Ivoire	151	127	51	1.0	10.1	Insuficiente
Djibuti	175	127	58	1.9	8.9	Insuficiente
Egipto	93	36	30	5.6	1.6	En camino
Guinea Ecuatorial	170	206	57	-1.1	14.3	Ningún avance
Eritrea	147	70	49	4.4	4.6	En camino
Etiopía	204	119	68	3.2	6.6	Insuficiente
Gabón	92	91	31	0.1	12.1	Ningún avance
Gambia	153	109	51	2.0	8.8	Insuficiente
Ghana	120	115	40	0.3	12.2	Ningún avance
Guatemala	82	39	27	4.4	4.5	En camino
Guinea	231	150	78	2.5	8	Insuficiente
Guinea-Bissau	240	198	80	1.1	10.2	Insuficiente
Haití	152	76	51	4.1	5.1	En camino
India	117	72	38	2.9	7.6	Insuficiente
Indonesia	91	31	30	6.3	1.3	En camino
Irak	53	44	18	1.1	10.6	Insuficiente
Kenia	97	121	32	-1.3	14.7	Ningún avance
Corea, República Democrática Popular	55	55	18	0.0	12.2	Ningún avance
Laos, República Democrática Popular	163	70	54	5.0	3.6	En camino
Lesotho	102	84	34	1.1	15.2	Insuficiente
Liberia	205	133	78	2.5	12.2	Insuficiente

intervenciones programáticas se traducen en tasas más bajas de mortalidad infantil. Cuenta con un marco de políticas progresista, que incluye la prestación de servicios gratuitos a todas las mujeres durante la gestación, el parto y el período postnatal y a todos los niños y niñas menores de cinco años. Asimismo, el gobierno ha puesto mayor énfasis en la lucha contra la desnutrición infantil. Aunque hay factores contextuales específicos inherentes a cada uno de estos casos, también hay temas comunes que emergen de ellos. La priorización política parece ser importante, como también la prestación de servicios basados en estrategias comunitarias y la

focalización en el mayor acceso a intervenciones preventivas. El empoderamiento de la mujer y su acceso a planificación familiar marcan una diferencia palpable.¹⁰³ En algunos países, los avances se dan más rápidamente ahí donde los gobiernos se enfocan en fortalecer sistemas a nivel tanto nacional como comunitario. Asimismo, la sociedad civil parece desempeñar un importante papel, especialmente en Bangladesh. Estos estudios de caso coinciden con algunas de las publicaciones más importantes sobre las causas del desarrollo social – por ejemplo, las obras de Amartya Sen sobre oportunidades, empoderamiento y participation.¹⁰⁴

País o territorio	Tasa mortalidad menores 5 años		Meta del ODM al 2015	Tasa reducción promedio anual (%)- TRPA		Avances hacia
	1990	2007		Observada 1990-2007	Requerida 2007-2015	
Madagascar	168	112	56	2.4	8	Insuficiente
Malawi	209	111	74	3.7	5.4	Insuficiente
Mali	250	196	83	1.4	10.6	Insuficiente
Mauritania	130	119	44	0.5	11.5	Ningún avance
Mexico	52	35	18	2.3	7.6	En camino
Marruecos	89	34	30	5.7	20.4	En camino
Mozambique	201	168	78	1.1	6.3	Insuficiente
Myanmar	130	103	43	1.4	9.7	Insuficiente
Nepal	142	55	47	5.6	2.5	En camino
Níger	304	176	107	3.2	9.6	Insuficiente
Nigeria	230	189	77	1.2	10.1	Insuficiente
Pakistán	132	90	43	2.3	9	Insuficiente
Papúa Nueva Guinea	94	65	31	2.2	9.4	Insuficiente
Perú	78	20	26	8.0	-0.4	En camino
Filipinas	62	28	21	4.7	4.8	En camino
Ruanda	195	181	59	0.4	11.1	Ningún avance
Senegal	149	114	50	1.6	9.4	Insuficiente
Sierra Leona	290	262	97	0.6	11.4	Ningún avance
Somalia	203	142	68	2.1	8.5	Insuficiente
Sudáfrica	64	59	20	0.5	13.8	Ningún avance
Sudán	125	109	40	0.8	8.9	Ningún avance
Swazilandia	96	91	37	0.3	16.6	Ningún avance
Tayikistán	117	67	38	3.3	6.4	Insuficiente
Tanzania, United Republic of	157	116	54	1.8	8.7	Insuficiente
Togo	150	100	50	2.4	8.6	Insuficiente
Turkmenistán	99	50	33	4.0	4.8	En camino
Uganda	175	130	53	1.7	10.2	Insuficiente
Yemen	127	73	46	3.3	8.6	Insuficiente
Zambia	163	170	60	-0.2	12.3	Ningún avance
Zimbawe	95	90	25	0.3	15.8	Ningún avance

Nota: Este cuadro muestra los avances hacia el ODM 4. Los países han sido clasificados de acuerdo a los siguientes umbrales (utilizando la metodología de clasificación empleada por UNICEF [www.childinfo.org/mortality_progress.html – en inglés]):

En camino: La tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5) es inferior a 40, o la TMM5 es de 40 o más y la tasa de reducción promedio anual (TRPA) de la mortalidad entre los/las menores de cinco años observada entre 1990 y el 2007 es de 4.0 % o más.

Insuficiente: La TMM5 es de 40 o más, y la TRPA observada entre 1990 y el 2007 es del 1.0 al 3.9 %.

Ningún avance: La TMM5 es de 40 o más, y la TRPA observada entre 1990 y el 2007 es menor al 1.0 %.

Fuentes: Las tasas de mortalidad entre los/las menores de cinco años de 1990 y 2007 han sido tomadas de Estado mundial de la infancia 2009, UNICEF; mientras que las tasas de reducción observadas durante el período 1990-2007 fueron calculadas por ONU Data utilizando estadísticas de Estado mundial de la infancia 2009 (<http://data.un.org/Data.aspx?d=SOWC&f=inID%3A81> – en inglés).

CONTRARRESTAR LOS MITOS

Existe una serie de ideas equivocadas en relación con la supervivencia infantil. Contrarrestar dichos mitos es fundamental si hemos de impulsar acciones más concertadas y urgentes por parte de los gobiernos y otras personas e instituciones con influencia y poder

Mito 1 – El número de niños y niñas pobres que fallecen es muy alto y siempre lo ha sido. No es mucho lo que podemos hacer para evitarlo.

Esta afirmación es falsa. Sí se puede hacer y de hecho se está haciendo muchísimo para reducir la mortalidad infantil. Incluso países muy pobres como Eritrea, Bangladesh, Bolivia, Guatemala, Haití, Laos y Perú están en camino de alcanzar el ODM 4. En los últimos años se ha logrado reducir considerablemente las tasas de mortalidad neonatal e infantil por medio de intervenciones de bajo costo tales como inmunización, rehidratación oral, mosqui-teros tratados con insecticida y suplementos de vitamina A, además de medidas encaminadas a fortalecer los derechos y oportunidades de la mujer y mejorar el acceso a la educación. Lo que estos países han logrado puede ser replicado en otros lugares.

Mito 2 – El costo de reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil es alto.

El costo de reducir las muertes infantiles es bajo en términos globales. Para el 2015, el mundo tendrá que gastar entre 36,000 y 45,000 millones de dólares adicionales para garantizar el logro de los ODM 4 y 5 en los países más pobres, además de los 31,000 millones de dólares invertidos actualmente. Puede sonar como una enorme cantidad, pero es menos de la mitad de lo que los consumidores/as gastan anualmente en comprar agua embotellada a nivel mundial.¹⁰⁵

Mito 3 – La reducción de la mortalidad infantil acelerará aún más el crecimiento demográfico, en un planeta ya de por sí

superpoblado.

Exactamente lo contrario es cierto. Las reducciones de las tasas de mortalidad infantil ayudan a reducir las tasas de fertilidad y a desacelerar y estabilizar el crecimiento demográfico. Si bien de acuerdo a las tendencias actuales la población mundial estaría destinada a crecer a cerca de 9,000 millones de habitantes para el 2050, la tasa de crecimiento ha disminuido su ritmo actual debido a que en muchas partes del mundo las mujeres están optando por tener menos hijos/as que sus progenitores.¹⁰⁶ Una razón de peso es la reducción de la tasa de mortalidad infantil.¹⁰⁷ Cuando las madres y sus parejas tienen la confianza de que sus hijos/as vivirán, y la capacidad para controlar su fertilidad, eligen reducir el tamaño de sus familias.

Reducir la mortalidad infantil y fortalecer el control de la mujer sobre su propia fertilidad es crucial para que las familias muy pobres salgan de la pobreza. Y es importante también para comunidades y países que no tienen cabida para una población que duplica su tamaño cada nueva generación.¹⁰⁸ Las altas tasas de fertilidad también exacerban las presiones sobre el medio ambiente, especialmente en algunas partes de África, donde el tamaño de las parcelas agrícolas por familia es ya de por sí muy reducido. Sin embargo, la reducción de la mortalidad infantil – ligada a la promoción de metodologías de planificación familiar y al empoderamiento de la mujer – disminuye las tasas de fertilidad y el crecimiento demográfico, facilitando así la reducción de la pobreza.

Mito 4 – En los países más pobres, los intentos por mejorar la salud y la alimentación de la infancia inevitablemente se verán frustrados por la corrupción y el desgobierno.

La corrupción y la falta de gobernabilidad constituyen desafíos de envergadura para el desarrollo y la supervivencia de la infancia. No obstante, no parecen ser obstáculos insalvables. Cada año, Transparencia Internacional elabora un Índice de Percepción de la Corrupción que mide los niveles percibidos de

corrupción en el sector público en diferentes países, basándose en encuestas con analistas y empresarios. Los 16 países prioritarios de la iniciativa Cuenta regresiva que están en camino de cumplir el ODM 4 se encuentran en la mitad inferior de dicho índice – es decir, son percibidos como países con niveles de corrupción considerables (ver el Cuadro 4). Nuevamente, esto no quiere decir que la corrupción no sea un problema, sino que hay formas de realizar avances en términos de reducir la mortalidad infantil a pesar de ella.

Mito 5 – Mantener vivos a los niños y niñas no reporta ningún beneficio si el futuro que les espera es de extrema pobreza.

Más allá del evidente imperativo moral, existen fuertes razones de conveniencia propia para que las clases pudientes de los países en desarrollo y los países desarrollados hagan mucho más para reducir las tasas de mortalidad infantil en las comunidades más pobres. Cuando los niños y niñas se encuentran desnutridos y son vulnerables a la enfermedad y a una muerte prematura, nos perjudicamos todos/as, y cuando están más sanos, mejor alimentados y educados, nos beneficiamos todos/as. A nivel mundial, se estima que el costo directo de la desnutrición infantil asciende a entre 20,000 y 30,000 millones de dólares al año.¹⁰⁹ Y a nivel nacional el impacto económico de la desnutrición es igualmente significativo, generando pérdidas en el PIB tan altas que llegan al 6% en algunos casos, a consecuencia de la pérdida de productividad e ingreso.¹¹⁰ Adicionalmente, reducir la mortalidad infantil reporta ventajas

económicas considerables. La influyente Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS ha estimado el impacto global de las muertes maternas y neonatales en 15,000 millones de dólares al año en productividad perdida.¹¹¹ Del mismo modo, ha investigado los beneficios económicos a más largo plazo de las mejoras a nivel del estado de salud. Sostiene que los resultados de salud mejorados deberían incrementar la esperanza de vida de los países de bajos ingresos en la mitad de la brecha de 19 años existente en relación con los países de ingreso alto – por ejemplo, de 59 a 68 años – y que esto empujaría hacia arriba las tasas de crecimiento económico. Estima que el ingreso per cápita de los países de ingreso bajo sería un 10 % más alto que si esto no sucediera al cabo de 20 años.¹¹²

Otra investigación estima que entre el 30 y el 50 % del crecimiento económico de Asia entre 1965 y 1990 puede ser atribuido a mejoras demográficas y de salud, entre ellas reducciones de la mortalidad neonatal e infantil, mayor acceso a servicios de salud reproductiva y reducciones de las tasas de fertilidad¹¹³. La evidencia recolectada por un estudio más reciente demuestra que las mejoras en términos de desarrollo humano se traducen directamente en niveles más altos de crecimiento económico, y una reducción de cinco puntos porcentuales de las tasas de mortalidad infantil está asociada a un incremento del 1% del crecimiento económico en la década subsiguiente.¹¹⁴ En una coyuntura en que los gobiernos están ansiosos por revitalizar sus economías, se trata de un poderoso argumento para invertir en los primeros años de la infancia.

Cuadro 4: Corrupción en países “en camino” de cumplir el ODM 4

Fuentes: Informe 2008 de Countdown to 2015 e Índice de Percepción de la Corrupción 2008 de Transparencia Internacional

Ránking de cada país (de un total de 180 países)	País	Percepción de la corrupción en 2008 (1 = altamente corrupto 10 = altamente transparente)
72	China	3.6
72	México	3.6
72	Perú	3.6
80	Brasil	3.5
80	Marruecos	3.5
96	Guatemala	3.1
102	Bolivia	3.0
115	Egipto	2.8
121	Nepal	2.7
126	Indonesia	2.6
126	Eritrea	2.6
141	Filipinas	2.3
147	Bangladesh	2.1
151	Laos	2.0
166	Turkmenistán	1.8
177	Haití	1.4

LLAMADO A LA ACCIÓN. PLAN DE SIETE PUNTOS DE SAVE THE CHILDREN

La fecha programada para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – incluyendo los ODM 4 y 5 – es el 2015. Si nos guiamos por las tendencias actuales, estas metas no serán cumplidas. El próximo año, el 2010, es clave para encarrilar al mundo en el camino correcto para que pueda cumplir sus promesas frente a los niños y niñas más pobres del mundo y sus madres. Este informe sugiere cómo hacerlo y por qué.

Save the Children – trabajando en estrecha coordinación con otras personas e instituciones y utilizando evidencia reciente y argumentos nuevos – está decidida a poner fin a la flagrante injusticia que representan los altos niveles de mortalidad materna, neonatal e infantil, y a promover activamente respuestas políticas, programáticas y de políticas públicas que ayuden al mundo a alcanzar los ODM 4 y 5.

Se necesita nada menos que una nueva “revolución por la supervivencia infantil” que concluya la tarea liderada por Jim Grant y UNICEF en la década de 1980. Nuestro objetivo superior es que las instituciones donantes y los gobiernos nacionales rindan cuentas en mucho mayor medida por sus resultados en reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil, especialmente entre los y las más pobres. Para ello se requerirán organizaciones de la sociedad civil más fuertes – a nivel internacional, nacional y local – que concentren sus esfuerzos en

este tema, presionando y persuadiendo a los gobiernos y otras entidades para que tomen las medidas necesarias.

RECOMENDACIONES

Hacer de la supervivencia materna, neonatal e infantil el parámetro central para medir el éxito de los resultados de desarrollo

Las tasas de mortalidad entre las comunidades más pobres son un indicador mucho más revelador de los avances en términos de desarrollo (o la falta de ellos) que el ingreso per cápita. Sabemos, por ejemplo, que no todos los países que han alcanzado niveles altos de crecimiento económico se las han arreglado para traducir dicho crecimiento en reducciones equivalentes de las tasas de mortalidad o mejoras en los resultados de desarrollo humano. En el caso de los países en desarrollo en su conjunto, un estudio sugiere que un incremento del uno por ciento del ingreso per cápita está vinculado a una reducción del 0.3 por ciento (0.1 por ciento en el África al sur del Sahara) de la tasa de mortalidad infantil.¹¹⁵ Esta investigación concuerda con la experiencia de otros países. Es chocante que el 40 por ciento de todas las muertes de niños y niñas haya tenido lugar en las 20 economías de más rápido crecimiento en el mundo durante los últimos

* Child mortality estimates are taken from the latest available data at the time of print as reported in UNICEF's *State of the World's Children 2009*. Economic growth rates are an average estimate for the period 2005–09 and are taken from a data set provided by the Development Economic Prospect Group at the World Bank. The 20 countries are: Angola, Egypt, Azerbaijan, Bangladesh, Cape Verde, China, Ethiopia, The Gambia, Guyana, India, Lao PDR, Malawi, Panama, Peru, Rwanda, Slovak Republic, Sudan, Tanzania, Uganda and Uzbekistan.

cinco años (2005-2009). Estos países tienen la capacidad para realizar avances más rápidos en la reducción de la mortalidad infantil, pero aún no están invirtiendo sus recursos con eficacia para lograr este objetivo.

Los países deben ser exhortados a medir y reportar sus avances en función de indicadores de mortalidad neonatal e infantil (desagregados por quintil de riqueza y sector social), y la sociedad civil debe exigir cuentas a los gobiernos nacionales y las instituciones donantes por la generación de resultados mejorados.

A continuación hacemos una serie de llamados concretos a mejorar las políticas, dirigidos a las instituciones donantes, los países en desarrollo y los organismos internacionales – un plan de siete puntos – con el fin de lograr dramáticas reducciones en los índices de mortalidad materna, neonatal e infantil.

Plan de siete puntos de Save the Children

I. Implementar planes nacionales creíbles

Cada país debe contar con un plan nacional creíble para reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil. Dicho plan debe focalizarse en expandir las intervenciones probadas, que incluyen: atención prenatal efectiva; asistencia experimentada durante el parto; atención postnatal temprana; suplementos de vitamina A; manejo comunitario de la diarrea, la neumonía y la malaria; y mayor acceso a inmunización y vacunas. Dichas intervenciones deben ser accesibles a las personas más pobres y funcionar a todo lo largo de un continuo de atención en contextos de emergencia, fragilidad y desarrollo. El plan debe formar parte de una estrategia de desarrollo nacional coherente y estar debidamente articulado a medidas para atacar las causas intermedias y subyacentes de la mortalidad materna, neonatal e infantil.

Muchos países cuentan con estrategias aceptables sobre el papel, pero éstas a menudo no se implementan apropiadamente. Un plan creíble debe contener indicadores claros (en función de los cuales poder medir los avances), estructuras claras

de responsabilidad política, una dotación de recursos apropiada y un plan de ejecución para garantizar que todos los niños y niñas y sus madres, especialmente de los sectores más pobres, realmente se beneficien. Los gobiernos donantes y las instituciones internacionales deben estar dispuestos a acelerar el desembolso de recursos para aquellos países que tengan un plan verosímil establecido. De hecho, las instituciones donantes deben empeñar su palabra en el sentido que ningún país con un plan creíble para reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil, y el compromiso de ponerlo en práctica, fracasará debido a la falta de recursos.

2. Focalizar la atención en los recién nacidos/as

Newborn Las muertes de recién nacidos/as (aquellas que ocurren durante el primer mes de vida) representan actualmente el 40 por ciento de todas las muertes infantiles de menores de cinco años cada año, o el equivalente a cuatro millones de muertes a nivel mundial. A medida que los países logran reducir las muertes de niños y niñas ligeramente mayores, las muertes de recién nacidos/as aumentan como porcentaje de la mortalidad infantil general. Llegar al ODM 4 requerirá por lo tanto de atención y acciones realmente sostenidas para promover la supervivencia neonatal.

Para ello se requieren intervenciones encaminadas a fortalecer la salud, la alimentación y el bienestar de las madres, así como apoyo a las madres y sus hijos/as tanto durante como inmediatamente después del parto (el período más vulnerable para el niño/a y la madre). La forma más idónea de proporcionar dicho apoyo es por medio de un continuo de atención – que se extienda a todo lo largo del ciclo de vida, desde atención a las mujeres en edad reproductiva, pasando por el parto hasta la infancia temprana; y desde la atención domiciliaria hasta aquella proporcionada en hospitales y otros centros de salud especializados. Algunos ejemplos de esto son: servicios de anticoncepción, visitas de control prenatal, asistentes/as calificados durante el parto, atención postnatal temprana en el seno de la comunidad y apoyo a la lactancia materna.

3. Priorizar la equidad

Existen vastas y vergonzosas desigualdades en las tasas y niveles de mortalidad neonatal e infantil, tanto entre países como al interior de los mismos. Uno/a de cada siete niños/as en el África subsahariana morirá antes de cumplir los cinco años. En los países industrializados, esta cifra es de uno en 167.¹¹⁶ Igualmente, existen enormes diferencias en los niveles de cobertura de intervenciones probadas tales como: visitas de control prenatal, asistencia experimentada durante el parto e inmunización. En casi todos los países prioritarios de la lista de Cuenta regresiva a 2015, las familias más ricas están obteniendo acceso a intervenciones clave más rápidamente que las más pobres. Para lograr los ODM 4 y 5 será preciso desplegar un esfuerzo masivo para reducir las desigualdades tanto a nivel mundial como nacional.

Concretamente, queremos que las instituciones donantes, los organismos internacionales y los gobiernos de los países en desarrollo establezcan metas específicas para reducir las disparidades en la cobertura de intervenciones probadas entre ricos/as y pobres, además de metas para reducir las tasas de mortalidad entre sectores de ingresos y otros sectores sociales.

Para reducir las tasas de mortalidad entre los niños y niñas más pobres se requiere asimismo una acción concertada con el fin de atacar las causas subyacentes – es decir, los factores que restringen la capacidad de los niños y niñas pobres y sus familias para obtener atención de salud decente, alimentación adecuada, agua limpia y saneamiento

seguro, así como oportunidades de educación. Esto implica reconocer que los niños y niñas a menudo son discriminados por razones de etnicidad, género, casta, condición de seropositivos/as y otros factores sociales. En lo que se refiere a políticas y programas, se requerirá de un enfoque integral exhaustivo para eliminar las barreras y las múltiples formas de discriminación y prejuicio, y garantizar que los derechos de los niños y niñas y de las mujeres sean respetados.

4. Movilizar recursos

Los avances hacia los ODM 4 y 5 se ven severamente comprometidos por niveles inadecuados de financiamiento, así como por el uso ineficiente de los fondos y la proliferación – a menudo mal coordinada – de iniciativas y mecanismos financieros internacionales para el sector salud. Ésta fue la conclusión de un reciente Grupo de Alto Nivel que analizó el financiamiento para el sector, presidido por el Primer Ministro británico, Gordon Brown, y el Presidente del Banco Mundial, Robert Zoellick.

Coincidiendo con las principales recomendaciones del mencionado Grupo de Alto Nivel, Save the Children hace un llamado a las instituciones donantes, los gobiernos nacionales y otras entidades a duplicar con creces el gasto anual actual en salud y otras intervenciones relacionadas, de aproximadamente US\$31,000 millones en el 2008 a entre 67,000 y 76,000 millones de dólares en el 2015.¹¹⁷ Estos 36,000-45,000 millones de dólares

* El Grupo de Alto Nivel realizó una evaluación detallada del nivel de financiamiento requerido para cumplir con los objetivos de desarrollo en cuestión y formuló otras recomendaciones. Aunque analizó el déficit de recursos que enfrentan los 49 países de bajos ingresos, a diferencia de los 68 países de Cuenta regresiva, su trabajo representa actualmente la fuente más autorizada para emitir un dictamen respecto de las necesidades de recursos para cumplir con los ODM 4 y 5 y las intervenciones que se requieren para lograr dichos resultados en los países pobres. Sin embargo, dado que India y China se encuentran excluidas de sus cálculos, sin duda sus principales recomendaciones subestiman el nivel de recursos adicionales requerido para alcanzar los ODM 4 y 5 a nivel mundial.

Adicionalmente, los cálculos del Grupo de Alto Nivel incluyen un supuesto sobre qué porcentaje de los recursos adicionales para salud y otras intervenciones vinculadas saldrá del bolsillo de las personas, a diferencia de instituciones donantes, gobiernos nacionales o locales u otras fuentes. Advierten que, en total, los países de bajos ingresos invierten actualmente tan solo US\$25 por persona en salud. Este gasto total per cápita se descompone de acuerdo a la siguiente tendencia general: las instituciones donantes y los gobiernos nacionales aportan \$12 por persona, y los \$13 restantes son financiados privadamente. Asimismo, sabemos que más del 75 por ciento del gasto privado sale del bolsillo de los consumidores/as, y el 25 por ciento restante es cubierto por un seguro de salud. El Grupo de Alto Nivel asume que las personas continuarán realizando un fuerte aporte personal para atención de salud y otros gastos relacionados, y sin embargo advierte que el gasto proveniente del propio bolsillo de las personas es “la forma más inequitativa de financiar los sistemas de salud porque perjudica de manera desproporcionada a los sectores pobres, vulnerables y marginados. Impide a muchas personas buscar atención de salud o continuar con ella, y genera severos problemas financieros e incluso lleva al empobrecimiento de las personas que utilizan dichos servicios. Es por eso que los sistemas de salud necesitan mecanismos financieros estructurados, predecibles y sostenibles, que asuman colectivamente el riesgo y ofrezcan protección social.”

adicionales tendrán que provenir de diversas fuentes, entre ellas posiblemente mecanismos financieros innovadores como la Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización. No obstante, dichos mecanismos no deben ser utilizados como excusa por los gobiernos o las instituciones donantes para no invertir lo que se requiere en servicios de salud de calidad y otros servicios relacionados. Dada la magnitud de la necesidad, la urgencia de un rápido incremento de los recursos y la carga actual desproporcionadamente alta del costo que asumen los y las pobres, recomendamos que al menos la mitad de dicha inversión adicional provenga de donantes.

Aunque aumentar los recursos es de importancia fundamental, la eficiencia con que dichos recursos se gastan y en qué se gastan también es crucial. En muchos países, incluso presupuestos de salud limitados se invierten en su mayor parte en hospitales para los sectores más pudientes de la capital, en vez de en intervenciones para atender las necesidades de los y las pobres urbanos y rurales. Y resultados de los países varían considerablemente en términos de traducir las inversiones en salud en mejores resultados de salud.¹¹⁸

5. Capacitar y poner a trabajar a más trabajadores/as de salud

Como parte del esfuerzo para incrementar el acceso a servicios de salud básica, las instituciones donantes, los organismos internacionales y los países en desarrollo tienen que reclutar, capacitar, equipar y poner a trabajar a un número mucho mayor de trabajadores/as de salud. Se estima que, para cumplir con los ODM del sector salud, se necesita emplear a 4.2 millones de trabajadores/as de salud adicionales en los países en desarrollo en su conjunto,¹¹⁹ y dichos trabajadores/as adicionales deben estar en sus puestos y trabajando a más tardar en el 2012.

En especial, se requieren con urgencia trabajadores/as de salud para ocupar los puestos de las postas médicas del nivel inferior, especialmente a nivel comunitario. Es preciso establecer metas relacionadas con la capacitación y el empleo de trabajadores/as de salud en cada país. Para atraer y retener trabajadores/as de salud de buena calidad –

especialmente en las áreas rurales remotas – será necesario ofrecer paquetes de apoyo, que incluyan un salario adecuado, capacitación, alojamiento decente, supervisión apropiada y apoyo de pares, así como oportunidades de desarrollo profesional. Para no socavar dichos esfuerzos, los países industrializados deben implementar códigos de conducta que prevengan la contratación de profesionales de la salud de países en desarrollo u ofrecer compensación apropiada a dichos países por ello. Saludamos la invocación del G8 a la OMS a elaborar, antes del 2010, un código de prácticas sobre la contratación internacional de personal de salud.

6. Combatir la desnutrición

Los países en desarrollo y las instituciones donantes deben incrementar el financiamiento para intervenciones dirigidas a combatir el hambre entre los niños y niñas, entre ellas apoyo a la lactancia materna, suplementos de y fortificación con micronutrientes, prestaciones para la infancia y por maternidad, educación sobre nutrición, tratamiento de la desnutrición aguda severa, sistemas de alerta temprana e inversiones en producción agrícola. Las transferencias en efectivo y los mecanismos de protección social constituyen una importante intervención para ayudar a las familias pobres a adquirir cantidades adecuadas de alimentos y acceder a atención de salud.

La evidencia de estudios realizados en países como Sudáfrica y México demuestra que los programas de transferencias en efectivo han producido importantes mejoras en el estado nutricional de la niñez. En términos más generales, estos programas pueden ayudar a disminuir la mortalidad infantil. Los programas de transferencias en efectivo en algunos países – por ejemplo, México, Colombia y Malawi – han generado reducciones en los índices de enfermedad entre los niños y niñas pequeños, mientras que en Nicaragua, Honduras y el Perú han logrado que más madres pobres y sus hijos/as asistan a los centros de salud, incrementando asimismo las tasas de inmunización.¹²⁰

Se requieren asimismo acciones para ordenar la arquitectura mundial en torno a la nutrición, creando un nuevo mecanismo internacional que

coordine los programas de apoyo a la reducción del hambre, asegure una mejor coordinación a nivel nacional y exija cuentas a los gobiernos. Los gobiernos de los países en desarrollo y las instituciones donantes deben ponerse de acuerdo para informar sobre sus resultados en función del indicador de nutrición internacionalmente aprobado (el ODM 1), algo que muchos de ellos no hacen en este momento.

7. Incrementar la focalización en la niñez en situaciones de emergencia

El riesgo de enfermedad y muerte de los niños y niñas aumenta en situaciones de conflicto o emergencia, para lo cual se requieren intervenciones inmediatas, que salven vidas. Los gobiernos, las ONG y los organismos internacionales deben comprometer recursos adicionales para apoyar las necesidades de los niños y niñas que enfrentan estas situaciones críticas. Asimismo, deben coordinar acciones para asegurar que la respuesta sea rápida y equitativa, llegando a todas las comunidades afectadas por la emergencia.

Trátase de un estallido mortal de cólera o de una crisis política que impide a los niños y niñas y sus familias acceder a servicios de salud primordiales, la comunidad global debe trabajar en colaboración y de manera coordinada para asegurar no solo que los sectores más vulnerables sean asistidos durante el agudo período inicial de una emergencia sino que los niños y niñas y las familias continúen recibiendo servicios y apoyo de manera sostenible después de la emergencia.

Una forma de ayudar a los países a reducir el impacto de los conflictos armados y los desastres es fortalecer la resistencia de sistemas nacionales y locales como los de salud y educación, e impulsar programas de reducción del riesgo de desastres (RRD). Éstos incorporan actividades de planificación y preparación anticipada, que permiten a las comunidades fortalecerse y desarrollar capacidades de supervivencia para la eventualidad de un desastre. Organizaciones internacionales y gobiernos nacionales deben trabajar juntos para incluir actividades de RRD en los planes y sistemas locales, a fin de ayudar a proteger a sus poblaciones y reducir el impacto de cualquier emergencia.

Los Estados frágiles y mal gobernados, que son culpables de un alto número de las muertes de niños y niñas cada año, enfrentan desafíos especiales para reducir las tasas de mortalidad neonatal e infantil. Si bien las instituciones donantes y las organizaciones internacionales deben tratar de trabajar a través de los sistemas nacionales o locales existentes, con el fin de fortalecerlos e incrementar su rendición de cuentas frente a los ciudadanos/as, en algunas circunstancias particularmente difíciles puede ser necesario que organizaciones externas canalicen los recursos a través de las ONG u otras organizaciones de la sociedad civil.

CONCLUSIÓN

Las crisis financiera y ecológica han demostrado simplemente cuán interconectadas y mutuamente dependientes se han vuelto las vidas de los 6,600 millones de habitantes del planeta. Pero también han puesto de manifiesto el nivel de injusticia a nivel mundial. En ningún área es más alarmante esta inequidad que en las muertes de millones de inocentes recién nacidos/as y niños y niñas cada año.

Este informe ha revelado dónde y cómo están muriendo niños y niñas y qué podemos hacer para salvarles la vida. Los países actualmente desarrollados redujeron sus tasas de mortalidad dramáticamente en el transcurso del siglo pasado. Muchos países en desarrollo han dado pasos enormes, a menudo en circunstancias difíciles. No necesitamos un descubrimiento tecnológico de envergadura para poner fin a esta injusticia. Simplemente necesitamos aprender del éxito de otros países y aplicar remedios probados más sistemáticamente y con un mayor sentido de urgencia.

La muerte de millones de niños y niñas pequeños cada año es un escándalo moral, comparable a los peores abusos y los males sociales más extremos del pasado. Cada uno/a de nosotros/as tiene un papel que desempeñar para solucionar este problema. Cualquier demora o inacción adicional es inexcusable.

DIFERENCIAS EN MATERIA DE SUPERVIVENCIA INFANTIL POR QUINTIL DE RIQUEZA

Aunque la meta del ODM 4 se sustenta en el promedio nacional, dichos promedios pueden ocultar altos niveles de desigualdad entre diferentes sectores de riqueza dentro de un mismo país. El cuadro a continuación tiene dos columnas; la primera muestra la brecha absoluta en las tasas de mortalidad de menores de cinco años entre el 20 por ciento más rico y más pobre de la población de un país – es decir, la diferencia en el número de niños y niñas que fallece de cada 1,000 nacidos/as vivos (la unidad o medida estandarizada que se utiliza para medir la tasa de mortalidad infantil). La segunda columna expresa dicha disparidad en forma

de ratio. Por ejemplo, un niño o una niña de los hogares más pobres de Nigeria es tres veces más susceptible de morir antes de cumplir los cinco años que un niño o una niña de los hogares más acomodados.

Las estadísticas sobre mortalidad infantil por quintil de riqueza no son directamente comparables ya que las encuestas demográficas y de salud (EDS) se llevaron a cabo en diferentes períodos. No obstante, cada conjunto de datos nacionales ha sido elaborado de la misma manera para permitir la comparación al interior de un país.

PAÍSES	Brecha absoluta en las tasas de mortalidad de menores de 5 años entre el 20% más rico y más pobre	Ratio tasas mortalidad de menores de 5 años entre el 20% más y rico y más pobre de la población nacional.
Zambia 2007	13.6	1.12
Swazilandia 2006/07	16.9	1.17
Liberia 2007	21.3	1.18
Mauritania 2000/01	19.8	1.25
Zimbabwe 2005/06	15.2	1.27
Níger 2006	49.4	1.32
Lesotho 2004	31.4	1.38
Etiopía 2005	38.0	1.41
Burkina Faso 2003	62.2	1.43
Ghana 2003	39.1	1.44
Tanzania 2004	44.0	1.47
Turkmenistán 2000	35.7	1.51
Eritrea 2002	34.6	1.53

PAÍS	Brecha absoluta en las tasas de mortalidad de menores de 5 años entre el 20% más rico y más pobre	Ratio tasas mortalidad de menores de 5 años entre el 20% más y rico y más pobre de la población nacional.
Azerbaián 2006	22.3	1.55
Congo (Brazzaville) 2005	50.8	1.60
Kenya 2003	57.8	1.63
Malawi 2004	71.8	1.65
Gabón 2000	37.7	1.68
Togo 1998	70.7	1.73
Ruanda 2005	89.4	1.73
Mozambique 2003	88.1	1.81
Mali 2006	109.7	1.89
República Democrática de Congo 2007	86.9	1.90
Guinea 2005	103.9	1.92
República Centroafricana 1994/95	94.6	1.96
Guatemala 1998/99	38.3	1.97
Bangladesh 2007	43.0	1.99
Pakistán 2006/07	60.8	2.01
Nepal 2006	51.4	2.10
Camerún 2004	101.1	2.15
Yemen 1997	90.1	2.23
Haití 2005/06	70.1	2.28
Indonesia 2007	45.5	2.43
Côte d'Ivoire 1998/99	146.2	2.76
Senegal 2005	118.6	2.84
Madagascar 2003/04	92.4	2.87
Camboya 2005	84.1	2.96
Brasil 1996	65.6	2.97
Egipto 2005	49.5	2.97
Marruecos 2003-04	51.5	2.97
India 2005/06	78.2	2.98
Bolivia 2003	82.1	3.21
Filipinas 2003	45.7	3.22
Nigeria 2003	177.7	3.24
Sudáfrica 1998	65.5	3.99
Perú 2000	75.0	5.26

Fuente: Macro International, Inc. (2009). Cuadro de compilación estadística de EDS. Accedido en: <http://www.measuredhs.com> el 21 de julio de 2009

REDUCCIONES DE MORTALIDAD INFANTIL POR QUINTIL DE RIQUEZA

Los cuadros a continuación examinan los cambios en las tasas de mortalidad de menores de cinco años tanto en el 20 por ciento inferior como en el 20 por ciento superior de los sectores de riqueza dentro de un período de tiempo determinado. El signo de menos indica una reducción de la tasa de mortalidad entre los y las menores de cinco años.

El primer cuadro examina los países que están en camino de alcanzar el ODM 4 de acuerdo a Cuenta regresiva a 2015. El segundo cuadro examina algunos países que no están en camino de lograrlo. Ambos cuadros muestran asimismo los avances promedio en frenar la mortalidad infantil en todo el país.

Países en camino de alcanzar el ODM 4

País	Primer año	último año	Cambios en las tasas de mortalidad infantil		
			Inferior 20%	Superior 20%	Promedio nacional
Eritrea	1995	2002	-35%	-37%	-30%
Egypt	2000	2005	-24%	-26%	-28%
Morocco	1992	2003/04	-30%	-33%	-36%
Bangladesh	2000	2007	-29%	-39%	-23%
Indonesia	1997	2007	-29%	9%	-28%
Nepal	2001	2006	-24%	-31%	-27%
Bolivia	1994	2003	-32%	-30%	-30%
Peru	1996	2000	-16%	-20%	-12%

Fuente: Macro Internacional, Inc. (2009). Cuadro de compilación estadística de EDS. Accedido en: <http://www.measuredhs.com> el 21 de julio de 2009

Nota: Los hogares han sido divididos en quintiles con base en una medición combinada de la riqueza a nivel de hogares conocida como "Índice de riqueza", la misma que es utilizada internacionalmente en las encuestas demográficas y de salud.

Países que no se encuentran en camino de alcanzar el ODM 4

País	Primer año	Último año	Cambios en las tasas de mortalidad infantil		
			Inferior 20%	Superior 20%	Promedio nacional
Benín	1996	2001	-5%	-15%	-12%
Côte d'Ivoire	1994	1998/99	21%	-14%	16%
Etiopía	2000	2005	-18%	-37%	-30%
Madagascar	1997	2003/04	-27%	-51%	-32%
Malawi	2000	2004	-23%	-31%	-22%
Mali	2001	2006	-6%	-17%	-10%
Ruanda	2000	2005	-14%	-21%	-12%
Senegal	1997	2005	1%	-7%	-3%
Tanzania	1999	2004	-14%	-31%	-18%
Camboya	2000	2005	-18%	-32%	-13%
Pakistán	1990/91	2006/07	-3%	-19%	-23%

Fuente: Macro Internacional, Inc. (2009). Cuadro de compilación estadística de EDS. Accedido en: <http://www.measuredhs.com> el 21 de julio de 2009

Nota: Los hogares han sido divididos en quintiles con base en una medición combinada de la riqueza a nivel de hogares conocida como "Índice de riqueza", la misma que es utilizada internacionalmente en las encuestas demográficas y de salud.

¹ Alocución del Presidente de Estados Unidos, Barack Obama, al Parlamento de Ghana, Centro Internacional de Conferencias de Accra, Accra, Ghana, Oficina del Secretario de Prensa, la Casa Blanca, julio del 2009. Traducción oficial accedida el 21 de agosto del 2009 en: <http://www.america.gov/st/peacesec-spanish/2009/July/20090713144900pii0.6216656.html>

² Discurso del Primer Ministro de India, Manmohan Singh, el Día de la Independencia, 15 de agosto del 2006. Accedido el 24 de agosto del 2009 en: <http://www.india-defence.com/reports-2347>

³ UNICEF (2007), Estado mundial de la infancia 2008

Resumen ejecutivo

⁴ UNICEF (2008), Estado mundial de la infancia 2009

⁵ *Ibíd*

⁶ Organización Mundial de la Salud (2009), Estadísticas sanitarias mundiales 2009

⁷ UNICEF (2008), op cit

⁸ UNICEF (2008), Base de datos sobre conflictos de Uppsala y Crisis Group, Universidad de Uppsala. Accedido el 3 de agosto del 2009 en: www.pcr.uu.se/database.index.php

⁹ UK Department for International Development (2009), Eliminating World Poverty: Building our Common Future

¹⁰ World Bank (2009), Swimming against the tide: How developing countries are coping with the global crisis, Documento informativo preparado por el personal del Banco Mundial para la reunión de ministros de finanzas y gobernadores de los bancos centrales del G20, marzo del 2009

¹¹ J. Hicks y G. Allen (1999), A Century of Change: Trends in UK statistics since 1900, Documento de investigación de la Cámara de los Comunes 99/111

¹² Centers for Disease Control and Prevention (1999), Achievements in Public Health, 1900-1999: Healthier Mothers and Babies, Morbidity and Mortality Weekly Report 48(38): págs. 849-58

¹³ UNICEF (2008), op cit

¹⁴ H. Rosling (2008), Reducing Child Mortality, Gapminder. Accedido el 21 de agosto del 2009 en: <http://www.gapminder.org/videos/gapcasts/gapcast-11-reducing-child-mortality/>

¹⁵ UNICEF (2007), op cit

¹⁶ UK Department for International Development (2009), Public Attitudes Towards Development

¹⁷ Countdown to 2015 (2008), Tracking Progress in Maternal, Newborn and Child Survival, The 2008 Report: págs. 18-19

¹⁸ Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas (2005), Invirtiendo en desarrollo: un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Panorama

¹⁹ D.E. Bloom y J.G. Williamson (1998), "Demographic Transitions and Economic Miracles in Emerging Asia", World Bank Economic Review 12(3): págs. 419-55

²⁰ E. Anderson y S. Hague (2007), The Impact of Investing in Children: Assessing the cross-country econometric evidence, Documento de Trabajo 280 del Overseas Development Institute (ODI)

I IntroducCon

²¹ D. You, T. Wardlow, P. Salama y G. Jones, "Levels and trends in under-5 mortality, 1990-2008", The Lancet, publicado en línea el 10 de septiembre del 2009, DOI:10.1016/S0140-6736(09)61601-9

²² Countdown to 2015 (2008), op cit: pág. 19

²³ *Ibíd*

²⁴ Grupo de Alto Nivel sobre la financiación internacional innovadora para los sistemas de salud, Grupo de Trabajo I (2009), Constraints to Scaling Up and Costs, Informe técnico del Grupo de Trabajo I: Versión sin editar. Accedido el 20 de agosto del 2009 en: http://www.internationalhealthpartnership.net/en/taskforce/taskforce_reports

²⁵ G. Jones et al (2003), How many child deaths can we prevent this year? The Lancet 362:9377, págs. 65-71

2. Dónde están muriendo niños y niñas

²⁶ UNICEF (2008), op cit

²⁷ UNICEF (2008), op cit

²⁸ *Ibíd*

²⁹ Instituto Internacional de Ciencias de la Población (IIPS) y Macro Internacional, Inc., Encuesta nacional demográfica y de salud de la India 2005-06, Informe final. Accedido el 26 de agosto del 2009 en: http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=723&ctry_id=57&SrchTp=ctry&flag=sur&cn=India

³⁰ UNICEF (2008), op cit

³¹ Countdown to 2015 (2008), op cit

³² Instituto Internacional de Ciencias de la Población (IIPS) y Macro Internacional, Inc., Encuesta nacional demográfica y de salud de Nigeria 2003: pág. 164. Accedido el 26 de agosto del 2009 en:

<http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR148/11Chapter11.pdf>

³³ *Ibíd*: pág. 130

³⁴ The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (2006), *Opportunities for Africa's Newborns*: pág. 15

³⁵ *Countdown to 2015* (2008), op cit

³⁶ UNICEF (2008), op cit

³⁷ UNICEF (2008), op cit

³⁸ J.E. Lawn, S. Cousens y J. Zupan (2005), "Four million neonatal deaths: When? Where? Why?", *The Lancet* 365:9462: págs. 1147–5

³⁹ *Ibíd*

3. Cómo y por qué están muriendo niños y niñas

⁴⁰ R. Black, S. Morris y J. Bryce (2003), "Where and why are 10 million children dying each year?", *The Lancet*, 361:9376: pág. 2230

⁴¹ UNICEF (2008), op cit

⁴² *Countdown to 2015* (2008), op cit

⁴³ UNICEF (2007a), *Progreso para la infancia: Examen estadístico de un mundo apropiado para los niños y las niñas*

⁴⁴ UNICEF (2007a), *ibíd*

⁴⁵ S.A. Madhi et al (2008), "Vacunas para prevenir la neumonía y mejorar la supervivencia infantil", *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 86: págs. 365–72, y Organización Mundial de la Salud, *Iniciativa para la Investigación de Vacunas*, accedido el 19 de agosto del 2009 en: http://www.who.int/vaccine_research/diseases/diarrhoeal/en/index5.html

⁴⁶ Global Health Council, *Child Mortality: Causes of death*. Accedido el 3 de agosto del 2009 en: http://www.globalhealth.org/child_health/child_mortality/

⁴⁷ Organización Mundial de la Salud (2009), op cit

⁴⁸ UNICEF (2007a), op cit

⁴⁹ UNICEF (2008), op cit

⁵⁰ K. Deininger y P. Mpuga (2005), "Economic and Welfare Impact of the Abolition of Health User Fees: Evidence from Uganda", *Journal of African Economies* 14 (1): págs. 55–91; L. Gilson (1997), "The lessons of user fee experience in Africa", *Health Policy and Planning* 12 (4): págs. 273–285; B. McPake (1993), "User charges for health services in developing countries: a review of the economic literature", *Social Science Medicine* 36 (11): págs. 1397–1405; Save the Children UK; (2005) *The Cost of Coping with Illness*, Documentos informativos sobre Sudán, Etiopía, Burundi, Tanzania, Ruanda y Uganda; R. Yates (2007), *The Impact of Abolishing User Fees in Africa – Recent Developments in Six African Countries*, accedido el 24 de septiembre del 2009 en: <http://ssrn.com/abstract=993482>; R. Yates (2009), "Universal Health Care and the Removal of User Fees", *The Lancet* 373:9680: págs. 2078–81

⁵¹ Comunicado del G8 (2009), L'Aquila, Italia

⁵² Organización Mundial de la Salud (2006), *Informe sobre la Salud en el Mundo 2006 – Colaboremos por la salud*

⁵³ *Ibíd*

⁵⁴ Grupo de Alto Nivel sobre la financiación internacional innovadora para los sistemas de salud (2009), Grupo de Trabajo 1, op cit: pág. 11

⁵⁵ African Union. *Health Financing in Africa* (2009), *Universal Access to Quality Health Services: Improve Maternal, Neonatal and Child Health*, Cuarta sesión de la Conferencia de Ministros/as de Salud de la Unión Africana, Addis Abeba, Etiopía, mayo del 2009. Accedido el 19 de agosto del 2009 en: [http://www.africa-union.org/root/ua/Conferences/2009/mai/SA/04-08mai/CAMH-EXP-13b\(IV\)%20Health%20Financing%20and%20Development.doc](http://www.africa-union.org/root/ua/Conferences/2009/mai/SA/04-08mai/CAMH-EXP-13b(IV)%20Health%20Financing%20and%20Development.doc)

⁵⁶ Organización Mundial de la Salud (2009), op cit

⁵⁷ Naciones Unidas (2009), *Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe 2009*

⁵⁸ R. Black et al (2008), *Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences*, Paper 1, Serie de documentos sobre desnutrición materna-infantil de *The Lancet*: pág. 5

⁵⁹ B. de Benoist, E. McLean, I. Egli y M. Cogswell (eds.) (2008), *Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005: Base de datos mundial de la OMS sobre la anemia*, Organización Mundial de la Salud y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Accedido el 24 de agosto del 2009 en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596657_eng.pdf

⁶⁰ R. Black et al (2008), op cit: pág. 5

⁶¹ *Ibíd*: pág. 12

⁶² *Ibíd*: pág. 5

⁶³ Save the Children UK (2009), *Lasting Benefits: The role of cash transfers in tackling child mortality*

⁶⁴ Organization for Economic Co-operation and Development (2008), *Rising Agriculture Prices: Causes, Consequences and Responses*, Documento sobre políticas, OECD Observer

⁶⁵ Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, *Los precios de los alimentos se mantienen en los países en desarrollo a pesar de las mejoras en las reservas mundiales de cereales: continúan las emergencias alimentarias en 32 países*, Comunicado de prensa de la FAO, Centro de prensa, 2009

⁶⁶ A. Evans (2009), *The Feeding of the Nine Billion: Global Food Security for the 21st Century*, Informe de Chatham House, Londres

⁶⁷ Save the Children UK (2009), *How many more malnourished children are there as a result of the food price crisis? Documento inédito*

⁶⁸ WaterAid (2009), *Fatal Neglect: how health systems are failing to comprehensively address child mortality*

⁶⁹ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2006), *Informe de Desarrollo Humano 2006. Más allá de la escasez: Poder, pobreza y la crisis mundial del agua*

⁷⁰ WaterAid (2009), op cit

⁷¹ Save the Children US (2006), *Estado mundial de las madres 2006, Salvar la vida de las madres y los recién nacidos*

⁷² *Ibíd*

⁷³ *Ibíd*

⁷⁴ Population Reference Bureau (2008), *Cuadro de datos de la población mundial 2008*. Accedido el 21 de agosto del 2009 en: http://www.prb.org/pdf08/08WPDS_Sp.pdf

⁷⁵ Naciones Unidas (2009), op cit

⁷⁶ Macro Internacional, Inc. (2009), *Compilador de estadísticas de EDS*. Accedido el 21 de julio del 2009 en: <http://www.measuredhs.com>

⁷⁷ Save the Children UK (2009), Health in Fragile States, Documento informativo sobre políticas

⁷⁸ UNICEF (2008), op cit, y Universidad de Uppsala, Base de datos sobre conflictos de Uppsala. Accedido el 3 de agosto del 2009 en: www.pcr.uu.se/database.index.php

⁷⁹ International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies (2009), World Disasters Report: Focus on Early Warning, Early Action

⁸⁰ M. Webster et al (2008), The Humanitarian Costs of Climate Change, Feinstein International Center

⁸¹ A. Costello et al (2009), "Managing the health effects of climate change", The Lancet, 373: 9682: págs. 1693–1733. Ver también Save the Children, Children in a changing climate (de próxima aparición)

⁸² Organización Mundial de la Salud (2003) Cambio climático y salud humana

⁸³ Intergovernmental Panel on Climate Change (2007), Cuarto informe de evaluación del IPCC: Cambio climático 2007: Impactos, adaptación y vulnerabilidad

⁸⁴ A. Githeko y W. Ndegwa (2001), "Predicting malaria epidemics in the Kenyan Highlands using climate data: a tool for decision makers", Global Change Human Health, Vol. 2:1, págs. 54–63

⁸⁵ B. Obama (2007), A pledge to end deaths from malaria by 2015. Accedido el 20 de agosto 2009 en: http://obama.3cdn.net/c66c9bcf20c49ee2ce_h6ynmvjq8.pdf

⁸⁶ Organización Mundial de la Salud (2007), Lucha contra las enfermedades transmitidas por el agua en los hogares

⁸⁷ Intergovernmental Panel on Climate Change (2007), op cit

⁸⁸ *Ibid*

⁸⁹ *Ibid*

⁹⁰ *Ibid*

⁹¹ A. Costello et al (2009), op cit: págs. 1693–1733

⁹² IPCC, Cambio climático 2001, Informe de síntesis: Resumen para responsables de políticas, Wembley, Reino Unido

⁹³ World Bank (2009), op cit

4. Supervivencia infantil – breve historial

⁹⁴ J. Hicks y G. Allen (1999), A Century of Change: Trends in UK statistics since 1900, Documento de investigación de la Cámara de los Comunes 99/111; Centers for Disease Control and Prevention (1999), Achievements in Public Health, 1900-1999: Healthier Mothers and Babies, Morbidity and Mortality Weekly Report 48(38), págs. 849-58; UNICEF (2008), op cit

⁹⁵ Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6–12 de septiembre de 1978. Accedido el 27 de agosto del 2009 en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/alma-ata_declaracion.htm

⁹⁶ R. Jolly (ed.) (2001), Jim Grant: UNICEF visionary, UNICEF Innocenti Research Centre

⁹⁷ UNICEF (2008), op cit

⁹⁸ UNICEF (2007), op cit: pág. 1

⁹⁹ UNICEF (2008), op cit

5. Aprender de experiencias exitosas

¹⁰⁰ The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (2008), Successful Leadership: Country Action for Maternal Newborn and Child Health

¹⁰¹ BASICS II, Proyecto MOST y USAID (2004), Nepal Child Survival Case Study: Technical Report, Publicado por el Proyecto de Apoyo Básico para Institucionalizar la Supervivencia infantil (BASICS II) para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Arlington, Virginia; The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health (2008), op cit

¹⁰² K. McNay, R. Keith y A. Penrose (2004), Bucking the Trend: How Sri Lanka has achieved good health at low cost – challenges and policy lessons for the 21st century, Save the Children UK

¹⁰³ J. Sachs (2008), Common Wealth: Economics for a Crowded Planet, Londres: Allen Lane

¹⁰⁴ J. Dreze y A. Sen (2002), India: Development and Participation, Oxford: Oxford University Press

6. Contrarrestar los mitos

¹⁰⁵ E. Arnold y J. Larsen (2006), Bottled Water: Pouring Resources Down the Drain, Eco-Economy Updates, Earth Policy Institute. De acuerdo a este informe, anualmente se gastan US\$100 en comprar agua embotellada. Accedido el 21 de agosto del 2009 en: <http://www.earth-policy.org/Updates/2006/Update51.htm>

¹⁰⁶ Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2009), Perspectivas de la población mundial, Revisión de 2008

¹⁰⁷ J. Sachs (2008), op cit.: pág. 174

¹⁰⁸ *Ibid*

¹⁰⁹ Programa Mundial de Alimentos y UNICEF (2007), Iniciativa encaminada a poner fin al hambre y la desnutrición entre los niños: Marco global de acción, diciembre del 2006

¹¹⁰ Un estudio del Programa Mundial de Alimentos / la Comisión Económica para América Latina y el Caribe descubrió que, solo en el 2004, el costo promedio de la desnutrición infantil para la región equivalió al 6.4 por ciento del PIB.

¹¹¹ Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas (2005), op cit

¹¹² Grupo de Alto Nivel sobre la financiación internacional innovadora para los sistemas de salud, Grupo de Trabajo I (2009), op cit: pág. 59

¹¹³ D.E. Bloom y J.G. Williamson (1998), Demographic Transitions and Economic Miracles in Emerging Asia, World Bank Economic Review 12(3): págs. 419–55

¹¹⁴ E. Anderson y S. Hague (2007), op cit

7. Llamado a la acción y plan de siete puntos de Save the Children

¹¹⁵ R. Gottschalk, P. Martins y S. Hague (2008), Pro-poor Growth: The evidence beyond income, ponencia presentada en la Conferencia sobre Economía para el Desarrollo del Consejo Económico y Social, 17–18 de septiembre del 2008

¹¹⁶ UNICEF (2008), op cit

¹¹⁷ Grupo de Alto Nivel sobre la financiación internacional

innovadora para los sistemas de salud, Grupo de Trabajo 2:
Constraints to Scaling Up and Costs, Informe técnico del Grupo de
Trabajo 2: pág. 10

¹¹⁸ *Ibid*: pág. 57

¹¹⁹ Organización Mundial de la Salud (2006), *op cit*

¹²⁰ Estudio sintetizado en Save the Children UK (2009), *Lasting Benefits: The role of cash transfers in tackling child mortality*

LA SIGUIENTE REVOLUCIÓN

DÉMOSLE A CADA NIÑO Y CADA NIÑA LA OPORTUNIDAD DE SOBREVIVIR

“El presente informe de Save the Children incide en los logros y desafíos de garantizar la supervivencia de los niños y niñas menores de cinco años. Su publicación coincide con el lanzamiento de la campaña mundial por la supervivencia neonatal e infantil, y sirve para recordar a los y las líderes mundiales que honren sus compromisos de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4. Es una triste realidad constatar que niños y niñas pequeños, en especial en los países en desarrollo, continúan muriendo de enfermedades prevenibles, mientras que los gobiernos invierten grandes sumas de dinero en armas de destrucción masiva. Tenemos que actuar ahora por el bien de nuestros niños y niñas; ellos/as son nuestro futuro. Todos los niños y niñas tienen derecho a la vida.”

Arzobispo Desmond Tutu

“Es chocante y vergonzoso que cerca de nueve millones de niños y niñas en todo el mundo sigan falleciendo cada año antes de cumplir los cinco años, cuando hay intervenciones de salud y alimentación probadas que podrían ayudarlos/as a vivir y desarrollarse a su máximo potencial. Ahora que el mundo se encuentra muy lejos de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 – reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna – este informe debería servir como un llamado de alerta y sacudir a los gobiernos y otras instancias para que tomen conciencia de la urgente necesidad de actuar.”

Doctora Gro Harlem Brundtland, ex Directora General de la Organización Mundial de la Salud, ex Primera Ministra de Noruega e integrante del grupo independiente de eminentes líderes mundiales conocido como The Elders (“los Sabios/as” o “los Ancianos/as”)

“Save the Children se encuentra a la delantera de los esfuerzos para movilizar la atención y la acción para eliminar los escandalosos e inaceptables niveles de mortalidad neonatal e infantil en los países pobres alrededor del mundo. Este nuevo informe será una herramienta efectiva en la lucha por mejorar la salud de las mujeres, los recién nacidos/as y los niños y niñas, poniendo al descubierto las necesidades y estadísticas, identificando claramente las prioridades y presentando argumentos eficaces, que prueban por qué es esencial actuar de inmediato.”

Ann M. Starrs, Copresidenta de Partnership for Maternal, Newborn and Child Health

“Se trata de un excelente informe nuevo de Save the Children. Destaca la magnitud de la mortalidad infantil a nivel mundial e incide en las políticas que podrían contribuir a salvar vidas infantiles, entre ellas una fuerte focalización en la realización de los derechos humanos, la reducción de las desigualdades y el empoderamiento de la mujer. Merece ser leído por un público muy amplio.”

Rageh Omaar, periodista y escritor