

INFORME SOBRE EL ESTADO MUNDIAL DE LAS MADRES

2011



Save the Children

INFORME

SOBRE EL ESTADO MUNDIAL DE LAS MADRES 2011



Save the Children

Plaza Puerto Rubio, 28
28053 Madrid

T. 91 513 05 00
F. 91 552 32 72

www.savethechildren.es

CONTENIDOS

- 5 ¿POR QUÉ INVERTIR EN SALUD MATERNO-INFANTIL EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO?
- 6 EL ÍNDICE MUNDIAL DE LAS MADRES 2011
- 8 BINGU WA MUTHARIKA: LOS LOGROS DE MALAWI EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL
- 12 CARLOS GONZÁLEZ: LA LACTANCIA MATERNA
- 14 ROBERT BLACK & HENRY PERRY :TRABAJADORES SANITARIOS LOCALES. AGENTES CLAVE PARA SALVAR LAS VIDAS DE NIÑOS Y NIÑAS
- 18 CLARA MENÉNDEZ: LAS INFECCIONES POR MALARIA CONTINÚAN SIENDO CAUSA DE UNA POBRE SALUD MATERNO-INFANTIL
- 22 JENNIFER GARNER: LOS PRIMEROS AÑOS DURAN TODA LA VIDA
- 24 SOLEDAD PUÉRTOLAS: EL RELATO DE AISHA
- 28 ACTÚA PARA SALVAR LA VIDA DE LAS MADRES Y SUS HIJOS E HIJAS
- 30 APÉNDICE: ÍNDICE DE MADRES Y RANKING DE PAÍSES
- 38 METODOLOGÍA Y PROCESOS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADOS EN LA ELABORACIÓN DEL ÍNDICE DE MADRES



¿POR QUÉ

INVERTIR EN SALUD MATERNO-INFANTIL EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO?

En este duodécimo informe sobre el Estado Mundial de las Madres hemos reunido a algunas de las principales voces académicas, políticas, del ámbito sanitario y de investigación así como del mundo de la literatura y las artes para llamar la atención sobre la necesidad de que los gobiernos continúen invirtiendo en programas de salud materno-infantil, fundamentales para salvar vidas.

Millones de niños y niñas están vivos gracias a las inversiones en programas de salud. Pero nuestro trabajo no ha terminado. Cada día, 22.000 niños y niñas pierden la vida en el mundo, la mayor parte por causas tratables o prevenibles. Mientras que muchos países están progresando en este aspecto, muchos otros todavía necesitan nuestra ayuda.

Este informe identifica los países que se han quedado atrás en la carrera por salvar las vidas de las madres y sus hijos. Además muestra que existen soluciones efectivas y de bajo coste que se pueden afrontar económicamente incluso en los países más pobres del mundo.



EL ÍNDICE

MUNDIAL DE MADRES 2011

El Índice Mundial de Madres analiza los mejores y los peores lugares para ser madre en el mundo en función de factores relacionados con el estatus educativo, de salud, económico y político de las madres así como con el bienestar básico de sus hijos e hijas. Este año se analizan 164 países, más que ningún año anterior.

Noruega, Australia e Islandia encabezan el ranking de este año como los mejores países para ser madre. Los diez primeros países, en general, obtienen puntuaciones elevadas en cuanto a la salud, educación y economía de madres e hijos.

Afganistán ocupa el último puesto entre los 164 países analizados. Los diez últimos países, ocho de los cuales pertenecen al África Subsahariana, son el reverso de la moneda, con puntuaciones muy bajas en todos los indicadores. España se sitúa en el puesto número doce.

Las condiciones que soportan las madres y de sus hijos de estos países son muy difíciles. De media, una de cada 30 mujeres pierde la vida por causas relacionadas con el embarazo, uno de

cada seis niños muere antes de cumplir su quinto año y uno de cada tres niños sufre desnutrición. Cerca de la mitad de la población no tiene acceso a agua potable y solo cuatro niñas por cada cinco niños acuden a la escuela primaria.

La diferencia en el acceso a los servicios de salud materno-infantil es especialmente dramática al comparar Noruega y Afganistán. Hay personal sanitario cualificado presente en prácticamente todos los partos del país escandinavo frente al 14% de los nacimientos en Afganistán. Una mujer noruega recibe de media 18 años de educación formal y vivirá aproximadamente hasta los 83 años, el 82% utiliza métodos anticonceptivos modernos y sólo 1 de cada 175 perderá a un hijo o hija antes de los cinco años. En contraposición, una mujer afgana recibe menos de cinco años de educación formal, y no vivirá más de 45 años. Menos del 16 % usan anticonceptivos y uno de cada cinco niños pierde la vida antes de cumplir cinco años. Con esta cifra, todas las madres de Afganistán tienen una elevada probabilidad de sufrir la pérdida de al menos uno de sus hijos a lo largo de su vida.

*Noruega en primer lugar, Afganistán en el último.
España en el duodécimo lugar.*

ÍNDICE MUNDIAL DE MADRES 2011			
LOS 10 MEJORES PAÍSES PARA SER MADRE		LOS 10 PEORES PAÍSES PARA SER MADRE	
1	Noruega	155	Rep. Centroafricana
2	Australia	156	Sudán
3	Islandia	157	Mali
4	Suecia	158	Eritrea
5	Dinamarca	159	R. D. del Congo
6	Nueva Zelanda	160	Chad
7	Finlandia	161	Yemen
8	Bélgica	162	Guinea-Bissau
9	Países Bajos	163	Níger
10	Francia	164	Afganistán

Si nos centramos en el bienestar de los niños y niñas, Suecia se coloca en primer lugar y Somalia en último de una lista de 168 países. Mientras que prácticamente todos los niños y niñas suecos disfrutan de una buena salud y educación, en Somalia uno de cada seis muere antes de llegar a los cinco años. El 36% sufre desnutrición y el 70% no tiene acceso a agua potable. Sólo uno de cada tres niños y niñas en edad escolar asisten a clases y, de esta cifra, por cada dos niños que asiste a la escuela tan solo una niña lo hace.

Estas estadísticas van más allá de meras cifras. La desesperación humana y la pérdida de oportunidades que representan estos números exige de una actuación rápida para proporcionar a las madres las herramientas básicas que necesitan para romper el círculo de la pobreza y mejorar su calidad de vida, la de sus hijos e hijas, así como la de las generaciones venideras.

BINGU WA MUTHARIKA

PRESIDENTE DE MALAWI

LOS LOGROS DE MALAWI EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL

La de Malawi es una historia exitosa sobre cómo salvar las vidas de los niños y niñas menores de cinco años. La de muchos otros países del África Subsahariana no lo es: según Naciones Unidas, la mayor parte de los países africanos no cumplirán los Objetivos de Desarrollo del Milenio de reducir en dos tercios la mortalidad infantil para 2015. Malawi necesitará más ayuda para conseguirlo pero estamos en camino.

¿Qué nos hace diferentes? El dinero no. Malawi es un país de rentas bajas donde los niveles de pobreza han descendido pero siguen siendo inaceptablemente elevados entre el 40% de la población. En Malawi hemos aprendido a sacar el máximo partido a lo que tenemos centrándonos en intervenciones en consigan el mayor impacto abordando factores subyacentes como la desnutrición que continúan impidiendo un desarrollo saludable de los niños y niñas. Más importante aún es que los líderes políticos de Malawi se han comprometido con el objetivo de salvar las vidas de madres e hijos, lo cual es crítico.

El primer cambio fundamental fue el desarrollo de una política involucrando

directamente a la población en los programas sanitarios de sus comunidades. Con la ayuda de numerosas organizaciones internacionales, creamos una estrategia transversal en las tradicionales divisiones burocráticas y regionales fomentando así la participación de todos los niveles de gobierno y llegando a cada hogar.

El segundo gran programa consistió en el incremento de la inversión en sanidad primaria y en educación sobre su utilización. El 15% del presupuesto del Ministerio de Sanidad está destinado ahora a los niños y niñas menores de cinco años. Hemos formado a técnicos sanitarios como paramédicos para llegar a las comunidades rurales y a aquellos lugares donde no hay personal sanitario. A través de una planificación cuidadosa, nos aseguramos de una adquisición y utilización adecuada de los equipamientos esenciales, medicamentos y suministros médicos.

A través de “Días de Salud Infantil” educamos a la población sobre los riesgos a los que se enfrenta la infancia, especialmente en las áreas rurales, y ofrecemos desparasitación, vacunas, mosquiteras tratadas con insecticida e



Prof. Bingu Wa Mutharika
Presidente de Malawi

“Nuestros resultados hablan por sí mismos: la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo ha contribuido a reducir a más de la mitad el índice de mortalidad de los niños y niñas menores de cinco años de 234 por mil en 1990 a 112 en 2010. Los índices de mortalidad de los bebés muestran el mismo descenso.”

información para mejorar los hábitos sanitarios.

Nuestros técnicos sanitarios están preparados para tratar las mayores amenazas para la salud los niños y niñas (diarrea, neumonía y malaria) y los padres y madres saben dónde acudir cuando se manifiestan los síntomas de estas enfermedades.

Estamos centrados en conseguir logros sencillos para reducir muertes evitables como vacunar a los niños y niñas contra el sarampión (el 81% de los niños de menos de un año fueron vacunados en 2010). También hemos reforzado la integración de la prevención y tratamiento del SIDA en los servicios de salud para que sea más accesible.

Abordando las prioridades del sistema sanitario, trabajamos a través de los distintos sectores para producir más comida que la población pueda permitirse comprar, especialmente en las áreas rurales. Tenemos que reconocer que la desnutrición

contribuye significativamente a elevar los índices de mortalidad infantil. Esto se debe en parte a las constantes sequías que sufre el país y que devastan las cosechas. Por ello, estamos trabajando a largo plazo en un sistema de riego para incrementar la seguridad alimentaria a nivel nacional. Mientras tanto, estamos proporcionando suplementos alimenticios a los niños y niñas así como a las mujeres embarazadas. De esta forma hemos conseguido reducir los casos de bebés que nacen con bajo peso del un 22% en 2004 a un 13% en 2010.

Nuestros resultados hablan por sí mismos: la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo ha contribuido a reducir a más de la mitad el índice de mortalidad de los niños y niñas menores de cinco años de 234 por mil en 1990 a 112 en 2010. Los índices de mortalidad de los bebés muestran el mismo descenso: de 134 por mil en 1992 a 66 por mil en 2010. Estamos trabajando para conseguir reducirlos de nuevo a la mitad para el 2015 hasta los 32 fallecimientos

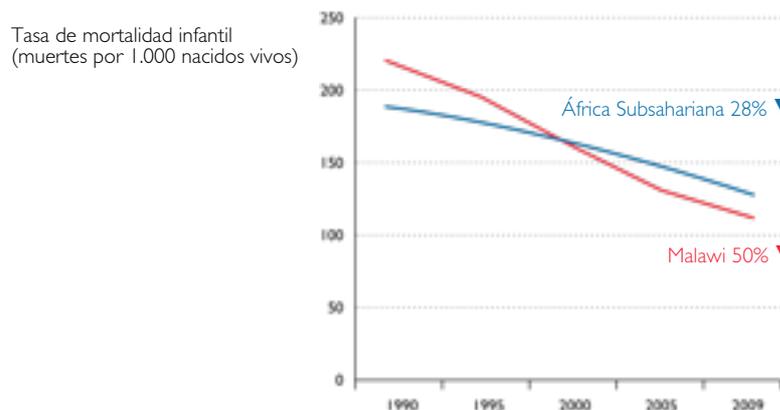
por cada mil, lo que superaría nuestro Objetivo de Desarrollo del Milenio establecido en 44.

Como todos los países del África Subsahariana, Malawi todavía se enfrenta a barreras extraordinarias. En primer lugar, los insuficientes recursos económicos y humanos en relación con las necesidades: mucho por hacer y muy poco hecho. En segundo lugar, el pobre sistema de comunicaciones que dificulta la información sobre sanidad y nutrición. El coste de los tratamientos también puede ser una barrera para la reducción de la mortalidad infantil, por lo que necesitamos encontrar formas de

hacerlos accesibles para los que más los necesitan. A pesar de estos retos, hemos conseguido grandes logros gracias a la cooperación con los trabajadores sanitarios y las comunidades, que cada vez demandan una mayor calidad en el servicio para las mujeres y la infancia.

El gobierno de Malawi está orgulloso de nuestros progresos con tan escasos recursos, haciendo buen uso de la gobernanza y con un compromiso firme. Cualquier otro país puede aprender de nuestra experiencia. Pero queda aún mucho trabajo por hacer.

MALAWI REDUCE A LA MITAD LOS ÍNDICES DE MORTALIDAD INFANTIL (1990-2010)



Incluso los países más pobres pueden conseguir reducir drásticamente sus índices de mortalidad infantil. Malawi – uno de los países más pobres del mundo – es uno de los tres países del África Subsahariana que van por buen camino para reducir en dos tercios la mortalidad infantil para 2015. Desde 1990 hasta 2009, Malawi ha conseguido reducir a la mitad el número de muertes entre los niños y niñas menores de cinco años. ¿Cuál es la clave del éxito de Malawi? Un fuerte compromiso del gobierno e invertir en soluciones que funcionan.

Fuentes: Sources: WHO and UNICEF. *Countdown to 2015 Decade Report (2000-2010)*. (Geneva: 2010); Inter-agency Group for Child Mortality Estimation Database: www.childmortality.org/; UNICEF. *The State of the World's Children 2011*, Table 10.

Save the Children
in Malawi



CARLOS GONZÁLEZ

PEDIATRA
ACPAM, Asociación Catalana Pro Lactancia Materna

LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna es fundamental en cualquier plan de salud materno-infantil. Disminuye el riesgo de diarrea, infecciones respiratorias, otitis, meningitis por *Haemophilus* y otras muchas infecciones, así como de diabetes, muerte súbita del lactante, obesidad y otros problemas de salud. En la madre, la lactancia se asocia con un menor riesgo de cáncer de mama y de ovario, y a largo plazo con una disminución de las fracturas por osteoporosis; al retrasar la reaparición de la menstruación ayuda a ahorrar hierro y a evitar la anemia, y produce de forma natural un espaciamiento de los embarazos que mejora la salud y alivia la carga de trabajo de la madre al tiempo que facilita la supervivencia de sus hijos. UNICEF calcula que, en estos momentos, la lactancia está salvando cada año seis millones de vidas, y que podría salvar al menos un millón más si se generalizase la lactancia materna hasta al menos los dos años (complementada con otros alimentos a partir de los seis meses).

Sin embargo, las mujeres han dado el pecho durante millones de años sin conocer todas estas “ventajas”. Y ha

sido precisamente en el siglo en que se han descubierto dichas ventajas, y en los países donde se han descubierto, donde la lactancia artificial se ha extendido hasta relegar, hace unas décadas, a la lactancia materna a un situación casi anecdótica de la que por fortuna ya se está recuperando.

Debemos huir de la postura reduccionista que ve la lactancia como una herramienta de salud, como “el mejor alimento y la medicina ideal”, postura que a veces conduce a promover la lactancia como un deber (peor aún: un “sagrado deber”) de la madre. La lactancia materna es algo mucho más importante, mucho más profundo y mucho más poderoso que un alimento o una medicina.

Los argumentos médicos son los únicos, por ejemplo, en el caso de las vacunas. Las usamos única y exclusivamente porque protegen contra las enfermedades; ése es el motivo por el que las recomiendan los profesionales, las distribuyen los gobiernos y las administran los padres. Nadie usaría una vacuna si no creyese que protege contra una enfermedad.



Carlos González
Pediatra

Pero la lactancia materna es mucho más. Es lo que madre e hijo están instintivamente preparados para hacer. Basta con dejar al recién nacido sobre el cuerpo de su madre, en contacto piel con piel, durante un par de horas, y casi todos se arrastran espontáneamente hacia el pecho y se ponen a mamar. La lactancia es una demostración física de afecto, como los besos o las caricias; es contacto contra la soledad, consuelo ante la pena, un momento de calma en la vorágine del día. Es el orgullo de sentirse única, irremplazable, plena, triunfante sobre los obstáculos, adorada por tu hijo. Dar el pecho no es uno de los sacrificios que hacemos para prolongar la vida, sino uno de los motivos por los que queremos vivir. No es un medio para lograr un objetivo, sino un fin en sí mismo.

Hemos de reconocer que los argumentos que mueven a un médico o a un planificador sanitario a recomendar la lactancia no son los mismos que mueven a una madre a dar el pecho. La mayoría de las madres que amamantan lo hacen sin haber recibido ningún consejo de su médico. O incluso, tristemente, en contra de los consejos

de su médico. Las rutinas hospitalarias obsoletas, la separación después del parto, el uso innecesario de suplementos, los absurdos horarios que limitaban la frecuencia y duración de las tomas, la obsesión de que todos los niños engorden por encima de la media (una imposibilidad matemática) y la falta de preparación de muchos profesionales para ayudar a solventar las dificultades de la lactancia (grietas, infecciones, escaso aumento de peso...) han hecho que muchas madres se pierdan esta importante etapa de sus vidas. Errores que han tenido consecuencias aún más graves al trasladarse las prácticas occidentales a los países en desarrollo.

La recuperación de la lactancia materna no pasa por convencer a las madres de sus ventajas, sino por cambiar las prácticas hospitalarias (www.ihan.es), mejorar la formación de los profesionales, ofrecer información práctica, fomentar los grupos de ayuda mutua (www.fedalma.org), impedir la publicidad engañosa de la industria y alargar el permiso de maternidad y otros derechos de la mujer que trabaja fuera de casa.

ROBERT BLACK & HENRY PERRY

TRABAJADORES SANITARIOS LOCALES: AGENTES CLAVE PARA SALVAR LAS VIDAS DE NIÑOS Y NIÑAS

Millones de familias marginadas y con escasos recursos no reciben asistencia sanitaria básica simplemente porque no está disponible, bien por distancia física o bien por su coste. Esta sigue siendo la principal causa por la que ocho millones de niños y niñas menores de cinco años mueren en todo el mundo por causas prevenibles o tratables.

La evidencia demuestra que los trabajadores sanitarios locales pueden llegar de manera eficaz a los niños y niñas más pobres y enfermos con el potencial para salvar millones de vidas proporcionando atención sanitaria allí donde más se necesita.

Con una formación inicial de seis semanas o incluso menos, estos trabajadores pueden hacer su trabajo de manera voluntaria o por un pequeño salario. Pueden recibir formación para distribuir cápsulas de vitamina A y otros micronutrientes esenciales; para promocionar la higiene (el lavado de manos, la potabilización del agua, el almacenamiento de agua potable o la construcción de letrinas); para distribuir mosquiteras que prevengan la malaria; para diagnosticar y tratar neumonía,

diarrea, malaria o sepsis en recién nacidos así como desnutrición severa y para promover hábitos saludables como la lactancia materna así como un cuidado apropiado de los recién nacidos y la vacunación para inmunizar a madres e hijos.

Hay dos áreas donde los trabajadores sanitarios locales tienen un especial potencial para salvar vidas y reducir los índices de mortalidad infantil en el mundo: el diagnóstico y el tratamiento de la neumonía infantil y la prestación de cuidados al recién nacido en el hogar.

A nivel global, la neumonía es la principal causa de mortalidad infantil en niños y niñas menores de cinco años. Esta enfermedad es la responsable del 18% de las muertes. Un análisis de los resultados combinados de seis estudios indica que el diagnóstico y el tratamiento de la neumonía por los trabajadores sanitarios locales puede llegar a reducir el riesgo de muerte en un 36% de niños enfermos y en un 24% el riesgo de muerte en niños y niñas que se benefician de estos programas.



Robert Black, MD, MPH, (izquierda) y Henry Perry, MD, PhD, MPH, son miembros del Departamento de Salud Internacional en la Escuela de Salud Pública de Bloomberg, Universidad Johns Hopkins.

“Sabemos que los trabajadores sanitarios locales tienen capacidad para marcar la diferencia entre la vida y la muerte de millones de niños y niñas.”

Tan sólo un cuarto de los niños y niñas en los 68 países con mayores tasas de mortalidad infantil – donde tienen lugar el 97% de las muertes – recibe actualmente antibióticos cuando experimentan síntomas de neumonía. Los trabajadores sanitarios locales podrían jugar un papel crítico a la hora de llenar este vacío.

Las muertes de recién nacidos (aquellas que se producen durante los primeros 28 días de vida) suponen el 41% de todas las muertes de niños y niñas menores de cinco años. Entre las principales causas de mortalidad infantil se encuentran las complicaciones en los partos prematuros, asfixia en el parto o sepsis.

En los lugares donde la mayoría de los partos tienen lugar en casa – porque los servicios sanitarios no son accesibles o suficientes para la población – los trabajadores sanitarios locales pueden proporcionar servicios esenciales que

salvan vidas. Estos trabajadores pueden formar a las mujeres embarazadas con sesiones básicas en sus visitas a casa así como promover la higiene en el parto o proporcionar cuidados esenciales al recién nacido; tratar los casos de asfixia en el parto (si asisten el nacimiento); cortar el cordón umbilical de manera higiénica, diagnosticar y remitir (o tratar si no es posible remitir) casos de sepsis en el recién nacido; y promover prácticas adecuadas tras el parto, tales como prevenir la hipotermia así como infecciones y promover la lactancia materna inmediata. Un análisis combinado de 18 estudios sobre cuidados en partos que tienen lugar en el hogar, asistidos por trabajadores sanitarios locales, indica que la mortalidad se puede reducir en un 24%.

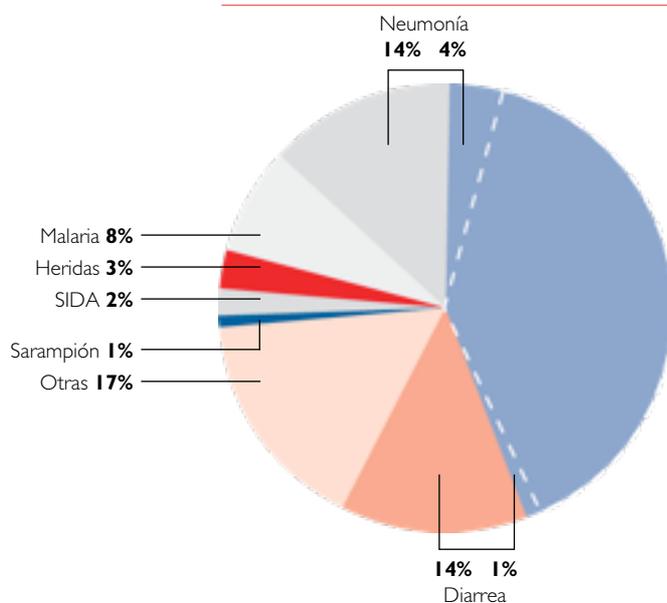
Muchos países podrían beneficiarse de un esfuerzo global coordinado para formar y dotar de materiales a los trabajadores sanitarios locales. El secretario de Naciones Unidas, Ban Ki

Moon, reconoce esta necesidad y ha pedido un incremento de un millón de trabajadores sanitarios en las comunidades de todo el mundo para acabar con la gran carencia de estos trabajadores, que asciende a tres millones y medio.

Los trabajadores sanitarios locales no pueden hacer ese trabajo solos, deben contar con el apoyo y la supervisión de sistemas sanitarios fuertes, adecuados y bien administrados. Esto requiere compromiso político, liderazgo profesional, formación práctica, cursos de especialización y apoyo logístico fiable de medicamentos y suministros básicos. Los gobiernos donantes y los gobiernos de países en desarrollo necesitan formular un plan y establecer un presupuesto para el incremento de trabajadores sanitarios si se quieren alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio referentes a salud.

La Comunidad Internacional tiene la obligación moral de prevenir las muertes innecesarias de niños, niñas y recién nacidos. El difunto James Grant, reconocido director ejecutivo de la Agencia de Naciones Unidas para la Infancia desde 1980 hasta 1995 y abanderado de lo que se demonina a menudo como la Primer Revolución de Supervivencia Infantil, repitió hasta insistentemente que “la moral tiene que ir de la mano de la capacidad”. Sabemos que los trabajadores sanitarios locales tienen capacidad para marcar la diferencia entre la vida y la muerte de millones de niños y niñas. Se necesita voluntad política y de liderazgo para construir sistemas de salud fuertes e incrementar la cantera de trabajadores sanitarios locales para que los niños y niñas que han nacido en zonas pobres o de difícil acceso, tengan a alguien que les de una oportunidad de sobrevivir.

¿POR QUÉ SE MUEREN LOS NIÑOS Y NIÑAS?



Estimaciones de 2008 muestran que la neumonía, la diarrea y la malaria continúan siendo las principales causas de mortalidad en el mundo entre los niños y niñas menores de cinco años. Más del 40% de estas muertes tienen lugar durante el primer mes de vida. Muchas de ellas podrían haberse evitado incrementando la cobertura sanitaria, con intervenciones más efectivas y económicamente accesibles. Un aspecto prioritario de la prevención es asegurar una alimentación adecuada ya que la desnutrición es un factor considerable en más de un tercio de las muertes.

Fuente: Adaptado de Robert E. Black et al. “Global, Regional, and National Causes of Child Mortality in 2008: A Systematic Analysis.” *The Lancet*. Volumen 375, Issue 9730. pp.1969-1987. 5 de junio de 2010



CLARA MENÉNDEZ

MÉDICO E INVESTIGADORA

4

LAS INFECCIONES POR MALARIA CONTINÚAN SIENDO CAUSA DE UNA POBRE SALUD MATERNO-INFANTIL

Recientemente se ha hecho público que poco o ningún progreso se ha hecho para alcanzar el Quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM 5) de reducir la tasa de mortalidad materna en un 75% para 2015¹; especialmente en el África Subsahariana.

La falta de mejoras en este ODM ha situado la salud materna como prioridad en la agenda de las organizaciones internacionales de salud.

Una de las razones del fracaso en la reducción de la mortalidad materna es la falta de información contrastada y de buena calidad sobre las principales causas por las que las mujeres mueren durante el embarazo o el periodo puerperal en los países en vías de desarrollo.

Está extensamente asumido que la mortalidad materna en países con bajos ingresos se debe principalmente a causas obstétricas durante el parto como hemorragias obstétricas, eclampsia o sepsis puerperal y por tanto, las estrategias para reducirla se han

centrado en mejorar estas condiciones obstétricas.

Mientras reconocemos que se trata de una necesidad real, también es cierto que las causas que no tienen que ver con el embarazo en sí pueden contribuir a incrementar el riesgo de muerte materna en estos entornos².

Entre las causas no obstétricas, la malaria juega un importante rol². La malaria es la enfermedad parasitaria más importante, endémica en más de 100 países, y que causa alrededor de 200 millones de casos anualmente en todo el mundo, provocando casi un millón de muertes.

La mayor parte de las muertes e infecciones asociadas a la malaria afectan a niños menores de cinco años y mujeres embarazadas, la mayoría de ellos viven en el África Subsahariana³. Por razones que aún no se han llegado a comprender, las mujeres son más susceptibles a contraer malaria durante el embarazo⁴. Se estima que cada año alrededor de 100 millones de mujeres



Clara Menéndez
Médico e Investigadora

embarazadas en el mundo se ven expuestas a esta enfermedad y por tanto en riesgo de experimentar los efectos negativos de esta infección⁵.

Las mujeres embarazadas son más vulnerables a sufrir infecciones de malaria más severas y frecuentes. La malaria durante el embarazo es una causa común de anemia y las mujeres embarazadas tienen más posibilidades de morir a causa de complicaciones como un edema pulmonar o malaria cerebral. La infección de malaria durante el embarazo puede también afectar al feto causando infecciones congénitas, abortos o la muerte tras el parto. Además, puede provocar partos prematuros o retardar el crecimiento del feto⁶, estas dos condiciones son los principales factores de riesgo de mortalidad durante la infancia.

Los efectos de la malaria en mujeres embarazadas del África Subsahariana se han visto agravados por la epidemia de VIH que tiene su máxima incidencia en esta región, con más de un 10% de

mujeres embarazadas infectadas por el VIH en muchos países, cifra que aumenta hasta un 40% en algunos países del este y sur del continente Africano. La infección por VIH incrementa los riesgos de contraer malaria durante el embarazo, reduce la eficacia de las intervenciones antimaláricas y complica el uso de los antimaláricos por la interacción con los medicamentos del VIH⁷.

Se estima que los efectos de la malaria durante el embarazo podrían ser responsables cada año de la muerte de 25.000 madres y de entre 75.000 y 100.000 bebés en África⁵. Por tanto, la infección de malaria durante el embarazo pueden ser la causa prevenible más frecuente de la mortalidad materno-infantil en África.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado líneas de acción para controlar las infecciones de malaria durante el embarazo, aunque son específicas para la región Africana, y

menos concretas para zonas endémicas en otras partes del mundo⁸.

En los últimos años, el control de la malaria durante el embarazo se ha convertido en un reto debido a lo rápido que se extiende la resistencia del parásito a la cloroquina⁵, utilizada durante años como tratamiento y profilaxis contra la malaria, incluso en mujeres embarazadas.

Su perfil seguro en cualquier fase gestacional hacía de la cloriquina un antimalárico óptimo para utilizar durante el embarazo. Sin embargo, problemas de adherencia al régimen de tratamiento semanal junto con el desarrollo de resistencia por parte del parásito, la han excluido de la lista de medicamentos recomendados contra la malaria.

Por esta razón los pocos medicamentos disponibles para tratar y prevenir la

infección presentan perfiles de baja seguridad para mujeres embarazadas y no se pueden administrar durante el primer trimestre de gestación.

Además, la cobertura de medidas preventivas todavía tiene escasa implantación. Sólo el 17 % de las embarazadas africanas duermen bajo una mosquitera tratada con insecticida, una cifra aun muy lejos del 80% recomendado por la OMS.

El éxito del control de la malaria en el embarazo exige que los países que la sufren y las organizaciones de salud internacionales primero reconozcan que es un problema sanitario prioritario que afecta a madres y a sus hijos, segundo que apliquen los mecanismos de control conocidos actualmente y tercero que inviertan en investigación para encontrar medidas preventivas más seguras y efectivas.

Referencias

1. United Nations. The Millennium Development Goals Report. 2009
2. Menendez C, et al. An autopsy study of maternal mortality in Mozambique: the contribution of infectious diseases. *PLoS Medicine* 5(2): e44. doi:10.1371/journal.pmed.0050044.
3. WHO. World malaria report 2008. World Health Organization 2008, WHO/HTM/GMP/2008.1.
4. Steketee RW, Nahlen BL, Parise ME and Menendez C. The burden of malaria in pregnancy in malaria-endemic areas. *Am J Trop Med Hyg* 2001;64:28-35
5. Menendez C, d'Alessandro U, Ter Kuile FO. (2007) Reducing the burden of malaria in pregnancy by preventive strategies. *Lancet Infect Dis* 7(2):126-35.
6. Menendez C, Ordi J, Ismail MR, Ventura PJ, Aponte JJ, Kahigwa E et al. (2000) The impact of placental malaria on gestational age and birth weight. *J Infect Dis* 181(5):1740-5
7. Naniche D, Lahuerta M, Bardaji A, et al. Mother-to-child transmission of HIV-1: association with malaria prevention, anaemia and placental malaria. *HIV Med* 2008;9:757-64
8. WHO. A strategic framework for malaria prevention and control during pregnancy in the African region. World Health Organization. Geneva 2004, 2004: AFR/MAL.



JENNIFER GARNER

ACTRIZ, MADRE Y EMBAJADORA
de los programas de Save the Children

LOS PRIMEROS AÑOS DURAN TODA LA VIDA

Mi madre, Pat, creció durante la Depresión y decir que su familia era pobre sería quedarse corto. Aún así, nadie lo diría si la escuchara hablar de esa etapa de su vida. Recuerda a su familia jugando, cantando y recitando poesía. Además, mi madre tuvo un profesor excepcional que la incentivaba en sus estudios.

Mi mamá fue la única de su familia en graduarse en la universidad y se costó sus estudios trabajando en la cafetería. Consiguió vivir una vida llena de retos y aventuras, según ella excepcional.

Creciendo en Virginia del Este, fui testigo de un tipo de pobreza diferente, mucho más difícil. Era más una indefensión resignada que permeaba las comunidades olvidadas de las montañas. El tipo de pobreza que a menudo asociamos con otras partes del mundo.

La diferencia entre la infancia llena de esperanza de mi madre y la actitud de resignación de algunos niños de ciudades cercanas a la mía fue lo que me llevó a

trabajar en temas que afectan a la infancia y a las madres.

Todas las madres amamos a nuestros hijos y todas queremos hacerlo bien. No cuesta dinero ser buena madre, pero se necesita a alguien que te diga cómo serlo. Simplemente no nacemos con esos conocimientos.

Por ello, invertir en nuestros hijos e hijas durante los primeros años también supone asegurarse de que sus madres estén preparadas para motivar, comprender y criar a sus hijos. Se sobrentiende que las propias madres deben estar sanas y fuertes. Madres e hijos sanos y educados suponen un paso adelante contra la crisis en temas de salud materna.

Las complicaciones durante el embarazo y el parto causan la muerte de más de mil madres y tres mil bebés cada año en Estados Unidos, a menudo porque las madres no reciben el cuidado apropiado, pocas veces se tiene en cuenta la diabetes, la obesidad o la alta presión de la sangre. Asegurarnos de



Jennifer Garner
Actriz

“En todo el mundo, más de 350.000 mujeres pierden la vida cada año por complicaciones en el embarazo o el parto, y millones más desarrollan algún tipo de incapacidad. Cuando una madre muere, sus hijos son mucho más propensos a la pobreza, a dejar el colegio o incluso a perder la vida antes de los cinco años.”

que todos los niños y niñas obtengan las vacunas adecuadas a tiempo reduciría muertes prevenibles.

En todo el mundo, más de 350.000 mujeres pierden la vida cada año por complicaciones en el embarazo o el parto, y millones más desarrollan algún tipo de incapacidad. Cuando una madre muere, sus hijos son mucho más propensos a la pobreza, a dejar el colegio o incluso a perder la vida antes de los cinco años.

Soluciones sencillas y baratas que en países como Estados Unidos se entienden como normales podrían salvar la mayoría de las vidas de esas mujeres y de sus bebés, empezando por asistencia médica básica antes, durante y después del parto.

Asegurarse de que las madres estén sanas y preparadas para criar a sus hijos significa que una generación de niños y niñas en todo el mundo estará preparada para aprender, liderar y hacer grandes cosas. Pero necesitamos asegurarnos de que ocurra de verdad.

Para mí, se trata de nuestra voluntad como personas. La educación es una inversión en todo lo que toca nuestras vidas, y no podemos educar a los niños si ni ellos ni sus madres reciben el cuidado médico adecuado.

Si invertimos a gran nivel en los niños y las niñas, desde la cuna hasta su graduación, no hay duda de que tendremos el tipo de país y de mundo que queremos tener.

SOLEDAD PUÉRTOLAS

ESCRITORA

6

EL RELATO DE AISHA

“Aisha vive en una casa de barro y ladrillos en una aldea de Níger. Ha dado a luz cinco veces pero solo tres de sus hijos han sobrevivido. “Uno era un recién nacido cuando murió y el otro falleció durante su primer año de vida. Todos mis hijos son varones. Ahora tienen seis, tres y dos años. El bebé que perdí se llamaba Maman. Murió el año pasado cuando tenía sólo siete meses”

La clínica más cercana está a tres kilómetros de distancia, y mucha gente sólo puede llegar allí caminando. La única opción es alquilar una carreta tirada por bueyes pero hay pocas y para mucha gente es un lujo. Además, el tiempo que puede transcurrir entre encontrarlas y negociar el precio es en ocasiones vital.

“En ese tiempo teníamos muy poco con qué alimentarnos. Comíamos mijo y avena y a veces mezclado con leche, aunque normalmente lo comíamos con agua. Como mucho comíamos dos veces al día. Cuando me di cuenta de que Maman estaba enfermado le llevamos a la clínica para que le administraran un tratamiento. Me dijeron que volviera a los dos días pero al día siguiente ya había fallecido”.

En 2010 Aisha tampoco pudo cosechar. Las escasas lluvias del pasado año en Níger acabaron con las cosechas a gran escala. No ha habido escasez de comida importada, como ocurrió durante la hambruna de 2005, pero el aumento de precios de hasta un 20 % ha provocado que mucha gente no pueda afrontar ese gasto.

“La cosecha de mijo ha sido prácticamente inexistente. Plantamos las semillas y llovió pero entonces cesó y las plantas no crecieron lo suficiente. Solo sembrábamos para alimentarnos, no teníamos suficiente para vender. Ahora tenemos que comprar la comida pero no tenemos dinero. A menudo tenemos que meternos en el bosque para arrancar plantas que de otra forma no comeríamos e incluso éstas son difíciles de encontrar y una vez que damos con ellas las recogemos todas y tenemos que esperar unas semanas para poder cocinarlas”

Más de la mitad de la población no tiene reservas de comida y están tomando medidas desesperadas que podrían agravar los problemas a largo plazo como comer tan solo una vez al día, comer la comida de los animales, vender sus pertenencias, sacar a los niños de la escuela o trasladarse a áreas urbanas en busca de trabajo. Muchos días solo puede alimentar a su familia una vez al día. Está preocupada por la salud de los tres hijos que le quedan, especialmente por el más pequeño, que está siendo tratado en un centro de Save the Children.

“Save the Children vino a nuestra aldea y midieron y pesaron a mis dos hijos menores. Al más pequeño le derivaron al centro nutricional. Es un camino largo pero le llevo cada semana y me dan una pasta de cacahuetes alta en calorías para alimentarle. Quiero que mejore y tenga buena salud. No quiero que muera como Maman. Era un niño precioso. Siempre estaba sonriendo. Solía llevarle en mi espalda y era muy juguetón. Le encantaba botar arriba y abajo cuando lo cargaba. Cuando murió lloré mucho. Todavía me duele recordarlo. Ha sido una pérdida muy dura”.

Níger tiene una de las tasas de mortalidad infantil más altas de mundo, uno de cada seis niños y niñas no alcanza los cinco años. El 43% de los menores de Níger acarrean malnutrición crónica de la última hambruna. Save the Children ha establecido 86 centros de nutrición complementaria para niños y niñas menores de cinco años con desnutrición grave en los que se les provee de alimentos altamente energéticos. Además, entre otras cosas, estamos formando a trabajadores sanitarios locales para identificar estos casos, referirlos a los centros nutricionales y hacer seguimiento tras el tratamiento.”

LA HISTORIA DE AISHA



Soledad Puértolas
Escritora

El relato de Aisha nos conmueve. Palpamos el drama, la lucha por la supervivencia en condiciones de dificultad máxima. Lucha por la vida, jalonada de muertes. Las palabras de Aisha se cuelan en nuestro interior y nos dejan pensativos.

Se nos hace, de pronto, evidente, una ausencia: el hombre, el marido de Aisha, el padre de los cinco hijos, dos muertos y dos supervivientes. Aisha no lo menciona, como si él o no existiera o no tuviera ninguna responsabilidad con sus hijos. En ambos casos, está claro que es ella, Aisha, quien debe sacar a sus hijos adelante, quien se ocupa de la siembra y la recolección y de preparar las gachas de mijo, quien lleva a sus hijos enfermos a los dispensarios, quien llora sus muertes. Los primeros años de la vida de los niños, parece, en el caso de Aisha, un asunto entre madres e hijos.

La economía doméstica depende completamente de ella. Ante la situación de extrema dificultad en la que se encuentra, Aisha se pregunta qué puede hacer. No tiene nada para vender y poder comprar comida, declara. Esta declaración se nos queda dentro y va dejando en nosotros un poso de preocupación: ¿Vender es la salida, la solución?, ¿vender qué?

La pasividad y el desprendimiento, el vencimiento que representa el hecho de vender nos estremece. Vender, en las

condiciones de vida de la familia de Aisha, es el último recurso, significa renunciar a lo que poco que se tiene, incluso a lo que se es. Y nos preguntamos qué ha ido vendiendo durante toda su vida, qué ha vendido ya, si no le queda nada. Vislumbramos una vida de sucesivos despojamientos.

¿Con quién habla Aisha?, ¿a quién pide consejo?, las mujeres que viven a su alrededor en casas semejantes a la suya, ¿han vendido ya, como ella, todo lo que tenían?

Aisha raciona la poca comida que puede conseguir, reduce las comidas, gachas de mijo y avena y leche -excepcionalmente- es la base de su escasa alimentación. Se desplaza una vez por semana a un centro nutricional con el menor de sus hijos, que está enfermo, para conseguir sobres de pasta de cacahuets alta en calorías. Es un camino -3 km de ida, y otros tantos de vuelta- que debe hacer andando, pero Aisha no quiere que su hijo muera, como murió, hace unos meses, el pequeño y alegre Maman.

Esta es la realidad en la que Aisha vive inmersa.

Leemos en el informe que Save the Children acaba de presentar: “Más de la mitad de la población no tiene reservas de comida y están empezando a tomar medidas desesperadas que podrían agravar los problemas a largo plazo

como comer tan solo una vez al día, comer la comida de los animales, vender sus pertenencias, sacar a los niños de la escuela o trasladarse a áreas urbanas en busca de trabajo. La respuesta humanitaria no es suficiente: 378.000 niños y niñas menores de cinco años corren riesgos de sufrir desnutrición severa y 1,2 millones desnutrición moderada. Níger tiene una de las tasas de mortalidad infantil más altas de mundo, uno de cada seis niños y niñas no alcanza los cinco años. El 43% de los menores de Níger acarrean malnutrición crónica de la última hambruna.”

El relato de Aisha, de pronto, ha dado un salto y tomamos conciencia de una situación crítica. ¿De qué forma se podría salir de una situación así?, ¿cómo podríamos ayudarles? Necesitan, sin duda, ayuda concreta y económica, sí, pero la complejidad del problema nos obliga a un análisis profundo. Nos pide una mayor participación. La vida de Aisha parece haber llegado a un callejón sin salida. Dificiles siembras, escasos frutos, largas caminatas, enfermedades... Una interminable, irresoluble, carestía.

Miramos la fotografía de Aisha y sus tres hijos a la puerta de su casa de ladrillo y barro. No deja de ser asombroso que este relato de carencias nos ofrezca una belleza y un colorido así. Pero es una belleza impregnada de dolor. Los niños - sobre todo, la niña- tienen expresiones adustas. El ceño fruncido de la madre se impone sobre la abierta sonrisa. Uno de sus brazos delgados sostiene al menor, al enfermo, que nos mira con su carita cansada y seria de enfermo. El otro brazo se dirige hacia el suelo y apenas roza al hijo mayor, que desvía la mirada. ¡Qué delicado el brazo de la madre dejado junto al hijo! Una protección, una guía, una compañía. Los hijos mayores, el niño que no nos mira y la

niña que nos mira, malhumorada, desconfiada, plantan sus pies en la arena. Se aferran a ella. En cambio, los pies de la madre la pisan ligeramente, sólo con los talones. Estos pies son andarines y etéreos, delicados como el brazo que deja colgado junto al hijo mayor.

Nos preguntamos quién hizo esta fotografía, si el grupo se colocó así de forma espontánea o si el fotógrafo dio indicaciones. Querríamos asegurarnos de que los colores vivos de los vestidos, esos naranjas, marrones y azules que se enmarcan en el ocre de la casa de barro, trazando un cuadro de maravillosas combinaciones cromáticas, son parte de la cotidianidad, de esa continua y ardua lucha por sobrevivir en la que está empeñado el grupo familiar. Quisiéramos que esos colores y esa belleza significaran algo más, una esperanza.

Nosotros estamos a este lado, el del fotógrafo. En cierto modo, somos él. Y como ya hemos escuchado el entrecortado relato de Aisha, intuimos la difícil realidad que cerca a la madre y los hijos.

Las preguntas que se nos han ido acumulando apuntan a una respuesta que represente una vida más segura y estable para todos. Un proyecto de trabajo, una forma de alimentación que no esté sometida a la arbitrariedad de la naturaleza, una forma de vida basada en la educación y la cultura, una ayuda que signifique poder vivir sin vender, sin fatigosos desplazamientos, sin ese permanente temor por la carencia, el despojamiento absoluto. Quisiéramos poder articular nuestro deseo en proyectos eficaces. Tomamos conciencia de la importancia de nuestro compromiso, de la necesidad de mantenerlo día a día.



AISHA y sus tres hijos

ACTÚA

PARA SALVAR LA VIDA DE LAS MADRES Y SUS HIJOS E HIJAS

Cada año, más de ocho millones de niños y niñas pierden la vida antes de cumplir cinco años. La mayor parte de estas muertes se podrían evitar ampliando la cobertura de servicios de salud básicos y de bajo coste y con trabajadores sanitarios formados para salvar vidas.

- Es necesario que los ciudadanos del mundo presionen a sus gobiernos y administraciones para que incrementen los fondos destinados a programas de salud materno-infantil en los países en vías de desarrollo, incluida la formación de trabajadores sanitarios.
- Asimismo, es fundamental instar a los líderes mundiales a cumplir con los compromisos han adquirido para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 4 y 5 de Naciones Unidas.
- Los países donantes y las agencias internacionales deben mantener sus compromisos para alcanzar estas metas. Además, los países que todavía no se hayan comprometido deben hacerlo para acelerar el proceso de consecución de los objetivos.
- Los países en vías de desarrollo tienen que comprometerse a apoyar a los trabajadores sanitarios así como reclutar, formar, equipar y apoyar a nuevos trabajadores para llegar con sus servicios a más madres, recién nacidos, niños y niñas y salvar así sus vidas.





APÉNDICE:

ÍNDICE DE MADRES Y RANKING DE PAÍSES

El duodécimo informe anual sobre el Estado Mundial de las Madres ayuda a documentar las condiciones de las madres y sus hijos e hijas en 164 países (43 países desarrollados y 121 en vías de desarrollo) señalando dónde viven mejor las madres y dónde enfrentan la mayores dificultades. Todos los países de los que hay suficientes datos disponibles están incluidos en el índice.

¿Por qué debe Save the Children preocuparse tanto por las madres? Porque más de 75 años de experiencia sobre el terreno nos han enseñado que la calidad de vida de los niños y niñas depende de la salud, seguridad y bienestar de sus madres. Facilitando a las madres el acceso a la educación, oportunidades de desarrollo económico y atención sanitaria materno-infantil incrementa las posibilidades de sobrevivir y prosperar tanto de las madres como de sus hijos.

El índice se basa en información publicada por los gobiernos, institutos de investigación y agencias internacionales.

RANKING DE PAÍSES

Los países europeos junto con Australia y Nueva Zelanda lideran las primeras posiciones del ranking y mientras que los del África Subsahariana aparecen situados en los últimos puestos. España se sitúa en el puesto número 12 este año.

El grupo de los países más industrializados se mantienen en lo alto de la lista con niveles muy positivos en los indicadores sobre salud, educación y economía.

Los países que encabezan la lista son (en este orden) Noruega, Australia, Islandia, Suecia, Dinamarca, Nueva Zelanda, Finlandia, Bélgica, Países Bajos y Francia.

Los países que la cierran son (en este orden) la República Centroafricana, Sudán, Mali, Eritrea, República Democrática del Congo, Chad, Yemen, Guinea-Bissau, Níger y Afganistán. Estos diez países son el reverso de la moneda, obteniendo puntuaciones muy bajas en todos los indicadores. En estos países las condiciones de vida de las madres y sus hijos e hijas son nefastas:

- Más de la mitad de los partos no están atendidos por personal cualificado.
- De media, una de cada 30 mujeres pierde la vida por causas relacionadas con el embarazo.
- Uno de cada seis niños muere antes de los cinco años.
- Uno de cada tres niños sufre desnutrición.
- Uno de cada siete niños no va a la escuela primaria.
- Solo cuatro niñas por cada cinco niños acude a la escuela primaria.
- De media, las mujeres reciben menos de seis años de educación formal.
- Las mujeres reciben un 40 % del sueldo que un hombre por el mismo trabajo.
- Nueve de cada diez mujeres corren el riesgo de perder al menos a uno de sus hijos durante su vida.

El contraste entre el primer país, Noruega, y el último, Afganistán, es dramática. Hay personal sanitario cualificado presente en prácticamente todos los partos del país escandinavo frente al 14% de los nacimientos en

Afganistán. Una mujer noruega recibe de una media de 18 años de educación formal y vivirá aproximadamente hasta los 83 años, el 82% utiliza métodos anticonceptivos modernos y sólo 1 de cada 175 perderá a un hijo o hija antes de los cinco años. En contraposición, una mujer afgana recibe menos de cinco años de educación formal, y no vivirá más de 45 años. Menos del 16 % usan anticonceptivos y uno de cada cinco niños pierde la vida antes de cumplir cinco años. Con esta cifra, todas las madres de Afganistán tienen una elevada probabilidad de sufrir la pérdida de al menos uno de sus hijos a lo largo de su vida.

Los datos recogidos para elaborar el índice de madres documentan la brecha existente entre el acceso a los servicios de salud materno-infantil en los países ricos y los pobres; así como la urgente necesidad de acelerar los avances en salud y bienestar de madres e hijos. Asimismo, las cifras destacan la dimensión regional de la tragedia ya que 18 de los veinte países peor puntuados se encuentran en el África Subsahariana.

LO QUE NO CUENTAN LAS CIFRAS

Los datos nacionales presentados en el informe de madres otorgan una perspectiva general de los países que forman parte del estudio. Sin embargo, es importante recordar que las cifras pueden cambiar dentro de las propias fronteras según las diferencias geográficas y étnicas. Las áreas rurales remotas tienden a disponer menos servicios y presentan peores indicadores. La guerra y la violencia también suponen un enorme daño para el bienestar de las madres y sus hijos e hijas y a menudo afectan desproporcionadamente a grupos de población determinados. Estos detalles quedan ocultos cuando únicamente se disponen de datos a nivel de país.

Las comparaciones individuales entre países son especialmente alarmantes al considerar el enorme sufrimiento humano que hay tras las estadísticas.

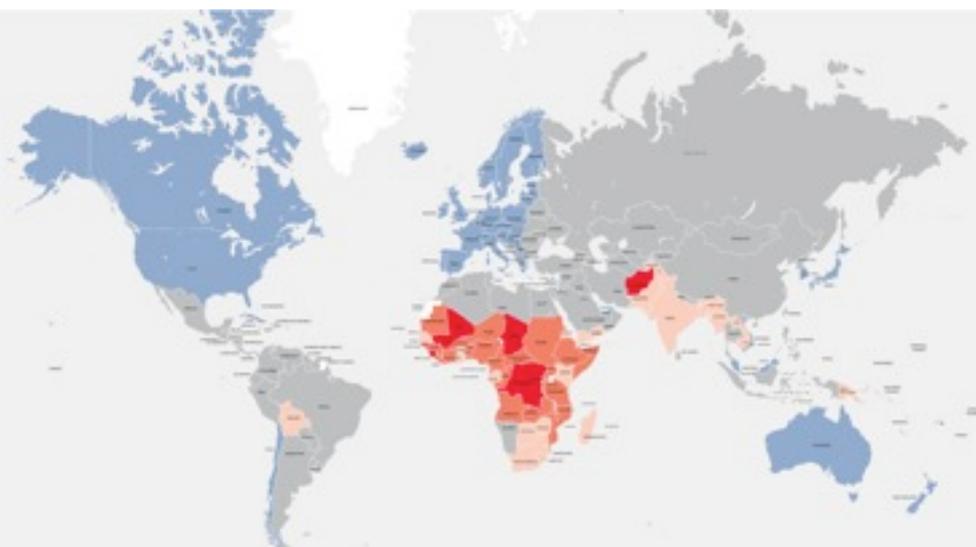
- Menos del 15% de los partos son atendidos por personal cualificado en Chad y Afganistán. En Etiopía, la cifra desciende hasta el 6% frente al 99 % de Sri Lanka y el 95% de Botsuana.
- Una de cada once mujeres pierde la vida durante el embarazo o el parto en Afganistán. El riesgo es de una de cada catorce en Chad y Somalia mientras que en Italia o Irlanda el riesgo es de una entre 15.000 y en Grecia es solo una posibilidad entre 31.800.
- Una mujer media morirá a los 50 años en la República Centroafricana, la República Democrática del Congo, Mali, Mozambique, Nigeria, Sierra Leona, Zambia o Zimbabue. La esperanza de vida es de 46 años en Lesoto y Suazilandia. En Afganistán, las mujeres pierden la vida antes de su 45 cumpleaños mientras que en Japón la esperanza media de vida de las mujeres es de 87 años.
- En Somalia, tan solo el 1% de las mujeres utilizan métodos anticonceptivos. En Angola, Chad y Guinea menos de un 5%. Menos de un 10% de las mujeres los usan en otros 15 países en vías de desarrollo. Por contrario, el 80% de las mujeres de China, Noruega, Tailandia y Reino Unido utilizan anticonceptivos.
- En Afganistán, Jordania, Líbano, Libia, Marruecos, Omán, Pakistán, Siria y Yemen, las mujeres ganan menos de 25 centavos por cada dólar que ganan los hombres. Las mujeres saudíes y palestinas ganan solo 16 y 12 centavos respectivamente por cada dólar ganado por los hombres frente a los 90 centavos por dólar de las mujeres de Mozambique.
- En Catar, Arabia Saudí y las Islas Salomón no hay representación femenina en el Parlamento. En Comoros y Papúa Nueva Guinea las mujeres solo ocupan un escaño mientras que en Ruanda la mitad de la cámara está compuesta por mujeres.
- Una mujer media en Afganistán, Angola, Yibuti, Eritrea o Guinea-Bisau recibe menos de cinco años de educación formal. En Níger menos de cuatro años y en Somalia menos de dos años de educación. En Australia y Nueva Zelanda la media es de veinte años.
- En Somalia, dos de cada tres niños no acuden a la escuela primaria, en Eritrea tan solo la mitad asiste a clases y en Yibuti y Nueva Guinea esta cifra desciende al 45 %. En comparación, prácticamente todos los niños y niñas de Francia, Italia, España y Suiza completan el ciclo desde preescolar hasta la escuela secundaria.
- En la República Centroafricana y Chad, siete niñas por cada diez niños asiste a la escuela primaria. En Afganistán y Guinea-Bisau la proporción es de dos niñas por cada tres niños.
- Uno de cada cinco niños y niñas no llegan a celebrar su quinto cumpleaños en Afganistán, Chad y República Democrática del Congo mientras que en Finlandia, Grecia, Islandia, Japón, Luxemburgo, Noruega, Singapur, Eslovenia y Suecia, uno de cada 333 niños muere antes de los cinco años.
- Más del 40% de los niños y niñas menores de cinco años sufre

desnutrición en Bangladesh, Madagascar, Nepal, Níger y Yemen. En India y Timor Oriental, cerca de la mitad de los niños están por debajo del peso normal.

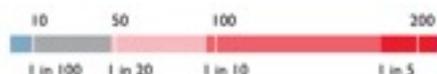
- Más de la mitad de la población de Afganistán, República Democrática del Congo, Guinea Ecuatorial, Etiopía, Fiyi, Madagascar, Mauritania, Mozambique, Níger, Papúa Nueva Guinea y Sierra Leona no tienen acceso a agua potable. En Somalia esta cifra asciende al 70%.

Las estadísticas son más que números. La desesperación humana y la pérdida de oportunidades que representan estos números exige de una actuación rápida para proporcionar a las madres las herramientas básicas que necesitan para romper el círculo de la pobreza y mejorar su calidad de vida, la de sus hijos e hijas, así como la de las generaciones venideras.

¿DÓNDE SE ENFRENTAN LOS NIÑOS Y NIÑAS A LOS MAYORES RIESGOS DE PERDER LA VIDA?



Tasa de mortalidad infantil de niños y niñas menores de 5 años
(por cada 1.000 nacidos vivos)



Riesgo de mortalidad infantil (1 en x)

Los niños y niñas del África Subsahariana y Afganistán son los que corren mayor riesgo de perder la vida en el mundo. Los países del mapa están clasificados en función del riesgo de fallecer antes de los cinco años de edad (expresados como 1 en x).

Cálculos basados en estimaciones de UNICEF

Fuente: The State of the World's Children 2011, Tabla 1, pp.88-91.

TABLAS - RANKING 2011

PAÍS	ÍNDICE DE MADRES*	ÍNDICE DE MUJERES**	ÍNDICE DE NIÑOS Y NIÑAS***
NIVEL I: PAÍSES MÁS DESARROLLADOS			
NORUEGA	1	2	7
AUSTRALIA	2	1	30
ISLANDIA	2	5	7
SUECIA	4	7	1
DINAMARCA	5	4	20
NUEVA ZELANDA	6	3	26
FINLANDIA	7	6	19
BÉLGICA	8	9	15
HOLANDA	9	8	21
FRANCIA	10	12	6
ALEMANIA	11	15	4
ESPAÑA	12	13	12
REINO UNIDO	13	10	23
PORTUGAL	14	16	13
SUIZA	14	19	9
IRLANDA	16	11	29
ESLOVENIA	16	17	11
ESTONIA	18	17	17
GRECIA	19	21	14
CANADÁ	20	14	24
ITALIA	21	25	2
HUNGRÍA	22	21	22
LITUANIA	22	20	25
REPÚBLICA CHECA	24	27	16
LETONIA	24	23	26
AUSTRIA	26	33	5
CROACIA	27	26	32
JAPÓN	28	34	2
POLONIA	28	28	31
ESLOVAQUIA	28	29	28
EEUU	31	24	34
LUXEMBURGO	32	35	10
BIELORRUSIA	33	29	33
MALTA	34	41	18
BULGARIA	35	32	36
RUMANÍA	36	31	38
SERBIA	37	37	35
RUSIA	38	35	39
UCRANIA	39	39	37
MOLDAVIA	40	40	40
BOSNIA-HERZEGOVINA	41	37	42
MACEDONIA	42	42	41
ALBANIA	43	43	43

*Debido a las 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.

** El ranking para los niveles I, II y III está sacado de los 43,80 países de los que existen datos suficientes para calcular el Índice de Madres.

*** El ranking para los niveles I, II y III está sacado de los 43,81 países de los que existen datos suficientes para calcular el Índice de Niños.

PAÍS	ÍNDICE DE MADRES*	ÍNDICE DE MUJERES**	ÍNDICE DE NIÑOS Y NIÑAS***
NIVEL II: PAÍSES POCOS DESARROLLADOS			
CUBA	1	1	9
ISRAEL	2	2	3
CHIPRE	3	3	1
ARGENTINA	4	6	15
BARBADOS	5	5	3
REPÚBLICA DE COREA	5	6	2
URUGUAY	7	8	9
KAZAJISTÁN	8	9	21
MONGOLIA	9	4	52
BAHAMAS	10	14	6
COLOMBIA	11	10	34
BRASIL	12	13	12
COSTA RICA	13	22	13
ECUADOR	14	12	35
JAMAICA	15	14	27
CHILE	16	23	5
BARHEÍN	17	18	22
CHINA	18	11	43
SUDÁFRICA	19	17	53
TAILANDIA	20	20	31
PERÚ	21	20	42
VENEZUELA	21	18	36
MÉXICO	23	29	19
REPÚBLICA DOMINICANA	24	23	40
PANAMÁ	25	25	38
TRINIDAD Y TOBAGO	25	34	29
UZBEKISTÁN	25	26	40
KYRGYSTAN	28	30	37
TÚNEZ	28	38	17
ARMENIA	30	36	16
BOLIVIA	30	26	51
ISLAS MAURICIO	32	34	30
PARAGUAY	33	30	39
VIETNAM	34	26	55
KUWAIT	35	37	23
MALASIA	36	44	23
E.A.U.	36	52	19
IRÁN	38	41	28
CATAR	38	49	11
EL SALVADOR	40	39	49

*Debido a las 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.

** El ranking para los niveles I, II y III está sacado de los 43,80 países de los que existen datos suficientes para calcular el Índice de Madres.

*** El ranking para los niveles I,II y III está sacado de los 43,81 países de los que existen datos suficientes para calcular el Índice de Niños.

PAÍS	ÍNDICE DE MADRES*	ÍNDICE DE MUJERES**	ÍNDICE DE NIÑOS Y NIÑAS***
NIVEL II: PAÍSES POCOS DESARROLLADOS (continuación)			
BELICE	41	50	23
GUAYANA FRANCESA	41	54	32
SRI LANKA	43	33	59
GEORGIA	44	58	7
NAMIBIA	44	32	67
LÍBANO	46	59	7
LIBIA	46	41	49
CABO VERDE	48	45	48
FILIPINAS	49	40	65
SURINAM	49	50	46
AZERBAYÁN	51	52	57
BOTSWANA	51	45	57
ALGERIA	53	57	43
JORDANIA	54	64	17
INDONESIA	55	48	66
TURQUÍA	55	65	13
TAYIKISTÁN	57	43	70
NICARAGUA	58	60	54
HONDURAS	59	60	56
GABÓN	60	45	71
EGIPTO	61	70	26
SUAZILANDIA	62	55	72
FIDJI	63	56	68
ARABIA SAUDÍ	64	71	32
SIRIA	65	72	45
PALESTINA	66	68	46
GHANA	67	62	69
GUATEMALA	68	67	62
OMÁN	69	68	62
ZIMBAWE	70	66	73
KENIA	71	63	74
MARRUECOS	72	77	60
CAMERÚN	73	73	78
CONGO	74	74	76
INDIA	75	76	75
PAPUA-NUEVA GUINEA	76	75	81
PAKISTÁN	77	79	77
NIGERIA	78	78	80
COSTA DE MARFIL	79	80	79

*Debido a las 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.

** El ranking para los niveles I, II y III está sacado de los 43,80 países de los que existen datos suficientes para calcular el Índice de Madres.

*** El ranking para los niveles I,II y III está sacado de los 43,81 países de los que existen datos suficientes para calcular el Índice de Niños.

PAÍS	ÍNDICE DE MADRES*	ÍNDICE DE MUJERES**	ÍNDICE DE NIÑOS Y NIÑAS***
NIVEL III: PAÍSES MENOS DESARROLLADOS			
MALDIVAS	1	1	4
RUANDA	2	2	9
LESOTO	3	3	2
MALAWI	4	6	7
UGANDA	5	5	9
BUTÁN	6	11	2
MOZAMBIQUE	7	4	26
LAOS	8	8	22
COMOROS	9	12	6
ISLAS SALOMÓN	9	15	1
NEPAL	11	10	14
CAMBOYA	12	9	24
MADAGASCAR	13	7	30
MYANMAR	14	12	11
GAMBIA	15	18	5
BURUNDI	16	14	27
TANZANIA	17	18	14
BANGLADESH	18	16	16
SENEGAL	19	23	8
TIMOR ORIENTAL	20	17	25
MAURITANIA	21	21	19
LIBERIA	22	22	17
TOGO	23	27	12
ETIOPÍA	24	20	36
GUINEA	25	24	23
BENÍN	26	29	12
ZAMBIA	26	28	18
BURKINA FASO	28	26	29
DJIBOUTI	29	30	19
ANGOLA	30	31	32
SIERRA LEONA	31	25	40
GUINEA ECUATORIAL	32	36	28
REP. CENTROAFRICANA	33	33	35
SUDÁN	34	38	30
MALI	35	35	38
ERITREA	36	37	34
R. D. CONGO	37	34	39
CHAD	38	32	41
YEMEN	39	39	33
GUINEA-BISSAU	40	40	36
NÍGER	41	41	41
AFGANISTÁN	42	42	43

*Debido a las 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.

** El ranking para los niveles I, II y III está sacado de los 43,80 países de los que existen datos suficientes para calcular el Índice de Madres.

*** El ranking para los niveles I, II y III está sacado de los 43,81 países de los que existen datos suficientes para calcular el Índice de Niños.

METODOLOGÍA

Y PROCESOS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADOS EN LA ELABORACIÓN DEL ÍNDICE DE MADRES

ÍNDICE DE MADRES COMPLETO

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 y niñas como factores claves para determinar el bienestar de las madres. El año pasado (2007), el Índice de Madres fue revisado para incluir indicadores sobre el estatus económico.

Todos los países con más de 250.000 habitantes fueron situados en uno de los tres tercios de grupos de desarrollo según Naciones Unidas: países más desarrollados, países de desarrollo medio y países menos desarrollados. Se seleccionaron los indicadores para cada grupo que mejor representaran los factores del bienestar materno específico. Para facilitar comparaciones internacionales, además de su exactitud y validez, los indicadores fueron seleccionados en base a la inclusividad (disponibilidad en los países) y variabilidad (capacidad de diferenciar entre países).

Para ajustar las variaciones de disponibilidad de datos a la hora de calcular el índice final, los indicadores de salud materna y bienestar infantil fueron agrupados en subíndices (véase paso 7).

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. Los datos presentados en este informe incluyen información disponible hasta el 1 de marzo de 2011.

Fuertes: Población 2010: United Nations Population Fund. *The State of World Population 2010*. (New York: 2010); Clasificación de regiones desarrolladas: United Nations Population Division. *World Population Prospects: The 2008 Revision*. Population Database. esa.un.org/unpp/index.asp?panel=5

2. En el nivel I se recogieron datos para poder determinar siete indicadores del estatus de las mujeres y tres indicadores del estatus de los niños. Existían datos suficientes para incluir el análisis de dos indicadores adicionales del bienestar de los niños en los niveles II y III. Los indicadores sobre grupos de desarrollo específicos están señalados más adelante.

LOS INDICADORES DEL ESTADO DE SALUD DE LAS MUJERES SON LOS SIGUIENTES:

El riesgo de mortalidad materna

El riesgo que enfrenta una mujer de morir, a lo largo de su vida, en un parto está condicionado por numerosos factores, incluyendo el número de hijos y los intervalos entre dos nacimientos, las condiciones en las que da 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.

Los datos son de 2008. Fuente: *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008*. (Geneva: 2010). whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.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 estudios de muestreos y estiman el porcentaje de mujeres casadas (incluidas las mujeres que viven en parejas de hecho) que utilizan actualmente algún método anticonceptivo moderno (incluyendo la esterilización masculina y femenina, el DIU, la píldora, inyectables, implantes hormonales, preservativos y métodos femeninos de barrera). Los datos de utilización de métodos de contracepción son los más recientes disponibles, de mayo de 2009.

Fuente: Source: United Nations Population Division. *World Contraceptive Use 2009 (Wall Chart)*. www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2009/contraceptive2009.htm

El porcentaje de nacimientos atendidos por personal cualificado

La presencia de personal cualificado durante el 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 matronas. Los datos son de 2000-2006. Dado que la mayor parte de los nacimientos son atendidos por personal cualificado en los países desarrollados, este indicador no está incluido en el Nivel I.

Fuente: United Nations Children's Fund (UNICEF). *The State of the World's Children 2011*. (New York: 2010) Table 8, pp.116-119. www.unicef.org/sowc2011/statistics.php

La esperanza de vida femenina

Los niños y niñas se benefician cuando las madres viven más y tienen vidas saludables. La esperanza de vida refleja el estado de salud, social y económico de una madre y recoge las tendencias en la reducción de la esperanza de vida asociada a la feminización del VIH/SIDA. La esperanza de vida femenina está definida como el promedio de años de vida que una mujer puede esperar vivir si experimenta las actuales tasas de mortalidad de población en cada edad. Los datos son de 2010.

Fuente: United Nations Population Fund (UNFPA). *The State of World Population 2010*. (New York: 2010) pp. 94-98. www.unfpa.org/swp/

EL INDICADOR DEL ESTADO DE EDUCACIÓN DE LAS MUJERES ES:

La previsión del número de años de escolarización formal femenina

La educación es especialmente efectiva para mejorar la salud materna, la libertad de movimientos de las mujeres y su poder de decisión dentro de sus hogares. Las mujeres con formación tienen mayores posibilidades de ganarse la vida y apoyar a sus familias. Los hijos e hijas de las mujeres con formación también tienen más probabilidades de recibir una alimentación saludable, terminar su educación y recibir atención sanitaria adecuada.

La tasa de vida escolar femenina se define como el número de años que una niña en edad escolar permanece en la escuela o universidad, incluidos los años de repetición de cursos. Es la suma de las tasas de escolarización para primaria, secundaria, postsecundaria no terciaria y educación terciaria. Los datos son de 2009 o los del año más reciente disponibles.

Fuente: UNESCO Institute for Statistics (UIS). Data Centre. <http://stats.uis.unesco.org> supplemented with data from UNESCO. *Global Education Digest 2009*. (Montreal: 2009) Table 12, pp.158-167. www.uis.unesco.org/template/pdf/ged/2009/GED_2009_EN.pdf

LOS INDICADORES DEL ESTATUS ECONÓMICO DE LA MUJER SON:

El porcentaje de ingresos estimados femeninos frente a masculinos

Las madres tienden a utilizar los recursos que controlan para cubrir las necesidades de sus hijos e hijas. Cuando las madres son capaces de obtener unos ingresos suficientes y pueden controlar los recursos económicos, los niños sobreviven y prosperan. El porcentaje de ingresos estimados de las mujeres frente a los hombres - cuánto ingresan las mujeres con respecto a los hombres por el mismo trabajo - revela la desigualdad de género en los lugares de trabajo. Los ingresos femeninos y masculinos se han estimado en función del porcentaje de salario no agrícola femenino con respecto al masculino. Las estimaciones están basadas en los datos disponibles del año más reciente entre 1996 y 2007.

Fuente: United Nations Development Programme (UNDP). *Human Development Report 2009*. (New York: 2009) Table K, pp.186-189. <http://hdrstats.undp.org/en/indicators/130.htm>

Los beneficios de baja por maternidad

El indicador de baja por maternidad incluye tanto la duración de tiempo en la que se contemplan beneficios como la amplitud de la compensación. Los datos están recopilados a partir de la Organización Mundial del Trabajo (OIT), basada en información de 2004-2009. Los datos de beneficios de baja por maternidad sólo aparecen en los países del Nivel I donde las mujeres constituyen una parte considerable de la fuerza laboral no agrícola y donde la mayor parte de las mujeres pueden disfrutar de beneficios de la baja por maternidad.

Fuente: United Nations Statistics Division. Statistics and indicators on women and men. Table 5g. Updated December 2010. unstats.un.org/unsd/demographic/products/indwm/tab5g.htm

EL INDICADOR DEL ESTATUS POLÍTICO DE LAS 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. Los datos son del 31 de enero de 2011.

Fuente: Inter-Parliamentary Union (IPU). Women in National Parliaments. www.ipu.org/wmn-e/classif.htm

LOS INDICADORES DEL BIENESTAR DE LOS NIÑOS SON:

La tasa de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años

La tasa de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años tiende a aumentar de forma dramática cuando las madres no reciben cuidados prenatales, no los reciben de forma suficiente o dan a luz en circunstancias difíciles. También cuando los niños no se alimentan exclusivamente de lactancia materna, cuando tan solo un porcentaje pequeño niños son inmunizados o un bajo porcentaje recibe tratamientos preventivos o curativos para las enfermedades infantiles más comunes. La tasa de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años indica la probabilidad, por cada 1.000 nacidos vivos, de que un niño muera entre su nacimiento y su quinto año de vida. Los datos son del año 2009.

Fuente: UNICEF. *The State of the World's Children 2011*. (New York: 2010) Table 1, pp.88-91. www.unicef.org/sowc2011/statistics.php

El porcentaje de niños y niñas menores de cinco años por debajo del peso normal de forma moderada o severa

Una alimentación pobre afecta a los niños de múltiples maneras. Entre otras cosas, puede hacerles más susceptibles a padecer una serie de enfermedades y perjudicar su desarrollo cognitivo. Los niños con bajo peso de forma moderada o severa tienen una desviación de más de dos o tres veces, respectivamente, en comparación con los estándares de peso de la población de referencia. Los datos son del periodo 2003-2009.

Fuente: UNICEF. *The State of the World's Children 2011*. (New York: 2010) Table 2, pp.92-95. www.unicef.org/sowc2011/statistics.php

La tasa bruta de escolarización preescolar

La atención y educación infantil incluye la escolarización en educación preescolar, el apoyo al crecimiento, desarrollo, aprendizaje y supervivencia infantil. También contribuye a una salud adecuada, a la reducción de la pobreza y puede proporcionar apoyo para los padres trabajadores, especialmente las madres. La tasa bruta de escolarización preescolar es el número total de niños y niñas escolarizados en educación preescolar, independientemente de su edad, expresada como un porcentaje del número total de niños en edad de enseñanza oficial preescolar. Esta tasa puede ser superior al 100% cuando los niños entran en la escuela más tarde de la edad oficial de ingreso o no avanzan en los cursos según las tasas esperadas. Los datos proceden del final del curso 2009 o los más recientes disponibles. La tasa de escolarización preescolar sólo se analiza en los países del Nivel I.

Fuente: UNESCO Institute for Statistics (UIS). Data.Centre.stats.uis.unesco.org

La tasa bruta de escolarización primaria

La tasa bruta de escolarización primaria refleja el número total de niños y niñas inscritos en la escuela primaria, independientemente de su edad, expresado como porcentaje del total de niños en edad de enseñanza primaria. Los datos son del 2009 o los más recientes disponibles.

Fuente: UNESCO Institute for Statistics (UIS). Data Centre. stats.uis.unesco.org, supplemented with data from UNESCO. *Global Education Digest 2009*. (Montreal: 2009) Table 3, pp.84-93. www.uis.unesco.org/template/pdf/ged/2009/GED_2009_EN.pdf and UNICEF. Primary School Participation. www.childinfo.org/education_primary.php

El índice de paridad de género

Educar a las niñas es una de las formas más efectivas de mejorar el bienestar de mujeres, niños y niñas. El porcentaje de escolarización de niñas con respecto a niños en la enseñanza primaria – o índice de paridad de género – mide las disparidades de género en la escuela primaria. Se calcula a partir del número de niñas inscritas en la enseñanza primaria por cada 100 niños, independientemente de su edad. Una puntuación de 1 equivale a igual número de niños y niñas escolarizados, una puntuación entre 0 y 1 indica una disparidad en favor de los niños, una puntuación más alta de 1 indica una disparidad en favor de las niñas. Los datos corresponden al curso académico finalizado en 2009 o al más reciente disponible. Este indicador se incluye en el Nivel III, en el que la brecha de igualdad de las niñas en el acceso a la educación es la mayor del mundo.

Fuente: UNESCO Institute for Statistics (UIS). Data Centre. stats.uis.unesco.org

El porcentaje bruto de escolarización secundaria

Refleja el número total de niños y niñas inscritos en la escuela secundaria, independientemente de su edad, expresado como porcentaje del total de niños en edad de enseñanza secundaria. Los datos son del curso académico finalizado en 2005 o los más recientes disponibles. Este indicador no es tenido en cuenta en el Nivel III, donde muchos niños y niñas todavía no asisten a la escuela primaria y no hay transición a niveles más altos.

Fuentes: UNESCO Institute for Statistics (UIS). Data Centre. stats.uis.unesco.org, supplemented with data from UNESCO. *Global Education Digest 2009*. (Montreal: 2009) Table 5, pp.104-113. www.uis.unesco.org/template/pdf/ged/2009/GED_2009_EN.pdf and UNICEF. Secondary School Participation. www.childinfo.org/education_secondary.php

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 para beber y de agua para cocinar y lavar. Este 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 "acondicionadas" 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 2008.

Fuente: UNICEF. *The State of the World's Children 2011*. (New York: 2010) Table 3, pp.96-99. www.unicef.org/sowc2011/statistics.php

3. La falta de datos ha sido cubierta cubierta, cuando posible, con datos de la misma fuente publicados un año anterior, como señala la tabla desplegable en este apéndice.

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

5. Para cada uno de los indicadores se crearon puntuaciones estándar, o puntuaciones Z, aplicando la siguiente fórmula: $z = (x - \bar{x})/s$, donde:

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

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

Nota sobre algunos indicadores específicos

- Para facilitar las comparaciones entre países, la duración de la baja por maternidad se ha convertido a días y la compensación se ha establecido en la media del período completo de paga.
- 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 $100 - (107 - 105)$, o 98) o la tasa neta respectiva de escolarización del país, la que sea más alta.
- Para evitar que se premien países en los que los progresos en la educación de las niñas se hace a expensas de los niños, países con paridad de género superior a 1.02 (un indicador de desigualdad de género que desfavorece a los niños) la puntuación se descontó a 1.00.
- Para contar con datos del mayor número de países posible, los países que no cuentan con un parlamento, o donde ha sido disuelto han sido marcados con un “0” en representación política a la hora de calcular las tablas.

7. Con las puntuaciones Z de los cuatro indicadores relativos a la salud de las mujeres se ha hecho un promedio para crear un índice de puntuación del estado de salud de las mujeres. En el Nivel I, una puntuación del estatus económico de las mujeres fue calculado como un promedio ponderado del porcentaje de ingresos femeninos respecto a masculinos (75%), amplitud de la baja por maternidad (12,5%) y porcentaje de salario pagado (12,5%). Un Índice de bienestar de Niños – el Índice de niños – fue también creado primero calculando la media de los indicadores de educación, y realizando después un promedio de todas las puntuaciones Z. En esta etapa, los países que no disponían de más de un indicador en cada índice fueron eliminados de la muestra.

Los países que carecían de cualquiera de los otros indicadores (estatus educativo, económico o político) fueron también eliminados. Un Índice de mujeres fue después calculado como una media ponderada del estatus de salud (30%), estatus educativo (30%), estatus económico (30%) y estatus político (10%).

8. 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 algunos 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.

Créditos fotografías

Portada: Andy Hall

Pag. 3: Colin Crowley

Pag. 11: Michael Bisceglie

Pag. 17: Louise Dyring

Pag. 21: Joshua Roberts

Pag. 28: Rachel Palmer

Pag. 29: Mats Lingel

Contraportada: Pep Bonet/Noor



www.savethechildren.es



Save the Children