



Estado
MUNDIAL DE LAS MADRES 2006

Salvar la vida de las madres
y de los recién nacidos

Save the Children es la primera organización independiente que trabaja por conseguir cambios reales y duraderos en la vida de los niños necesitados en España y en más de 100 países de todo el mundo.

Save the Children es miembro de la Alianza Internacional Save the Children, a la que pertenecen 29 organizaciones estatales independientes de Save the Children que, desde 1919, luchan por la protección y el bienestar de los niños.

Contenido

Prefacio de Melinda Gates	2
Introducción	3
Principales conclusiones y recomendaciones	4
La muerte de recién nacidos: ¿Dónde y por qué razones corre más riesgo la vida de los más pequeños?	7
Salvar la vida de madres e hijos: Soluciones eficaces de bajo coste	22
Ranking de la situación de los recién nacidos: Evaluación de las inversiones de los países para salvar la vida de los recién nacidos	29
Mortalidad infantil en los países industrializados: Estados Unidos presenta uno de los índices más elevados	37
Emprendamos acciones a favor de los recién nacidos: Creamos un mundo diferente para madres e hijos	39
Anexo: Séptimo índice anual y ranking de países sobre la situación de las madres	40
Notas de pie	48

Foto de la portada:

Grace, una madre de Malawi, con su hija

Tumtumfwe que nació dos meses antes de lo previsto, pesando tan sólo 2,2 libras (1 kilo). A través de un programa, llevado a cabo por Save the Children, Grace aprendió a utilizar el método de madre canguro, manteniendo al bebé cerca del calor de su piel y dándole el pecho cada hora. Al cabo de una semana, Tumtumfwe había ganado 3,5 onzas (85 gramos).

El Informe sobre el Estado Mundial de las Madres 2006 ha sido realizado con la generosa ayuda de la Fundación David y Lucile Packard y de la Fundación Bill & Melinda Gates.

© Save the Children, Octubre 2006. Todos los derechos reservados.

Salvar la vida de las madres y de los recién nacidos

Save the Children publica su séptimo Informe anual sobre el *Estado Mundial de las Madres*. Centrándose en los 60 millones de madres que dan a luz cada año en países en desarrollo sin contar con la ayuda de profesionales y en los 4 millones de recién nacidos que mueren durante el primer mes de vida, este informe quiere llamar la atención sobre la urgente necesidad de reducir la mortalidad infantil en todo el mundo. En el presente informe se señalan, asimismo, aquellos países que han registrado éxitos en la lucha por mejorar la salud y salvar la vida de madres e hijos, demostrando que es posible encontrar soluciones eficaces para ese desafío, incluso en los países más pobres del planeta.



Prefacio

Todos los niños, independientemente de donde nazcan, tienen derecho a iniciar su vida en buenas condiciones de salud. Sin embargo, la cruda realidad nos muestra que cada año, unos 4 millones de recién nacidos mueren durante el primer mes de vida, una cifra que equivaldría a todos los niños nacidos en Estado Unidos en un año. Casi la totalidad de esas muertes (un 99 por ciento) se producen en países en desarrollo.

Es muy trágico tener que constatar la muerte de millones de recién nacidos cada año, más aún cuando su muerte sería tan fácil de evitar.

Tres de cada cuatro fallecimientos de recién nacidos podrían ser evitados mediante la aplicación de unas medidas simples y baratas que se encuentran ya a nuestro alcance, como la administración de antibióticos contra la neumonía, la utilización de tijeras esterilizadas para cortar el cordón umbilical y la utilización de mantas de abrigo para mantener a los bebés con calor.

El presente informe examina las causas de la mortalidad de recién nacidos y analiza posibles soluciones para salvar vidas. En él se destacan los países que están realizando importantes progresos en esa materia, señalando la clave de su éxito. Además, lo que es más importante aún, nos dirige un llamamiento para que nos comprometamos con la protección de madres e hijos en países pobres tanto como lo estamos haciendo en los países ricos.

Salvar la vida de los recién nacidos figura entre las grandes prioridades de la Fundación Gates. Para nosotros es un orgullo poder apoyar la labor de Save the Children y de otras organizaciones que están trabajando por cambiar la vida de millones de niños, independientemente de que vivan en una aldea remota de Malawi o en los suburbios de una gran ciudad de la India.

En materia de salud global, no hay inversión más rentable que la de salvar la vida de un niño. Proporcionando a todas las madres y a sus recién nacidos acceso a unos cuidados efectivos, podremos contribuir a la consecución de uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que consiste en reducir de forma considerable la mortalidad de niños menores de 5 años. Para cumplir con éxito dicha misión hemos de colaborar todos: gobiernos, donantes, organizaciones no gubernamentales y profesionales de la salud. Proporcionando recursos suficientes y aportando la voluntad política necesaria, podremos garantizar un comienzo de vida saludable y un futuro prometedor para cualquier niño en cualquier lugar.



Melinda French Gates

Co-Presidenta de la Fundación Bill & Melinda Gates



MOZAMBIQUE

Introducción

La madre y el recién nacido forman la unión vital más básica. ¿Cuántos de nosotros llegamos a entender completamente la innecesaria tragedia que tantas madres afrontan cada día en todo el mundo: la pérdida de un bebé a causa de enfermedades prevenibles o como consecuencia de la falta de cuidados sanitarios básicos?

Cada año, nuestro informe sobre *El Estado mundial de las Madres* nos recuerda la estrecha relación entre el bienestar de las madres y el de sus hijos. La experiencia de más de 87 años de trabajo de campo de Save the Children nos demuestra que cuando las madres reciben cuidados sanitarios, educación y oportunidades económicas, tanto ellas como sus hijos tendrán mejores posibilidades de sobrevivir y de desarrollarse favorablemente.

Pero ¿qué ocurre con todos aquéllos que no logran sobrevivir? Cada año, unos 60 millones de mujeres dan a luz en sus casas sin la asistencia de personal cualificado. Más de 500.000 mujeres mueren como consecuencia de complicaciones durante el embarazo y el parto. 4 millones de recién nacidos mueren cada año antes de cumplir un mes de vida, 3 millones nacen muertos.

Prácticamente la totalidad de las muertes de madres y de recién nacidos se producen en países en desarrollo, en los que las mujeres embarazadas y sus hijos carecen de acceso a los servicios sanitarios básicos, antes, durante o después de su alumbramiento. La mayoría de esas muertes puede ser prevenidas a muy bajo coste.

Aunque, a lo largo de las últimas décadas, se hayan logrado reducir significativamente las tasas de mortalidad de lactantes y niños, se ha avanzado muy poco en la disminución de la tasa de mortalidad de madres y recién nacidos. Con el fin de contribuir al cumplimiento del desafío global de salvar las vidas de madres e hijos, Save the Children trabaja en cinco frentes:

- **Primero:** Save the Children quiere concienciar sobre los retos y las soluciones relacionados con la supervivencia de madres y recién nacidos. En el presente informe se señala a los países con los mayores y con los menores éxitos en la lucha por salvar la vida de los recién nacidos, destacando aquellas áreas en las que se requieren mayores inversiones y demostrando la eficacia de la implementación de estrategias eficientes, incluso en algunos de los países más pobres del planeta.
- **Segundo:** Save the Children fomenta, a través de la movilización de ciudadanos y organizaciones en todo el mundo, acciones a favor de la reducción de la mortalidad de madres, lactantes y niños, abogando, además, por mejores políticas y una mayor financiación de programas de comprobada eficacia.
- **Tercero:** Nuestra misión se está cumpliendo. Nuestro innovador programa para *Salvar la vida de los recién nacidos*, iniciado en 2000 con financiación concedida por

la Fundación Bill & Melinda Gates ha identificado los mecanismos eficaces para salvar la vida de los recién nacidos y ha sensibilizado a 20 millones de mujeres y niños en una docena de países sobre los beneficios de los cuidados de recién nacidos. Hemos formado a más de 13.000 personas encargadas de dar atención sanitaria con el fin de promover instrumentos y prácticas básicos para el cuidado de recién nacidos, como la aplicación de vacunas para prevenir el tétanos, la administración de antibióticos para tratar infecciones, la utilización de instrumentos limpios para cortar el cordón umbilical, el amamantamiento inmediato y exclusivo, así como el secado y el abrigo adecuados de los niños con el fin de mantenerlos con calor. Tan sólo mediante la aplicación de esas simples medidas, se podrían evitar 3 de cada 4 muertes de recién nacidos.

- **Cuarto:** Estamos trabajando a favor de una maternidad más segura. Proporcionamos cuidados de alta calidad durante el embarazo, el parto e inmediatamente después del parto en países en desarrollo de todo el planeta. Ayudamos a mejorar la alimentación de las madres y facilitamos el acceso a informaciones y servicios de planificación familiar, de forma que las parejas puedan planificar los embarazos fijando unos intervalos saludables.
- **Quinto:** Estamos preparando a la siguiente generación de madres en países en desarrollo, ofreciendo programas de educación, servicios sanitarios y alimentación para niñas. En esa misión colaboramos con agencias estatales y organizaciones locales con el fin de garantizar que las niñas procedentes de comunidades pobres puedan ir a la escuela y completar sus ciclos de formación. Proporcionamos alimentación a niñas y niños desnutridos, mejoramos la calidad del agua e instalaciones sanitarias y fomentamos comportamientos saludables, como el de lavarse las manos.

Realizar inversiones en la unión más fundamental de la vida, es decir, en la unión entre madre y recién nacido representa un primer y, a la vez, el mejor paso en la lucha por unos niños sanos, familias prósperas y comunidades fuertes.

Cada uno de nosotros tiene que asumir su papel en esa lucha. Les invitamos a que lean el capítulo “Tomemos acciones” del presente informe y a que visiten con regularidad la página web www.savethechildren.es para saber cómo contribuir a cambiar la situación.

Charles F. MacCormack
Presidente de CEO, Save the Children

Principales conclusiones y recomendaciones

Cada año, 60 millones de mujeres en países en desarrollo dan a luz en casa, sin la asistencia de personal cualificado. Aproximadamente 4 millones de recién nacidos mueren cada año a causa de enfermedades o complicaciones durante el parto antes de haber cumplido un mes de vida, más de 3 millones nacen muertos.

La mortalidad de recién nacidos es uno de los problemas de salud más olvidados del mundo. Aunque se hayan conseguido, a lo largo de la última década, progresos significativos en la reducción de muertes de niños menores de 5 años, las tasas de mortalidad de recién nacidos durante el primer mes de vida se han mantenido relativamente constantes.

El informe sobre *El Estado mundial de las Madres* de este año nos señala a los países que con más éxito están luchando por salvar la vida de las madres y de sus hijos, así como aquéllos que están registrando los peores resultados en esta materia. Se analizan las vías posibles para que inversiones en cuidados sanitarios, alimentación, educación y comunicación puedan cambiar la situación de los recién nacidos, de las madres, de las comunidades y de la sociedad en su conjunto. Asimismo, se indican soluciones que, con un bajo coste y escasos medios tecnológicos, son capaces de salvar la gran mayoría de esas jóvenes vidas.

Principales conclusiones

1. El parto se convierte a menudo en una sentencia de muerte para una madre y su bebé.

Ambos están expuestos a grandes riesgos de muerte como consecuencia de complicaciones producidas durante el embarazo y el parto. Cuando una madre está mal alimentada, enferma o recibe unos cuidados inadecuados antes y durante el parto, su bebé corre un elevado riesgo de sufrir enfermedades y una muerte prematura. Durante el último siglo se ha vivido una revolución en cuanto a cuidados sanitarios, pero aún así millones de mujeres sufren los riesgos del embarazo y del alumbramiento bajo unas condiciones que prácticamente no han cambiado con el tiempo.

Resulta trágico constatar que miles de muertes de madres y millones de nacimientos de niños muertos y muertes de recién nacidos sean debidos a causas prevenibles o tratables. Esas muertes suelen producirse durante las primeras horas y los primeros días tras del nacimiento. A pesar de haberse reducido de forma significativa la mortalidad de lactantes y niños en los países en desarrollo, se han alcanzado muy pocos progresos en la reducción de las tasas de mortalidad de madres y recién nacidos. (Para más información, véase páginas 8-18.)

2. Las tasas de mortalidad de madres y recién nacidos son más elevadas en los lugares más pobres y desfavorecidos.

Casi la totalidad de las muertes de madres y recién nacidos se produce en los países en desarrollo (un 98 y un 99 por ciento, respectivamente). Las tasas más elevadas se registran en África y en el Sur de Asia. La mayoría de las muertes de recién nacidos se producen en tan sólo 10 países, de los que muchos representan un gran número de población (como India y China) y otros

Salvar la vida de madres y recién nacidos:

Un breve resumen

Cada año, unos 60 millones de mujeres dan a luz en casa, sin la ayuda de profesionales cualificados en materia de obstetricia.

Cada minuto muere una mujer durante el embarazo o el parto, siete recién nacidos durante su primer mes de vida y 20 niños antes de cumplir cinco años.

Las muertes de recién nacidos representan un 40 por ciento de todas las muertes de niños menores de 5 años.

Cuatro millones de recién nacidos mueren cada año, la mayoría debido a causas fáciles de prevenir o de tratar, como infecciones, complicaciones durante el parto y el bajo peso al nacer.

Casi el 60 por ciento de las muertes de lactantes se produce durante el primer mes de vida. Más de tres cuartas partes de ellos (3 millones al año) mueren durante su primera semana de vida, la mitad (2 millones al año) fallece durante las primeras 24 horas.

Casi la totalidad de muertes de recién nacidos y madres (un 99 y un 98 por ciento, respectivamente) se produce en países en desarrollo, donde las mujeres y los recién nacidos carecen de acceso a los servicios sanitarios básicos antes, durante y después del parto.

Fuentes: *The Lancet*, UNFPA, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, Population Reference Bureau, Save the Children, Organización Mundial de la Salud

unos porcentajes muy altos de mortalidad de recién nacidos (como Afganistán, República Democrática de Congo y Tanzania). Más del 60 por ciento de las muertes maternas se produce en esos mismos 10 países. Unas tasas de mortalidad de recién nacidos especialmente elevadas se pueden constatar en países que recientemente han sufrido conflictos armados, como Liberia y Sierra Leona. Los bebés hijos de madres pobres en zonas rurales se enfrentan probablemente a los mayores riesgos de supervivencia. Un análisis realizado entre 50 países en desarrollo llega a la conclusión de que los hijos de las madres más pobres tenían un 30 por ciento más de posibilidades de morir que los bebés de las madres más ricas. En ese mismo estudio se constata que los recién nacidos en áreas rurales afrontan un 21 por ciento más de riesgo de morir que los recién nacidos en áreas urbanas. En algunos países, dichas disparidades son aún más dramáticas. (Para más información, véase páginas 10-12.)

3. Los países que salvan la vida de los recién nacidos mejoran al mismo tiempo sus perspectivas de crecimiento económico y de desarrollo social.

El alarmante número de muertes de recién nacidos, y el sufrimiento humano que conlleva cada una de ellas, es una razón más que suficiente para prestar más atención al tema de

la supervivencia de los recién nacidos. Asimismo, deben considerarse los costes que la muerte de recién nacidos supone para la sociedad en su conjunto. La falta de cuidados adecuados para una madre tiene consecuencias permanentes para ella y dificulta un comienzo sano de la vida de un recién nacido. Esos bebés son especialmente vulnerables frente a enfermedades que puedan dificultar su desarrollo físico y cognitivo durante la infancia, lo que, a su vez, reduce su productividad económica como adultos y conduce a otros muchos problemas. Aquellos recién nacidos que puedan disfrutar de un comienzo sano de su vida, tendrán mayores posibilidades de desarrollar todo su potencial, lo que les aportará beneficios a ellos mismos, a sus familias y a la sociedad en su conjunto. (Para más información, véase página 13.)

4. La voluntad política es más importante que la riqueza nacional. Nuestro *ranking* de la situación de los recién nacidos, en el que se analiza el problema en 78 países en desarrollo, señala que en una serie de países relativamente pobres se están llevando a cabo esfuerzos admirables por mejorar la salud y salvar la vida de madres y bebés. Colombia, México, Nicaragua y Vietnam registran mucho mejores resultados que otros países en desarrollo.

Esos países han realizado inversiones en el importante cuidado de los recién nacidos, en la mejora de la salud materna, en la educación de niñas y en estrategias nacionales para fomentar comportamientos saludables, supervisar los progresos y hacer las planificaciones correspondientes. Un análisis separado de la tasa de mortalidad de recién nacidos en comparación con el producto interior bruto demuestra que países como Eritrea, Indonesia, Nicaragua, Filipinas, Tayikistán y Vietnam están haciendo grandes progresos en la lucha por la supervivencia de los recién nacidos, a pesar de sus limitados recursos financieros. (Para más información, véase páginas 19-21 y 29-36.)

5. El mundo puede asumir el coste calculado para salvar la vida de los recién nacidos. Una de las grandes barreras para conseguir progresos en la supervivencia de los recién nacidos ha sido la percepción equivocada de que sólo unas tecnologías caras y avanzadas así como los cuidados hospitalarios puedan salvar la vida de los recién nacidos. La realidad demuestra que intervenciones de bajo coste pueden reducir las muertes de recién nacidos hasta en un 70 por ciento. Según una estimación reciente de expertos, la transmisión de informaciones fundamentales para salvar vidas y la aportación de cuidados para aquellos bebés y madres que más necesiten esos servicios, costaría a la comunidad internacional unos 4.100 millones de dólares al año. (Para más información, véase página 28.)

Recomendaciones

I. Garantizar el bienestar de las futuras madres.

Mejorando el bienestar general de niñas y mujeres jóvenes,



VIETNAM

las comunidades pueden asegurar que unas madres sanas den a luz a unos hijos sanos. De esta forma, se puede salvar la vida de muchas madres y recién nacidos. Las tres intervenciones más importantes a favor de las futuras madres son la educación, la alimentación y el acceso a métodos anticonceptivos modernos. Cuando las niñas disponen de educación, suelen contraer matrimonio más tarde y posponer sus embarazos hasta que sus cuerpos estén más desarrollados. Las niñas alimentadas adecuadamente se convertirán en madres más sanas, lo que, a su vez, beneficiará a sus hijos. Finalmente, la planificación familiar puede salvar la vida a madres e hijos, evitando embarazos prematuros o tardíos y ayudando a establecer intervalos saludables entre los diferentes embarazos. (Para más información, véase página 24.)

2. Invertir en soluciones de bajo coste y de escasas necesidades tecnológicas que permitan salvar vidas durante el embarazo, el parto e inmediatamente después del parto. La mayoría de las muertes de madres y recién nacidos puede ser prevenida con muy pocos costes, asegurando su acceso a instrumentos y métodos capaces de salvar la vida. En ese concepto se incluyen la inmunización contra el tétanos para mujeres embarazadas, la asistencia de personal cualificado durante el parto, el tratamiento inmediato de infecciones en los neonatos y la educación sobre la importancia de una higiene adecuada, el calor y el amamantamiento para las lactantes. La aplicación de dichas prácticas podría prevenir 3 de cada 4 muertes de recién nacidos. (Para más información, véase páginas 25-27.)

3. Extender la disponibilidad de unos cuidados de calidad inmediatamente después del alumbramiento. Dado que la gran mayoría de las muertes de recién nacidos y madres se produce durante las primeras horas o los primeros días después del parto (sólo una pequeña minoría recibe cuidados durante ese periodo extremadamente vulnerable), una mejora del acceso a cuidados postnatales nos abre un potencial aún

La calidad de la vida de los niños depende de la salud, de la seguridad y del bienestar de sus madres. Los estudios realizados al respecto señalan dos factores esenciales para el bienestar de madres e hijos: la educación de mujeres y niñas y el acceso a servicios voluntarios de planificación familiar, así como su utilización.

sin aprovechar para salvar vidas. Proporcionando unos cuidados postnatales adecuados, se puede salvar entre el 20 y el 40 por ciento de las vidas de recién nacidos. No obstante, hasta la fecha, en los programas de salud pública se ha prestado poca atención a los cuidados postnatales. (Para más información, véase páginas 26-28 y 36.)

4. Incrementar la ayuda estatal a soluciones de comprobada eficacia para salvar la vida de madres e hijos. Con el fin de cumplir los objetivos de desarrollo, acordados internacionalmente, de reducir la mortalidad infantil y de mejorar la salud de las madres, deberán incrementarse los servicios fundamentales para salvar vidas para todos aquellos recién nacidos y madres

que más necesiten esa ayuda. En ese contexto, se requiere la creación de nuevos fondos, sin que se desvíen los recursos necesarios de otras partidas importantes para la supervivencia y el bienestar de los niños, como, por ejemplo, la planificación familiar, la educación básica y la prevención del SIDA. (Para más información, véase página 39.)

En el caso de España se deben tomar medidas que mejoren el acceso de los inmigrantes a los servicios de salud, especialmente a los preventivos y que faciliten el acceso a la planificación familiar en las mujeres inmigrantes, así como asegurar una mejor información sobre temas de salud sexual y reproductiva en este colectivo.

El Índice de 2006 sobre el estado de las madres

Suecia encabeza el ranking, Níger ocupa el último lugar, España se sitúa en el 9º puesto

El séptimo índice anual, elaborado por Save the Children, sobre el estado de las madres establece una comparación del bienestar de madres e hijos en 125 países. El índice se basa en seis indicadores para determinar el estatus de las mujeres: el riesgo de mortalidad materna, el uso de medios modernos de contracepción, los partos atendidos por personal cualificado, la prevalencia de anemia en mujeres embarazadas, el alfabetismo femenino y la participación de mujeres en el gobierno nacional. Además, se aplican otros cuatro indicadores relativos al bienestar infantil: mortalidad infantil, estatus nutricional, tasa de escolarización primaria y el acceso a agua segura.

Asimismo, el índice sobre el estado de las madres ofrece informaciones sobre otros 48 países, de los que se disponía de datos suficientes o para los indicadores de mujeres o para los indicadores de niños, pero no de ambos. Si incluimos esos países, llegamos a un número total de 173 países.

Al igual que el año pasado, Suecia, Dinamarca y Finlandia encabezan el ranking. Los 10 primeros países alcanzan, en general, puntuaciones muy altas en cuanto al estatus de salud y de educación de madres e hijos. Níger ocupa el último lugar entre los 125 países analizados. Los 11 últimos países, de los que 10 se encuentran en África Subsahariana, son la imagen opuesta de los 10 primeros, con unas puntuaciones muy bajas en todos los indicadores.

Este año, España ocupa el 9º puesto, inmediatamente por delante de Reino Unido y Estados Unidos empatados en el puesto 10.

En los países peor clasificados, las condiciones para las madres y sus hijos son realmente alarmantes. Como media, una de cada 12 madres muere por causas relacionadas con el embarazo, uno de cada 8 niños muere antes de haber cumplido un año y uno de cada 9 niños padece desnutrición.

Una brecha muy dramática se abre a la hora de comparar la disponibilidad de servicios de salud materno-infantil de Suecia y de Níger. Prácticamente todos los partos en Suecia cuentan con la asistencia de personal sanitario cualificado, mientras que sólo un 16% de los partos en Níger son atendidos por personal cualificado. Casi todas las mujeres suecas saben leer y escribir; un 72% utiliza algún medio moderno de contracepción y sólo una de cada 333 sufrirá la muerte de su hijo antes de que éste cumpla un año. En el extremo opuesto de ese panorama se encuentra Níger, donde sólo una de cada 10 mujeres sabe leer y escribir; un 4% utiliza algún método moderno de contracepción y uno de cada 7 niños muere antes de cumplir un año.

Si nos centramos en la parte del índice dedicada al bienestar infantil, constatamos que Somalia ocupa el último puesto de entre 166 países. En ese país, 133 de cada 1.000 niños mueren antes de cumplir un año, un 17% de los niños padece desnutrición moderada o severa (bajo peso en relación con su altura) y un 71 por ciento de la población carece de agua segura. La situación de las mujeres somalíes es igualmente desalentadora: un 78 por ciento de las mujeres embarazadas padece anemia, un 75 por ciento de todos los niños nace sin la asistencia de personal sanitario cualificado y una de cada 10 madres muere durante el parto.

La desesperación humana y la pérdida de oportunidades que hay detrás de esos números reclaman que las madres en cualquier parte del mundo obtengan los instrumentos básicos necesarios para romper el círculo de la pobreza y mejorar la calidad de vida de ellas mismas, de sus hijos y de las generaciones futuras.

Para el Índice completo del estado de las madres y el Ranking de países, véase Anexo.

SOMALIA

La muerte de recién nacidos:

**¿DÓNDE Y POR QUÉ RAZONES CORRE MÁS RIESGO
LA VIDA DE LOS MÁS PEQUEÑOS?**



VIETNAM

¿Por qué mueren los recién nacidos?

En la reunión celebrada en 2000 bajo el auspicio de Naciones Unidas, los líderes políticos internacionales se comprometieron a reducir en dos terceras partes el número de niños que mueren antes de cumplir 5 años. Se trata de uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio para combatir el hambre, la pobreza y enfermedades.¹ Para cumplir ese objetivo de la “supervivencia infantil”, el mundo tiene que realizar mayores esfuerzos para salvar la vida de los recién nacidos, es decir, de los bebés de hasta 4 semanas de vida, cuyas muertes representan el 40% de la mortalidad de niños menores de 5 años.²

Newborn mortality is one of the world's most neglected. La mortalidad de los recién nacidos es uno de los problemas de salud más olvidados del mundo. Aunque se haya logrado, a lo largo de la última década, reducir la tasa global de mortalidad infantil en un 14 por ciento, aproximadamente³, las tasas de mortalidad de niños durante su primer mes de vida se ha mantenido relativamente estables, situándose en

30 muertes por cada 1.000 nacimientos, es decir, 4 millones de muertes al año.⁴

Esas cifras alarmantes de muertes de recién nacidos, y el gran sufrimiento humano que conlleva cada una de ellas, son razón más que suficiente para que se preste mayor atención a la situación de los neonatos. Asimismo, resulta importante destacar que unos recién nacidos sanos tienen mayores posibilidades de gozar de buena salud durante su infancia y las demás etapas de su vida. En cambio, aquellos recién nacidos que nazcan en malas condiciones de salud, serán especialmente vulnerables frente a enfermedades o incluso la muerte durante su primer año de vida.

Esa circunstancia también puede conducir al desarrollo de discapacidades e impedir que esos niños aprovechen todo su potencial, lo que, a su vez, genera unas consecuencias desfavorables para ellos, sus familias y la sociedad en su conjunto.

En muchos países, las oportunidades de supervivencia de madres e hijos se reducen a cero cuando ambos se encuentran en situación de extrema vulnerabilidad.

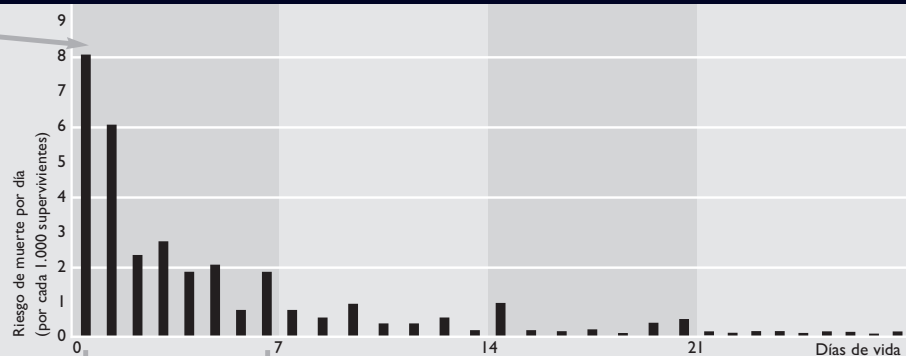
En todos el mundo en desarrollo, futuras madres y recién nacidos tienen que afrontar riesgos de salud contando con



BANGLADESH

En el primer mes de vida, el primer día y la primera semana son los más peligrosos

Hasta el 50% de las muertes de recién nacidos se producen las primeras 24 horas – unas 2 millones al año



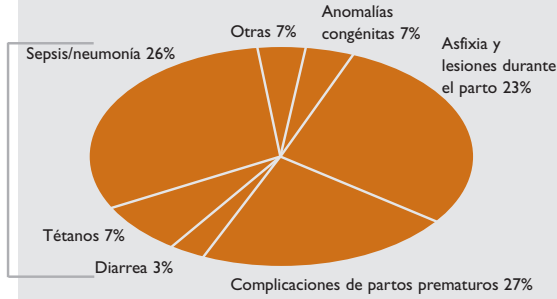
El riesgo de muerte de un recién nacido durante el primer día de vida es 500 veces superior al riesgo de muerte una vez que haya cumplido un mes. Las primeras horas y los primeros días son los más críticos en la vida de un bebé.

El 75% por cien de las muertes de recién nacidos se produce durante la primera semana – unas 3 millones al año

Fuente: ORC Macro, 2006. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>, 6 de abril de 2006. Basado en el análisis de 38 registros de datos DHS (2000 a 2004) con 9.022 muertes de neonatos. Análisis J Lawn.

Las causas de muerte de recién nacidos

Infecciones
36%



Distribución estimada de las causas directas de muerte de 4 millones de recién nacidos durante 2000, basada en los datos de registro demográfico de 45 países y estimaciones adaptadas para 147 países.

Fuente: J. Lawn, S. Cousens and J. Zupan "4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?" *Lancet* 2005; 365: 891-900.

muy poca o ninguna ayuda o unos cuidados sanitarios muy limitados o inexistentes. Muchos de ellos no sobreviven a esa penosa prueba.

El factor del tiempo en la muerte de los recién nacidos es especialmente preocupante.

Las investigaciones demuestran que los primeros días y horas en la vida de un bebé son los más críticos. Cada año, más de 7 millones de lactantes mueren entre su nacimiento y el primer cumpleaños. Casi un 60 por ciento de esas muertes, aproximadamente unos 4 millones, se produce durante el primer mes de vida. De aquellos niños que mueren durante el primer mes, más de tres cuartas partes (3 millones) lo hacen durante su primera semana de vida. De esos últimos, la mitad fallece durante las primeras 24 horas de vida (hasta 2 millones).⁵

¿Cuáles son las causas de ese gran número de muertes de recién nacidos que se producen cada año en los países en desarrollo? Se trata, principalmente, de problemas, hoy en día impensables en países más ricos, fáciles de prevenir o de tratar, como tétanos, infecciones, diarrea o cuidados insuficientes durante el parto.

Según estimaciones recientes, un 36 por ciento de las muertes de neonatos es debido a infecciones (tétanos, sepsis, pulmonía y diarrea). Las complicaciones resultantes de partos prematuros son responsables del 27 por ciento de las muertes, mientras que complicaciones causadas por asfixia durante el parto provocan otro 23 por ciento de las muertes.⁶ Otro factor secundario importante para la

muerte de entre un 60 y un 80 por ciento de neonatos es el bajo peso al nacer (un peso inferior a 2.500 gramos al nacer).⁷

Además de unos cuidados inadecuados para el bebé, la mala salud de las madres, especialmente durante el embarazo, el parto y el primer periodo posparto, es otra causa importante de muerte de recién nacidos en países en desarrollo. Muchas embarazadas reciben una alimentación inadecuada, trabajan demasiado y, en ocasiones, aún se están recuperando de embarazos anteriores. Para muchas madres, los cuidados sanitarios durante ese periodo crítico, en especial durante e inmediatamente después del parto, prácticamente no existen. Se estima que en los países en desarrollo, cada año, unas 60 millones de mujeres dan a luz en casa, sin ningún tipo de asistencia profesional⁸, y que unas 529.000 mujeres mueren durante el parto o a causa de complicaciones durante el embarazo.⁹



ETHIOPIA

¿En qué lugares mueren los recién nacidos?

El núcleo del problema de la supervivencia de recién nacidos viene definido por la brecha persistente y creciente entre la salud de los ricos y pobres del mundo. Prácticamente la totalidad de las muertes de recién nacidos (un 99 por ciento) se produce en países en desarrollo.¹⁰

Una madre en África subsahariana, por ejemplo, corre un riesgo 30 veces mayor que una madre en un país industrializado, de perder a su recién nacido durante el primer mes de vida de éste. 11 Una de cada cinco madres en África subsahariana ha perdido al menos a un bebé recién nacido, lo que, a pesar de ser bastante frecuente en esas regiones, no deja de ser una historia de dolor muy pocas veces relatada.

La mayor tasa de mortalidad de recién nacidos (44 por 1.000 nacimientos vivos) se registra en África, alcanzándose la más elevada en África occidental.

En el sureste de Asia, la tasa de mortalidad de neonatos es más baja (38 por 1.000), sin embargo, debido a la mayor densidad de población en esa región, contabiliza el 36 por ciento de las muertes de recién nacidos del mundo.¹²

Unas tasas especialmente elevadas de mortalidad de recién nacidos se registran en países con experiencias recientes de guerras o conflictos civiles, como Afganistán, Angola, Irak, Liberia y Sierra Leona.

Los hijos de madres pobres en áreas rurales han de afrontar grandes riesgos para su supervivencia. A menudo nacen en casa, sin el menor contacto con el sistema sanitario. Durante el parto, a la madre le ayudan vecinos o miembros de la familia, o, a veces, incluso no le ayuda nadie. En África, por ejemplo, menos del 40 por ciento de las mujeres da a luz con asistencia de personal cualificado. En el Sur de Asia, ese número es aún más bajo.¹³ En algunas comunidades, como en determinadas zonas rurales de la India, las mujeres dan a luz en el rincón más sucio de la choza, el recién nacido es puesto en el suelo sucio inmediatamente después del parto y el amamantamiento no es recomendado durante varios días.

A menudo, la madre y su bebé se encuentran aisladas durante un tiempo de hasta 2 semanas con el fin de ahuyentar los malos espíritus. Este es tan sólo un ejemplo de costumbres culturales perjudiciales para los recién nacidos.

Un análisis realizado entre 50 países en desarrollo llega a la conclusión de que los bebés de madres pertenecientes a la quinta parte más pobre de la población corrían un 30 por ciento más de riesgo de morir que los bebés de la quinta parte más rica. En el mismo estudio se constata que los hijos de madres de zonas rurales afrontaban un riesgo de morir del 21 por ciento más alto que los de zonas urbanas.¹⁴

Especialmente dramáticas son las disparidades existentes dentro de algunos países.

En India, por ejemplo, los bebés de las madres más pobres tienen una tasa de mortalidad el 56% más elevado que los de las madres más ricas. En Bolivia, la tasa de mortalidad de neonatos es un 70 por ciento más alto entre los pobres.¹⁵

En Bolivia, Níger, Perú y Vietnam, los bebés nacidos en áreas rurales tienen una mortalidad del 50 por ciento superior a la de los niños nacidos en zonas urbanas.¹⁶



BOLIVIA

La mayoría de las muertes de madres y recién nacidos se produce en tan sólo 10 países



Más de dos terceras partes de todas las muertes de recién nacidos (2,7 millones de 4 millones cada año) se producen en tan sólo 10 países. Muchos de esos países tienen un alto número de población (como India y China), otros presentan muy altos porcentajes de

muertes de recién nacidos (como Afganistán, Congo y Tanzania). En esos lugares, también las madres se enfrentan a un elevado riesgo de muerte durante el embarazo o el parto. Más del 60 por ciento de las muertes maternas se producen en esos mismos 10 países.

Los países con altos índices de mortalidad de recién nacidos registran, al mismo tiempo, altos porcentajes de muerte materna

País	Ranking por número de muertes de neonatos	Número de muertes de neonatos	Ranking por número de muertes maternas	Número de muertes maternas
India	1	1.098.000	1	136.000
China	2	416.000	9*	11.000
Pakistán	3	298.000	3	26.000
Nigeria	4	247.000	2	37.000
Bangladesh	5	153.000	8	16.000
Etiopía	6	147.000	4	24.000
República Democrática de Congo	7	116.000	4	24.000
Indonesia	8	82.000	12**	10.000
Afganistán	9	63.000	7	20.000
República Unida de Tanzania	10	62.000	6	21.000
* Empatado con Angola y Kenia (no reflejados).		2.682.000 muertes de recién nacidos		325.000 muertes de madres
** Empatado con Uganda (no reflejado)		Aproximadamente un 66 por ciento del total global		Aproximadamente un 61 por ciento del total global

Fuente: Newborn deaths: Joy Lawn, et al. "4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?" The Lancet; Maternal deaths: Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Fondo de Población de las Naciones Unidas, Mortalidad materna en 2000: Estimaciones elaboradas por OMS, UNICEF y UNFPA (OMS: Ginebra: 2004).

Tasas de mortalidad de recién nacidos en los países en desarrollo

Puesto de entre 78 países	Pais	Muertes de recién nacidos (por cada 1.000 nacidos vivos)	Puesto de entre 78 países	Pais	Muertes de recién nacidos (por cada 1.000 nacidos vivos)
1	Colombia	12	39	Haití	37
1	Vietnam	12	39	Mozambique	37
3	México	14	39	Swazilandia	37
4	Brazil	16	39	Zambia	37
4	Jordania	16	44	Benin	38
4	Kazajstán	16	45	Camboya	39
4	Nicaragua	16	45	Chad	39
4	Perú	16	45	Djibuti	39
9	Filipinas	17	45	Lesoto	39
10	China	20	45	Nepal	39
10	Egipto	20	45	Timor-Leste	39
10	Guatemala	20	45	Togo	39
10	Indonesia	20	52	Guinea Ecuatorial	40
14	Guyana	21	52	Myanmar	40
15	República Dominicana	22	52	Ruanda	40
15	Turquía	22	55	Bangladesh	41
17	Eritrea	24	55	Burundi	41
17	Sudáfrica	24	55	Niger	41
19	Tayikistán	25	58	Malawi	42
20	Bolivia	27	59	Ghana	43
20	Marruecos	27	59	India	43
22	Kyrgyzstan	28	59	Lao, República Democrática Popular	43
23	Azerbaiyán	29	62	Guinea	44
23	Camerún	29	62	Mauritania	44
23	Comores	29	64	Gambia	46
26	Senegal	30	65	República Centroafricana	48
26	Zimbabwe	30	65	Congo, República Democrática	48
28	Burkina Faso	31	65	Guinea-Bissau	48
28	Congo	31	68	Nigeria	49
28	Gabón	31	68	Somalia	49
28	Namibia	31	70	Etiopía	52
32	Madagascar	32	71	Angola	54
32	Tanzania, República Unida	32	72	Mali	57
32	Uganda	32	73	Cote d'Ivoire	58
35	Kenia	33	73	Pakistán	58
35	Sudán	33	75	Irak	59
37	Papua Nueva Guinea	34	75	Sierra Leona	59
38	Yemen	35	77	Afganistán	60
39	Bután	37	78	Liberia	65

Fuentes de los datos: Muertes de recién nacidos: OMS, Draft Neonatal and Perinatal Death Estimates as of January 2005 (datos no publicados), datos suplementarios de 25 países de ORC Macro/DHS 2000-2005: Bangladesh (2004), Benin (2001), Bolivia (2003), Burkina Faso (2003), Camerún (2004), Chad (2004), Colombia (2005), república Dominicana (2002), Eritrea (2002), Ghana (2003), Indonesia (2002-3), Jordania (2002), Kenia (2003), Madagascar (2003-4), Mali (2001), Mauritania (2000-1), Marruecos (2003-4), Mozambique (2003), Nepal (2001), Nicaragua (2001), Nigeria (2003), Filipinas (2003), Tanzania (2004), Vietnam (2002), Zambia (2001-2). Datos recopilados de 0 a 4 años. MEASURE DHS STATcompiler. <http://www.measuredhs.com>, [Consultados el 4 de abril de 2006.]

Los países señalados en rojo son considerados de renta media. Los países señalados en blanco son considerados de renta baja. La clasificación de países de renta baja o media está basada en la clasificación establecida por el Banco Mundial (2004 Ingreso interior bruto per capita, método Atlas). Renta baja = \$825 o inferior; renta media es de \$826 a \$10.065.

Costes para la sociedad de la muerte y las enfermedades de los recién nacidos

Aunque la supervivencia y la salud de los recién nacidos son objetivos claros para las personas y familias, también revisten importancia por el bienestar de la sociedad en su conjunto.

Un estudio reciente sobre el papel de la salud para el desarrollo socioeconómico se centró especialmente en enfermedades surgidas durante el periodo perinatal, es decir, desde la semana 22 del feto hasta la primera semana después del parto, señalando las consecuencias permanentes que se producen cuando una madre no recibe una alimentación adecuada y cuando un niño comienza su vida con trastornos de crecimiento en el útero.

Esos bebés suelen tener bajo peso y sufrir todo tipo de problemas, desde un elevado riesgo de muerte hasta trastornos en su desarrollo, como una limitada capacidad de concentración o una mayor propensión a las enfermedades durante toda su vida.¹⁷

Las consecuencias a largo plazo son inmensas. Una enfermedad temprana dificulta el desarrollo físico y cognitivo de un niño, reduciendo, a su vez, su productividad económica como adulto, además de causar otros muchos problemas.

Los niños con mala salud y una capacidad de aprendizaje limitada son más propensos a abandonar la escuela antes de tiempo, obtendrán, con mayor probabilidad, unos salarios más bajos y afrontarán, como adultos, grandes dificultades para alcanzar un nivel de vida adecuado para ellos y para sus familias.¹⁸

Muchos factores causantes de la muerte de recién nacidos también provocan discapacidades severas. Por ejemplo, por cada recién nacido muerto a consecuencia de asfixia, que se produce cuando el recién nacido recibe una aportación insuficiente de oxígeno antes, durante o después del parto, otro sufrirá durante toda su vida trastornos, como epilepsia, parálisis cerebral o retrasos en el desarrollo.¹⁹ Los costes causados por dichas discapacidades suponen una gran carga para los sistemas de salud, a la vez que el cuidado de niños enfermos o discapacitados exige un gran esfuerzo a las familias.

Resulta muy difícil cuantificar los costes económicos de tales problemas de salud, ya que las muertes de recién nacidos a menudo no son registradas.

No obstante, es posible ilustrar hasta qué punto una mala salud de los neonatos y una alta tasa de mortalidad infantil pueden influir en el desarrollo de un país. Mediante la simulación informática, los analistas han constatado que aproximadamente 100.000 recién nacidos en Senegal desarrollarán, entre 2001 y 2007, enfermedades como consecuencia de asfixia y de falta de yodo.²⁰ Esas enfermedades reducirán las potenciales aportaciones económicas de esos niños durante toda su vida en al menos 121 millones de dólares (aplicando los valores actuales), o en 1.210 dólares por cada recién nacido.

Ello supone una gran pérdida para un país con una renta anual per cápita de 1.720 dólares.²¹

Otra de las consecuencias de una mala salud de los recién nacidos y del alto índice de mortalidad de neonatos se sitúa en el ámbito demográfico. Las familias pobres suelen compensar la muerte de niños por un gran número de hijos. Como consecuencia, disponen de menos dinero para invertir en la educación y salud de sus hijos supervivientes. De esta forma, se perpetúa el círculo de pobreza intergeneracional.²²

En la historia hemos podido observar que las mujeres empezaban a utilizar métodos modernos de contracepción y a tener unas familias más pequeñas y sanas, cuando la mortalidad infantil comenzó a bajar y ellas pudieron confiar más en la supervivencia de sus hijos. Por lo tanto, cualquier acción destinada a la reducción de la mortalidad de recién nacidos y lactantes contribuirá a disminuir el número de embarazos de una mujer, lo que a su vez conducirá a una reducción de las muertes maternas.²³



ANGOLA

La estrecha unión entre madres y recién nacidos

El bienestar de un recién nacido depende, en gran medida, de la salud y del bienestar de su madre. Cuando una madre está mal alimentada, enferma o recibe unos cuidados prenatales o durante el parto inadecuados, sus hijos corren un mayor riesgo de enfermar o de morir de forma prematura. Cuando las madres carecen de educación y cuando las niñas se casan y empiezan a tener hijos a una edad muy temprana, los riesgos se multiplican.

Durante el último siglo se ha experimentado una auténtica revolución en cuanto a los cuidados sanitarios. Aún así, millones de mujeres siguen afrontando los riesgos del embarazo y parto en unas condiciones que no han cambiado en absoluto con el tiempo. Las complicaciones de la maternidad dejan graves huellas en las mujeres en países en desarrollo. Resulta trágico tener que constatar que millones de nacimientos de niños muertos y millones de muertes de recién nacidos son debidos a causas prevenibles o tratables, que, en su mayoría, se producen durante o inmediatamente después del parto.

Aunque, a lo largo de la última década, hubo una reducción significativa de la tasa de mortalidad de lactantes y niños en los países en desarrollo, muy poco se ha progresado en la lucha por reducir la tasa de mortalidad de madres y recién nacidos. En un país en desarrollo, la muerte de una madre

durante el parto significa casi con toda seguridad la muerte de su recién nacido.

Por lo tanto, las tasas de mortalidad de recién nacidos suelen ser muy altas en regiones con altas tasas de mortalidad materna. Por ejemplo, en África subsahariana, el riesgo de que una mujer muera por causas relacionadas con la maternidad es de 1 por cada 16²⁴, una de cada 5 mujeres de África subsahariana pierde a un recién nacido.²⁵ En el Sur de Asia, 1 de cada 42 mujeres muere por causas relacionadas con la maternidad²⁶ y una de cada 7 pierde a un recién nacido.²⁷ África subsahariana y el Sur de Asia son, asimismo, las regiones del mundo con las mayores tasas de nacimientos de niños muertos (32 por cada 1.000 nacimientos). Esas dos regiones suman juntas casi el 70 por ciento de los 3,2 millones de nacimientos de niños muertos que se producen cada año en el mundo.²⁸

Algunos indicadores para recién nacidos y madres, clasificados por regiones

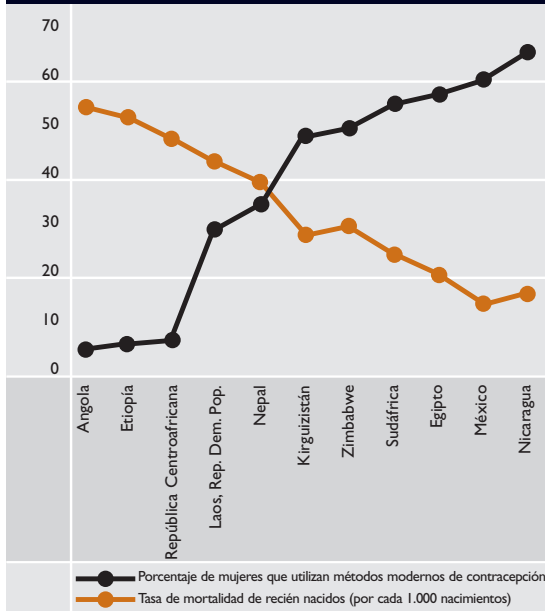
Región	Número estimado de nacimientos vivos al año (en miles)	Tasa de mortalidad de neonatos (por cada 1.000 nacimientos vivos)	Número de muertes de recién nacidos (en miles)	Tasa total de fertilidad	Riesgo de que una madre experimente la muerte de un recién nacido (1 por cada cifra señalada), calculado*
África	25.890	44	1.128	5,4	4
América	15.668	12	195	2,4	35
Mediterráneo oriental	15.539	40	603	3,8	7
Europa	9,857	11	116	1,6	57
Sudeste de Asia	37.901	38	1.443	2,9	9
Pacífico occidental	26.506	19	512	1,8	29
Global	131.362	30	3.998	2,7	12

* El riesgo de que una madre experimente la muerte de un recién nacido ha sido calculado multiplicando la tasa de mortalidad infantil por la tasa total de fertilidad. Se trata de una simplificación de complejas interrelaciones estadísticas entre la fertilidad y la muerte de recién nacidos, utilizada para ilustrar las diferencias dramáticas entre las distintas subregiones.

Muy pocos países en desarrollo disponen de sistemas fiables de registro de nacimientos y fallecimientos. Aunque los estudios realizados por gobiernos y organizaciones internacionales intentan estimar el alcance del problema, existen muchas fuentes de potenciales errores, como el registro de menos nacimientos de niños muertos y de muertes de recién nacidos, de los producidos e inexactitudes en la determinación del momento del fallecimiento (es decir, en la clasificación como muertes de recién nacidos o nacimientos de niños muertos). Otro problema consiste en la reticencia, debida a razones culturales, de las madres de hablar sobre la muerte de recién nacidos, y en el hecho de que las poblaciones analizadas se encuentran, a menudo, en zonas de fácil acceso, relativamente favorecidas, por lo que influyen cuestiones de muestra y existe la tendencia de subestimar el problema.

Fuentes: tabla adaptada para el Estado mundial de las madres 2001 de Save the Children. Número estimado de nacimientos vivos al año: Organización Mundial de Salud (OMS) Estado Mundial de vacunas e inmunización (2003 ref.); Tasa de mortalidad de neonatos y número de muertes de recién nacidos: Joy Lawn, y otros. "4 millones de muertes de recién nacidos: ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Porqué?" The Lancet; Tasa total de fertilidad: regiones de la OMS – OMS Estadísticas de Salud Mundial 2005, datos totales – PRB 2005 Notas Informativas Mundial. Las clasificaciones regionales están basadas en las categorías de la OMS. El Sudeste de Asia incluye países de Asia del Sur excepto Afganistán y Pakistán que están incluidos en la región del Mediterráneo Oriental.

Cuanto más mujeres utilicen la planificación familiar, menos recién nacidos mueren



Fuentes: Tasa de mortalidad de recién nacidos: OMS, Borrador de estimaciones de muertes neonatales y perinatales a enero de 2005 (datos sin publicar), datos adicionales procedentes de ORC Macro DHS Surveys (2000-2005); Porcentaje de mujeres que utilizan métodos modernos de contracepción: UNFPA, Estado de la población mundial 2005.

Los intervalos entre los diferentes partos y la supervivencia de recién nacidos

La salud de un recién nacido se ve condicionada, en gran medida, por los intervalos y la frecuencia de embarazos de la madre. Las mujeres que dan a luz siendo demasiado jóvenes o mayores, o que tienen hijos muy seguidos, se exponen a sí mismas y a sus recién nacidos a unos riesgos mayores de complicaciones.

Los estudios, realizados al respecto, demuestran claramente la relación entre la mortalidad de recién nacidos y lactantes y los intervalos entre los diferentes nacimientos. Por ejemplo, un niño que nace menos de dos años después de su hermano mayor, corre 2,2 veces más riesgos de morir que un niño que nazca tres años después.²⁹ Además, aquellas mujeres que han tenido muchos hijos están expuestas a un mayor riesgo de mortalidad materna, corriendo sus hijos, asimismo, un mayor riesgo de morir.

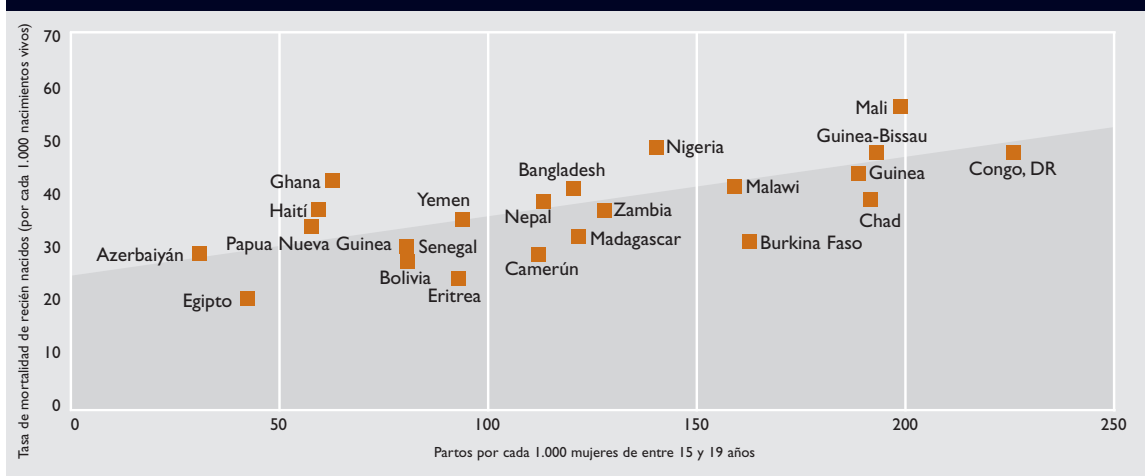
Una utilización efectiva de los métodos de planificación familiar puede mejorar la salud de madres y recién nacidos, ayudando a las mujeres a establecer unos intervalos, más saludables para ellas y sus hijos, entre los diferentes partos.

Complicaciones durante el parto

Las complicaciones acaecidas durante el parto también tienen un impacto significativo en los recién nacidos. Casi el 25 por ciento de las muertes de recién nacidos son el resultado de problemas surgidos durante el parto.³⁰

La asfixia, por ejemplo, se produce cuando un neonato recibe una aportación insuficiente de oxígeno antes, durante e inmediatamente después del parto. A menudo, es causada por partos obstruidos, una complicación que, a su vez, es causante del 8 por ciento de las muertes maternas y de muchos niños nacidos muertos. Se estima que entre 4 y 5 millones de recién nacidos sufren asfixia durante el parto y que más de un millón de ellos mueren cada año por esa causa.³¹

Cuando las mujeres son madres demasiado jóvenes, la vida de los recién nacidos corre peligro



Fuentes: Tasa de mortalidad de recién nacidos: OMS, Borrador de estimaciones de muertes neonatales y perinatales a enero de 2005 (datos sin publicar), datos adicionales procedentes de ORC Macro DHS Surveys (2000-2005); Partos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años: UNFPA, Estado de la población mundial 2005. Línea del promedio basado en datos de 78 países.

El alto número de partos obstruidos y asfixias no detectados y no tratados se debe a que en los países menos desarrollados, sólo la mitad de los partos están asistidos por personal sanitario cualificado, capaz de detectar y tratar complicaciones producidas durante el parto o de atender a un recién nacido con síntomas de asfixia, o de garantizar la atención adecuada de esos casos. Las madres y sus familias también pueden ser capacitadas, a través de la educación en temas de salud o en la preparación al parto, para detectar signos de peligro (tanto en el madre como en el recién nacido) y para buscar la ayuda de un profesional. No obstante, ese tipo de educación en salud, a menudo, no se encuentra disponible en zonas pobres y remotas, en las que se sufre la muerte de tantas madres y recién nacidos.

El problema se exagera cuando una niña contrae matrimonio. En los países en desarrollo, muchas niñas contraen matrimonio y empiezan a tener hijos a una edad a la que sus cuerpos aún no revisten la madurez física suficiente para dar a luz a un hijo sin complicaciones. Las niñas adolescentes corren el doble de riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo y el parto, que mujeres mayores, enfrentándose sus hijos a un 50 por ciento más de riesgo que los hijos de mujeres mayores de 20 años, de morir durante su primer año de vida.³²

La fistula, quizás la enfermedad relacionada con el embarazo más devastadora, se produce a menudo en los países más pobres donde el matrimonio de adolescentes es una práctica habitual y donde escasean médicos cualificados y hospitales adecuadamente equipados. La fistula es el resultado de un parto obstruido no tratado a tiempo ni de forma apropiada. La presión prolongada, ejercida por la cabeza del bebé, contra la pelvis de una madre joven corta el riego sanguíneo de los tejidos blandos alrededor de la vejiga, el recto y la vagina, que pueden empezar a descomponerse dejando un agujero (fistula) que, a su vez, perjudica el control sobre la vejiga y el intestino. Esa circunstancia causa graves dolores físicos y psíquicos, siendo las víctimas en muchos casos marginadas por su familia y comunidad.

Infecciones

Muchos nacimientos de niños muertos y muertes de recién nacidos causados por infecciones, podrían ser prevenidos con unos mejores cuidados sanitarios para las madres antes y durante el embarazo, así como durante e inmediatamente después del parto.

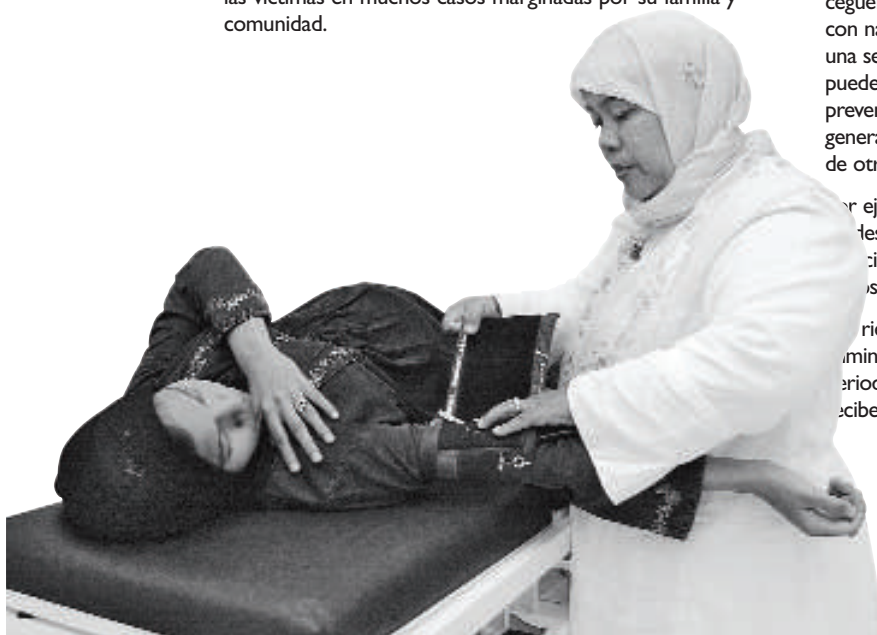
La aplicación de unas prácticas de higiene, como un parto en condiciones de limpieza, la utilización de unas tijeras limpias para cortar el cordón umbilical y un amamantamiento exclusivo, puede prevenir la aparición de la mayoría de las infecciones mortales para recién nacidos. Los cursos de preparación al parto, en los que se instruye, entre otras cosas, a las madres y familias a detectar signos de peligro y a planificar un traslado de emergencia, pueden garantizar un tratamiento y un manejo adecuados de complicaciones en el momento en que se produzcan.

El tétanos es otra de las enfermedades fáciles de prevenir que puede causar la muerte de una madre y de su bebé. Los recién nacidos se enfrentan a un elevado riesgo de contraer esa enfermedad cuando su cordón umbilical es cortado con instrumentos sucios o tratado con medios tradicionales antihigiénicos, como excrementos de vaca. El tétanos neonatal causa la muerte a más de 200.000 lactantes cada año.³³ Las madres pueden contraer tétanos como consecuencia de lesiones sufridas durante un parto en condiciones de escasa limpieza. Se estima que el tétanos es el causante de al menos un 5 por ciento de las muertes maternas, es decir, de aproximadamente 30.000 al año.³⁴

Asimismo, las madres pueden transmitir a sus hijos durante el embarazo, el parto y el amamantamiento, enfermedades de transmisión sexual. Más de una tercera parte de las madres infectadas con el VIH y que no reciban tratamiento, transmiten el virus a sus hijos en el periodo perinatal (entre la semana 22 del embarazo y la primera semana de vida del recién nacido). La transmisión madre-hijo del VIH causó, tan sólo en 1999, casi medio millón de muertes infantiles.³⁵ Algunas infecciones de transmisión sexual pueden producir ceguera en los niños, mientras que otras están relacionadas con nacimientos de niños muertos, un bajo peso al nacer y una serie de otras complicaciones postnatales.³⁶ Esos riesgos pueden ser reducidos, en gran medida, a través de una prevención de la transmisión madre-hijo del VIH, de pruebas generalizadas y tratamiento de sífilis y mediante la adopción de otras medidas preventivas.

Por ejemplo, una mujer embarazada seropositiva en un país en desarrollo transmitirá, con una probabilidad del 20 al 45 por ciento, el virus a su bebé durante el embarazo, el parto o posterior amamantamiento.

Este riesgo puede disminuirse casi en un 50 por ciento, administrando medicamentos antirretrovirales durante un periodo corto y, en un porcentaje aún mayor, si la madre recibe terapia antirretroviral a más largo plazo.³⁷





NEPAL

inferior al normal como adultas. Mujeres muy pequeñas son más propensas a sufrir partos obstruidos, lo que resulta muy peligroso para su propia salud y la de sus recién nacidos. De esta forma, el ciclo continúa.

La falta de oligoelementos también influye en la salud de madres y recién nacidos. Por ejemplo, la falta de hierro (anemia) afecta a más de la mitad de las embarazadas en los países en desarrollo.⁴⁴ Una madre que padece anemia severa afronta un incrementado riesgo de morir durante el parto o de dar a luz a un niño muerto. Sus hijos corren el riesgo de nacer bajos de peso, nacer prematuros, padecer trastornos cognitivos y de morir al poco tiempo de nacer.⁴⁵

En los países con la presencia endémica de malaria, las mujeres embarazadas son más propensas a padecerla durante el embarazo que en otros momentos de su vida.

Las mujeres infectadas son más proclives a tener hijos con bajo peso al nacer, lo que supone un mayor riesgo de muerte para recién nacidos. La malaria puede llegar a causar hasta un 30 por ciento de nacimientos de niños con bajo peso y hasta un 5 por ciento de las muertes de recién nacidos, ambos prevenibles.³⁸

Asimismo, la malaria se asocia a abortos y nacimientos de niños muertos. Aquellas mujeres que desarrollen un cuadro severo de anemia a causa de la malaria, corren un elevado riesgo de mortalidad materna.³⁹ Aquellas madres que padezcan malaria además de ser seropositivas, transmitirán con mayor probabilidad el VIH a su hijo no nacido.⁴⁰

La administración, durante el periodo perinatal, de un tratamiento contra la malaria en zonas endémicas puede reducir la incidencia de nacimientos prematuros y de nacimientos con bajo peso en un 40 por cien.⁴¹

Bebés de reducido tamaño y la salud de las madres

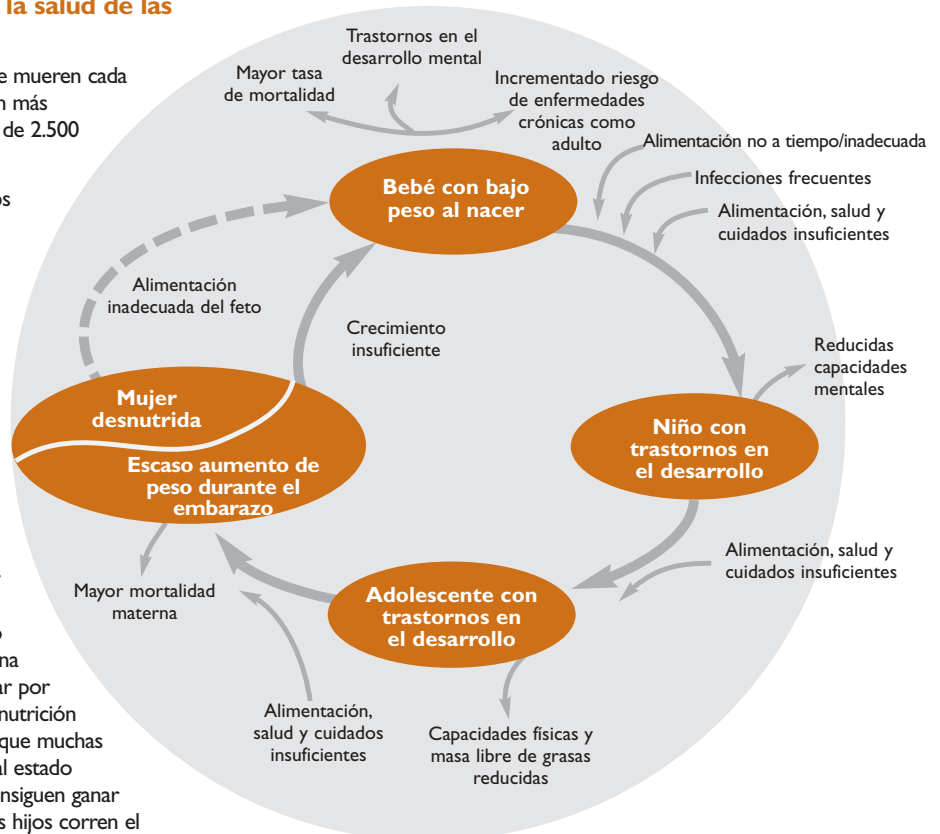
De los 4 millones de recién nacidos que mueren cada año, entre un 60 y un 80 por ciento son más pequeños de lo normal y pesan menos de 2.500 gramos al nacer.⁴²

Cada año nacen en todo el mundo unos 18 millones de niños con bajo peso.⁴³

La mayoría de ellos son prematuros, es decir, nacidos antes de cumplirse el noveno mes de embarazo. Otros nacen a tiempo pero demasiado pequeños, debido a un crecimiento insuficiente en el útero de la madre, lo que, a su vez, puede ser el resultado de infecciones, como la malaria, de una hipertensión arterial no tratada o de una mala alimentación.

Las causas de la desnutrición de niñas y mujeres son complejas y muchas veces tienen su origen en creencias sociales o culturales que sitúan a las mujeres en una posición desfavorable a la hora de luchar por los escasos recursos. A menudo, la desnutrición sigue un ciclo intergeneracional, por lo que muchas mujeres comienzan su embarazo en mal estado nutricional. Durante el embarazo no consiguen ganar peso de forma suficiente, por lo que sus hijos corren el riesgo de nacer con bajo peso. Las niñas nacidas con bajo peso, a menudo, presentarán una baja estatura y un peso

Un mal estado nutricional a lo largo de toda la vida



Fuente: Adaptado de la comisión nombrada por Naciones Unidas ACC/SCN sobre los desafíos de alimentación del siglo XXI.



VIETNAM

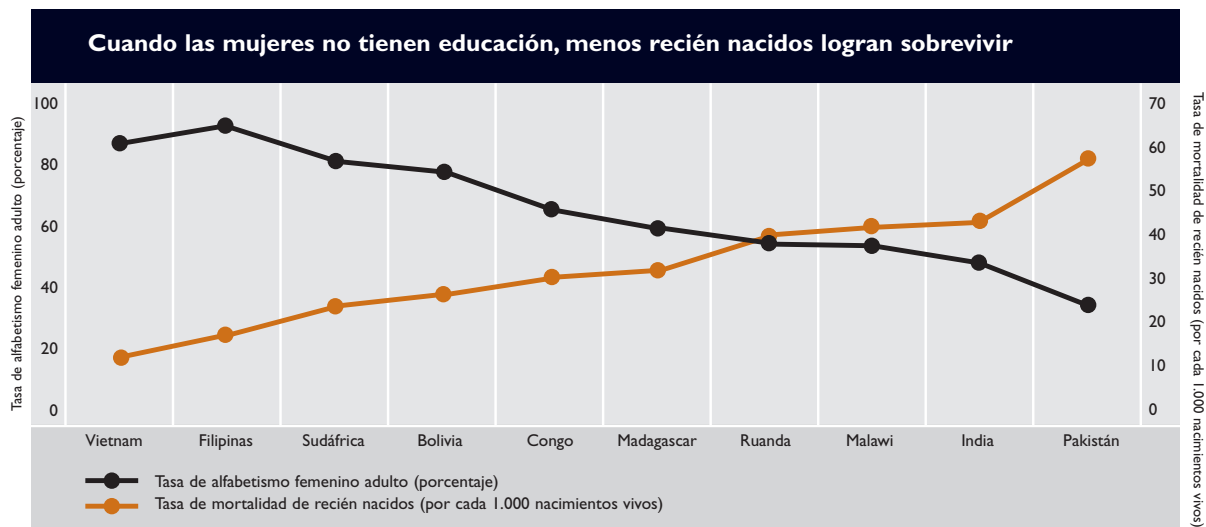
La importancia de la educación

Las madres sin educación se encuentran, al igual que sus hijos, en una situación de gran desventaja. Madres que no han ido a la escuela tienen una mayor probabilidad de ser pobres, de quedarse embarazadas siendo más jóvenes y tener embarazos más seguidos, de padecer unas tasas más elevadas de mortalidad materna y de recién nacidos, de tener menos conocimientos sobre planificación familiar y prevención de VIH o de estar menos preparadas para cuidar de la salud y del bienestar de sus hijos.⁴⁶

Las madres que tienen poca educación suelen recibir menos cuidados médicos durante el embarazo y el parto.

En Egipto, por ejemplo, sólo el 33 por ciento de las mujeres sin educación recibe algún tipo de cuidado prenatal y sólo el 17 por ciento recibe cuidados prenatales regulares, mientras que el 75 por ciento de las mujeres con educación secundaria o superior reciben cuidados prenatales y un 60 por ciento recibe cuidados regulares.⁴⁷ En Nigeria, sólo el 15 por ciento de los partos protagonizados por mujeres sin educación cuenta con la asistencia de personal médico cualificado, en comparación con el 56%, 74% y 88% de los partos de mujeres con educación primaria, secundaria y superior, respectivamente.⁴⁸

Los bebés de madres con poca educación o sin ningún tipo de educación están expuestos a mayores riesgos durante el parto, los primeros días de mayor vulnerabilidad y a lo largo de toda su vida. Según datos recopilados por 35 estudios recientes sobre demografía y estado de salud, los hijos de madres sin educación corren dos veces más riesgo de morir o de estar desnutridos que los hijos de madres con educación secundaria o superior, aunque se cuiden otros factores.⁴⁹



Fuentes: Tasa de mortalidad de recién nacidos: OMS, Borrador de estimaciones de muertes neonatales y perinatales a enero de 2005 (datos sin publicar), datos adicionales procedentes de ORC Macro DHS Surveys (2000-2005); Alfabetismo femenino: PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano 2005.

La pobreza no tiene por qué ser una sentencia de muerte para madres y recién nacidos

A pesar de que madres y recién nacidos en países en desarrollo suelen tener menores posibilidades de recibir cuidados adecuados durante el embarazo, el parto y los días críticos posteriores al nacimiento, la pobreza no es la única explicación de las altas tasas de mortalidad de madres y neonatos. Una serie de países relativamente pobres está realizando esfuerzos admirables para intentar solucionar este problema, mientras que otros países con mayores recursos no se encuentran a su altura en esa materia.

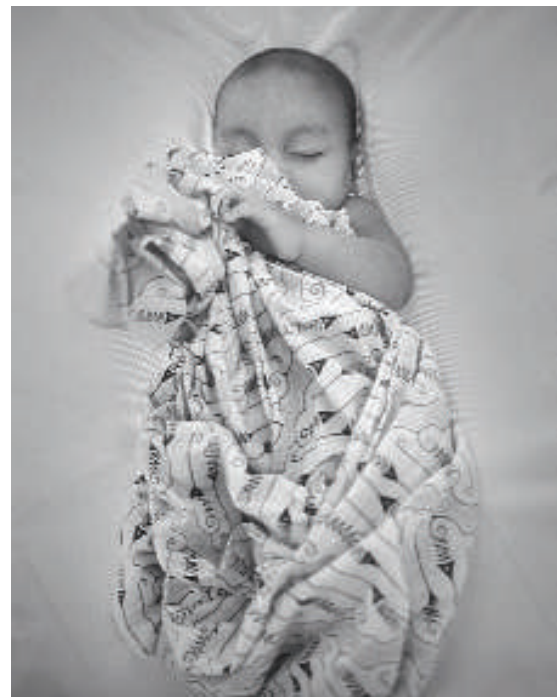
El éxito en la lucha por salvar la vida de madres y recién nacidos depende, en gran medida, de la voluntad política y de la aplicación de estrategias eficaces. Un análisis realizado sobre la relación entre las tasas de mortalidad de recién nacidos y el producto interior bruto (PIB) en 78 países en desarrollo demuestra esa afirmación. En dicho análisis se utiliza el producto interior bruto, adaptado a la paridad adquisitiva para explicar las diferencias entre los precios de bienes y servicios en los países y para comparar de forma más exacta los niveles de vida. Muchos países pobres están haciendo grandes esfuerzos en la lucha por la supervivencia de los recién nacidos, a pesar de sus limitados recursos financieros. No obstante, aún queda mucho por hacer.

- **Indonesia** – Con un PIB de 3.361 \$ y una tasa de mortalidad de recién nacidos de 20 por 1000, ese país se ha comprometido con la mejora de la atención sanitaria para madres e hijos. La mayoría (un 92 por ciento) de las mujeres embarazadas de Indonesia recibe atención prenatal, el 84 por ciento está vacunado contra el tétanos y el 72 por ciento de los partos cuentan con la asistencia de personal cualificado.⁵⁰ A pesar de esos números alentadores, la situación sigue siendo precaria en muchos lugares, especialmente en las zonas rurales desatendidas, donde casi un 50 por ciento de las mujeres da a luz sin la ayuda de personal cualificado y un 70 por ciento no recibe cuidados postnatales durante las seis semanas posteriores al alumbramiento.⁵¹ Con el fin de reducir esas tasas, el Presidente de Indonesia ha firmado una declaración titulada "Indonesia sana 2010". Se trata de un programa que incluye, entre otras medidas, la mejora de la calidad y la equidad de los servicios de salud, así como hacerlos asequibles a la población.⁵² El gobierno indonesio está desempeñando un papel activo en la mejora de la salud materno-infantil mediante la implementación de una estrategia sanitaria nacional a favor de los recién nacidos para el periodo 2005-2010.⁵³
- **Vietnam**, con un PIB de 2.490 \$ y una tasa de mortalidad de recién nacidos de 12 por 1000, este país ostenta un gran record en la provisión de servicios críticos para la salud y la supervivencia de los recién nacidos. La mayoría de las mujeres embarazadas (un 86 por ciento) en Vietnam recibe cuidados prenatales, el 90 por ciento está vacunado contra tétanos y el 85 por ciento de los partos son atendidos por personal cualificado.⁵⁴ Las mujeres en Vietnam suelen recibir durante más tiempo educación escolar y empiezan a tener hijos a una edad más avanzada, siendo esos dos criterios importantes para reducir el riesgo de complicaciones fatales durante el alumbramiento. Más de la

mitad de las mujeres (un 57 por ciento) utiliza algún método moderno de contracepción. (Para más información sobre Vietnam, véase páginas 26 y 30.)

- **Eritrea** tiene un PIB de tan sólo 849 \$ por habitante. Su tasa de mortalidad de recién nacidos es, con 24 por 1.000 nacimientos vivos, relativamente baja. Unos programas eficaces de inmunización han logrado reducir la incidencia de tétanos entre madres e hijos⁵⁵. Un 70 por ciento de las mujeres eritreas recibe atención prenatal.⁵⁶ No obstante, un 72 por ciento de las mujeres de ese país da a luz en casa, sin la ayuda de personal cualificado.

La falta de tratamiento adecuado de embarazos de alto riesgo, a la que se añade el mal estado nutricional, explica la alta tasa de mortalidad materna (1 de cada 24 mujeres eritreas muere durante el embarazo o el parto). Sólo el 46 por ciento de las mujeres eritreas sabe leer y escribir; tan sólo un 5 por ciento utiliza algún método moderno de contracepción. Las mujeres eritreas tienen una media de cinco hijos.



INDONESIA

¿Se está escribiendo una historia de éxito?

Los datos provisionales de un nuevo estudio demuestran que Malawi, uno de los países más pobres del mundo, ha alcanzado últimamente una importante disminución de la mortalidad de recién nacidos. El Informe, de próxima publicación, sobre desarrollo demográfico y salud de Malawi de 2004 estima que la tasa de mortalidad de recién nacidos se situó, entre 2000 y 2004, en 27 por cada 1.000 nacidos vivos,⁵⁷ lo que supone una disminución en comparación con la tasa de 42 por 1.000, registrada en 2000, y de 49 por 1.000 estimada para el periodo 1995-1999.⁵⁸

¿A qué se debe ese progreso?

Malawi, un país con un PIB de tan sólo 605 dólares, ha emprendido, a lo largo de los últimos años, una serie de medidas para convertir la salud de madres e hijos en una de sus grandes prioridades. Las reformas iniciadas por el gobierno han contribuido a que se destinaran mayores recursos a los cuidados sanitarios básicos y a que se abrieran las puertas a los programas de salud de organizaciones internacionales. En 2004, un total del 9,8 por cien del PIB de Malawi estaba destinado al sector de la salud (componiéndose ese porcentaje de un 4 por cien de inversión pública y de un 5,8 por cien de inversión privada).⁵⁹

Malawi se ha fijado, asimismo, el ambicioso objetivo de proporcionar a todos los niños una educación escolar primaria gratuita. Se ha demostrado que las inversiones realizadas en educación conducen a una reducción de las tasas de fertilidad de las niñas, mejorándose, de esta manera, las perspectivas de supervivencia para madres e hijos.

- Otros países que han obtenido buenos resultados en la lucha por la supervivencia de recién nacidos, en comparación con su PIB, son **Nicaragua, Filipinas y Tayikistán**. En esos países entre un 70 y un 90 por ciento de las mujeres embarazadas recibe cuidados prenatales, y entre un 60 y un 70 por ciento de los partos son atendidos por personal cualificado.⁶⁰ Además, entre el 77 y el 99 por ciento de las mujeres de esos países sabe leer y escribir, la utilización de medios modernos de contracepción varía entre el 66 por ciento de las mujeres nicaragüenses y el bajo porcentaje del 27 por ciento de las mujeres de Tayikistán. Nicaragua y Tayikistán están realizando unos esfuerzos notables en la lucha contra el tétanos, una enfermedad de fácil prevención que cada año mata a cientos de miles de madres y lactantes. En Filipinas se promulgó recientemente la Ley de exámenes obligatorios de recién nacidos de 2004, cuyo objetivo consiste en garantizar el acceso de todos los recién nacidos a exámenes serios sobre su estado de salud.⁶¹ Además, la Iniciativa filipina para una maternidad segura ha presentado políticas y planes para mejorar la supervivencia materno-infantil. En ese contexto, dicha organización ha celebrado el primer Congreso nacional sobre maternidad segura, con el fin de promocionar los programas señalados.⁶²

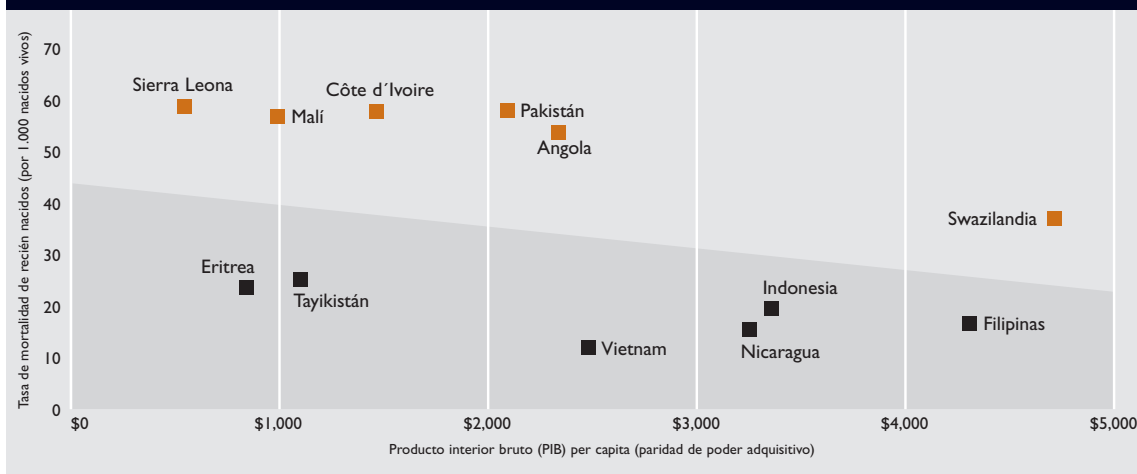
Otros países, sin embargo, no están realizando los esfuerzos que se podrían esperar, teniendo en cuenta lo que otros países han conseguido con unos recursos muy limitados.

- **Angola** tiene un PIB per capita (2.344\$) parecido al de Vietnam. No obstante, su tasa de mortalidad de recién nacidos es cuatro veces más elevada (54 por 1.000) y su tasa de mortalidad materna es 39 veces más alta. Una de cada 7 mujeres angoleñas muere como consecuencia del embarazo o el parto, en comparación con una de cada 270

mujeres vietnamitas. En gran medida, esas espeluznantes estadísticas de Angola son la herencia de más de 25 años de guerra civil. Entre el 60 y el 70 por ciento de la población carece de acceso a atención sanitaria. Muchas de las personas que sí disponen de dicho acceso tienen que recorrer largas distancias para llegar a la clínica o al hospital más cercanos.⁶³ A menudo, las mujeres embarazadas no reciben los cuidados prenatales básicos y necesitan realizar trabajo físico hasta el parto. Más de la mitad de los partos (el 55 por ciento) no cuenta con asistencia de personal cualificado, de forma que algunas complicaciones que no tendrían por qué resultar fatales, a menudo terminan causando la muerte. Las mujeres angoleñas tienen una media de siete hijos. Se estima que un 70 por ciento de ellas tiene su primer hijo siendo aún adolescente. Las informaciones disponibles sobre la planificación familiar son más bien escasas. Los médicos constatan que muchas mujeres con voluntad de probar métodos de contracepción y de establecer intervalos entre los nacimientos, se ven desanimadas a hacerlo por las presiones familiares y sociales que reciben⁶⁴ Sólo el 5 por ciento de las mujeres angoleñas utiliza algún método moderno de contracepción. *(Para más información sobre Angola, véase página 33.)*

- **Côte d'Ivoire** tiene una elevada tasa de mortalidad de recién nacidos (58 por 1.000), debida, en gran parte, a la inestabilidad política que vive el país y a la falta de acceso a cuidados sanitarios. Desde 2002, Côte d'Ivoire ha sufrido conflictos armados y desplazamientos de población. Muchos centros de salud se han visto obligados a restringir sus servicios, debido a la huida de personal y a la escasez de suministros de material médico.⁶⁵ Como resultado, una tercera parte de los partos de Côte d'Ivoire tiene lugar sin la asistencia de personal cualificado, una de cada 25 mujeres muere durante el embarazo o el parto y sólo un 7 por ciento utiliza algún método moderno de contracepción para establecer intervalos saludables entre los diferentes nacimientos.
- **Mali** tiene, asimismo, una alarmante tasa de mortalidad de recién nacidos (57 por 1.000), en comparación con otros países con una riqueza nacional similar o incluso inferior. Por ejemplo, el PIB de Eritrea (849 \$) es inferior al de Mali (994 \$), sin embargo, la tasa de supervivencia de recién nacidos de Eritrea es dos veces más alta que la de Mali. En Mali, más de la mitad de todos los partos (un 59 por ciento) tiene lugar sin la presencia de un equipo médico, una de cada 10 mujeres muere durante el embarazo o el parto, y el 58 por ciento de las mujeres embarazadas padece anemia. Sólo el 6 por ciento de las mujeres utiliza un método moderno de contracepción, una de las tasas más bajas de África subsahariana. Ese problema es aún más terrible en las zonas rurales, donde ese porcentaje llega tan

Países por encima y por debajo de las expectativas definidas en base a su PIB



Fuentes: Tasa de mortalidad de recién nacidos: OMS, Borrador de estimaciones de muertes neonatales y perinatales a enero de 2005 (datos sin publicar), datos adicionales procedentes de ORC Macro DHS Surveys (2000-2005); PIB (PPA) per cápita: PNUD, Informe sobre Desarrollo Humano 2005. Línea divisoria creada en base a datos de 59 países.

sólo al 3 por ciento.⁶⁶ La maternidad temprana representa uno de los factores de riesgo más importantes para las mujeres jóvenes y sus recién nacidos en Malí. Cada año, una de cada 5 mujeres de entre 15 y 19 años da a luz. La probabilidad de escolarización de los varones en Malí es 1,5 veces más elevada que la de las niñas. La tasa de alfabetismo masculino es más de dos veces superior a la de alfabetismo femenino, teniendo en cuenta que la tasa de alfabetismo es muy baja de por sí, alcanzando un 26,7 por ciento entre los hombres y un 11,9 por ciento entre las mujeres.⁶⁷ Con un acceso limitado a la educación o contracepción para retrasar o espaciar los nacimientos, la tasa de fertilidad es muy elevada en Malí, con una media de 7 hijos por mujer.⁶⁸

- Otros países que podrían mejorar la supervivencia de los recién nacidos, destinando una mayor parte de su PIB a los servicios sociales, son **Pakistán** y **Sierra Leona**. En esos países, las condiciones para madres y recién nacidos son terribles. La mayoría de los partos no cuenta con la asistencia de personal cualificado, siendo muy elevado el riesgo de muerte para madre e hijo. Además, las mujeres suelen tener 5 o más hijos y empiezan a tenerlos siendo aún adolescentes.⁶⁹ La mayoría de las mujeres de esos países no sabe ni leer ni escribir. Su utilización de métodos modernos de contracepción va del 4 por ciento en Sierra Leona al 20 por ciento en Pakistán. En ambos países, menos de dos terceras partes de las mujeres están vacunadas contra el tétanos.⁷⁰



MALI

Salvar la vida de madres y recién nacidos:
SOLUCIONES EFICACES DE BAJO COSTE



VIETNAM

La supervivencia y la salud de madres y recién nacidos están estrechamente relacionadas. Save the Children ha elaborado una serie de recomendaciones para mejorar las tasas de supervivencia, la salud y el bienestar de ambos, basadas en prácticas aplicadas con éxito en un gran número de países. Esas intervenciones abarcan el embarazo, el parto, el periodo neonatal y periodos posteriores.

Esas soluciones podrán ser aplicadas con eficacia incluso en países muy pobres.

Por ejemplo, Botswana, Honduras, Indonesia y Sri Lanka han reducido a la mitad sus tasas de mortalidad de recién nacidos a lo largo de los años 90, a pesar de sus reducidos productos interior bruto per capita.⁷¹ Un elemento fundamental para su éxito fue el compromiso político continuo a altos niveles del gobierno, traduciéndose en cuidados de buena calidad para madres y recién nacidos.

Soluciones implementadas a nivel familiar y comunitario, así como unos mejores cuidados hospitalarios en casos de complicaciones son decisivos para conseguir avances



AFGHANISTAN

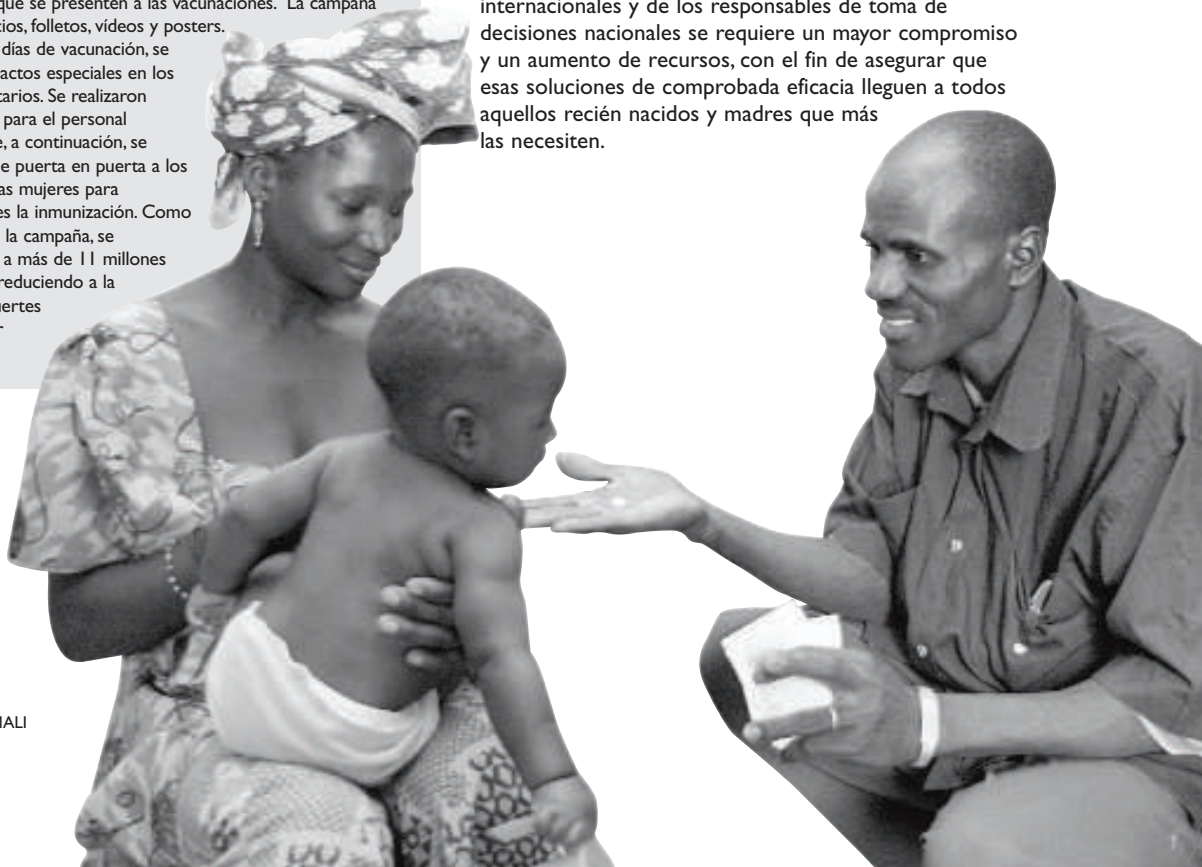
Pakistán

Un pinchazo en el brazo que puede salvar vidas

Antes de 2003, en Pakistán, más de 28.000 recién nacidos morían cada año a causa del tétanos, una infección causada por prácticas inseguras, pero comunes, como la de utilizar una cuchilla sucia para cortar el cordón umbilical. Asegurando que cada mujer embarazada reciba dos inyecciones contra el tétanos, o que todas las mujeres en edad fértil reciban tres inyecciones a lo largo de un periodo de 2 años, se pueden prevenir esas muertes. En 2001, Save the Children inició, en colaboración con el gobierno y otras entidades, una campaña de concienciación pública para informar a las mujeres sobre los beneficios vitales de la inmunización contra el tétanos y animarles a que se presenten a las vacunaciones. La campaña incluía anuncios, folletos, videos y posters.

Durante los días de vacunación, se organizaban actos especiales en los centros sanitarios. Se realizaron formaciones para el personal sanitario que, a continuación, se desplazaba de puerta en puerta a los hogares de las mujeres para administrarles la inmunización. Como resultado de la campaña, se inmunizaron a más de 11 millones de mujeres, reduciendo a la mitad las muertes causadas por tétanos.

en países pobres, en los que la mayoría de las madres dan a luz a sus hijos en casa sin la ayuda de personal sanitario cualificado. La labor de asesoras, de grupos de mujeres y de organizaciones locales ha sido altamente eficaz en cuanto a la promoción de cambios positivos que puedan salvar vidas y prevenir discapacidades innecesarias. Por parte de los líderes políticos internacionales y de los responsables de toma de decisiones nacionales se requiere un mayor compromiso y un aumento de recursos, con el fin de asegurar que esas soluciones de comprobada eficacia lleguen a todos aquellos recién nacidos y madres que más las necesitan.



MALI

Atención continuada para madres y recién nacidos

Los estudios realizados al respecto demuestran claramente que la implementación de unos servicios de bajo coste para mejorar la salud general y la alimentación de las mujeres, para garantizar unos partos más seguros y para ayudar a las madres a que aprendan a cuidar de ellas mismas y de sus hijos, contribuirá a que se salve un número significativo de vidas de recién nacidos.

Cuidados para futuras madres

Las tres intervenciones más eficaces para prevenir embarazos de alto riesgo y, por lo tanto, para salvar la vida de madres y bebés, son la educación de las niñas y mujeres, su alimentación adecuada y la planificación familiar.

- **Educación de niñas y mujeres** – Una de las formas más eficaces de reducir los riesgos para madres y recién nacidos es la escolarización de un mayor número de niñas y la terminación de los estudios por parte de ellas. Cuanto más tiempo asista una niña a la escuela, más tarde contraerá matrimonio y empezará a tener hijos. Las niñas con educación escolar tienen, asimismo, mayores posibilidades de convertirse en madres sanas, bien alimentadas, con capacidades económicas y recursos para cuidar de ellas mismas y de sus hijos.

Las mujeres con educación escolar suelen tener menos hijos, unos embarazos más sanos y partos más seguros. Sus hijos tienen mayores posibilidades de sobrevivir al parto, las primeras horas y los primeros días más vulnerables de su vida y los críticos cinco primeros años.⁷² Desgraciadamente, unas 58 millones de niñas en países en desarrollo no van a la escuela.⁷³

- **Alimentación** – La importancia de una buena alimentación para el incremento de las tasas de supervivencia de mujeres y recién nacidos se extiende más allá del periodo de

embarazo de una mujer. Niñas pequeñas se convierten en mujeres pequeñas que, a su vez, serán madres de bajo peso de unos hijos insuficientemente alimentados. La promoción de una alimentación adecuada y el asesoramiento de las mujeres para que ganen peso suficiente durante el embarazo son elementos muy importantes en ese proceso. No obstante, resulta igualmente decisivo adoptar, a través de una aportación adecuada de alimentos, una dieta sana y variada que mejore el estado nutricional de niñas y mujeres durante toda su vida. Algunos países han hecho frente a una extensa malnutrición con falta de oligoelementos mediante el enriquecimiento de alimentos (como, por ejemplo, añadiendo yodo a la sal). Otros han optado por la administración de suplementos de hierro y ácido fólico y, donde resultara necesario, de vitamina A y de cinc.

Aún así, se estima que todavía hay unas 450 millones de mujeres adultas en países en desarrollo con trastornos de desarrollo, como resultado de la malnutrición padecida durante su infancia.⁷⁴ Unos 40 millones de mujeres en países en desarrollo sufre anemia ferropénica, la primera causa de mortalidad materna y de lactantes con bajo peso al nacer.⁷⁵

- **Planificación familiar** – La utilización eficaz de los métodos de planificación familiar puede ayudar a salvar la vida de madres e hijos, brindando a las mujeres la posibilidad de evitar embarazos cuando son demasiado jóvenes o mayores, y de establecer unos intervalos sanos para ellas y sus hijos entre los distintos embarazos. Desgraciadamente, más de 100 millones de mujeres en países en desarrollo que no quieren quedarse embarazadas no están utilizando ningún medio de contracepción, siendo no planeado uno de cada 5 embarazos.⁷⁶



EL SALVADOR

Nepal

La educación y la planificación familiar cambian muchas vidas en Nepal

Bhagirathi, una mujer nepalí de 20 años, tuvo que abandonar la escuela porque la casaron a los 18 años. Contaba sólo con una educación escolar hasta el noveno curso. Asistió a clases financiadas por Save the Children en las que aprendió a cuidar de la salud de su familia. “He aprendido lo importantes que son la higiene, la alimentación y la planificación familiar”, dice. “Tengo un hijo de 10 meses. Cuando estaba embarazada iba cada mes a una revisión al hospital. Ahora estoy utilizando anticonceptivos porque necesito una pausa de dos años antes de tener a mi segundo hijo. Mi marido y yo queremos sólo un hijo más, da igual que sea niño o niña”. Bhagirathi dice estar “muy satisfecha” con su actual situación. “Me siento orgullosa de mí misma. A diferencia de algunas de mis amigas, he descubierto que soy inteligente, capaz y educada. Mi madre se casó a una edad muy temprana y tuvo nueve hijos, de los que sólo seis seguimos vivos. Si mi madre hubiera tenido la oportunidad de estudiar, nunca se hubiera casado tan pronto y no hubiera tenido nueve hijos. Su vida habría sido totalmente diferente, como la mía.”



AFGHANISTAN

Soluciones de bajo coste durante el embarazo, el parto y las primeras semanas de vida de los bebés

La mejora de la salud de madres y recién nacidos depende, en gran medida, de la aplicación de las prácticas adecuadas de cuidados sanitarios en los diferentes momentos cruciales para el desarrollo de un bebé, es decir, durante el embarazo, el parto y después del parto durante los 28 primeros días.

Una gran barrera para conseguir progresos en la lucha por la supervivencia de los recién nacidos ha sido la percepción errónea de que sólo unos cuidados caros y especializados, así como unos cuidados hospitalarios con alta tecnología puedan salvar la vida de los recién nacidos. En realidad, unas intervenciones de bajo coste

Bolivia

Creencias tradicionales y alumbramiento en condiciones higiénicas

En algunas regiones de Bolivia se corta el cordón umbilical con una piedra cortante o con un trozo de un recipiente de barro, ya que la gente cree que utilizando una navaja o cuchilla el bebé se convertirá más tarde en ladrón.

Save the Children ha trabajado en la educación de las familias para que esterilicen previamente las piedras, hirviéndolas en agua, y esterilicen una parte especial de ese recipiente ceremonial de barro que se fabrica durante el embarazo y se rompe en el momento del nacimiento. Mediante esas medidas se ha logrado, por una parte, respetar las tradiciones y, por otra, prevenir infecciones.

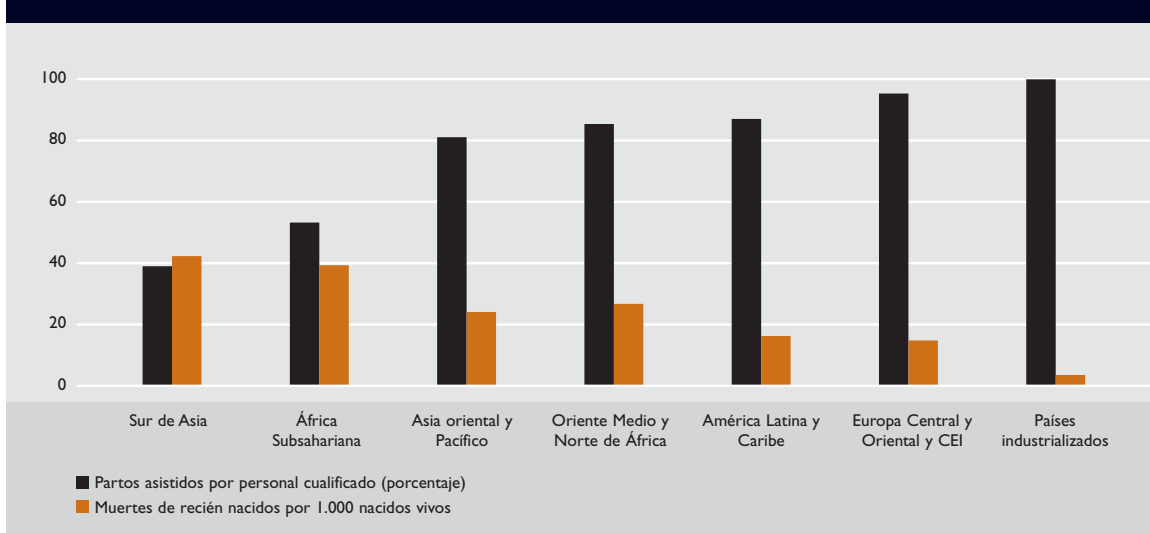
en todo el mundo pueden reducir la mortalidad de neonatos hasta en un 70 por ciento.⁷⁷

Cuidados prenatales

El cuidado de los recién nacidos empieza con el cuidado de las mujeres embarazadas, asegurando que reciban una alimentación adecuada, estén libres de infecciones, no estén expuestas a sustancias nocivas y estén sometidas a revisiones durante el embarazo para prevenir complicaciones. La inmunización contra el tétanos deberá formar parte de los programas de cuidados prenatales. Si el parto tiene lugar en casa, unos buenos cuidados prenatales incluyen el asesoramiento para que el parto tenga lugar en unas condiciones limpias y se busque la ayuda de personal cualificado, la concienciación sobre signos de peligro y la importancia de un amamantamiento inmediato y exclusivo.

- **Vacuna antitetánica** – La inmunización de mujeres en edad reproductiva mediante la vacuna antitetánica protege tanto a madres como a recién nacidos. La

Asistencia de personal cualificado en el parto y mortalidad de recién nacidos, por regiones



Fuentes: Partos asistidos por personal cualificado: UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2006. Datos de 1996-2004, utilizándose los datos más recientes disponibles. Tasa de mortalidad de recién nacidos: OMS, Borrador de estimaciones de muertes neonatales y perinatales a enero de 2005 (datos sin publicar), datos adicionales procedentes de ORC Macro DHS Surveys (2000-2005); OMS: Informe Mundial sobre la Salud 2005, y Save the Children, Estado Mundial de los recién nacidos, 2001. Las categorías geográficas están basadas en las regiones establecidas por UNICEF.

vacuna antitetánica es una de las vacunas más seguras, eficaces y económicas. Esa vacuna puede prevenir la infección de las madres con el tétanos durante el parto y asegura que transmitan su inmunidad al feto. Cada año, el tétanos causa la muerte a 215.000 recién nacidos y a 30.000 madres.⁷⁸ Esas muertes pueden ser prevenidas, garantizando que cada mujer embarazada reciba dos dosis de vacuna antitetánica durante el embarazo, o que a todas las mujeres en edad fértil sean administradas tres vacunas en un periodo de dos años. Dos dosis de vacuna antitetánica cuestan tan sólo unos 40 céntimos de euro.

- **Tratamiento para combatir infecciones** – Las infecciones producidas durante el embarazo son la principal causa de complicaciones, como abortos, rotura prematura de la bolsa amniótica, partos prematuros e infecciones y anomalías congénitas. La prevención de infecciones debería formar parte de los cuidados prenatales. La prueba y el tratamiento de infecciones de transmisión sexual, como sífilis y gonorrea, son fáciles y baratos, generando grandes beneficios para los recién nacidos. El riesgo de que una mujer infectada de VIH transmita el virus a su bebé puede reducirse en más del 50 por ciento mediante la administración de medicamentos antirretrovirales. En las regiones con incidencia endémica de malaria, la administración de tratamientos contra esa enfermedad durante el embarazo puede reducir el riesgo de partos prematuros y de bajo peso al nacer en un 40 por ciento.⁷⁹

Asistencia cualificada durante el parto

Se considera como personal cualificado para la asistencia de partos a personas con conocimientos en obstetricia (por ejemplo, médicos, enfermeras y comadronas), que hayan recibido formación para atender partos normales y para diagnosticar, atender o remitir a otras instalaciones casos con complicaciones. Crean las condiciones higiénicas adecuadas para el parto, aseguran que el recién nacido sea secado y mantenido con calor, detectan y reaniman inmediatamente a bebés asfixiados e identifican otros síntomas de peligro en madres y bebés, buscando inmediatamente ayuda adicional, en caso de ser necesaria. El personal sanitario cualificado puede ejercer su labor en una instalación sanitaria o en los hogares. No obstante, necesita contar con un buen sistema para remitir casos de complicaciones a otras instituciones. En aquellos lugares en los que aún no haya personal cualificado, los partos deberán ser atendidos por trabajadores sanitarios alternativos que dispongan de la formación suficiente para asegurar unos partos seguros y en condiciones higiénicas adecuadas y para trasladar casos con complicaciones a los centros apropiados.



ETHIOPIA

Cuidados postnatales

Dado que tantas muertes se producen durante las primeras horas y los primeros días después del parto, la implementación inmediata de cuidados postnatales es una de las claves para mejorar la salud y la supervivencia de los recién nacidos. El primer periodo postnatal es, asimismo, un momento de alta vulnerabilidad de las madres, ya que el 61 por ciento de las muertes maternas se produce durante las 6 primeras semanas posteriores al parto, y de ellas, la mitad tiene lugar durante el primer día tras el parto.⁸⁰ Los responsables de cuidados postnatales pueden proporcionar asesoramiento sobre prácticas de cuidado de recién nacidos, ayudar a asegurar el amamantamiento inmediato y exclusivo, y detectar problemas de salud (como infecciones) en las madres y en los recién nacidos, que requieran

Vietnam

La promoción de la lactancia en Vietnam

En Vietnam, la mayoría de las madres da el pecho a sus hijos. No obstante, existe también la práctica común de alimentar a los bebés, además, con agua con azúcar, lo que, a su vez, ha contribuido a las altas tasas de mortalidad de recién nacidos existentes en ese país. En zonas rurales, las mujeres vuelven a su penoso trabajo en los campos de arroz pocos días después de haber dado a luz, por lo que resulta muy difícil para esas madres seguir las recomendaciones sobre la lactancia. Save the Children inició, en 2003, un proyecto para convencer a las madres de queden una lactancia exclusiva a su hijos durante los primeros seis meses y de que les sigan dando el pecho durante dos años. Ho Thi Nger, una campesina de 35 años, es una de las madres que siguió esas recomendaciones. Desde el primer día dio el pecho a su hijo, incluido el colostro (la primera leche, rica en nutrientes y en anticuerpos de la madre), justamente lo contrario de las costumbres locales que desprecian el colostro frente a la “buena leche”, es decir, la leche que sale más tarde y tiene un color más blanco. Ho Thi Nger cuenta que tras el nacimiento de su anterior hijo desechó su primera leche y esperó dos días antes de dar el pecho a su bebé. Tras tan sólo dos meses empezó a darle alimentos adicionales. “Antes no sabíamos cómo cuidar a nuestros hijos”, dice, “ahora, gracias a las informaciones recibidas, nuestros hijos son muy sanos.”

El método de “madre canguro” en el Sur de Asia

En la India, algunos recién nacidos son entregados a familiares femeninos mayores y alimentados con té durante los tres primeros días de vida. En zonas rurales de Nepal, los bebés prematuros muchas veces mueren porque a los recién nacidos se les friega con agua fría y jabón, dejándolos secar sobre un suelo frío. Save the Children enseña a las madres a limpiar suavemente a sus hijos, a esperar tres días antes de bañarlos por primera vez, a mantener a los bebés abrazados cerca de la piel y a darles el pecho constantemente. Esas prácticas, denominadas “piel a piel” o “método madre canguro”, han contribuido a reducir hasta en un 50 por ciento la tasa de mortalidad de bebés prematuros en algunas partes de India.

intervención inmediata. El coste de los cuidados postnatales asciende tan sólo a la mitad de los costes de la asistencia cualificada de un parto, conllevando el potencial de salvar entre el 20 y el 40 por ciento de vidas de recién nacidos. No obstante, hasta la fecha, los cuidados postnatales para madres y recién nacidos han tenido muy poca repercusión en los programas de salud pública. Tan sólo una pequeña minoría de madres y recién nacidos en lugares con altas tasas de mortalidad recibe cuidados postnatales durante las primeras horas, los primeros días y las primeras semanas.

- **Lactancia** – El amamantamiento inmediato es una de las intervenciones más eficaces para salvar la vida de un recién nacido. De esta forma, el neonato recibe nutrientes, calor y afecto, así como mayores defensas. Asimismo, fomenta la vinculación entre madre e hijo y contribuye a la contracción del útero de la madre para reducir las pérdidas de sangre. Uno de los servicios más importantes que se pueda prestar a una madre es la preparación para la lactancia y el apoyo durante la misma. La Organización Mundial de la Salud recomienda que se dé el pecho a los recién nacidos a lo largo de la primera hora tras el parto y que no deberán estar más de tres horas sin tomar el pecho. El amamantamiento exclusivo deberá mantenerse durante seis meses.⁸¹ Adoptando las medidas adecuadas, se pueden conseguir cambios rápidos y profundos en el

inicio temprana a la lactancia en Madagascar y Ghana. A través del mismo programa también se han podido incrementar dichas tasas en Bolivia y India.⁸²

Método de madre canguro – El método de “madre canguro” es una forma simple y eficaz para que las madres puedan ayudar a sus recién nacidos de bajo peso a sobrevivir los críticos primeros días. Los niños prematuros y los nacidos con bajo peso necesitan unos cuidados especiales, sobre todo en lo relativo al calor y afecto y a la alimentación. Con ese método se les enseña a las madres cómo mantener a sus recién nacidos con calor a través del contacto con la piel. De esta forma, se crean unos lazos emocionales entre la madre y el bebé, y el recién nacido puede tomar el pecho cuando lo desee, por lo que recibe la energía necesaria para producir su propio calor corporal. En muchos casos, la aplicación del método de madre canguro reduce la necesidad de incubadoras, que de por sí tienen un precio prohibitivo para países en desarrollo. Un estudio reciente, realizado en Etiopía, revela que la tasa de supervivencia de bebés prematuros y de bajo peso al nacer que recibían los cuidados de “madres canguro” era significativamente más alta (un 78 por ciento) que la de aquellos bebés en esas mismas condiciones que recibieron sólo los cuidados convencionales (un 62 por ciento).⁸³

No existe una fórmula única para solucionar el problema. Las condiciones varían mucho de un país a otro, e incluso dentro de un mismo país. Hay grandes diferencias entre el número y las causas de muertes de recién nacidos, entre la capacidad de los sistemas sanitarios y los obstáculos, así como entre los niveles de apoyo por parte de los responsables políticos y los recursos disponibles. Para incrementar la atención a los recién nacidos hasta alcanzar una cobertura global, se necesita la puesta en marcha de dos procesos estrechamente relacionados entre sí, es decir, un proceso sistemático de toma de decisiones sobre servicios sanitarios, basado en evidencia, y unas políticas nacionales claras con el compromiso de ser sostenibles, que incluye la financiación, para alcanzar los objetivos fijados.

Las abuelas como embajadoras del cambio

En Mali, algunas familias ocultan los embarazos el mayor tiempo posible con el fin de proteger al bebé de malos espíritus. A las madres se les enseña a no tomar huevos, carne roja, leche y cereales durante el embarazo. El amamantamiento es, a menudo, retrasado a más de 24 horas después del parto, mientras se limpia a la madre y se la deja descansar. Save the Children y Helen Keller International han desarrollado conjuntamente un programa en el que se ha involucrado con éxito a las abuelas, altamente respetadas y muy influyentes en asuntos familiares en Mali, para que ayuden a implementar unos cambios sencillos que puedan proteger la salud de madres y recién nacidos.

Dichos cambios incluyen una mejor alimentación, la prevención y el tratamiento de infecciones, la conservación de los recién nacidos con calor, su secado y el amamantamiento inmediato. Como resultado, el número de madres que sólo daban el pecho durante los tres primeros días creció del 41 al 68 por ciento, y el número de madres cuyos hijos recibieron los cuidados de recién nacidos se incrementó del 49 al 68 por ciento en las zonas beneficiarias del programa.



Los costes

Según los cálculos de expertos, los costes de atender a todas las madres y a sus recién nacidos con las medidas recomendadas de intervenciones de bajo coste y sin grandes requisitos tecnológicos para mejorar la salud materno-infantil en 75 países con las tasas de mortalidad materno-infantil más elevadas, se elevarían a 4.100 millones de dólares anuales, por encima de los actuales gastos de 2.000 millones de dólares.⁸⁴



ARMENIA

Centrándose específicamente en los costes y beneficios de los diferentes programas de intervención para salvar vidas, un reciente estudio llega a la siguiente conclusión:

- La implementación de un programa completo de intervenciones de comprobada eficacia a casi todas las mujeres y todos los bebés en África subsahariana tendría un coste de 1.000 millones de dólares anuales y permitiría salvar la vida de hasta 740.000 recién nacidos. Esas mismas intervenciones en el Sur de Asia costaría unos 1.200 millones de dólares y podría salvar la vida de 1,13 millones de recién nacidos.⁸⁵
- La aplicación de unas prácticas simples, a nivel familiar y de comunidad, como la lactancia, higiene y calor para el bebé podría salvar la vida de hasta 1 millón de recién nacidos en todo el mundo, con un coste anual de tan sólo 600 millones de dólares.⁸⁶

Realizando inversiones en los programas de cuidado materno-infantil señalados, también se podría reducir el número de las 529.000 muertes maternas y de los 3 millones de nacimientos de niños muertos que, según estimaciones, se producen cada año. De esta forma se puede, además, sentar las bases para una mejor salud de los recién nacidos y niños, creando un futuro prometedor para las familias, las comunidades y la sociedad en su conjunto.

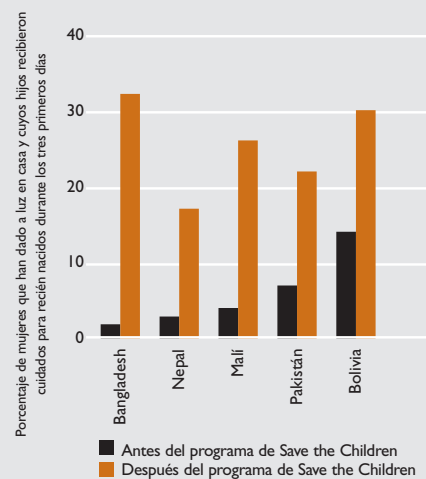
Progresos en los primeros cuidados para recién nacidos

La gran mayoría de las muertes de recién nacidos y madres se producen durante las primeras horas o los primeros días después del parto. No obstante, sólo una pequeña minoría recibe cuidados durante ese periodo de alta vulnerabilidad.

Save the Children ha afrontado ese problema en varios países a través de la puesta en marcha de sus programas para Salvar la vida de los recién nacidos. En ese contexto, se han realizado campañas de concienciación pública para reivindicar servicios sanitarios, se han formado a formadores y personal cualificado para atender partos, con el fin de mejorar los cuidados durante el parto, y se ha proporcionado formación a mujeres embarazadas y a familias sobre los cuidados esenciales para recién nacidos y los pasos necesarios para solicitar ayuda en caso de que se produzcan complicaciones.

Tras un periodo relativamente corto, es decir, tras unos 18 meses, se pudo constatar un impacto significativo en el número de bebés nacidos en casa que hayan recibido cuidados postnatales en las zonas atendidas por el programa en Bangladesh, Bolivia, Malí, Nepal y Pakistán.

Aumento de los cuidados postnatales



Fuente: Save the Children/Saving Newborn Lives, datos sin publicar.

Ranking de la situación de los recién nacidos:

**EVALUACIÓN DE LAS INVERSIONES DE LOS PAÍSES
PARA SALVAR LA VIDA DE LOS RECIÉN NACIDOS**



PAKISTAN

Elementos básicos para garantizar la supervivencia de los recién nacidos

Save the Children presenta el primer *ranking sobre la situación de los recién nacidos* de la historia que clasifica a 78 países en desarrollo según sus tasas de mortalidad de recién nacidos y teniendo en cuenta los resultados alcanzados por los países en indicadores favorables para una mejora de las perspectivas de supervivencia de madres y recién nacidos. A pesar de que ninguno de esos países es rico, algunos han logrado con éxito invertir sus limitados recursos en cinco “elementos esenciales” que forman la base para poder salvar la vida de recién nacidos:

- **Servicios básicos para recién nacidos** – Cuidados prenatales para mujeres embarazadas, vacunas para prevenir infecciones y cuidados básicos para los neonatos en casa, empezando con el amamantamiento inmediato y exclusivo, además del tratamiento a tiempo de enfermedades de los recién nacidos, especialmente infecciones.
- **Buen estado de salud de las madres** – Apoyo a las mujeres durante toda su vida para asegurar su bienestar durante el embarazo y la lactancia, garantizando, además, su capacidad de tener partos seguros y de cuidar por un bebé sano.
- **Soluciones respetuosas con la cultura** – Enfoques y mensajes elaborados con sensibilidad que respeten las tradiciones y normas existentes, pero que conlleven altos estándares de cuidados.
- **Utilización efectiva de datos sanitarios** – Sistemas adecuados para recopilar datos relativos a la salud y la supervivencia de recién nacidos y su utilización para aportar mejores informaciones para la elaboración de políticas y programas.
- **Voluntad política** – Comprobación de los compromisos financieros continuos de un país para con los servicios sanitarios básicos para madres e hijos, así como iniciativas de concienciación pública sobre las formas de proteger la salud de los recién nacidos y de las madres.

Vietnam, Nicaragua, Colombia y México encabezan el *ranking sobre la situación de los recién nacidos*. En la lucha por salvar la vida de los recién nacidos, esos países han alcanzado unos resultados visiblemente mejores que otros países. No obstante, a cada uno de esos países aún le queda mucho potencial para conseguir mejoras en asuntos esenciales en relación con los recién nacidos, especialmente en cuanto a inversiones públicas continuas y a la voluntad política. Si no hay compromiso continuo para con la salud de madres y recién nacidos, los logros conseguidos hasta la fecha corren el peligro de quedar erosionados.

- **En Vietnam**, En Vietnam, el 86 por ciento de las mujeres embarazadas recibe cuidados prenatales, el 91 por ciento es vacunado contra el tétanos y el 85 por ciento de los partos cuenta con la asistencia de personal cualificado. Los partos de madres adolescentes son relativamente escasos (19 nacimientos por 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años). A pesar de todo, cada año mueren en Vietnam 30.000 recién nacidos.⁸⁷ Aunque la lactancia es una práctica muy promocionada y aceptada en Vietnam (el 98 por ciento de los niños es amamantado en algún momento), uno de los aspectos más importantes en ese contexto, es decir, el amamantamiento inmediato dentro de la primera hora tras el parto, sólo es practicado por un 57 por ciento de las madres.⁸⁸

MALAWI



Supervivencia de recién nacidos

4 MILLONES DE MUERTES EVITADAS

Servicios esenciales para recién nacidos:

Cuidados prenatales para mujeres embarazadas, inmunización contra infecciones y cuidados esenciales para los recién nacidos en casa, empezando por la lactancia inmediata y exclusiva.

Buena salud materna:

Apoyo a las mujeres durante todo la vida para asegurar su bienestar durante el embarazo y la lactancia, así como su capacidad de tener un parto seguro y de cuidar de su bebé sano.

Soluciones respetuosas con la cultura:

Enfoques y mensajes elaborados con sensibilidad que respeten las tradiciones y normas existentes, a la vez que incorporen altos estándares de cuidados.

Utilización efectiva de datos sanitarios:

Sistemas adecuados para recopilar datos relativos a la salud y la supervivencia de recién nacidos y su utilización para aportar mejores informaciones para la elaboración de políticas y programas.

Voluntad política

Comprobación de los compromisos financieros continuos de un país con los servicios sanitarios básicos para madres e hijos, así como iniciativas de concienciación pública sobre las formas de proteger la salud de los recién nacidos y de las madres.

El gobierno de Vietnam lleva registra el 72 por ciento de los nacimientos y recopila datos sobre vacunación, niños con bajo peso al nacer y el número de partos por cesárea. No obstante, en algunas áreas claves no se recogen o no se encuentran datos disponibles y muchos de los logros no han llegado a zonas aisladas del país.⁸⁹ Vietnam cuenta con importantes iniciativas, apoyadas por el gobierno, para concienciar a la población sobre las maneras de proteger la salud de los recién nacidos y de las madres. Dichas iniciativas van acompañadas de políticas y legislaciones que respaldan y fomentan esos servicios. El Ministerio de Sanidad ha implementado una Estrategia Nacional para Cuidados de Salud Reproductiva (2000), Estándares y Directrices Nacionales de los Servicios de Salud reproductiva (2001) y un Plan Nacional para una maternidad segura (2003).⁹⁰ (Para más información sobre Vietnam, véase páginas 19 y 26).

- En **Nicaragua**, el 86 por ciento de las mujeres embarazadas recibe cuidados prenatales, el 100 por ciento de ellas está vacunado contra el tétanos y el 67 por ciento de los partos está atendido por personal cualificado. El gobierno registra el 81 por ciento de los nacimientos y recopila datos sobre niños con bajo peso al nacer y el número de partos por cesárea. El número de niñas nicaragüenses escolarizadas está

casi a la misma altura al de los niños. Aún así, un 15 por ciento de las niñas en edad de enseñanza primaria no va a la escuela. Nicaragua ha implementado una serie de estrategias para promocionar comportamientos saludables para madres y recién nacidos, como la vacunación contra el tétanos, la creación de condiciones higiénicas para el parto, el amamantamiento inmediato y exclusivo, la práctica de secar y abrigar a los bebés inmediatamente después de nacer, y la prestación de cuidados prenatales, desde los primeros momentos, para madres y recién nacidos. Dichas estrategias cuentan con el apoyo del gobierno y están respaldadas por la legislación y las políticas pertinentes.

- En **Colombia**, el 91 por ciento de las mujeres embarazadas recibe cuidados prenatales, un 86 por ciento de ellas acude a cuatro o más revisiones médicas durante su embarazo.⁹¹ El 86 por ciento de los partos es atendido por personal cualificado. En Colombia hay casi el mismo número de niñas que de niños escolarizados, no obstante, un 13 por ciento de las niñas en edad de enseñanza primaria no va a la escuela.⁹² El gobierno registra el 91 por ciento de los nacimientos y recopila datos sobre niños con bajo peso al nacer. En febrero de 2003, el Departamento de Salud Pública del Ministerio de Protección Social estableció una Política Nacional de salud sexual y reproductiva, en la que se



INDONESIA

definen la maternidad segura, la planificación familiar y la salud sexual y reproductiva de los adolescentes como áreas prioritarias.⁹³ Colombia es, asimismo, el país de origen del “método de madre canguro”, una técnica que permite mantener a bebés nacidos con bajo peso e incapaces de regular su temperatura corporal cerca de su madre, que actúa como fuente de calor, estimulación y alimentación.⁹⁴

- En **México**, el 86 por ciento de las mujeres embarazadas recibe cuidados prenatales, el 67 por ciento está vacunado contra el tétanos y el 95 por ciento de los partos cuentan con la asistencia de personal cualificado. Los partos protagonizados por madres adolescentes son relativamente escasos (67 nacimientos por 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años), siendo las cifras generales de educación en México muy elevadas, con el 99 por ciento de las niñas y el 100 por ciento de los niños escolarizados. El gobierno recopila datos sobre niños nacidos con bajo peso, el número de recién nacidos protegidos contra el tétanos y el número de partos por cesárea. La legislación mexicana concede a las madres el derecho de disfrutar de un permiso remunerado de seis semanas antes y de otras seis semanas después del parto. El Comité Nacional Mexicano para una Maternidad Segura, una alianza de 30 miembros de ocho organizaciones gubernamentales, nueve comités estatales, seis organizaciones no gubernamentales y ocho organizaciones internacionales, se ha pronunciado a favor de una reforma de la política nacional, con el fin de mejorar la salud reproductiva y los cuidados pre y postnatales. El mes de octubre ha sido declarado en México como “mes de la salud reproductiva”. Las actividades llevadas a cabo en ese contexto incluían la presentación de un sello creado para promover la maternidad segura y un concurso nacional para premiar esfuerzos excepcionales realizados para prevenir muertes maternas.⁹⁵

Liberia, Afganistán, Angola y Irak ocupan los últimos puestos del *Ranking sobre la situación de los recién nacidos*. En esos cuatro países, los conflictos armados y unas prácticas culturales peligrosas representan importantes obstáculos para la supervivencia de los recién nacidos. Las madres de esos países tienen un acceso muy limitado a la atención prenatal y postnatal básica, o carecen de ella por completo. Esa realidad se hace aún más patente entre mujeres empobrecidas y mujeres en zonas rurales o afectadas por conflictos. En caso de encontrarse disponibles ciertos servicios esenciales básicos, existen factores culturales que disuaden a las mujeres de su utilización.

- **Liberia**, un país que está saliendo de una guerra civil de 14 años de duración, tiene una de las tasas de mortalidad de recién nacidos más elevadas del mundo (65,2 por 1.000 nacidos vivos). Muchas niñas liberianas son obligadas a contraer matrimonios forzados y dan a luz siendo aún adolescentes. Las mujeres en Liberia tienen una media de siete hijos, una de cada 16 mujeres muere durante el embarazo o el parto, y el 78 por ciento de las mujeres embarazadas padece anemia. Aunque el 84 por ciento de las mujeres liberianas recibe cuidados prenatales, sólo el 24 por ciento de ellas está vacunado contra el tétanos y casi la mitad de los partos no cuentan con la ayuda de personal cualificado. Sólo el 35 por ciento de las madres liberianas mantiene una lactancia exclusiva durante los seis primeros meses. Aproximadamente, un 70 por ciento de los niños está escolarizado en la enseñanza primaria. En las aulas hay un 23 por ciento más de niños que de niñas. La violación fue utilizada sistemáticamente como arma de guerra en Liberia. A pesar de que el conflicto ha terminado, la violencia contra las mujeres continúa. Unos valores y normas sociales erosionados y la tendencia a recurrir a la violencia son sólo dos de las muchas huellas que ha dejado la guerra. Se estima que 2 de cada 3 mujeres en Liberia ha sido víctimas de violencia sexual durante el último año.⁹⁶
- **Afganistán** ha sufrido más de 20 años de guerra civil y de invasiones extranjeras. Aunque han pasado más de cuatro años desde la caída de los talibanes, aún sigue habiendo una pobreza abrumadora, una gran falta de servicios básicos, una inmensa inseguridad, anarquía y violencia constante en gran parte del país. Afganistán tiene la segunda tasa más alta de mortalidad de recién nacidos del mundo (60 por 1.000 nacimientos). En ese país, sólo el 16 por ciento de las mujeres recibe cuidados prenatales, el 40 por ciento es vacunado contra tétanos y el 14 por ciento de los partos son atendidos por personal cualificado. Una

de cada seis mujeres afganas muere durante el embarazo o el parto. Prejuicios y violencia contra mujeres están profundamente arraigados en la cultura del país, especialmente en zonas rurales, donde es habitual que las familias obliguen a las niñas a contraer matrimonio en contra de su voluntad, y muchas mujeres viven con miedo de sufrir asaltos, violaciones o “asesinatos de honor”, cometidos por miembros masculinos de la familia. Existen muy pocos datos fiables sobre educación en Afganistán. No obstante, la prohibición de la educación de las niñas bajo el régimen de los talibanes es un hecho conocido en todo el mundo. En la actualidad hay más niñas escolarizadas que en épocas anteriores. A pesar de todo, a ese país le queda aún mucho camino por recorrer, especialmente en las zonas rurales. A pesar de que la situación de las madres y de sus bebés es desoladora en Afganistán, existen algunas iniciativas que apuntan en la buena dirección. Por ejemplo, se están realizando esfuerzos a gran escala para formar comadronas.⁹⁷

- En **Angola**, las mujeres tienen una media de siete hijos. Un 70 por ciento de las mujeres angoleñas da a luz a su primer hijo siendo aún adolescente. Es muy común que las mujeres angoleñas trabajen en el campo o se dediquen a sus labores hasta el momento del parto. Además, existe una gran fe en la medicina tradicional. La costumbre de dar a luz sola o con la presencia de miembros de la familia les disuade de recurrir a personal cualificado o de la búsqueda de atención profesional.⁹⁸ El 55 por ciento de los partos tiene lugar sin la presencia de personal cualificado en obstetricia y una de cada siete mujeres angoleñas muere durante el embarazo o el parto. Sólo el 11 por ciento de las madres de ese país practica la lactancia exclusiva durante los seis primeros meses. Los niveles de educación son muy bajos en toda Angola (menos del 62 por ciento de los niños está escolarizado), en las aulas hay un 14 por ciento más de niños que de niñas. Sólo el 29 por ciento de los nacimientos son inscritos en los registros estatales. *(Para más información sobre Angola, véase página 20.)*
- En **Irak**, muchos años de conflicto y sanciones internacionales han causado estragos en el sistema sanitario, lo que, a su vez, ha tenido graves consecuencias para el bienestar de madres y recién nacidos. La mortalidad materna ha aumentado más del doble, de las 117 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos registradas a finales de los años 80, hasta las 250 muertes actuales. Asimismo, ha habido un fuerte incremento en la mortalidad de lactantes y niños.

La actual guerra ha interrumpido la distribución de alimentos y dañado los sistemas de abastecimiento de electricidad y de agua, así como los sistemas de canalización, creando unas condiciones aún más difíciles. En Irak, el 77 por ciento de las mujeres embarazadas recibe cuidados prenatales, el 72 por ciento de los partos es atendido por personal cualificado. Sólo el 12 por ciento de las madres practica la lactancia exclusiva durante los seis primeros meses. Prácticamente todos los niños (el 98 por ciento) van a la escuela primaria en Irak, mientras que entre las niñas ese porcentaje es tan sólo del 83 por ciento.



LIBERIA

Ranking sobre la situación de los recién nacidos

El ranking sobre la situación de los recién nacidos agrupa a los países en las categorías de países de renta baja y de renta media, de acuerdo con la definición establecida por el Banco Mundial. En él se han incluido 53 países de renta baja y 25 países de renta media. A continuación se ofrecen las tablas del ranking y se analizan los cinco primeros y los cinco últimos países de cada categoría.



VIETNAM

Los cinco primeros y los cinco últimos países de renta baja (de un total de 53 países, de acuerdo con la clasificación del Banco Mundial)

Puesto (en cuanto a tasa de mortalidad de recién nacidos)	Puesto en el ranking	País	Tasa de mortalidad de recién nacidos	Servicios esenciales para recién nacidos	Buen estado de salud de las madres	Soluciones respetuosas con la cultura	Utilización efectiva de datos sanitarios	Voluntad política
1	•	Vietnam	12	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●
2	•	Nicaragua	16	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●
3	•	Eritrea	24	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●
4	•	Tayikistán	25	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●
5	•	Kirguizistán	28	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●
49	•	Côte d'Ivoire	58	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●
49	•	Pakistán	58	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●
51	•	Sierra Leona	59	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●
52	•	Afganistán	60	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●
53	•	Liberia	65	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●

Los cinco primeros y los cinco últimos países de renta media (de un total de 25 países, de acuerdo con la clasificación del Banco Mundial)

Puesto (en cuanto a tasa de mortalidad de recién nacidos)	Puesto en el ranking	País	Tasa de mortalidad de recién nacidos	Servicios esenciales para recién nacidos	Buen estado de salud de las madres	Soluciones respetuosas con la cultura	Utilización efectiva de datos sanitarios	Voluntad política
1	•	Colombia	12	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●
2	•	México	14	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●
3	•	Brazil	16	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●
3	•	Jordania	16	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●
3	•	Kazajstán	16	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●
21	•	Swazilandia	37	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●
22	•	Djibuti	39	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●
23	•	Guinea Ecuatorial	40	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●
24	•	Angola	54	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●
25	•	Irak	59	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●	● ● ●

- Datos no disponibles o información insuficiente. Véase leyenda del ranking sobre la situación de recién nacidos en la página opuesta de la descripción de todos los indicadores.

Para analizar el compromiso y la capacidad de los países para mejorar las tasas de supervivencia y el estado de salud de madres y recién nacidos, en la elaboración del ranking sobre la situación de los recién nacidos se han utilizado tres indicadores para cada uno de los cinco elementos básicos. Mediante esos 15 indicadores se mide el acceso a servicios sanitarios, la influencia de factores culturales, la solidez de los sistemas de recopilación de datos y las inversiones realizadas por el gobierno en la salud pública.⁹⁹

La suma de esos indicadores ofrece una imagen ilustrativa de los numerosos factores que influyen en la salud de madres y recién nacidos. Para que las estrategias para salvar la vida de los recién nacidos tengan éxito, han de ser implementadas a muchos niveles, con el fin de prevenir riesgos, fomentar la salud y de encontrar soluciones específicas para las madres y los recién nacidos más necesitados.

Leyenda del Ranking sobre la situación de los recién nacidos

	Servicios esenciales para recién nacidos*	Buen estado de salud de las madres*	Soluciones respetuosas con la cultura	Utilización efectiva de datos sanitarios	Voluntad política
Indicador 1	Acceso a cuidados prenatales (porcentaje)	Partos atendidos por personal cualificado (porcentaje)	Retraso de la maternidad (medido por el número de nacimientos entre 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años por año)	Porcentaje de los nacimientos vivos registrados	Porcentaje del presupuesto estatal destinado a la atención sanitaria primaria
Clave	<ul style="list-style-type: none"> ● 16-43 por ciento ● 44-73 por ciento ● 74-100 por ciento 	<ul style="list-style-type: none"> ● 6-36 por ciento ● 37-68 por ciento ● 69-100 por ciento 	<ul style="list-style-type: none"> ● 173-258 nacimientos ● 87-172 nacimientos ● 2-86 nacimientos 	<ul style="list-style-type: none"> ● 4-35 por ciento ● 36-67 por ciento ● 68-100 por ciento 	<ul style="list-style-type: none"> ● 0-8 por ciento ● 9-17 por ciento ● 18-26 por ciento
Indicador 2	Mujeres embarazadas que hayan recibido dos o más dosis de vacuna antitetánica (porcentaje)	Prevalencia de anemia entre mujeres embarazadas (porcentaje)	Mitigación de prácticas culturales perjudiciales (incluidos: manejo arriesgado del cordón umbilical, mutilación genital femenina, costumbres antihigiénicas y creencias/tradiciones que impiden unos cuidados adecuados para neonatos)	Recopilación de datos sobre los siguientes aspectos relativos a los recién nacidos: bajo peso al nacer, inmunización y partos por cesárea	Cambios en las inversiones en la salud pública durante un periodo de tres años
Clave	<ul style="list-style-type: none"> ● 17-44 por ciento ● 45-72 por ciento ● 73-100 por ciento 	<ul style="list-style-type: none"> ● 53-78 por ciento ● 28-52 por ciento ● 3-27 por ciento 	<ul style="list-style-type: none"> ● Prevalencia de al menos una práctica perjudicial ● Indicios de prácticas perjudiciales, realizadas, sin embargo, de forma limitada ● Los indicios demuestran claramente la ausencia de prácticas perjudiciales; o implementación de medidas efectivas para mitigar posibles prácticas 	<ul style="list-style-type: none"> ● No hay datos disponibles, o datos disponibles sólo para un indicador ● Datos disponibles para 2 indicadores relevantes ● Datos disponibles para los tres indicadores 	<ul style="list-style-type: none"> ● Reducción ● Sin cambio o inversiones no constantes ● Incremento
Indicador 3	Porcentaje de niños con lactancia exclusiva (durante seis meses)	Ratio de mortalidad materna (muertes por 100.000 partos), adaptado	Estatus de las mujeres, medido por el porcentaje de escolarización primaria neta de las niñas en comparación con la de los niños	Utilización de los sistemas de información para elaborar estrategias, programas e intervenciones	Cambios de actitud, comunicación y marketing social, campañas de comunicación para promocionar comportamientos saludables, como vacunación antitetánica, partos en condiciones higiénicas, lactancias inmediata y exclusiva, secado y abrigo inmediata de recién nacidos y cuidados postnatales desde el primer momento
Clave	<ul style="list-style-type: none"> ● 1-28 por ciento ● 29-55 por ciento ● 57-84 por ciento 	<ul style="list-style-type: none"> ● 1.334-2.000 muertes ● 667-1.333 muertes ● 0-666 muertes 	<ul style="list-style-type: none"> ● 68-82 por ciento ● 83-96 por ciento ● 97-111 por ciento 	<ul style="list-style-type: none"> ● No existen indicios de la existencia de sistemas de información ● Los sistemas existentes son demasiado débiles para apoyar procesos de planificación, o no hay indicios suficientes de que se aproveche todo el potencial de esos sistemas ● Existencia de sistemas sólidos para la elaboración de estrategias, programas e intervenciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ● No hay indicios de compromiso por parte del gobierno ● Indicios de participación del gobierno en numerosas estrategias relacionadas con la salud de madres y recién nacidos ● Numerosas estrategias apoyadas la participación activa del gobierno, por la legislación y la política
<p>* Los cuidados postnatales para recién nacidos y madres representan un elemento esencial para la salud y la supervivencia de recién nacidos que, desgraciadamente, no puede ser incluido en el ranking sobre la situación de los recién nacidos, debido a la falta de datos completos y comparables. Para más información sobre cuidados postnatales, véase páginas 26-28.</p>					

Progresos en la reducción de la mortalidad de recién nacidos

Si la comunidad internacional quiere cumplir el cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio, es decir, reducir, en dos terceras partes, la mortalidad de niños menores de 5 años entre 1990 y 2015, han de realizarse mayores esfuerzos para disminuir la mortalidad de recién nacidos, responsable del 40 por ciento de las muertes de niños menores de 5 años.

Aunque durante la última década algunas regiones del mundo hayan realizado importantes progresos en la reducción de las tasas de mortalidad de recién nacidos, la brecha entre países ricos y pobres sigue creciendo, registrándose unas tasas de mortalidad de recién nacidos más bajas y una reducción más acelerada de las mismas en países más ricos:

- No se ha podido apreciar apenas una reducción en la tasa media regional de mortalidad de recién nacidos en África subsahariana, donde se registra la mayor tasa de mortalidad de recién nacidos.¹⁰⁰
- En el continente americano se alcanzó una reducción del 40 por ciento de la tasa de mortalidad de recién nacidos, en gran medida, gracias a los progresos conseguidos en América Latina, donde seis países lograron reducciones del 50 por ciento o superiores.¹⁰¹
- En la región del Pacífico occidental, los mayores porcentajes de reducción se han registrado en Japón,

Corea del Sur y Malasia. Los tres países cuentan con bajas TASS de mortalidad de recién nacidos (menos de 5 por 1.000 nacidos vivos).¹⁰²

- En el Sureste de Asia, muchos países han logrado reducir la mortalidad de recién nacidos. En algunos casos, como el de Indonesia, la reducción ha sido considerable (más del 50 por ciento).¹⁰³
- En los países de Asia Central y del Sur se han registrado avances más limitados, con la excepción de Bangladesh y Sri Lanka, que alcanzaron reducciones alrededor del 40 por ciento).¹⁰⁴ India, por ejemplo, un país en que se produce más de una cuarta parte de las muertes de recién nacidos del mundo, la reducción ha sido tan sólo del 11 por cien.¹⁰⁵

Pocos progresos en la lucha por salvar vidas durante las primeras semanas después del parto

Los programas de supervivencia infantil, realizados en países en desarrollo, solían centrarse principalmente en la lucha contra la neumonía, diarrea, malaria y otras enfermedades prevenibles mediante vacunas, que representan importantes causas de muerte tras el primer mes de vida del bebé. Entre 1980 y 2000, la mortalidad infantil después del primer mes de vida, es decir, desde el segundo mes hasta los 5 años, se redujo en una tercera parte, mientras que la tasa de mortalidad de recién nacidos sólo disminuyó en una cuarta parte. Por lo tanto, hemos de constatar que una proporción creciente de las muertes infantiles se produce durante el periodo denominado “de recién nacido”.

El ámbito en el que menos progresos se han conseguido es el de la prevención de muertes durante la primera semana de vida. En 1980, sólo un 23 por ciento de las muertes de niños menores de 5 años se produjo durante la primera semana de vida. Hasta el año 2000, ese porcentaje se ha incrementado hasta llegar al 28 por ciento (lo que representa 3 millones de muertes).¹⁰⁶

Por esta razón, con vistas al Cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio, la reducción de las muertes durante la primera semana de vida será fundamental para el progreso en ese campo. Para poder salvar más vidas durante los primeros días más frágiles, un mayor número de madres y recién nacidos necesitan tener acceso a los cuidados postnatales. Lamentablemente, los cuidados postnatales para madres y recién nacidos han tenido muy poco peso en los programas de salud pública, por lo que sólo una pequeña minoría de madres y bebés en países con altas tasas de mortalidad recibe cuidados postnatales durante las primeras horas, los primeros días y las primeras semanas después del parto, es decir, durante el periodo de mayor vulnerabilidad. (Para más información sobre cuidados postnatales, véase páginas 26-28)



MOZAMBIQUE

La mortalidad de recién nacidos en los países industrializados

España tiene una tasa similar a la media europea, aunque en algunas comunidades se dispara

La tasa de mortalidad infantil no ha dejado de disminuir en España en los últimos años. Así, mientras en 1980 existía una tasa de mortalidad de menores de 5 años de 12,5 por cada 1000 (tasa superior a la existente en la actualidad en países de la península Arábiga como Omán o Qatar o del Caribe como Antigua o Barbuda) en la actualidad la cifra se ha reducido al 4 por 1000, una tasa que multiplica por dos la existente en Japón y que es superior a la de los países nórdicos pero similar a la de otros países de la Unión Europea.

Las causas de muerte de recién nacidos en los países industrializados difieren en gran medida de las identificadas en los países en desarrollo. En esos últimos, casi la mitad de las muertes de recién nacidos son debidas a infecciones, tétanos y diarrea. En los países industrializados, en cambio, esos problemas ya no existen apenas, siendo las muertes de recién nacidos normalmente el resultado de un parto prematuro o del nacimiento de bebés demasiado pequeños.

A pesar de la baja tasa de mortalidad infantil existente en España, hay comunidades en las que la tasa de dispara, multiplicándose por 2,5. Es el caso de Ceuta y Melilla, con unas tasas de 10,8 y 9,5 niños menores de 5 años muertos por cada mil, respectivamente, una tasa muy elevada si se compara con la de Navarra, la comunidad mejor situada con 2,6 niños muertos por cada 1000, una tasa similar a la registrada en Suecia. Ceuta multiplica también por 3 las tasas medias de España en mortalidad neonatal: 9,8 por mil, frente al 2,8 de media española y de mortalidad postneonatal (entre 28 días y un año de vida) con una tasa del 5 por 1000 frente al 1,6 de la media española.

Una explicación a esta elevada mortalidad infantil podría estar en el alto número de mujeres ceutíes que se convierten en madres antes de los 20 años. En Ceuta el 6,6 % de los niños nacidos son hijos de madres menores de 20 años, más del doble de la media del conjunto del Estado (2,9%).¹⁰⁷

Se ha podido, así mismo, constatar que las madres de niveles socioeconómicos y educativos más bajos corren un riesgo significativamente más elevado de tener partos prematuros, incluso cuando se controlan todos los demás factores de riesgo establecidos, como el peso previo al embarazo, la ganancia de peso, el consumo de alcohol y tabaco, el número de nacimientos y el lugar de los cuidados prenatales.¹⁰⁸

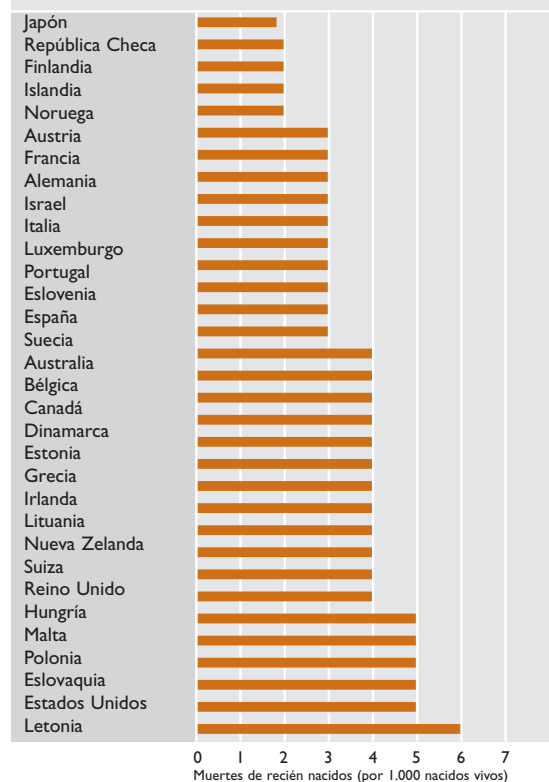
La baja edad de matrimonio femenino y el menor nivel de escolarización entre las adolescentes ceutíes, especialmente en la comunidad musulmana y la baja información sobre salud reproductiva pueden ser otras de las causas de la elevada mortalidad infantil.

Hemos aquí algunos datos adicionales sobre la mortalidad de recién nacidos en países industrializados:

- Tan sólo un 1 por cien de las 4 millones de muertes de recién nacidos que se producen cada año ocurre en países ricos.¹⁰⁹
- Japón tiene la tasa de mortalidad de recién nacidos más baja del mundo (1,8 por 1.000 nacidos vivos). Letonia presenta la tasa de mortalidad de recién nacidos más elevada de los países industrializados (6 por 1.000 nacidos vivos).
- Estados Unidos cuenta con más neonatólogos y camas de cuidados intensivos neonatales por habitante que Australia, Canadá y Reino Unido. Sin embargo, su tasa de mortalidad de recién nacidos es más elevada que la de los países mencionados.¹¹⁰

- En Estado Unidos, la tasa media de mortalidad de recién nacidos de todas las razas es de 4,7 muertes por 1.000 nacidos vivos. Sin embargo, entre los negros no hispanos, dicha tasa es de 9,3 muertes por 1.000 nacidos vivos.¹¹¹
- Investigaciones realizadas en el norte de Bélgica (Flandes) han llegado a la conclusión de que las madres con bajos niveles de educación tenían mayor probabilidad de sufrir abortos o la muerte de un recién nacido.¹¹²
- Un estudio llevado a cabo en Australia constata que, en comparación con el resto de la población, los bebés aborígenes tienen una probabilidad dos veces mayor de nacer bajos de peso o de morir durante su primer año de vida.¹¹³
- Según un estudio sueco, el riesgo de muerte de recién nacidos es un 33 por cien más elevado en zonas socialmente desfavorecidas que en las zonas más favorecidas.¹¹⁴

La mortalidad de recién nacidos en los países industrializados



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo (OMS: Ginebra: 2005).

La preocupación por la salud de madres e hijos inmigrantes en España

El sistema de salud español ofrece un fácil acceso a una atención médica de calidad a las mujeres inmigrantes, pero muchas de ellas provienen de países en los que no existe una atención médica prenatal sistematizada, y siguen actuando como si estuvieran en sus países de origen acudiendo a los servicios de salud sólo en casos graves. Por ejemplo, es frecuente que el primer control del embarazo se realice entre las mujeres extranjeras en el segundo trimestre de embarazo (semana 18).

Encontramos algunos aspectos que diferencian la realidad de la población inmigrante en cuanto a salud materno infantil y que requieren, en algunos casos, actuaciones específicas.

Madres inmigrantes

La primera característica destacable de las madres inmigrantes en España es la alta tasa de fecundidad (número de nacidos por cada 1.000 habitantes). El 15% de los niños que nacen en nuestro país son hijos de mujeres inmigrantes. Esta diferencia es especialmente llamativa en el caso de las adolescentes. La tasa de fecundidad es seis veces mayor entre las adolescentes extranjeras que entre las españolas.¹¹⁵

La utilización de métodos anticonceptivos es mucho más baja entre las mujeres inmigrantes: hasta el 52% de las mujeres inmigrantes no utilizaría ningún método o solamente su calendario de ovulación antes de quedarse embarazadas. Por consiguiente, las mujeres inmigrantes planifican sus embarazos en mucha menor medida que las españolas. Hasta el 44% de los embarazos de mujeres procedentes de países en desarrollo y afinadas en nuestro país no estarían planificados.

¹¹⁶ Relacionado con lo anterior está la alta tasa de abortos entre las mujeres inmigrantes (30 por 1000), cinco veces mayor que entre las mujeres españolas (6 por 1000). Entre un 40 y un 50% de los abortos que se practican en España se dan en mujeres extranjeras.¹¹⁷ El aborto es utilizado en muchos casos como método de contracepción. Esto nos indica que hay un problema de acceso a información sobre los servicios de salud a la mujer inmigrante, aunque hay que señalar que el aborto es más frecuente entre las mujeres que menos tiempo llevan entre nosotros.

En el grupo de mujeres inmigrantes se observa una mayor incidencia de lúes, hepatitis y otras enfermedades de transmisión sexual, así como mayor incidencia de anemia. Además, las gestantes inmigrantes acuden al hospital con el parto más avanzado, siendo significativa la mayor incidencia del parto expulsivo.¹¹⁸ En algunos colectivos de mujeres inmigrantes, como las procedentes de África, se registran unas tasas nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, complicaciones en el parto y mortalidad perinatal que pueden llegar a ser el doble que en el resto de la población.¹¹⁹

Niños inmigrantes

La salud de los niños inmigrantes en nuestro país también merece una especial atención ya que presentan



LOUISIANA, UNITED STATES

características diferentes a las del resto de la población infantil.

a) Muchos de estos niños han estado viviendo en países con sistemas sanitarios precarios, son haber contado con un diagnóstico precoz de las patologías más prevalentes, por lo que pueden presentar secuelas o fases avanzadas de evolución poco usuales de esas enfermedades.

b) Con frecuencia vuelven a su país de origen o el de sus padres para permanecer periodos largos o vacaciones, por lo que precisan vacunaciones y otras medidas profilácticas específicas.

c) Viven en familias con residencias inestables o cambiantes, por lo que a veces no siempre se puede garantizar la continuidad de sus cuidados.

Por todo lo anterior, los niños inmigrantes, en general, presentan, con mayor frecuencia las patologías recurrentes de la población infantil de nuestro entorno y también pueden padecer patologías no usuales en nuestro medio. Sin embargo hay gran heterogeneidad entre ellos dependiendo de su país de procedencia. Algunos países de Centro y Suramérica y norte de África tienen sistemas sanitarios que ofrecen cuidados básicos mientras que otros, como los del sureste de Asia, África subsahariana y este de Europa son más precarios.

Entre los problemas concretos presentes en los niños inmigrantes está la deficiente cobertura vacunal, especialmente destacable entre los niños procedentes de Asia y de África, que en ocasiones carecen por completo de cartillas de vacunación o éstas son poco fiables, lo que ha originado la reaparición de enfermedades inmunoprevenibles erradicadas o con muy baja incidencia en nuestro entorno como el sarampión, difteria, tétanos, meningitis (el 60 por ciento de las meningitis meningocócicas que se diagnostican en la Comunidad de Madrid se dan en niños inmigrantes porque no han sido vacunados)¹²⁰, etc. Casos aparte serían, por ejemplo, el raquitismo, una enfermedad que se consideraba en España como una curiosidad médica, está resurgiendo en los últimos años en niños y lactantes inmigrantes o el VIH, con un 56% de los casos infantiles diagnosticados entre la población inmigrante.¹²¹

Los riesgos psicosociales entre los menores inmigrantes son también preocupantes. Los niños inmigrantes pasan mucho más tiempo solos sin adultos que los cuiden, este tiempo es, para los menores de 7 años 10 veces mayor que entre los niños no inmigrantes. También es muy superior el tiempo que los niños inmigrantes ven la televisión: un 21,1 % de los menores de 7 años la ve más de dos horas al día frente al 12,9 de españoles. En el caso de los mayores de 7 años los porcentajes son del 43,5 y del 21,8% respectivamente.¹²²

¡Emprendamos acciones a favor de los recién nacidos!

¡Creemos un mundo diferente para madres y recién nacidos!

Cada año, 60 millones de madres en los países en desarrollo dan a luz sin ningún tipo de ayuda profesional y más de 4 millones de bebés mueren durante su primer mes de vida. Para cumplir los objetivos fijados por Naciones Unidas de reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud de las madres, han de incrementarse los servicios básicos, capaces de salvar vidas, para las mujeres y los recién nacidos que más los necesitan.

Ahora ha llegado el momento de que los gobiernos, el sector privado y las organizaciones humanitarias asuman conjuntamente su responsabilidad para reducir el número de muertes innecesarias de madres y recién nacidos.

Los estudios realizados han demostrado que la implementación de unas soluciones de bajo coste y sin grandes necesidades tecnológicas, combinada con la voluntad política y el compromiso de financiación, podría salvar la gran mayoría de esas vidas. Garantizando a madres y bebés en todas partes del mundo un acceso a unos servicios sanitarios de calidad, la comunidad internacional puede crear un futuro más prometedor para familias, comunidades y la sociedad en su conjunto.

Ayúdenos a salvar la vida de madres y recién nacidos en todo el mundo:

- Apoye los programas de Save the Children e infórmese sobre ellos visitando la página web www.savethechildren.es
- Apoye programas eficaces sobre el terreno. Visite www.savethechildren.org para saber y ayudar más.

www.savethechildren.es



MALAWI

Alianza global para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño

Save the Children es miembro de la Alianza Global para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño, una asociación única de los profesionales más importantes del mundo en temas de salud de madres, neonatos y niños. La Alianza une a países en desarrollo y países donantes, agencias de Naciones Unidas, asociaciones profesionales, instituciones académicas y de investigación, fundaciones y organizaciones no gubernamentales, con el fin de incrementar los progresos nacionales, regionales y globales hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5. Esos objetivos reclaman la reducción de la tasa de mortalidad infantil en dos terceras partes y la disminución de la ratio de mortalidad materna en tres cuartas partes hasta 2015 (partiendo de la situación registrada en 1990).

Para más información, visite la página web: www.pmnch.org

Anexo

ÍNDICE SOBRE LA SITUACIÓN DE LAS MADRES & RANKING DE PAÍSES



HONDURAS

El séptimo Índice anual sobre la situación de las madres ayuda a reflejar las condiciones en las que viven madres y niños en 125 países, de los cuales 26 forman parte de los países industrializados y 99 son países en desarrollo. Dicho índice muestra dónde las madres encuentran las mejores condiciones y dónde han de enfrentar los mayores apuros. Están incluidos en el Índice todos los países de los que se dispone de los datos necesarios.

¿Por qué se preocupa Save the Children tanto de las madres? La respuesta es muy sencilla. Más de 85 años de experiencia en el trabajo de campo nos han enseñando que la calidad de vida de los niños depende de la salud, de la seguridad y del bienestar de sus madres. Resumiendo podemos constatar que, si les proporcionamos a las madres acceso a la educación, oportunidades económicas y cuidados de salud materno-infantil, incluida la posibilidad de practicar la planificación familiar, ofrecemos a las madres y a sus hijos las mejores oportunidades para la supervivencia y el desarrollo.

El Índice se basa en informaciones publicadas por gobiernos, instituciones de investigación y organismos internacionales. El Índice Completo sobre la situación de las Madres, compuesto por índices separados relativos al bienestar de las mujeres y de los niños, aparece en una tabla desplegable en este anexo. Una descripción exhaustiva de los métodos de investigación y de los indicadores individuales utilizados (brevemente descritas más adelante) se encuentra a continuación de las tablas desplegadas.

Los seis indicadores utilizados para determinar el bienestar de las mujeres son:

- El riesgo de mortalidad materna
- El porcentaje de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos modernos
- El porcentaje de partos atendidos por personal cualificado
- El porcentaje de mujeres embarazadas que padecen anemia
- La tasa de alfabetismo de mujeres adultas
- La participación de las mujeres en el gobierno nacional



AFGHANISTAN

Los cuatro indicadores utilizados para determinar el bienestar de los niños son:

- La tasa de mortalidad infantil
- La tasa de escolarización primaria bruta
- El porcentaje de la población con acceso a agua segura
- El porcentaje de niños menores de 5 años que padece carencias nutricionales moderadas o severas.

Los países escandinavos ocupan con diferencia los primeros puestos en todos los índices, mientras que los países de África Subsahariana predominan entre los últimos. Aunque los países industrializados se encuentran muy igualados y juntos a la cabeza del Índice, alcanzando la mayoría de esos países buenos resultados en todos los indicadores, los países mejor situados en ese ranking logran unas

El índice sobre la situación de las madres 2006

Los 10 primeros		Los 10 últimos	
Puesto	País	Puesto	País
1	Suecia	115	Congo, República Democrática
2	Dinamarca	115	Liberia
2	Finlandia	117	República Centroafricana
4	Austria	118	Yemen
4	Alemania	119	Etiopía
4	Noruega	120	Sierra Leona
7	Australia	121	Guinea-Bissau
7	Países Bajos	122	Chad
9	España	123	Malí
10	Reino Unido*	124	Burkina Faso
10	Estados Unidos*	125	Níger

* Debido al empate de puntuación se recogen 11 países



ETHIOPIA

educación de madres y niños. Este año, España ocupa el noveno lugar, por delante de Estados Unidos y Reino Unido.

Los 10 últimos países en el ranking del Índice sobre la situación de las Madres de este año ofrecen una imagen opuesta a la de los 10 primeros, registrando unos resultados muy pobres en todos los indicadores. Las condiciones en las que viven las madres y sus hijos en esos países son realmente desoladoras:

- Como media, una de cada 12 madres muere por causas relacionadas con el embarazo
- Uno de cada 8 niños muere antes de cumplir un año.
- Uno de cada 9 niños sufre desnutrición.
- Más de uno de cada 3 niños no está escolarizado en la enseñanza primaria.
- Sólo una de cada 4 mujeres adultas sabe leer y escribir.

El contraste entre el primer país del ranking, Suecia, y el último, Níger, es impresionante.

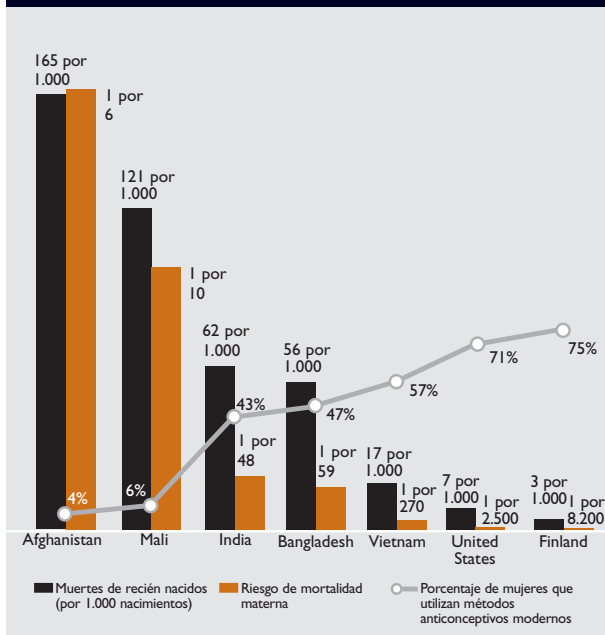
En Suecia, prácticamente todos los partos cuentan con la asistencia de personal cualificado, mientras que en Níger sólo el 16% de los partos son atendidos. Casi la totalidad de las mujeres suecas sabe leer y escribir, un 72% de ellas usa algún método moderno de contracepción y sólo una de cada 333 tendrá que ver morir a su hijo antes de que éste cumpla su primer año de vida. En el lado contrario, en Níger, sólo una de cada 10 mujeres sabe leer y escribir, un 4% está utilizando algún método moderno de contracepción y uno de cada 7 niños muere antes de cumplir un año.

Los datos recopilados para el Índice sobre la situación de las Madres reflejan la gran brecha existente entre los países ricos y pobres, así como la apremiante necesidad de acelerar los progresos a favor de la salud y el bienestar de las madres y de sus hijos. Los datos subrayan, asimismo, la dimensión regional de esa tragedia. Diez de los once últimos países del ranking se encuentran en África Subsahariana. En dicha región se sitúan, además, 14 de los 20 países peor clasificados en el ranking.

Las comparaciones entre determinados países pueden resultar especialmente alarmantes si nos imaginamos cuánto sufrimiento humano hay detrás de esas estadísticas:

- El 15 por ciento de los partos, o incluso menos, son atendidos por personal sanitario cualificado en Afganistán, Bangladesh, Etiopía y Nepal.

La planificación familiar puede salvar vidas: A medida que aumenta el uso de anticonceptivos, se reduce la mortalidad materno-infantil



Los datos recogidos en el Índice de Madres señalan que un mayor acceso a los medios anticonceptivos modernos y su incrementada utilización pueden llevar a mejoras significativas en las tasas de supervivencia materno-infantil. En Finlandia, por ejemplo, donde el 75% de las mujeres utiliza algún medio de planificación familiar, el riesgo de que una madre muera durante el parto es sólo de una por cada 8.200, y sólo 1 de cada 333 niños no llega a cumplir un mes de vida.

En cambio en Afganistán, donde sólo un 4% de las mujeres utiliza medios de planificación familiar, una de cada seis mujeres muere durante el parto y uno de cada 5 niños muere antes de cumplir un año.

Cada año, millones de mujeres y niños en países en desarrollo mueren como consecuencia de unos partos demasiado seguidos, demasiado tempranos o tardíos en la vida de la mujer.

En los países en desarrollo, la mortalidad materna es la primera causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva, produciendo la muerte de alrededor de 529.000 mujeres cada año. Cada minuto muere al menos una mujer como consecuencia de complicaciones ocurridas durante el embarazo y el parto. La planificación familiar también contribuye de forma significativa a la supervivencia infantil. Más de 10 millones de niños menores de 5 años mueren cada año en países en desarrollo. Una planificación familiar podría prevenir el 25% de esas muertes, estableciendo un intervalo de al menos dos años entre dos partos, ayudando a las mujeres a tener hijos durante sus años reproductivos más sanos y permitiendo a los padres tener el número de hijos deseado.

Fuentes: Tasa de mortalidad infantil: UNICEF; Estado Mundial de la Infancia, 2006; Riesgo de mortalidad materna: Mortalidad materna en 2000, Estimaciones elaboradas por OMS, UNICEF y UNFPA; Porcentaje de mujeres que utilizan métodos anticonceptivos modernos: UNFPA; Estado de la Población Mundial 2005.

- Una de cada 7 mujeres muere durante el embarazo o el parto en Angola, Malawi y Níger, corriendo ese riesgo una de cada seis mujeres en Sierra Leona.
- Casi tres de cada cuatro mujeres embarazadas en la República Democrática de Congo, Gambia, Guinea-Bissau, Liberia, Madagascar, Turquía y Somalia padecen anemia.
- Menos del 5 por ciento de las mujeres utilizan métodos modernos de contracepción en países como Afganistán, Chad, Guinea, Guinea-Bissau, la República Democrática de Congo, Níger, Ruanda y Sierra Leona.
- En Burkina Faso y Níger, menos del 10 por ciento de las mujeres sabe leer y escribir, y menos de la mitad de los niños están escolarizados en la enseñanza primaria.
- Uno de cada 8 niños no llega a cumplir un año en Afganistán, Angola, la República Democrática de Congo, Guinea-Bissau, Liberia, Malí, Níger, Sierra Leona y Somalia.
- Uno de cada 6 niños padece malnutrición moderada o severa en Burkina Faso, Camboya, India, Laos, Somalia y en los Emiratos Árabes Unidos.
- Más del 75 por ciento de la población de Afganistán y Etiopía carece de acceso a agua potable segura.

La desesperación humana y la gran cantidad de oportunidades perdidas que hay detrás de esos números suponen un llamamiento a todos para que se garantice que las madres en todas partes del mundo dispongan de los instrumentos básicos necesarios para romper ese círculo de pobreza y mejorar la calidad de sus vidas, la de sus hijos y de las generaciones futuras.

Lo que las cifras no pueden reflejar

Los datos, recogidos a nivel nacional, presentados en el Índice sobre la situación de las Madres nos ofrecen una visión conjunta de la situación que se vive en muchos países. Sin embargo, cabe recordar que las condiciones de subgrupos geográficos o étnicos dentro de un mismo país pueden variar significativamente de la media nacional. En zonas rurales aisladas suele haber menor disponibilidad de servicios, con unas estadísticas aún más desoladoras. Las guerras, la violencia y la falta de orden también perjudican gravemente el bienestar de madres y niños y a menudo pueden llegar a afectar desproporcionadamente a determinados segmentos de la población. No obstante, estos detalles quedan ocultos al disponerse tan sólo de datos nacionales generales..

Preguntas frecuentes sobre el Índice sobre la situación de las Madres

¿Por qué España ocupa el noveno puesto en el ranking?

Los factores que hacen que España repita este año el noveno puesto son:

- Uno de los cuatro indicadores claves para determinar el bienestar de las madres es el riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida de la mujer. España ocupa un lugar superior a otros países desarrollados con una tasa de uno de cada 17.400 casos (sólo mejorado por Suecia) y muy lejos de Estados Unidos, por ejemplo, donde la tasa es de uno por cada 2.500.
- Asimismo, España registra una tasa de mortalidad infantil de 4 por cada mil nacimientos, ligeramente mas alta que la que se da en otros países europeos como Suecia, Dinamarca o Noruega, pero por encima de Estados Unidos.
- Otro de los datos en los que España destaca y que han influido en su buen puesto es en el status político de las mujeres, dado que cuenta con un 35,4% de mujeres en el Parlamento (sólo superada en todo el mundo por Ruanda, Cuba y los países nórdicos).

¿Por qué ocupa Suecia el primer puesto?

Entre todos los países incluidos en el ranking, Suecia alcanza o comparte con otros los mejores valores en todos los indicadores. Tiene la tasa de mortalidad infantil más baja del mundo y alcanza el mayor porcentaje de mujeres con escaño en el parlamento nacional.

¿Por qué algunos países no están incluidos en el Índice sobre la situación de las Madres?

Los rankings se basan en los resultados alcanzados por un país, con respecto a una serie de indicadores predeterminados, relacionados, principalmente, con la educación, salud y nutrición. Para 125 países existían informaciones publicadas sobre los resultados alcanzados en cada uno de esos indicadores, por lo que todos esos 125 países fueron incluidos en el estudio. La única razón por la exclusión de un determinado país fue la falta o la insuficiencia de datos disponibles.

¿Qué hay que hacer para superar la división entre los países que satisfacen las necesidades de sus madres y aquellos que no lo hacen?

- Los Gobiernos y organismos internacionales deben aumentar los fondos para mejorar el nivel de formación de las mujeres y niñas, proporcionar acceso a los servicios de salud materno-infantil, incluido a los servicios de planificación familiar voluntaria, y fomentar las oportunidades económicas para mujeres.
- La Comunidad internacional deberá mejorar, asimismo, las investigaciones existentes y realizar nuevos estudios que se centren específicamente en el bienestar de madres y niños.
- En España y en otros países industrializados, los Gobiernos y comunidades deben trabajar juntos para mejorar la educación y la asistencia sanitaria para madres e hijos desfavorecidos.

El ranking del índice sobre la situación de las madres de 2006

País	Puesto en el índice de madres*	Puesto en el índice de mujeres**	Puesto en el índice de niños**	País	Puesto en el índice de madres*	Puesto en el índice de mujeres**	Puesto en el índice de niños**
Suecia	1	1	16	Libano	63	75	25
Dinamarca	2	2	1	Lesoto	63	45	80
Finlandia	2	2	1	Filipinas	63	65	57
Austria	4	4	5	Túnez	63	70	42
Alemania	4	7	5	Indonesia	69	67	64
Noruega	4	4	1	Irán, República Islámica de	69	72	50
Australia	7	8	5	Sri Lanka	69	60	78
Países Bajos	7	4	13	Tayikistán	69	45	87
España	9	9	5	Kuwait	73	70	72
Canadá	9	9	5	Turquía	74	79	38
Reino Unido	10	10	5	Bolivia	75	75	54
Estados Unidos	10	13	5	Siria, República Árabe de	75	77	54
República Checa	12	14	13	Emiratos Árabes Unidos	75	72	77
Hungría	12	17	13	Belize	78	78	68
Japón	12	18	1	Libia, Yamahiriya Árabe	78	79	57
Eslovaquia	12	14	5	Swazilandia	80	72	83
Bielorrusia	16	14	16	Argelia	81	83	68
Costa Rica	17	12	22	Guatemala	82	89	29
Israel	17	19	19	Egipto	83	96	33
Chile	19	24	5	Arabia Saudí	83	79	100
Argentina	20	10	46	Kenia	85	86	87
Ucrania	21	27	19	Omán	85	86	83
Uruguay	21	24	19	Tanzania, República Unida de	85	83	79
Bulgaria	23	24	16	Camerún	88	92	80
Colombia	24	34	26	Ruanda	88	79	98
México	24	22	33	Uganda	88	85	103
Moldavia, República de	24	21	46	Marruecos	91	101	57
Cuba	27	39	22	Zambia	92	91	101
Panamá	27	34	29	India	93	99	94
Federación Rusa	27	29	45	Laos, República Democrática Popular de	94	88	110
Trinidad y Tobago	27	27	33	Malawi	94	92	107
Uzbekistán	27	19	64	Sudán	94	89	109
Jamaica	32	45	22	Burundi	97	92	102
Kazajstán	32	29	50	Ghana	98	106	87
Venezuela	32	38	38	Haití	98	109	80
República Dominicana	35	29	50	Madagascar	98	96	110
Serbia y Montenegro	35	50	29	Mozambique	101	100	96
Armenia	37	55	29	Nigeria	101	101	103
Sudáfrica	37	29	50	Senegal	101	103	97
Bahrein	39	56	38	Angola	104	92	117
China	39	29	68	Côte d'Ivoire	104	106	98
Honduras	39	50	26	Bangladesh	106	112	87
Rumanía	39	39	61	Camboya	107	96	118
Tailandia	39	45	46	Nepal	107	114	83
Bosnia y Herzegovina	44	56	33	Pakistán	107	103	106
Ecuador	44	39	57	Benin	110	118	87
Paraguay	44	56	38	Eritrea	110	103	113
Turkmenistán	44	22	87	Papúa Nueva Guinea	110	109	114
Vietnam	44	34	61	Togo	110	111	108
El Salvador	49	60	42	Gambia	114	116	95
Mauricio	49	50	64	Congo, República Democrática de	115	106	122
Mongolia	49	45	72	Liberia	115	114	115
Albania	52	63	54	República Centroafricana	117	118	110
Azerbaiyán	52	50	71	Yemen	118	122	103
Brasil	52	39	75	Etiopía	119	113	123
Jordania	52	67	26	Sierra Leona	120	116	120
Kirguizistán	52	63	61	Guinea-Bissau	121	120	116
Malasia	52	67	33	Chad	122	125	118
Nicaragua	52	56	42	Malí	123	123	121
Maldivas	59	39	83	Burkina Faso	124	121	124
Namibia	59	39	72	Níger	125	124	125
Perú	59	60	46				
Zimbabue	62	50	75				
Botsvana	63	65	64				
Guyana	63	34	87				

* Debido a diferencias en la ponderación y el redondeo de los indicadores, puede que un país figure entre los primeros en el ranking de índices de mujeres y de niños, sin que esté entre los mejor clasificados en el índice general de madres. Para la explicación exhaustiva de la ponderación de los indicadores, véase los Comentarios acerca de la metodología y métodos de investigación aplicados.

** Clasificación entre 125 países incluidos en el Índice sobre la situación de las Madres.

El índice completo del estado de las madres 2006

País	Índice de mujeres						Índice de niños				Ranking		
	Estado de salud				Estatus de Educación	Estatus Político	Estado de los niños				Puesto en el Índice de madres (de entre 125 países)*	Puesto en el Índice de mujeres (de entre 131 países)*	Puesto en el Índice de niños (de entre 167 países)*
	Riesgo de mortalidad materna (una por cada número indicado)	Porcentaje de mujeres que usan medios modernos de contracepción	Porcentaje de nacimientos atendidos por personal cualificado	Porcentaje de mujeres embarazadas que padecen anemia			Tasa de alfabetismo femenino adulto (porcentaje)	Participación de mujeres en el parlamento nacional (% de escaños ocupados por mujeres)	Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	Tasa de escolarización primaria bruta (porcentaje)			
Panamá	210	54	93	-	91,2	16,7	19	112	91	1	27	39	38
Papua Nueva Guinea	62	20	41		50,9	0,9	68	75	39	-	110	115	152
Paraguay	120	61	77	44	90,2	9,6	21	110	83	1	44	62	54
Perú	73	50	59	29	82,1	18,3	24	118	81	1	59	66	65
Reino Unido	3.800	81	99	-	99,9z	18,5	5	100	100z		10	10	5
República Dominicana	200	66	99	-	87,3	15,4	27	124	93	2	35	34	69
Ruanda	10	4	31	-	58,8	45,3	118	122	73	6	88	85	132
Rumanía	1.300	30	99	31	96,3	10,7	17	99	57	3x	39	45	82
Senegal	22	8	58	26	29,2	19,2	78	80	72	8	101	109	131
Serbia y Montenegro	4.500	33	93		94z	7,9	13		93	4	35	56	38
Sierra Leona	6	4	42	31	20,5	14,5	165		57	10	120	122	161
Siria, República Árabe de	130	28	77x	41	74,2	12,0	15	115	79	4	75	83	74
Sri Lanka	430	50	96	39	88,6	4,9	12	112	78	14	69	66	107
Sudán	30	7	87	36	49,9x	13,6	63	60	69		94	95	145
Suecia	29.800	72	100x	-	99,9z	45,3	3	111	100	-	1	1	20
Suráfrica	120	55	84	37	80,9x	32,8	54	106	87	3	37	34	69
Swazilandia	49	26	74	-	78,1	16,8	108	98	52	1	80	78	115
Tailandia	900	70	99	57	90,5	10,7	18	97x	85	6x	39	51	65
Tanzania, República Unida de	10	17	46	59	62,2	30,4	78	84	73	3	85	89	109
Tayikistán	250	27	71	50	99,3x	19,6	91	111	58	5	69	51	120
Togo	26	9	61	48	38,3	7,4	78	121	51	12	110	117	144
Trinidad y Tobago	330	33	96	53	97,9x	25,4	18	100	91	4x	27	31	45
Túnez	320	53	90	38	65,3	19,3	21	111	82	2	63	76	60
Turkmenistán	790	53	97	-	98,3x	16,0	80	-	71	6	44	26	120
Turquía	480	38	83	74	81,1	4,4	28	91x	93	1	74	85	54
Ucrania	2.000	38	100	-	99,2x	5,3	14	93	98	0	21	31	26
Uganda	13	18	39	30	59,2	23,9	80	141	56	4	88	91	138
Uruguay	1.300		100	20	98,1	10,8	15	109	98	1x	21	28	26
Uzbekistán	1.300	63	96	27	98,9x	16,4	57	103	89	7	27	20	86
Venezuela	300	38	94	29	92,7	17,4	16	104	83	3	32	44	54
Vietnam	270	57	85	52	86,9x	27,3	17	101	73	7	44	39	82
Yemen	19	10	27	-	28,5x	0,7	82	83	69	12	118	128	138
Zambia	19	23	43	47	59,7x	12,7	102	82	55	5	92	97	136
Zimbabwe	16	50	73	-	86,3x	20,8	79	94	83	6	62	56	101
PAÍSES QUE SÓLO PRESENTAN ÍNDICES DE MUJERES													
Eslovenia	4.100	59	100		99,6x	10,8	4	108				23	
Estonia	1.100	56	100		99,8x	18,8	6	101				18	
Letonia	1.800	39	100		99,7x	21,0	10	94				23	
Lituania	4.900	31	100		99,6x	22,0	8	98				20	
Polonia	4.600	19	100		99,7x	19,1	7	99				31	
Singapur	1.700	53	100		88,6	16,0	3	-		4x		39	
PAÍSES QUE SÓLO PRESENTAN ÍNDICES DE NIÑOS													
Afganistán	6	4	14			25,9	165	92	13	7			159
Andorra						28,6	6	101	100				14
Antigua y Barbuda			100			13,9	11		91	10x			86
Bahamas	580		99		96,3	26,8	10	92x	97				38

País	Índice de mujeres						Índice de niños				Ranking		
	Estado de salud				Estatus de Educación	Estatus Político	Estado de los niños				Puesto en el Índice de madres (de entre 125 países)*	Puesto en el Índice de mujeres (de entre 131 países)*	Puesto en el Índice de niños (de entre 167 países)*
	Riesgo de mortalidad materna (una por cada número indicado)	Porcentaje de mujeres que usan medios modernos de contracepción	Porcentaje de nacimientos atendidos por personal cualificado	Porcentaje de mujeres embarazadas que padecen anemia			Tasa de alfabetismo femenino adulto (porcentaje)	Participación de mujeres en el parlamento nacional (% de escaños ocupados por mujeres)	Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	Tasa de escolarización primaria bruta (porcentaje)			
Barbados	590		98		99,7x	17,6	10	109	100	5x			38
Bhután	37	19	37			9,3	67		62	3			109
Cabo Verde	160		89		68x	15,3	27	121	80	6x			96
Chipre	890		100x		95,1	16,1	5	98	100				20
Comores	33		62		49,1x	3,0	52	90	94	12			107
Congo	26				77,1x	10,1	81	80	46	4			134
Corea, República Democrática Popular de	590	53	97	71		20,1	42		100	7			74
Corea, República de	2.800	67	100		x	13,4	5	104	92				30
Croacia	6.100		100		97,1	21,7	6	97	-	1			20
Dominica			100			12,9	13	88	97	2x			45
Gabón	37	12	86			11,9	60	132	87	3			101
Georgia	1.700	20	96	30		9,4	41	90	76	2			82
Granada			100			32,1	18	120	95				69
Guinea	18	4	56	11		19,3	101	81	51	11			150
Guinea Ecuatorial	16		65		76,4	18,0	122		44	7			154
Iraq	65	10	72	18		25,5	102	110	81	6			109
Islandia	0				99,9x	33,3	2	100	100				5
Islas Solomon	120		85			0,0	34	107	70	7x			94
Kiribati			85			4,8	49	111	64	11x			120
Luxemburgo	1.700		100		99,9x	23,3	5	99	100				14
Macedonia, Antigua República Yugoslava de	2.100		99		94,1	19,2	13	97		4			45
Malta	2.100		98x		89,2x	9,2	5	104	100				14
Mauritania	14	5	57	24	43,4		78	88	56	13			142
Myanmar	75	33	57	58	86,2		76	92	80	9			115
Qatar	3.400		99				18	106	100	2x			26
Samoa			100		98,4x	6,1	25	105	88				54
Santa Lucía			100		90,6	20,7	13	112	98	6x			60
Sao Tomé y Príncipe			76			9,1	75		79	4			101
Seychelles					92,3	29,4	12	114	87	2x			54
Somalia	10		25	78		8,0	133		29	17			167
St. Kitts & Nevis			99			0,0	18	112	99				45
Suiza	7.900	78			99,9x	24,8	5	108	100				20
Surinam	340		85		84,1	25,5	30	126x	92	7			96
Territorios Palestinos ocupados	140		97		87,4		22	99	94	3			38
Timor-Leste	30		18			25,3	64		52	12			145
Tonga			95		99x	3,4	20	112	100				45
Vanuatu			88			3,8	32	113	60				105

x = Los datos pueden ser de años distintos a los indicados o desviarse de la norma. z = Los datos son de otros años o de una fuente diferente.

*El ranking del Índice de madres ha sido establecido con 110 países de los cuales se encontraban disponibles los datos suficientes. Los rankings del Índice de mujeres y del Índice de niños han sido establecidos con 118 y 170 países, respectivamente, incluyéndose países adicionales de los cuales existían datos adecuados o para los indicadores de mujeres o para los indicadores de niños, pero no para ambos.

Informaciones acerca de la metodología y los procesos de investigación utilizados en la elaboración del índice de madres

1. En el primer año de publicación del *Índice sobre la situación de las Madres (2000)*, un análisis de la literatura disponible al respecto y consultas con miembros del equipo de Save the Children fueron decisivos a la hora de identificar el estado de salud, el estado de educación, el estatus político y el bienestar de los niños como factores claves para determinar el bienestar de las madres. Se establecieron indicadores para poder valorar esos factores, identificándose, además, fuentes de datos publicados para cada uno de los indicadores. En algunos casos, hubo dificultades para la recopilación de los datos, ya que muy pocos países presentaron estadísticas al respecto. Para compensar esas diferencias en la disponibilidad de datos en el cálculo del Índice final, los indicadores para la salud materna y el bienestar infantil han sido agrupados en subíndices (véase paso 5°). Dicho procedimiento permitió a los investigadores explotar la gran cantidad de informaciones útiles disponibles sobre esos temas, sin restar importancia a aquellos factores sobre los cuales existía menor cantidad de datos.

2. Se recogieron datos para poder determinar seis indicadores del estado de las mujeres y cuatro para el de los niños.

Los indicadores del estado de salud de las mujeres son los siguientes:

El riesgo de mortalidad materna

El riesgo que enfrenta la mujer de morir, a lo largo de su vida, en un parto está condicionado por muchos factores, incluidos el número de hijos y los intervalos entre dos nacimientos, las condiciones en las que dan a luz, así como su propio estado de salud y de nutrición. Las estimaciones se basan en las tasas de mortalidad materna y de fertilidad dentro de un país. En el caso de algunos países, las estimaciones han sido establecidas según la metodología aplicada por la OMS/UNICEF.

Fuente: *La mortalidad materna en 2000: Estimaciones establecidas por OMS, UNICEF y UNFPA*. Disponible online en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/mme.pdf

El porcentaje de mujeres que utilizan métodos de contracepción modernos

El acceso a los recursos de planificación familiar, incluidos los medios de contracepción modernos, permite a las mujeres planificar sus embarazos.

De esta forma se puede garantizar que la madre esté física y psicológicamente preparada para dar a luz y para cuidar a su hijo. Los datos provienen de informes de estudios de muestreos y estiman el porcentaje de mujeres casadas (incluidas las mujeres que viven en parejas de hecho) que utilizan actualmente algún medio anticonceptivo moderno (lo que incluye la esterilización masculina y femenina, DUI, la píldora, inyectables, implantes hormonales, preservativos y métodos femeninos de barrera). Todos los datos fueron recogidos en 1995 o después. Se mencionan, en cada caso, los



PHILIPPINES

últimos datos disponibles. La base de datos ha sido actualizada en 2004.

Fuente: *Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) 2005. Estado de la Población Mundial 2005*. Disponible online en: http://www.unfpa.org/swp/2005/pdf/en_swp05.pdf

El porcentaje de nacimientos atendidos por personal cualificado

La presencia de personal cualificado durante un parto reduce el riesgo de mortalidad materna e infantil. El personal cualificado puede ayudar a crear unas condiciones higiénicas adecuadas y diagnosticar complicaciones que requieran asistencia médica urgente. El porcentaje de nacimientos atendidos por personal cualificado recoge todos aquellos nacimientos que son atendidos por personal sanitario especializado, como médicos, enfermeras o comadronas. Los datos fueron recogidos entre 1996 y 2004.

Fuente: *UNICEF 2005. El Estado mundial de la infancia 2006 (Tabla 8)*. Disponible online en: http://www.unicef.org/sowc06/tables/sowc06_table8.xls

El porcentaje de mujeres embarazadas que padecen anemia

Un mal estado nutricional expone a las mujeres embarazadas y a sus hijos al riesgo de sufrir complicaciones durante el parto y les hace más susceptibles para otro tipo de enfermedades. La anemia es el resultado de carencias nutricionales y de una posible malaria. La Organización Mundial de la Salud define como marcador de una posible anemia en mujeres embarazadas unos niveles de hemoglobina por debajo de 110g/l. Dicha Organización determina, asimismo, la anemia nutricional como un estado en el que el contenido de hemoglobina en sangre está por debajo de lo normal, como consecuencia del déficit de uno o más nutrientes esenciales, independientemente de las causas de dicho déficit. Los datos fueron obtenidos en el periodo de 1989 a 2000.

Fuente: *The Manoff Group and the Micronutrient Initiative: Iron Improves Life (wall map)™*. Disponible online en: <http://www.manoffgroup.com/images/anemiapdf.pdf>



MALI

El indicador del estado de educación de las mujeres es:

La tasa de alfabetismo femenino

Mujeres con formación tienen mayores posibilidades de ganarse la vida y apoyar a sus familias. Además, suelen garantizar en mayor medida que mujeres sin formación que sus hijos vayan a la escuela. La tasa de alfabetismo femenino refleja el porcentaje de mujeres de 15 y más años que sepan leer y escribir. Los datos son del año 2003.

Fuente: Tabla 25, pp. 217-220 del Informe sobre Desarrollo Humano 2005: La cooperación internacional ante una encrucijada: Ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual, copyright 2005, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Utilizado con el permiso de Oxford University Press, Inc. Disponible online en:

http://hdr.undp.org/reports/global/2005/pdf/HDR05_complete.pdf

El indicador del estatus político de mujeres es:

La participación de mujeres en el Gobierno nacional

Cuando las mujeres tienen voz en instituciones públicas, pueden participar directamente en los procesos de gobierno y abogar por asuntos de especial importancia para mujeres y niños. Ese indicador refleja el porcentaje de escaños en asambleas legislativas o parlamentos nacionales ocupados por mujeres. Para países con asambleas legislativas y parlamentos bicamerales, se ha utilizado una media ponderada de los escaños de la Cámara Alta y de la Cámara Baja, ocupados por mujeres.

Fuente: Mujeres en parlamentos nacionales Unión Interparlamentaria. Situación al 28 de febrero de 2006

Disponible online en: <http://www.ipu.org/wmn-el/classif.htm>

Los indicadores del bienestar de los niños son:

La tasa de mortalidad infantil

La tasa de mortalidad infantil tiende a aumentar dramáticamente cuando las madres no reciben cuidados prenatales, o no los reciben de forma suficiente, y dan a luz en circunstancias difíciles. La mortalidad infantil indica la probabilidad, por cada 1.000 nacimientos vivos, de que un niño muera entre su nacimiento y su primer cumpleaños. Los datos provienen del año 2004.

http://www.unicef.org/sowc06/pdfs/sowc06_table1.pdf

La tasa de escolarización primaria bruta

La tasa de escolarización primaria bruta refleja el número total de niños inscritos en la escuela primaria, independientemente de su edad, expresado como porcentaje del total de niños en edad de enseñanza primaria. Los datos son de los años académicos 2002/2003.

Fuente: Instituto de Estadística de la UNESCO, 2004. Tasas brutas y netas de escolarización para el año académico 2002/2003. Disponible online en: http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/html/Exceltables/education/gerner_primary.xls

El porcentaje de población con acceso a agua segura

El agua segura es primordial para un buen estado de salud. Las familias necesitan un suministro adecuado de agua potable y de agua para cocinar y lavar. Ese indicador refleja el porcentaje de la población que tiene acceso a una cantidad adecuada de agua proveniente de una fuente acondicionada y dentro de unas distancias admisibles desde la vivienda del consumidor; de acuerdo con los estándares definidos a nivel nacional. Fuentes de agua "acondionadas" son conexiones en los hogares, tubos verticales públicos, perforaciones, pozos protegidos, manantiales protegidos y recolecciones de aguas de lluvia. Un "acceso razonable" implica, en general, al menos 20 litros (5,3 galones) por persona y día, proveniente de una fuente situada dentro de una circunferencia de un kilómetro (0,62 millas) del hogar del consumidor. Datos del año 2002.

Fuente: UNICEF 2005. Estado Mundial de la Infancia 2006 (Tabla 3). Disponible online en: http://www.unicef.org/sowc06/pdfs/sowc06_table3.pdf

El porcentaje de niños menores de 5 años que padecen desnutrición moderada o severa

La desnutrición afecta a los niños de múltiples maneras. Entre otras cosas, puede hacerles más susceptibles de padecer una serie de enfermedades y perjudicar su desarrollo cognitivo. La desnutrición moderada o severa

viene definida como más de dos desviaciones estándar por debajo del peso medio por altura en comparación con la población de referencia. Los datos fueron recogidos entre 1996 y 2004.

Fuente: UNICEF 2004. Estado Mundial de la Infancia 2006 (Tabla 2).
Disponible online en: http://www.unicef.org/sowc06/pdfs/sowc06_table2.pdf

3. Para cada uno de los indicadores se crearon puntuaciones estándar, o puntuaciones Z, aplicando la siguiente fórmula:

$$Z = \frac{X - \bar{X}}{S}$$

Z = El estándar, o puntuación Z

X = La puntuación a convertir

\bar{X} = El medio de la distribución

S = La desviación estándar de la distribución

4. A continuación, se multiplicaron las puntuaciones estándar de los indicadores para la mala salud por (-1), de forma que una puntuación más alta indicaba un incrementado bienestar en todos los indicadores.

Nota sobre algunos indicadores específicos

- Con el fin de evitar que se premien sistemas escolares en los que los alumnos no empiezan a tiempo o no pasan todo el sistema, las tasas brutas de escolarización de entre un 100 y un 105% han sido rebajadas al 100%. Las tasas brutas de escolarización superiores al 105% han sido rebajadas al 100% y cualquier cantidad por encima del 105% ha sido restada de 100 (por ejemplo, un país con una tasa bruta de escolarización del 107% sería rebajado a 100-(107-105), alcanzando un resultado de 98).

- A los países industrializados que carecen de datos relativos al porcentaje de mujeres embarazadas con anemia o al porcentaje de niños menores de 5 años con cuadros de desnutrición moderada o severa, se atribuyeron puntuaciones ficticias, basadas en el promedio alcanzado por los países industrializados, con el fin de no penalizar a países industrializados por la falta de datos frente a países en desarrollo bien clasificados.

5. Las puntuaciones Z fueron divididas por la gama de puntuaciones Z para cada variable, a fin de controlar las diferencias en la gama de posibles puntuaciones. De esos resultados porcentuales (es decir, la puntuación actual como

porcentaje de gamas de resultados) se calcula la media para poder crear las puntuaciones para el índice.

6. De los resultados porcentuales de los cuatro indicadores señalados, relativos a la salud de las mujeres, se estableció la media, con el fin de poder establecer un índice sobre el estado de salud de las mujeres. A través del mismo procedimiento se creó un índice para el bienestar de los niños. En esa fase se excluyeron del muestreo todos aquellos casos (países) que carecían de más de un indicador por cada subíndice. Aquellos casos para los que faltaba cualquier otro indicador (es decir, el estado de educación o el estatus político) fueron igualmente descartados.

7. El Índice sobre la situación de las Madres ha sido calculado como una media ponderada del estado de salud de las mujeres (un 30%), el estado de educación de las madres (un 30%), el bienestar de los niños (un 30%) y el estatus político de las mujeres (un 10%). Con las puntuaciones obtenidas en el Índice de las madres se estableció un ranking.

NOTA: Para muchos indicadores importantes no se dispone de datos relativos exclusivamente a las madres (por ejemplo, la tasa de alfabetización, los cargos en el Gobierno). En esos casos se utilizaron los datos relativos al estado de las mujeres para determinar aproximadamente el estado de las madres, ya que todas las madres son mujeres. En ámbitos como la salud, en los que existe una mayor cantidad de indicadores, el índice se centra en indicadores con relevancia exclusiva para las madres.

8. El análisis de los datos se realizó con la ayuda del software Microsoft Excel.



VIETNAM

Notas de pie

- ¹ Todos los 191 Estados miembros de Naciones Unidas se comprometieron con los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio para conseguir paz y seguridad, el respeto de los derechos humanos y un desarrollo sostenible. El objetivo número 4 se refiere a la reducción de la mortalidad infantil. En ese contexto, se pretende reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de 5 años.
- ² Lawn, Joy, Simon Cousens y Jelka Zupan. "4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?" *The Lancet*. Volumen 365, Edición 9462. (Lynhurst Press, Ltd.: Londres: 3 de marzo de 2005) pp.891-900
- ³ UNICEF. *Estado Mundial de la Infancia 2006*. (Nueva York: 2005) pp.98-101
- ⁴ Joy Lawn, et al. "4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?" *The Lancet*
- ⁵ Ídem.
- ⁶ Ídem.
- ⁷ Lawn, Joy, Katarzyna Wilczynska-Ketende y Simon Cousens. "Estimating the Causes of 4 Million Neonatal Deaths in the Year 2000," *International Journal of Epidemiology*. (Oxford University Press: 24 de marzo de 2005)
- ⁸ Knippenberg, Rudolf, Joy Lawn, Gary Darmstadt, Genevieve Begkoyian, Helga Fogstad, Netsanet Walelign y Vinod Paul. "Systematic Scaling Up of Neonatal Care in Countries," *The Lancet*. Volumen 365, número 9464. (Lynhurst Press, Ltd.: Londres: 19 de marzo de 2005) pp.1087-1098
- ⁹ UNFPA y University of Aberdeen. *Maternal Mortality Update 2004: Delivering into Good Hands*. (UNFPA: Nueva York: 2004) p.9
- ¹⁰ Joy Lawn, et al. "4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?" *The Lancet*
- ¹¹ Valor estimado, calculado en base a datos de 30 de los 39 países, relativos al número estimado de nacidos vivos, de la mortalidad de recién nacidos y a la tasa de fertilidad total; Datos procedentes de: Organización Mundial de la Salud, Estado Mundial de las Vacunas y la Inmunización (OMS: 2003 rev.), Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2005* y Fondo de Población de la Naciones Unidas, *Estado de la Población mundial 2005* (UNFPA: Nueva York: 2005)
- ¹² Joy Lawn, et al. "4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?" *The Lancet*
- ¹³ Ídem.
- ¹⁴ Lawn, Joy, 2004. Análisis sin publicar de datos de 50 países en desarrollo recogidos en el *Demographic and Health Survey de ORC Macro*. Años analizados: 1994-2002, datos de referencia del periodo de 10 años previo al estudio.
- ¹⁵ Ídem.
- ¹⁶ Ídem.
- ¹⁷ Comisión sobre Macroeconomía y Salud. *Macroeconomía y Salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico*. (Organización Mundial de la Salud: Ginebra: 2001) pp.33-35
- ¹⁸ Ídem.
- ¹⁹ Save the Children. *Estado Mundial de los recién nacidos*. (Washington: 2001) p.21
- ²⁰ Análisis elaborado para Save the Children por la Academy for Educational Development's Center for Health Policy and Capacity Development, con el apoyo de la oficina de USAID para África, a través del proyecto SARA (Support for Analysis and Research in Africa).
- ²¹ INB per capita 2004 (US\$) del Population Reference Bureau, *2005 World Population Data Sheet*.
- ²² Comisión sobre Macroeconomía y Salud. *Macroeconomía y Salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico*. (Organización Mundial de la Salud: Ginebra: 2001) pp. 35-38
- ²³ Yinger, Nancy V. y Elizabeth Ransom. *Why Invest in Newborn Health? (Save the Children y Population Reference Bureau: Washington: 2003) pp.2-3*
- ²⁴ Organización Mundial de la Salud, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia y Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Mortalidad materna en 2000: Datos estimados elaborados por OMS, UNICEF y UNFPA* (OMS: Ginebra: 2004)
- ²⁵ Valor estimado, calculado en base a datos de 41 de los 50 países, relativos al número estimado de nacidos vivos, de la mortalidad de recién nacidos y a la tasa de fertilidad total, Datos procedentes de: Organización Mundial de la Salud, Estado Mundial de las Vacunas y la Inmunización (OMS: 2003 rev.) OMS: Datos estimados de muertes neonatales y perinatales a enero de 2005 (datos sin publicar), datos adicionales de ORC/Macro DHS 2000-2005 y del Fondo de Población de la Naciones Unidas, Estado de la Población mundial 2005 (UNFPA: Nueva York: 2005)
- ²⁶ Valor estimado calculado en base a la media ponderada del número de muertes maternas y del riesgo de mortalidad materna, Datos procedentes de: Organización Mundial de la Salud, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia y Fondo de Población de la Naciones Unidas, *Mortalidad materna en 2000, Datos estimados elaborados por OMS, UNICEF y UNFPA* (OMS: Ginebra: 2004)
- Asia del Sur comprende: Afganistán, Bangladesh, Bhutan, India, Maldivas, Nepal, Pakistán y Sri Lanka.
- ²⁷ Valor estimado, calculado en base a datos de 9 de los 11 países, relativos al número estimado de nacidos vivos, de la mortalidad de recién nacidos y a la tasa de fertilidad total, Datos procedentes de: Organización Mundial de la Salud, Estado Mundial de las Vacunas y la Inmunización (OMS: 2003 rev.) OMS: Datos estimados de muertes neonatales y perinatales a enero de 2005 (datos sin publicar), datos adicionales de ORC/Macro DHS 2000-2005 y del Fondo de Población de la Naciones Unidas, Estado de la Población mundial 2005 (UNFPA: Nueva York: 2005)
- ²⁸ Stanton, Cynthia, Joy Lawn, Katarzyna Wilczynska-Ketende y Kenneth Hill. "Born Dead: Delivering Estimates for the Number of Stillbirths in 190 Countries," *The Lancet* 2006.
- ²⁹ Rutstein, Shea. "Effects of Birthspacing on Mortality and Health: Multivariate Cross-Country Analysis," presentación de MACRO International Inc. Ante la Agencia de EEUU para el Desarrollo Internacional, Julio de 2000; y Zhu, Bao-Ping, Robert T. Rolfs, Barry E. Nangle y John M. Horan. "Effect of the Interval between Pregnancies on Perinatal Outcomes," *The New England Journal of Medicine*. Volumen 340, número 8, 25 de febrero de 1999, pp.589-594
- ³⁰ Joy Lawn, et al. "4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?" *The Lancet*
- ³¹ Tinker, Anne y Elizabeth Ransom. *Healthy Mothers and Healthy Newborns: The Vital Link*. (Population Reference Bureau: Washington: Marzo de 2002) p.2
- ³² Shane, Barbara. *Family Planning Saves Lives*. Tercera Edición. (Population Reference Bureau: Washington: Enero de 1997) pp. 4,16
- ³³ Joy Lawn, et al. "Estimating the Causes of 4 Million Neonatal Deaths in the Year 2000," *International Journal of Epidemiology*
- ³⁴ Ídem.
- ³⁵ Piwoz, Ellen G, et al. *Early Breastfeeding as an Option for Reducing Postnatal Transmission of HIV in Africa: Issues, Risks and Challenges*. (Academy for Educational Development: Washington: agosto de 2001)
- ³⁶ Tinker, Anne y Elizabeth Ransom. *Healthy Mothers and Healthy Newborns: The Vital Link*. p.2
- ³⁷ Organización Mundial de la Salud. *Anitretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV Infection in Infants: Guidelines on Care, Treatment and Support for Women Living with HIV/AIDS and their Children in Resource-Constrained Settings*. (Organización Mundial de la Salud: 2004) pp.4-5
- ³⁸ Tinker, Anne y Elizabeth Ransom. *Healthy Mothers and Healthy Newborns: The Vital Link*. p.3
- ³⁹ Rush, David. "Nutrition and Maternal Mortality in the Developing World," *American Journal of Clinical Nutrition* 72 (Supplement, 2000) pp.S 212-240
- ⁴⁰ Preble, Elizabeth A. y Ellen G. Piwoz. "Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV in Africa: Practical Guidance for Programs." (Academy for Educational Development: Washington: junio de 2001)
- ⁴¹ Darmstadt, Gary, Zulfiqar Bhutta, Simon Cousens, Tanghreed Adam, Neff Walker y Luc de Bernis. "Evidence-Based, Cost- Effective Interventions: How Many Newborn Babies Can We Save?" *The Lancet*. Volumen 365, edición 9463. (Lynhurst Press, Ltd.: Londres: 12 de marzo de 2005) pp.977-988
- ⁴² Joy Lawn, et al. "Estimating the Causes of 4 Million Neonatal Deaths in the Year 2000," *International Journal of Epidemiology*

- 43 Joy Lawn, et al. "4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?" *The Lancet*
- 44 Allen, Lindsay H. "Anemia and Iron Deficiency: Effects on Pregnancy Outcomes," *American Journal of Clinical Nutrition* 71 (Supplement, 2000) pp. S1280-1284
- 45 Tinker, Anne y Elizabeth Ransom. *Healthy Mothers and Healthy Newborns: The Vital Link*. p.3
- 46 Save the Children, *Estado mundial de la Madres: Niñas que tienen niños*. (Westport, Connecticut: 2004) pp. 13-14
- 47 El-Zanaty, Fatma y Ann Way. *Egypt Demographic and Health Survey 2000*. (Calverton, Maryland: Ministerio de Salud y Población [Egipto], National Population Council y ORC Macro: 2001)
- 48 National Population Commission [Nigeria]. 2000. *Nigeria Demographic and Health Survey 1999*. (Calverton, Maryland: National Population Commission y ORC/Macro)
- 49 Coalición de Educación Básica. *Teach a Child, Transform a Nation*. (Washington: 2004)
- 50 UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2006*, p. 127 y Organización Mundial de la salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2005*. (OMS: Ginebra)
- 51 Organización Mundial de la Salud. *Country Cooperation Strategy: Indonesia*. 20 de septiembre de 2000. http://www.who.int/countries/en/cooperation_strategy_idn_en.pdf
- 52 Ídem.
- 53 Salvar la vida de los recién nacidos, *Save the Children. Informe Anual para la Fundación Bill & Melinda Gates*, junio de 2005, p.15
- 54 UNICEF, *Estado mundial de la Infancia 2006*, p. 129 y Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2005*.
- 55 Organización Mundial de la Salud. *Health Actino in Crises: Eritrea*. Abril de 2005. Para 2004, la tasa de mortalidad materna fue estimada en un 53 por cien entre la población menos favorecida. A nivel mundial, esa cifra es estimada en 630 por 100.000 nacidos vivos. http://www.who.int/hac/crises/eri/background/Eritrea_Apr05.pdf
- 56 UNICEF. *Estado mundial de la Infancia 2006*, p. 126
- 57 ORC Macro. *Malawi Demographic and Health Survey 2004: Preliminary Report*. (National Statistical Office, Zomba, Malawi: 2004) p.24. Cabe señalar que se trata de datos preliminares que reflejan un importante descenso de la mortalidad de recién nacidos. Ese cambio puede ser debido, en parte, a aspectos relacionados con la medición y al desafío de un seguimiento exacto de las muertes de recién nacidos en un país en desarrollo, como Malawi.
- No obstante, es probable que una parte de ese importante descenso sea debido a la mejora de la situación de las madres y de los recién nacidos.
- 58 OMS. Datos estimados de muertes neonatales y perinatales a enero de 2005 (datos sin publicar) y ORC Macro. *Malawi Demographic and Health Survey 2004: Preliminary Report*. (National Statistical Office, Zomba, Malawi: 2004). p.24
- 59 *Informe sobre Desarrollo Humano 2005: La cooperación internacional ante una encrucijada*. http://hdr.undp.org/reports/global/2005/pdf/HDR05_complete.pdf
- 60 UNICEF, *Estado mundial de la Infancia 2006*, pp. 127-129
- 61 República de Filipinas, Ministerio de Salud. *Health Information*. <http://www.doh.gov.ph/ra9288.htm>
- 62 República de Filipinas, Ministerio de Salud. *Safe Motherhood*. http://www.doh.gov.ph/safemotherhood/safe_motherhood_alpha_smwh.htm
- 63 Organización Mundial de la Salud. *Health Actino in Crises: Angola*. December 2005. http://www.who.int/hac/crises/ago/background/Angola_Dec05.pdf
- 64 Iley, Karen. "Angola: The Dangerous Profession of Motherhood," *Inter. Press Service*, 28 de febrero de 2006. <http://www.ipsnews.net/news.asp?idnews=32323>
- 65 Organización Mundial de la Salud. *Health Actino in Crises: Côte d'Ivoire*. Diciembre de 2005. <http://www.who.int/hac/crises/civ/en/>
- 66 Save the Children. *Child Survival 20 – Mali: Partnership to Maximize Access and Quality of Family Planning Services in Ségou, Mali*. Primer Informe anual (Octubre de 2005) p.5
- 67 USAID. *Mali: Economic Performance Assessment*. (USAID: Agosto de 2005.) pp.7-8
- 68 Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Estado de la Población Mundial 2005*. (UNFPA: Nueva York: 2005) pp. 111-114
- 69 Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Estado de la Población Mundial 2005*. (UNFPA: Nueva York: 2005) pp. 111-114
- 70 Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2005*. Datos de 2003.
- 71 Martínez, Jose, Vinod Paul, Zulfiqar Bhutta, Marjorie Koblinsky, Agnes Soucat, Neff Walker, Rajiv Bahl, Helga Fogstad y Anthony Costello. "Neonatal Survival: A Call for Action," *The Lancet*. Volumen 365, edición 9465. (Lynhurst Press, Ltd.: London: 26 de marzo de 2005) pp. 1189-1197 y Rudolf Knippenberg, et al. "Systematic Scaling Up of Neonatal Care in Countries," *The Lancet*
- 72 Save the Children. *Estado Mundial de las Madres 2005: El poder y la promesa de la educación de las niñas* (Westport, Connecticut: 2005) pp. 11-13
- 73 UNESCO. EPT – *El imperativo de la calidad, Informe de Seguimiento de la EPT en el mundo 2005*. (Paris: 2004)
- 74 Naciones Unidas, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. *Plataforma de Acción: Las niñas*. <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/girl.htm>
- 75 Darnton-Hill, I y Coyne E.T. "Feast and Famine: Socioeconomic Disparities in Global Nutrition and Health," *Public Health Nutrition*. Volumen 1, Número 1, marzo de 1998. pp. 23-31
- 76 Ross y Winfrey (2002) citado en Ashford, Lori. "Unmet Need for Family Planning Recent Trends and Their Implications for Programs," *Measure Policy Brief*, febrero de 2003. <http://www.prb.org/Template.cfm?Section=PRB&template=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm&ContentID=8212>
- 77 Gary Darmstadt, et al. "Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How Many Newborn Babies Can We Save?" *The Lancet*
- 78 UNICEF/MOS/UNFPA. *Maternal and Neonatal Tetanus Elimination by 2005: Strategies for Achieving and Maintaining Elimination* (noviembre de 2000) pp. 4-5
- 79 Gary Darmstadt, et al. "Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How Many Newborn Babies Can We Save?" *The Lancet*
- 80 Li, X.F., et al. "The Postpartum Period: The Key to Maternal Mortality," *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 54 (1996) pp. 1-10
- 81 Asamblea Mundial de la Salud. *Resolución sobre la Nutrición del lactante y del niño pequeño*. (OMS: Ginebra: mayo de 2001)
- 82 USAID y Academy for Educational Development, proyecto LINKAGES, como descrito en OMS, *Community-based Strategies for Breastfeeding Promotion and Support in Developing Countries* (Ginebra: 2003) pp. 14-16 y Save the Children, *Estado Mundial de los Recién Nacidos*. (Washington: 2001) p.33
- 83 Worky, Bogale y Assaye Kassie, "Kangaroo Mother Care: A Randomized Controlled Trial on Effectiveness of Early Kangaroo Mother Care for the Low Birthweight Infants in Addis Ababa, Ethiopia," *Journal of Tropical Pediatrics* (2005) p.93
- 84 Jose Martínez, et al. "Neonatal Survival: A Call for Action," *The Lancet*
- 85 Gary Darmstadt, Simon Cousens, Neff Walker, Joy Lawn y Rachel Haws, utilizando la metodología de "Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How Many Newborn Babies Can We Save?" *The Lancet*
- 86 Ídem.
- 87 Save the Children, *El Estado mundial de los Recién Nacidos: Vietnam*. (Hanoi: 2004) p.iii

- ⁸⁸ Ídem., pp.42-43
- ⁸⁹ Pathfinder International. http://www.pathfind.org/site/PageServer?pagename=Field_Office_Asia_Viet_Nam
- ⁹⁰ Ídem.
- ⁹¹ UNICEF. *Estado Mundial de la Infancia 2006* y ORC/Macro. *Colombia Demographic and Health Survey* (Profamilia: 2005) p.199
- ⁹² UNICEF. *Estado Mundial de la Infancia 2006*.
- ⁹³ UNFPA. *Actualización de datos sobre la población mundial*, 3ª edición 3, 9 de mayo de 2003.
- <http://www.unfpa.org/parliamentarians/news/newsletters/issue3.htm>
- ⁹⁴ Ruiz-Peláez, Juan Gabriel, Natalie Charpak y Luis Gabriel Cuervo. "Kangaroo Mother Care: An Example to Follow from Developing Countries," *BMJ*, Volumen 329, 13 de noviembre de 2004, pp. 1179-1181
- ⁹⁵ JHPIEGO/Maternal y Neonatal Health Program, Save the Children/Saving Newborn Lives y Family Care International. *Shaping Policy for Maternal and Newborn Health: A Compendium of Case Studies*. (JHPIEGO: Baltimore: 2003) pp.93-99
- ⁹⁶ German Agro Action. "War Crimes Against Women," 6 de marzo de 2006.
- <http://www.alertnet.org/thenews/fromthefield/dwhhde/114241099133.htm>; y International Rescue Committee. "Liberia: When Sexual Violence is a 'Normal' Way of Life – Helping Victims, Educating Communities," 8 de marzo de 2006.
- <http://www.reliefweb.int/rw/RWB.NSF/db900SID/EK0I-6MQ3BH?OpenDocument>
- ⁹⁷ Management Sciences for Health. *First Class of Afghan Midwives Graduates*, 13 de abril de 2005.
- http://www.msh.org/afghanistan/news_room/press_releases/apr13_2005_midwives_graduate.html
- ⁹⁸ Iley, Karen. "Angola: The Dangerous Profession of Motherhood," Inter Press Service. <http://allafrica.com/stories/200602280669.html>.
- ⁹⁹ *El ranking sobre la situación de los recién nacidos* junta indicadores cuantitativos con valoraciones cualitativas.
- Entre las principales fuentes de datos figuran:
- 1) UNICEF, *Estado mundial de la Infancia 2006* (en lo relativo a cuidados prenatales, lactancia exclusiva (menos de seis meses), partos asistidos por personal cualificado, tasa de mortalidad materna (ajustada), escolarización primaria neta (porcentaje de niñas en comparación con niños), porcentaje de nacidos vivos registrados y porcentaje de gastos del gobierno central destinados a la salud); 2) OMS, *Informe sobre la salud en el mundo 2005* (en lo relativo a mujeres inmunizadas con dos o más dosis de vacuna antitetánica y gastos del gobierno general en salud como porcentaje del total de gastos entre 2000-2002); 3) Mapa mural del The Manoff Group y de la Micronutrient Initiative "Iron Improves Life" (en lo relativo a la prevalencia de anemia entre mujeres embarazadas); 4) UNFPA, *Estado de la población mundial 2005* (en lo relativo a nacimientos por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 19 años); 5) Valoración de fuentes de datos cualitativos (en lo relativo a la mitigación de prácticas culturales perjudiciales) 6) Valoración de fuentes de UNICEF y OMS (en lo relativo a la recopilación de datos sobre los principales aspectos neonatales); 7) Evaluación cualitativa basada en el sistema GAVI de revisión de datos cualitativos (en lo relativo a la utilización de sistemas de información para la planificación de estrategias, programas e intervenciones); y, 8) Evaluación de fuentes de datos cualitativos (en lo relativo a cambios de comportamiento, comunicación y marketing social).
- ¹⁰⁰ Joy Lawn, et al. "4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?" *The Lancet*
- ¹⁰¹ Ídem.
- ¹⁰² Ídem.
- ¹⁰³ Ídem.
- ¹⁰⁴ Zupan, Jelka y E.Aahman. *Perinatal Mortality for the Year 2000: Estimates Developed by WHO*. (Organización Mundial de la Salud: Ginebra: 2005)
- ¹⁰⁵ Joy Lawn, et al. "4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?" *The Lancet*
- ¹⁰⁶ Ídem.
- ¹⁰⁷ Ministerio de Sanidad y Consumo, http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inf/Recopilaciones/tabla/TABLA_5_1_1.xls
- http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inf/Recopilaciones/tabla/TABLA_5_1_2.xls
- http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inf/Recopilaciones/tabla/TABLA_5_1_2.xls
- http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inf/Recopilaciones/tabla/TABLA_5_2_1.xls
- ¹⁰⁸ Berkowitz, G.S. "An Epidemiological Study of Preterm Delivery," *American Journal of Epidemiology* (1981) 113:81-92, citado en *The Role of Social Change in Preventing Low Birth Weight*, por Dana Hughes y Lisa Simpson. http://www.futureofchildren.org/information2826/information_show.htm?doc_id=79885
- ¹⁰⁹ Joy Lawn, et al. "4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?" *The Lancet*
- ¹¹⁰ Thompson, Lindsay, et al. "Is More Neonatal Intensive Care Always Better? Insights From a Cross-National Comparison of Reproductive Care," *Pediatrics*, Volumen 109, Número 6, junio de 2002. pp.1036-1043. <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/109/6/1036>
- ¹¹¹ U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Maternal and Child Health Bureau. *Child Health USA 2004*. (Rockville, Maryland: 2004)
- ¹¹² Devlieger, Hugo, et al. "Social Inequalities in Perinatal and Infant Mortality in the Northern Region of Belgium (the Flanders)," *European Journal of Public Health*, Volumen 15, Número 1 (Asociación Europea de Salud Pública, 2005). <http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/15/1/15>
- ¹¹³ *Child Poverty Levels High: Report*. <http://news.ninemsn.com.au/article.aspx?id=75898>
- ¹¹⁴ *Evidence-based Health Promotion for Children and Adolescents in Stockholm County*. <http://www.cbu.dataphone.se/EngBarnrapp/monata.html>
- ¹¹⁵ Ayuntamiento de Madrid. Estudio de Salud de la Población 2005. Análisis de los resultados relativos a la población inmigrante.
- ¹¹⁶ *Salud reproductiva e inmigración*, Agencia de Salud Pública de Barcelona, 2006.
- ¹¹⁷ *La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes*. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006. <http://www.msc.es/novedades/docs/interrupcion2006.pdf>
- ¹¹⁸ De la Torre J, Coll C., Coloma M., Martín J.L., Padron E., González González N.L., *Control de gestación de inmigrantes*, Vol. 29, Suplemento 1, 2006: 1, Navarra.
- ¹¹⁹ Hernández Merino, Ángel, *Niños de familias inmigrantes y procedentes de adopción internacional (con especial referencia a la zona metropolitana suroeste de Madrid)*. Instituto Madrileño de Salud.
- ¹²⁰ *El 60 por ciento de la meningitis en la Comunidad de Madrid se da en niños inmigrantes no vacunados*, ya.com, 30-06-2002.
- ¹²¹ http://www.madridpress.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=16028#search=%22vih%20ni%C3%B1os%20inmigrantes%22
- ¹²² Ayuntamiento de Madrid. Estudio de Salud de la Población 2005. Análisis de los resultados relativos a la población inmigrante. <http://www.munimadrid.es/Principal/ayuntamto/ServMuni/salud/Inmigrantes%20y%20salud.pdf#search=%22salud%20ni%C3%B1os%20inmigrantes%22>

Créditos

Redactora jefe/autora

Tracy Geoghegan

Director de investigación

Beryl Levinger, Jean McLeod Mulroy

Asesores jefe

Joy Lawn, Mary Beth Powers, Anne Tinker

Investigadores

Renee Mungas, Raul Martinez, Andrew Schaefer

Colaboradores

Stella Abwao, Julio Alonso, Robin Bell, Zulfiqar Bhutta, Kathryn Bolles, Eileen Burke, Wendy Christian, Gassim Cisse, Kate Conrad, Simon Cousens, Gary Darmstadt, Joy Del Rosso, Houleymatta Diarra, James Ellis, John Fawcett, Gabrielle Fitzgerald, Jennifer Froistad, Dunni Goodman, Casey Harry, Rachel Haws, Lois Jensen, Kate Kerber, Mike Kiernan, Karen Kirchgasser, Camara Mamadon, Caroline Massad, Alyson McColl, Carolyn Miles, Carol Miller, Clark Moore, Stewart Mwalabu, David Oot, Veronica Pollard, Stacy Rhodes, Julia Ruben, Ina Schonberg, La Rue Seims, Andrew Shih, Jenny Sorenson, Eric Starbuck, Tobias Stillman, Uzma Syed, Neff Walker, Steve Wall, Karen Waltenberger, Evelyn Zimba

Coordinadora administrativa

Diane Brackett

Diseño

Spirals, Inc.

Redactora de fotos

Susan Warner

Créditos de fotos

Portada – Mark Amann

Malawi. Grace con su hijo Tumtumfwe, nacido de forma prematura con un peso de tan sólo 1,1 kilos. Gracias al método de cuidado canguro va mejorando cada día.

Página 1 – Robert Maass

Indonesia. Una comadrona visita a Marlini y a su bebé Siti Sarah de 6 días en su casa.

Página 2 – Bill & Melinda Gates Foundation

Mozambique. Melinda Gates con un bebé sano en brazos en una clínica de malaria. La malaria está relacionada con el bajo peso al nacer, lo que, a su vez, es el causante del 60 al 80 por ciento de las muertes de recién nacidos.

Página 5 – Michael Bisceglie

Vietnam. Una asistente médica formada por Save the Children con un bebé de un mes en una reunión comunitaria sobre alimentación.

Página 6 – Equipo de Save the Children de Somalia

Una madre con su bebé en Somalia, donde los niños han de afrontar los mayores riesgos del mundo para su supervivencia.

Página 7 – Michael Bisceglie

Vietnam. Una comadrona lava a un recién nacido en un hospital construido con la ayuda financiera de Save the Children.

Página 8 – Equipo de Save the Children de Bangladesh.

Una tienda típica construida para partos, donde las madres y el bebé permanecen durante los 21 primeros días.

Página 9 – Michael Bisceglie

Etiopía. La madre Elfe con su bebé Mangistu en un centro de alimentación terapéutica en Yingalem.

Página 10 – Michael Bisceglie

Bolivia. Maxima, una madre de 17 años, con su bebé de pocos días.

Página 12 – Michael Bisceglie

Malawi. Patuma con su bebé prematuro atado a su cuerpo, utilizando el método de madre canguro, promocionado por Save the Children.

Página 13 – Tom Haskell

Angola. Una madre prepara la comida en un campo de desplazados.

Página 16 – Robert Maass

Indonesia. Una comadrona formada por Save the Children examina a una mujer embarazada.

Página 17 – Carolyn Watson

Nepal. Madres alimentando a niños desnutridos, utilizando los conocimientos adquiridos en las clases sobre alimentación, impartidas por Save the Children.

Página 18 – Michael Bisceglie

Vietnam. Una trabajadora sanitaria del pueblo aconseja a una mujer embarazada de 16 años, entregándole un kit de alumbramiento que deberá utilizar cuando dé a luz en casa.

Página 19 – Michael Bisceglie

Indonesia. Abrar, un niño de 4 meses, durmiendo en un cobijo temporal para familias desplazadas tras el tsunami de 2005.

Página 21 – Michael Bisceglie

Mali. La madre Samake y su bebé nacido hace 8 horas con asistencia de una enfermera formada por Save the Children.

Página 22 – Michael Bisceglie

Vietnam. Gemelos recién nacidos mantenidos con calor con gorros facilitados por Save the Children.

Página 23 (arriba) – Linda Cullen

Afganistán. Una estudiante comadrona auscultando los latidos de corazón de un feto.

Página 23 (abajo) – Mark Amann

Mali. Un trabajador sanitario de la comunidad, formado por Save the Children, explica a una madre la utilización de la terapia de zinc y de rehidratación oral para tratar la diarrea de su bebé.

Página 24 – Michael Bisceglie

El Salvador. La madre Elidora, con su hija Maritza de 4 años y su bebé Elvis de 2 meses, visitando un centro de desarrollo para la temprana infancia, financiado por Save the Children.

Página 25 – Linda Cullen

Afganistán. Una mujer recibe una vacuna antitetánica.

Página 26 – Michael Bisceglie

Etiopía. El padre Boru mira cómo su mujer Sakke está dando el pecho a su recién nacido de 9 días.

Página 27 – Eileen Burke

Mali. La abuela Sanata con su nieta Fanta. Cuando nació Fanta, Sanata instruyó a su nuera Awa (sentada a su izquierda) sobre prácticas saludables para el cuidado de recién nacidos, que ella aprendió en el programa de formación para abuelas, organizado por Save the Children.

Página 28 – Rick D'Elia

Armenia. Nurse Sona examina a Armine, una mujer embarazada, en el centro de salud financiado por Save the Children.

Página 29 – Ayesha Vellani

Pakistán. Una madre con su hijo recién nacido.

Página 30 – Michael Bisceglie

Malawi. Luci, la enfermera del programa de cuidado canguro, ayuda a la madre Patuma a atar a su bebé prematuro a su cuerpo para proporcionarle calor.

Página 32 – Robert Maass

Indonesia. Mutua, una comadrona entrenada por Save the Children, en su camino a visitar pacientes en sus casas.

Página 33 – Tim Hetherington

Liberia. Mujeres casadas con soldados del grupo insurgente llevando misiles y munición al puesto de desarme de Naciones Unidas.

Página 34 – Michael Bisceglie

Vietnam. Un bebé de 2 meses y su madre en una reunión comunitaria sobre salud de recién nacidos, patrocinada por Save the Children.

Página 36 – Michael Bisceglie

Mozambique. Una enfermera realiza un test de VIH a una mujer embarazada en un programa financiado por Save the Children.

Página 38 – Haraz Ghanbari/AP

Louisiana, Estados Unidos. Angela con Taji, su hijo recién nacido.

Página 39 – Mark Amann

Malawi. Dos madres en el centro de cuidados canguro, financiado por Save the Children, en el Bottom Hospital de Lilongwe.

Página 40 – Michael Bisceglie

Honduras. La madre Silvia con su hija Dunia de 5 años y su hijo Maynor de 6 meses.

Página 41 – Linda Cullen

Afganistán. Una médica y estudiantes de comadrona examinan a una madre y a su hijo recién nacido en el Agcha District Hospital. Save the Children ayuda en la realización del programa de formación de comadronas.

Página 42 – Michael Bisceglie

Etiopía. Una niña y su madre esperan la entrega de agua limpia.

Página 45 – Michael Bisceglie

Filipinas. Mujeres y niños en una clase para mujeres embarazadas, patrocinada por Save the Children.

Página 46 – Eileen Burke

Mali. Aissata, de 22 años, recibió una buena formación en la escuela de Save the Children en la aldea de Doubasso. Se convirtió en profesora y retrasó su matrimonio y el nacimiento de su primer hijo hasta que tuviera la madurez suficiente. Ahora, su primer hijo tiene 2 meses.

Página 47 – Michael Bisceglie

Vietnam. Una comadrona formada por Save the Children visita a una madre y a su recién nacido.

Contraportada – Equipo de Save the Children de Bangladesh. Una madre de 15 años con su hija Sharna de 9 días.

Save the Children

Plaza Puerto Rubio 28
28053 Madrid

Para saber más sobre nuestros programas de ayuda a niños necesitados en todo el mundo, visite la página web:

www.savethechildren.es



BANGLADESH

Cada año, unos 4 millones de bebés mueren durante su primer mes de vida. Esa cifra equivale al número de niños que nacen en Estado Unidos en un año. La mayoría de las muertes de recién nacidos (un 99 por cien) se produce en países en desarrollo, donde las madres carecen de acceso a los servicios sanitarios básicos y afrontan grandes riesgos de muerte durante el embarazo y el parto.

El Estado Mundial de las Madres 2006 nos indica qué países están haciendo los mayores progresos en la lucha por salvar la vida de los recién nacido y cuáles son los países que aún están muy lejos de conseguirlo. Se identifica a 78 países en los que las vidas de los recién nacidos están especialmente en peligro, demostrándose, a la vez, cómo la mayoría de esas muertes pueden ser prevenidas a través de la aplicación de unos instrumentos y servicios, simples y de bajo coste, para madres e hijos.

El Estado Mundial de las Madres 2006 llega a la conclusión de que, independientemente de las circunstancias económicas o culturales, es posible salvar la vida de los recién nacidos. Asegurando que las madres y los bebés en cualquier parte del mundo tengan acceso a unos cuidados de calidad, la comunidad internacional puede proporcionar un futuro más prometedor a las familias, a las comunidades y a la sociedad en su conjunto.

Al igual que en años anteriores, *el Estado Mundial de las Madres 2006* presenta el Índice de la situación de las madres. Utilizando los datos más recientes sobre alimentación, educación y participación política, el Índice establece un ranking de 125 países, tanto países industrializados como países en desarrollo, demostrando en qué lugares las madres y los niños gozan de las mejores condiciones y dónde han de afrontar las peores condiciones.



Save the Children®