

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2008

**Supervivencia
infantil**



únete por
la niñez

unicef 

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2008

Agradecimientos

Este informe no hubiera sido posible sin los consejos y contribuciones de muchas personas, tanto dentro como fuera de UNICEF. Las siguientes oficinas de UNICEF sobre el terreno nos hicieron llegar importantes comentarios: Afganistán, Angola, Argentina, Bangladesh, Benín, Bolivia, Bosnia y Herzegovina, Brasil, Camboya, Camerún, Chile, China, Colombia, Congo, Côte d'Ivoire, Ecuador, Egipto, Eritrea, Gambia, Ghana, Haití, India, Jamaica, Jordania, Kazajstán, Kenya, Marruecos, Mongolia, Mozambique, Nicaragua, Níger, Nigeria, Pakistán, Papua Nueva Guinea, Perú, República Bolivariana de Venezuela, República Dominicana, República Islámica del Irán, República Unida de Tanzania, Santa Lucía, Senegal, Somalia, Sudáfrica, Sudán, Surinam, Tayikistán, Timor-Leste, Turkmenistán, Uganda, Uruguay, Yemen, Zambia y Zimbabwe. También se recibieron aportes de las oficinas regionales de UNICEF y el Centro de Investigaciones Innocenti.

Nuestro agradecimiento más sincero a la Presidenta Ellen Johnson-Sirleaf, Tedros Adhanom, Paul Farmer, Paul Freeman, Melinda French Gates, Jim Yong Kim, Elizabeth N. Mataka y Henry Perry.

INVESTIGACIÓN Y ORIENTACIÓN DE POLÍTICAS

División de Programas; División de Políticas y Planificación

TABLAS ESTADÍSTICAS

Sección de Información Estratégica, División de Políticas y Planificación

DISEÑO Y PRODUCCIÓN

Prographics, Inc.

IMPRESIÓN

Hatteras Press, Inc.

Producido, traducido y distribuido por la Sección de Edición, Diseño y Publicaciones, División de Comunicaciones

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), diciembre de 2007

Para reproducir cualquier sección de esta publicación es necesario solicitar permiso. Sírvase dirigirse a:

Sección de Edición, Diseño y Publicaciones

División de Comunicaciones, UNICEF

3 UN Plaza, NY, NY 10017, EEUU

Tel: 212 326 7434

Fax: 212 303 7985

Correo electrónico: nyhqdoc.permit@unicef.org.

Se garantizará el permiso de reproducción gratuito a las organizaciones educativas o sin fines de lucro. A otro tipo de entidades se les solicitará que paguen una pequeña cantidad de dinero.

Los comentarios representan los puntos de vista de los autores y no representan forzosamente las posiciones del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Para cualquier error que se descubra después de la impresión, visite nuestra página web en <www.unicef.org/publications>

ISBN: 978-92-806-4193-6 (español) 978-92-806-4192-9 (francés)
978-92-806-4191-2 (inglés) No. de ventas: S.08.XX.1 (español)
F.08.XX.1 (francés) E.08.XX.1 (inglés)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

3 United Nations Plaza

Nueva York, NY 10017, EEUU

Correo electrónico: pubdoc@unicef.org

Internet: www.unicef.org/spanish

Fotografía de portada: © UNICEF/HQ07-0108/

Thierry Delvigne Jean

Prefacio

En 2006, por primera vez en la historia reciente, la cifra total de muertes anuales entre los niños y niñas menores de cinco años fue inferior a los 10 millones, al situarse en los 9,7 millones. Esto representa una reducción de un 60% de la tasa de mortalidad en la infancia desde 1960.

Sin embargo, no podemos permitirnos un exceso de confianza. La pérdida de 9,7 millones de vidas jóvenes todos los años es inaceptable, especialmente cuando muchas de estas muertes se pueden evitar. A pesar de los progresos, el mundo no está todavía en camino de reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de menores de cinco años en 2015, que es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Los datos recopilados por el Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad revelan que se han alcanzado progresos en diversos países de todas las regiones del mundo. Desde 1990, la tasa de mortalidad de menores de cinco años de China ha descendido de 45 muertes por cada 1.000 nacidos vivos a 24 por cada 1.000, una reducción de un 47%. La tasa de mortalidad de menores de cinco años de la India se ha reducido en un 34%. Desde 1990, seis países han conseguido reducir las tasas en un 50%: Bangladesh, Bhután, Bolivia, Eritrea, el Nepal y la República Popular Democrática Lao. Sin embargo, sus tasas de mortalidad de menores de cinco años siguen siendo elevadas. Y Etiopía ha logrado reducir esa tasa en casi un 40% desde 1990.

De los 62 países que no han logrado ningún progreso, o progresos insuficientes, hacia el Objetivo de Desarrollo del Milenio sobre supervivencia infantil, cerca de un 75% se encuentran en África. En algunos países de África meridional, la prevalencia del VIH y el SIDA ha hecho retroceder las reducciones en la mortalidad de menores de cinco años que se habían registrado anteriormente. Alcanzar el objetivo en estos países exigirá un esfuerzo concertado.

La puesta en práctica de intervenciones básicas de salud generalizadas, entre ellas la lactancia materna temprana y exclusiva, la inmunización, la administración de vitamina A y la utilización de mosquiteros tratados con insecticida para evitar el paludismo, son esenciales para ampliar la escala de los progresos, tanto en África subsahariana como en otras partes.

Hay que hacer más para aumentar el acceso al tratamiento y a los medios de prevención, para abordar las

repercusiones devastadoras de la neumonía, la diarrea, el paludismo, la desnutrición grave aguda y el VIH.

Sabemos que es posible salvar vidas cuando los niños y niñas tienen acceso a servicios comunitarios de salud, respaldados por un sistema eficaz de remisión de casos.



© UNICEF/H007-1608/Georgina Cranston

El objetivo debe ser prestar intervenciones decisivas a escala comunitaria, como parte de una serie de actividades integradas para apoyar la creación de sólidos sistemas nacionales de salud. Y es preciso prestar una especial atención a las necesidades especiales de las mujeres, de las madres y de los niños y niñas recién nacidos.

El Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, a invitación de la Unión Africana, han preparado conjuntamente un marco –que se analiza minuciosamen-

te en el informe *Estado Mundial de la Infancia* de este año– para ayudar a los países africanos a lograr el ODM relacionado con la supervivencia infantil.

Una fuente de esperanza es el nuevo impulso que ha cobrado la salud en el mundo. El interés público y privado es muy grande y, con el fin de capitalizar este impulso, se han establecido y reforzado una serie de alianzas innovadoras.

Las alianzas encierran la promesa de acelerar los progresos hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. UNICEF trabaja estrechamente con los aliados del sistema de las Naciones Unidas y con los gobiernos, con las organizaciones regionales y no gubernamentales, las fundaciones y el sector privado, para coordinar las actividades y combinar los conocimientos técnicos y la información.

Nuestro desafío ahora es actuar con un sentimiento colectivo de urgencia para ampliar la escala de todo aquello que ya ha demostrado dar buenos resultados.

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

CONTENIDO

Agradecimientos.....ii

Prólogo

Ann M. Veneman

Directora Ejecutiva, UNICEFiii

1 Supervivencia infantil: la situación actual

Resumenvi

Recuadros

Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años, indicador básico de la salud infantil2

Causas subyacentes y estructurales de la mortalidad de madres y niños3

Supervivencia de los recién nacidos4

Causas inmediatas de las defunciones infantiles.....8

Neumonía: el asesino olvidado de los niños10

Atención continua a la salud de la madre, del recién nacido y del niño a través del tiempo y del espacio17

Salud infantil en situaciones complejas de emergencia18

La importancia de dotar a las mujeres de medios para impulsar la salud materna, neonatal e infantil20

Inscripción de los nacimientos: una medida importante para acceder a los servicios esenciales.....22

Supervivencia infantil en situaciones posteriores a los conflictos: desafíos y triunfos de Liberia, por la Presidenta Ellen Johnson-Sirleaf24

Gráficos

1.1 Los beneficios de cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 y las consecuencias negativas de no cumplirlo ..2

1.2 Tasas mundiales de mortalidad neonatal, 20004

1.3 Intervenciones sencillas y de alto impacto para salvar las vidas de los recién nacidos, como parte del proceso de atención continua a la salud materno-infantil5

1.4 A escala mundial, la tasa de mortalidad en la infancia se redujo casi un 25% entre 1990 y 20066

1.5 Menos de 10 millones de niños menores de cinco años murieron en 20066

1.6 La reducción de la mortalidad en la infancia que se ha registrado en el mundo no basta para alcanzar el ODM 4...7

1.7 Casi un tercio de los 50 países menos adelantados han reducido sus tasas de mortalidad de menores de cinco años en un 40% o más desde 19908

1.8 Distribución mundial de la mortalidad por causas específicas entre los niños menores de cinco años.....8

1.9 Salud y Objetivos de Desarrollo del Milenio9

1.10 Más de la mitad de los niños menores de cinco años con síntomas de neumonía visitan a un profesional sanitario apropiado10

1.11 Asia meridional tiene el nivel más alto de desnutrición de todas las regiones11

1.12 La probabilidad de muerte materna es mucho más alta en el mundo en desarrollo que en los países industrializados12

1.13 Los bajos niveles de atención materna contribuyen a las altas tasas de mortalidad entre las madres de Asia meridional y África subsahariana12

1.14 Casi el 90% de los casos de infección pediátrica con el VIH se registran en África subsahariana13

1.15 Cerca del 80% de la población del mundo en desarrollo tiene acceso a fuentes mejoradas de agua14

1.16 Solo la mitad de la población del mundo en desarrollo tiene acceso a servicios adecuados de saneamiento14

1.17 Los 60 países prioritarios en materia de supervivencia infantil propuestos por la iniciativa Cuenta Regresiva para 201516

1.18 Conectar la salud materna, neonatal e infantil con la atención continua17

1.19 Conectar la asistencia dispensada en el hogar y los establecimientos sanitarios para reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil17

1.20 Las tasas más bajas de registro de los nacimientos corresponden a Asia meridional y a África subsahariana22

2 Experiencias adquiridas a partir de la evolución de las prácticas y los sistemas de atención de salud

Resumen26

Recuadros

La Iniciativa relativa al sarampión28

Días Nacionales de Inmunización y Días de la Salud Infantil ..32

Financiación del sector de la salud: enfoque sectorial e Iniciativa en favor de los países pobres muy endeudados33

Atención Integrada a las Enfermedades Neonatales y de la Infancia en la India35

La Iniciativa de Bamako36

Enfoque diagonal: la fórmula de México38

Programa acelerado de supervivencia y desarrollo de la infancia en África occidental40

Repercusiones del VIH y el SIDA sobre las mujeres y los niños de África, por Elizabeth N. Mataka42

Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño ..43

Gráficos

2.1 Carga mundial de mortalidad por sarampión29

2.2 Atención primaria de salud selectiva y tendencias de las tasas de inmunización desde 198035

2.3 AIEPI – Asistencia individualizada a niños enfermos de 2 meses a 5 años de edad en centros de salud ambulatorios, en centros de derivación de primer nivel y en el hogar ..37

2.4 Marco conceptual para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud39

Supervivencia infantil

3 Alianzas comunitarias para la atención primaria de las madres, los recién nacidos y la infancia

Resumen44

Recuadros

Prácticas básicas para las intervenciones de atención de la salud en las comunidades	47
Aspectos comunes y desafíos de las alianzas comunitarias en salud y nutrición.....	48
India: reducir la desnutrición mediante las alianzas comunitarias.....	50
Evitar la transmisión de madre a hijo del VIH: repercusiones de los programas “mothers2mothers” en África oriental y meridional.....	52
La capacidad de liderazgo impulsa el cambio para las madres y la infancia en Etiopía, <i>por Tedros Adhanom</i>	54
Objetivo Mozambique: reducir la mortalidad de menores de cinco años con un programa basado en la comunidad	59
Alianzas comunitarias en los sistemas hídricos y el saneamiento escolar	60

Gráfico

3.1 Prevalencia del retraso en el crecimiento por edad (en meses)	51
---	----

4 Fortalecer las alianzas comunitarias, la atención continua y los sistemas de salud

Resumen62

Recuadros

Ampliación de la escala: nutrición adecuada para las madres, los recién nacidos y los niños y niñas	66
Presupuestación de costes marginales frente a los estrangulamientos.....	70
Ampliación de la escala: agua potable, saneamiento adecuado y mejores prácticas de higiene.....	74
La necesidad urgente de abordar la crisis de trabajadores sanitarios en África	76
Argumentos a favor de la supervivencia infantil y otros objetivos de desarrollo del milenio en África subsahariana	78
Objetivo Botswana: ampliación de la prevención y el tratamiento del VIH por medio de alianzas comunitarias	81
Promover la transparencia y la buena gestión de los asuntos públicos en relación con la prestación de servicios sanitarios	83
Financiación basada en el rendimiento en Rwanda.....	84
Objetivo Brasil: crear una red nacional de sistemas sanitarios de ámbito comunitario	86
Una nueva forma de colaborar con las instituciones multilaterales	88

Derechos humanos, atención sanitaria en el ámbito comunitario y supervivencia infantil, *por Paul Farmer y Jim Yong Kim*.....90

Gráficos

4.1 Marco conceptual para la ampliación de la atención primaria en los países en desarrollo	64
4.2 Modos de abordar los estrangulamientos en la prestación de servicios sanitarios	69
4.3 Estimación de la repercusión y del coste de los módulos mínimos, ampliados y máximos del marco estratégico para África	78
4.4 Fuentes de financiación 2007–2015	79
4.5 Brasil: Grandes disparidades en los índices de mortalidad infantil entre distintas regiones y dentro de regiones determinadas, clasificadas según el nivel familiar de ingresos y el origen étnico materno, 2002	87

5 Unidos en pro de la supervivencia infantil

Resumen94

Recuadros

Fortalecer los mecanismos de recogida y vigilancia de datos para la toma de decisiones de salud pública	100
Al otro lado de la estera: unidos en pro de la supervivencia y la salud materna, neonatal e infantil, <i>por Melinda French Gates</i>	102

Gráfico

5.1 Corrientes financieras específicas hacia los países en desarrollo	99
---	----

Referencias104

Tablas Estadísticas109

Posición de los países según su TMM5	113
Tabla 1: Indicadores básicos.....	114
Tabla 2: Nutrición	118
Tabla 3: Salud.....	122
Tabla 4: VIH/SIDA	126
Tabla 5: Educación.....	130
Tabla 6: Indicadores demográficos	134
Tabla 7: Indicadores Económicos.....	138
Tabla 8: Situación de las mujeres.....	142
Tabla 9: Protección infantil	146
Tabla 10: Ritmo de progreso	150

Glosario154



RESUMEN

La mortalidad en la infancia es un indicador importante del desarrollo de los países y una evidencia certera de sus prioridades y valores. Invertir en la salud de los niños y sus madres no solo es primordial desde el punto de vista de los derechos humanos; también es una decisión económica sensata y una de las maneras más seguras en que los países pueden encaminarse hacia un futuro mejor.

Desde 1990, incluso los países más pobres han registrado mejoras impresionantes en sus tasas de supervivencia y en la salud de la niñez. No obstante, cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 (ODM 4), a saber, reducir en dos tercios la mortalidad de niños menores de cinco años a escala mundial entre 1990 y 2015, exigirá

realizar nuevos esfuerzos. Aunque lograr este objetivo aún es posible, el reto es formidable.

Conquistar la meta significa reducir el número de defunciones infantiles de 9,7 millones que se produjeron en 2006 a aproximadamente 4 millones en 2015. Esto requerirá trabajar aceleradamente en múltiples frentes: reducir la pobreza y el hambre (ODM 1); mejorar la salud materna (ODM 5); combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades graves (ODM 6); aumentar el acceso a agua y saneamiento mejorados (ODM 7) y suministrar medicamentos esenciales a precios asequibles de manera sostenible (ODM 8). Así mismo, será preciso reexaminar las estrategias que tratan de beneficiar a las poblaciones más pobres y marginadas.

Todos los niños tienen derecho a una vida sana. *Un grupo de niños y niñas en un centro infantil de la comunidad en Malawi.*

Los notables progresos en materia de reducción de la mortalidad en la infancia que realizaron muchos países en desarrollo durante las últimas décadas son motivo de optimismo. Las causas de la mortalidad en la infancia, al igual que las soluciones, son bien conocidas. Ya existen intervenciones sencillas, asequibles y con la capacidad de salvar las vidas de millones de niños. El desafío consiste en beneficiar con esas intervenciones –en el marco de un proceso de atención continua de la salud materna, neonatal e infantil– a los millones de niños y familias que, hasta ahora, no han tenido acceso a ellas.

Supervivencia infantil: la situación actual

La situación en estos momentos

¿Cuánto vale una vida? La mayoría de nosotros sacrificaríamos mucho con tal de salvar la vida de un solo niño. Sin embargo, nuestras prioridades no son las mismas a escala mundial. En el mundo entero mueren diariamente, como promedio, más de 26.000 niños menores de cinco años, y casi todas esas muertes ocurren en el mundo en desarrollo o, más precisamente, en 60 países en desarrollo. Más de un tercio de esos niños y niñas mueren durante el primer mes de vida, generalmente en su hogar y sin acceso a servicios esenciales de salud ni a los productos básicos que podrían salvarlos. Pero esas defunciones se pueden evitar. Algunos niños mueren por infecciones respiratorias o diarreicas que ya no constituyen amenaza alguna en los países industrializados, o por enfermedades propias de la primera infancia que se pueden evitar fácilmente mediante la vacunación, como el sarampión. La desnutrición, que priva al organismo y al cerebro de los niños de los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo, es la causa subyacente de hasta el 50% de las defunciones de menores de cinco años. El agua no apta para el consumo, las malas condiciones de saneamiento y la higiene inadecuada

también contribuyen a la mortalidad y la morbilidad en la infancia.

En 2006, el año más reciente del cual se tienen estimaciones sólidas, cerca de 9,7 millones de niños y niñas murieron antes de su quinto cumpleaños. Aunque las cifras han cambiado, el problema no es menos doloroso hoy que hace 25 años, cuando el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) puso en marcha la “revolución de la supervivencia infantil”. Las actividades de la comunidad para el desarrollo en materia de la supervivencia infantil están centradas en el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 (ODM 4), que busca reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años a escala mundial entre 1990 y 2015. Debido a que, en 1990, las muertes infantiles ascendieron a cerca de 13 millones en términos absolutos, conquistar el ODM 4 implica que ese número deberá reducirse a la mitad durante los próximos siete años, o sea, a menos de 13.000 por día o menos de 5 millones por año¹.

La enormidad del desafío no se debe subestimar. El mundo tendrá que reducir el número de muertes infantiles entre 2008 y 2015 a un ritmo mucho más acelerado de lo que lo ha hecho desde 1990 (véase

el Gráfico 1.6, pág. 7). Más aún, la mayoría de los esfuerzos deben centrarse en las situaciones y circunstancias más difíciles: en los países de escasos recursos, en los distritos y las comunidades más empobrecidas, aisladas y marginadas y en los países asolados por el SIDA y los conflictos armados. También se deben centrar en los países con una deficiente gestión de los asuntos públicos y una subinversión crónica en la infraestructura física y en los sistemas de salud pública.

Seguir las mismas prácticas de siempre no será suficiente para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud de la niñez. Esto es evidente en África subsahariana, la región más atrasada en casi todos los ODM relativos a la salud, pero también en varios países de Asia meridional y en otros países del mundo en desarrollo. Si las tendencias actuales se mantienen, en 2015 se registrarán 4,3 millones de muertes infantiles que se habrían podido evitar si se hubiera alcanzado el ODM 4 (véase el Gráfico 1.1, pág. 2).

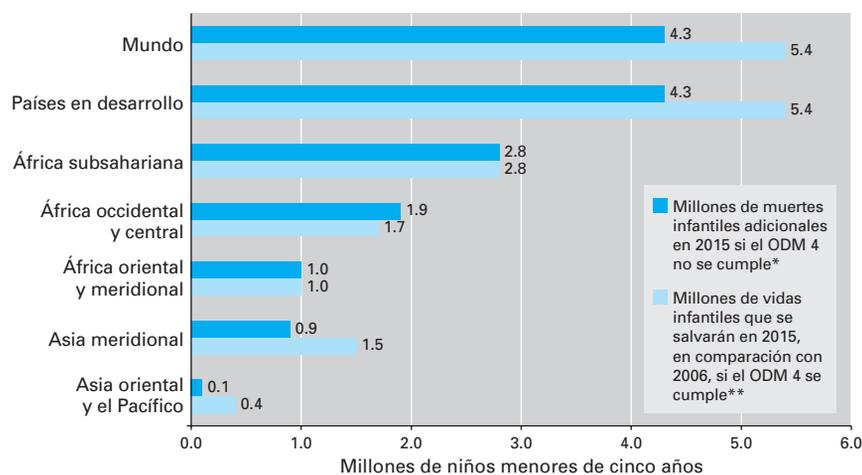
Para destacar la necesidad de que los temas relacionados con la infancia ocupen un lugar central en los programas internacionales, el *Estado Mundial de la Infancia 2008* retoma la idea que marcó la publicación

de la serie, a comienzos de los años 1980. Entonces, como ahora, UNICEF y sus aliados aspiraban a reducir a la mitad las muertes infantiles en una fecha límite. Entonces, como ahora, se propusieron soluciones y estrategias sencillas, eficaces, prácticas y de bajo costo para reducir la mortalidad en la infancia y mejorar la salud de la niñez. Ahora, como entonces, se está invitando a aliados de todos los sectores del quehacer humano –desde dirigentes religiosos hasta embajadores de buena voluntad, desde alcaldes hasta Jefes de Estado, desde estrellas deportivas hasta parlamentarios, desde asociaciones profesionales hasta sindicatos– a vincularse a la causa de la supervivencia y el desarrollo infantil.

A diferencia de los años 1980, cuando a menudo libraba una lucha solitaria por la causa de la supervivencia infantil, hoy acompañan a UNICEF en esta empresa numerosos aliados.

Gráfico 1.1

Los beneficios de cumplir el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 y las consecuencias negativas de no cumplirlo



* Número de muertes adicionales de menores de cinco años que se registrarán en 2015 si se mantienen las tasas anuales de reducción de la actualidad.

** Número de muertes de niños menores de cinco años que se evitarán solo en 2015, en comparación con 2006, si se consigue la meta del ODM 4 de reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de menores de cinco años observada en 1990.

Fuente: Estimaciones de UNICEF, con base a los datos que figuran en las tablas estadísticas 1 y 10, págs. 114 y 150 de este informe.

Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años, indicador básico de la salud infantil

La tasa de mortalidad entre los niños menores de cinco años –también conocida por su acrónimo, TMM5, o sencillamente como tasa de mortalidad en la infancia– indica la probabilidad de perder la vida entre el nacimiento y exactamente los cinco años de edad, expresada por cada 1.000 nacimientos vivos, si se mantuvieran las tasas de mortalidad actuales. La TMM5 tiene varias ventajas como indicador del bienestar de los niños, en general, y de su salud, en particular.

En primer lugar, mide un “resultado” del proceso de desarrollo más que una “aportación”, como la disponibilidad de calorías per cápita o el número de médicos por cada 1.000 habitantes, que constituyen medios para alcanzar un fin.

En segundo lugar, la TMM5 es el resultado de una gran variedad de aportaciones, entre ellas, el estado nutricional de las madres y sus conocimientos básicos sobre salud; la cobertura de inmunización y de terapia de rehidratación oral; el acceso a servicios de atención materno-infantil (incluida la atención prenatal); los

ingresos de la familia y su disponibilidad de alimentos; el acceso a agua apta para el consumo y a servicios básicos de saneamiento, y el grado de seguridad del entorno del niño.

En tercer lugar, la TMM5 es menos susceptible a la falacia del promedio estadístico que, por ejemplo, el ingreso nacional bruto per cápita. Esto obedece a que en la escala natural no es posible que los hijos de los ricos tengan 1.000 veces más probabilidades de sobrevivir, aun cuando en la escala humana sí es posible que tengan un ingreso 1.000 veces más alto. En otras palabras, es mucho más difícil que una minoría adinerada afecte a la TMM5 de un país y, por lo tanto, este indicador da una idea más precisa –aunque imperfecta– sobre el estado de salud de la mayoría de los niños (y de la sociedad como un todo).

Véanse las referencias, pág. 104.

Las alianzas que se establecieron durante las dos décadas pasadas han sido vitales para abordar problemas que exigen cambios sistémicos y socioculturales más complejos de lo que se esperaba cuando se inició la revolución de la supervivencia infantil. *El Estado Mundial de la Infancia 2008* expone los resultados derivados de estas alianzas y de las experiencias hacia la supervivencia y la salud infantil de las últimas décadas.

Por qué es importante la supervivencia infantil

Más allá del dolor y el sufrimiento que causa la muerte de cualquier niño, invertir en la salud de la infancia es una medida sensata por diversos motivos. Privar a los lactantes y a los niños pequeños de una atención básica de salud y de los nutrientes que necesitan para crecer y desarrollarse sanamente es predisponerlos a fracasar en la vida. En cambio, brindarles una nutrición adecuada

y un entorno seguro y estimulante aumenta su probabilidad de sobrevivir y desarrollar plenamente el pensamiento, el lenguaje y las habilidades emocionales y sociales, a la vez que disminuye su probabilidad de enfermarse y presentar otros problemas de salud. Así mismo, garantiza un mejor rendimiento escolar y aumenta la probabilidad de que lleguen a ser personas productivas y útiles a la sociedad.

Invertir en la infancia también es una medida lógica desde el punto de vista económico. Según el Banco Mundial, la inmunización y la administración de suplementos de vitamina A son dos de las intervenciones de salud pública más eficaces en función de su costo.

Mejorar la ingesta de vitamina A aumenta la resistencia a las enfermedades y reduce la probabilidad de morir². Por una suma módica se puede proteger a un niño contra la carencia de vitamina A y contra varias

enfermedades mortales, como la difteria, la tos ferina, el tétanos, la poliomielitis, el sarampión, la tuberculosis, la hepatitis B y Hib (*Haemophilus influenzae tipo b*), una causa importante de neumonía y meningitis³. Tratar a los niños VIH positivos con cotrimoxazol, un antibiótico de bajo costo, reduce drásticamente la mortalidad por infecciones oportunistas.

Mejorar las tasas de supervivencia y el estado de salud de los niños también propicia dinámicas poblacionales más equilibradas. Cuando los progenitores están convencidos de que sus hijos van a sobrevivir, es más probable que procreen menos y que cuiden mejor a los hijos que ya tienen. Y, no menos importante, los países pueden invertir más en cada niño⁴.

Las cifras

Muchos menos niños mueren hoy que en 1960, el primer año sobre el cual se dispone de cifras anuales de mortalidad en la infancia. De hecho, en el

Causas subyacentes y estructurales de la mortalidad de madres y niños

La mortalidad y la desnutrición de las madres, los recién nacidos y los niños pequeños comparten una serie de causas estructurales y subyacentes, entre ellas:

- Servicios de salud y nutrición pobremente dotados, sin capacidad de respuesta y culturalmente inapropiados.
- Inseguridad alimentaria.
- Prácticas inadecuadas de alimentación.
- Higiene deficiente y falta de acceso a agua salubre o a instalaciones adecuadas de saneamiento.
- Analfabetismo de la mujer.
- Embarazo precoz.
- Discriminación y exclusión de las madres y los niños del acceso a servicios y productos esenciales de salud y nutrición debido a la pobreza y a la marginación geográfica o política.

Estos factores se traducen en millones de muertes innecesarias todos los años. Por su naturaleza amplia e interrelacionada, deben ser abordados a diferentes niveles –gobiernos, comunidad internacional, comunidades, familias y proveedores de servicios– y de un modo integrado para obtener resultados verdaderamente positivos.

Las soluciones a estos obstáculos son bien conocidas, en particular las que se refieren a las causas directas de muerte de las madres, los lactantes y los niños pequeños. Entre esas soluciones se cuenta la prestación de un conjunto de servicios esenciales de salud primaria a los niños, sobre la base de un proceso de atención continua que se inicia durante el embarazo y continúa durante el parto y el período postnatal, lo que significa que los niños acceden a servicios asistenciales durante sus primeros años de vida, que son cruciales para ellos (véase el recuadro en la pág. 17 para obtener una definición completa del proceso de atención continua).

Véanse las referencias, pág. 104.

Supervivencia de los recién nacidos

Hasta mediados de los años 1990, las estimaciones sobre el número de muertes durante el período neonatal (el primer mes de vida) provenían de datos históricos más que de encuestas. Gracias a las encuestas en hogares, en 1995 y 2000 se empezó a disponer de estimaciones más rigurosas, y los análisis pusieron de relieve que los datos anteriores no habían dado una idea cabal de la magnitud del problema. Pese a que la tasa de mortalidad neonatal a escala mundial ha disminuido ligeramente desde 1980, las muertes de recién nacidos se han vuelto proporcionalmente más significativas porque la reducción ha sido más lenta que la mortalidad de niños menores de cinco años. Entre 1980 y 2000, el número de muertes durante el primer mes de vida bajó un 25%, mientras que el número de defunciones de niños de un mes a cinco años se redujo un tercio.

Los últimos datos indican que todos los años mueren 4 millones de recién nacidos en su primer mes de vida y que hasta la mitad de esas defunciones ocurren durante las primeras 24 horas. Los recién nacidos tienen aproximadamente 500 veces más probabilidades de morir el día del nacimiento que cuando tienen un mes de vida. La mortalidad de recién nacidos representa casi el 40% de todas las muertes de menores de cinco años y alrededor del 60% de las de lactantes (menores

de un año). El número absoluto más alto de defunciones neonatales se registra en Asia meridional –la India contribuye con una cuarta parte del total mundial–, pero las tasas nacionales más altas de mortalidad neonatal corresponden a África subsahariana. Un factor común en todas esas muertes es la salud de las madres. Todos los años mueren más de 500.000 mujeres durante el parto o por complicaciones del embarazo. Los recién nacidos cuyas madres fallecen durante el alumbramiento tienen muchas más probabilidades de morir en su primer año de vida que aquellos cuyas madres continúan con vida.

Pero incluso estas cifras se quedan cortas frente a la magnitud de los problemas que afectan a la salud de los niños durante el período neonatal. Por ejemplo, más de 1 millón de los que sobreviven todos los años la asfixia del parto presentan trastornos como parálisis cerebral y dificultades de aprendizaje. Por cada recién nacido que muere, 20 sufren daño durante el parto, presentan complicaciones derivadas del nacimiento prematuro u otros problemas neonatales.

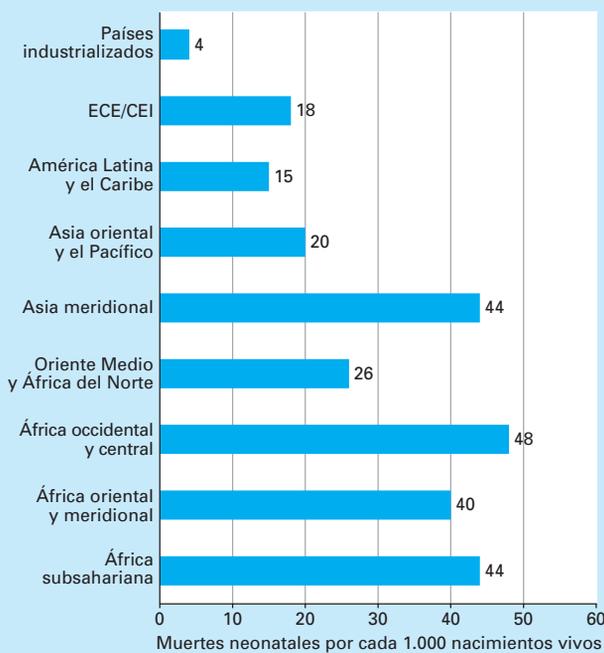
Lograr mejoras importantes durante el período neonatal dependerá del desarrollo de intervenciones esenciales para las madres y los recién nacidos antes, durante e inmediatamente después del parto. De acuerdo con las últimas estimaciones para 2000-2006, actualmente el 25% de las mujeres embarazadas del mundo en desarrollo no reciben siquiera la visita de un profesional de la salud (médico, enfermera o partera), solo el 59% de los partos cuentan con asistencia calificada y apenas un poco más de la mitad de los lactantes nacen en establecimientos sanitarios.

Evitar las muertes de recién nacidos es fundamental para reducir la mortalidad en la infancia. La Serie sobre Supervivencia Neonatal que publicó la revista *The Lancet* en 2005 calcula que de los 4 millones de muertes anuales se podrían evitar 3 millones si se amplía la escala (una cobertura del 90%) de un conjunto de intervenciones rentables y de comprobada eficacia que se aplican a través de servicios de extensión, de las familias, las comunidades y los centros de salud, en el marco de un proceso continuo de atención neonatal (períodos preparto, intraparto y posparto). Si bien es indispensable que la asistencia calificada sea cada vez más frecuente, la Serie sobre Supervivencia Neonatal subraya la importancia de poner en práctica soluciones provisionales que podrían salvar casi el 40% de las nuevas vidas. También es vital ampliar el alcance de los programas de prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño.

Entre las acciones que se deben emprender para salvar las vidas de los recién nacidos está el desarrollo de proyectos nacionales basados en evidencias, orientados a los resultados y que incorporen estrategias específicas para beneficiar a los sectores menos favorecidos de la población. También se requiere una mayor financiación, metas convenidas para reducir la mortalidad neonatal, y más armonización y responsabilidad de las partes a escala internacional.

Gráfico 1.2

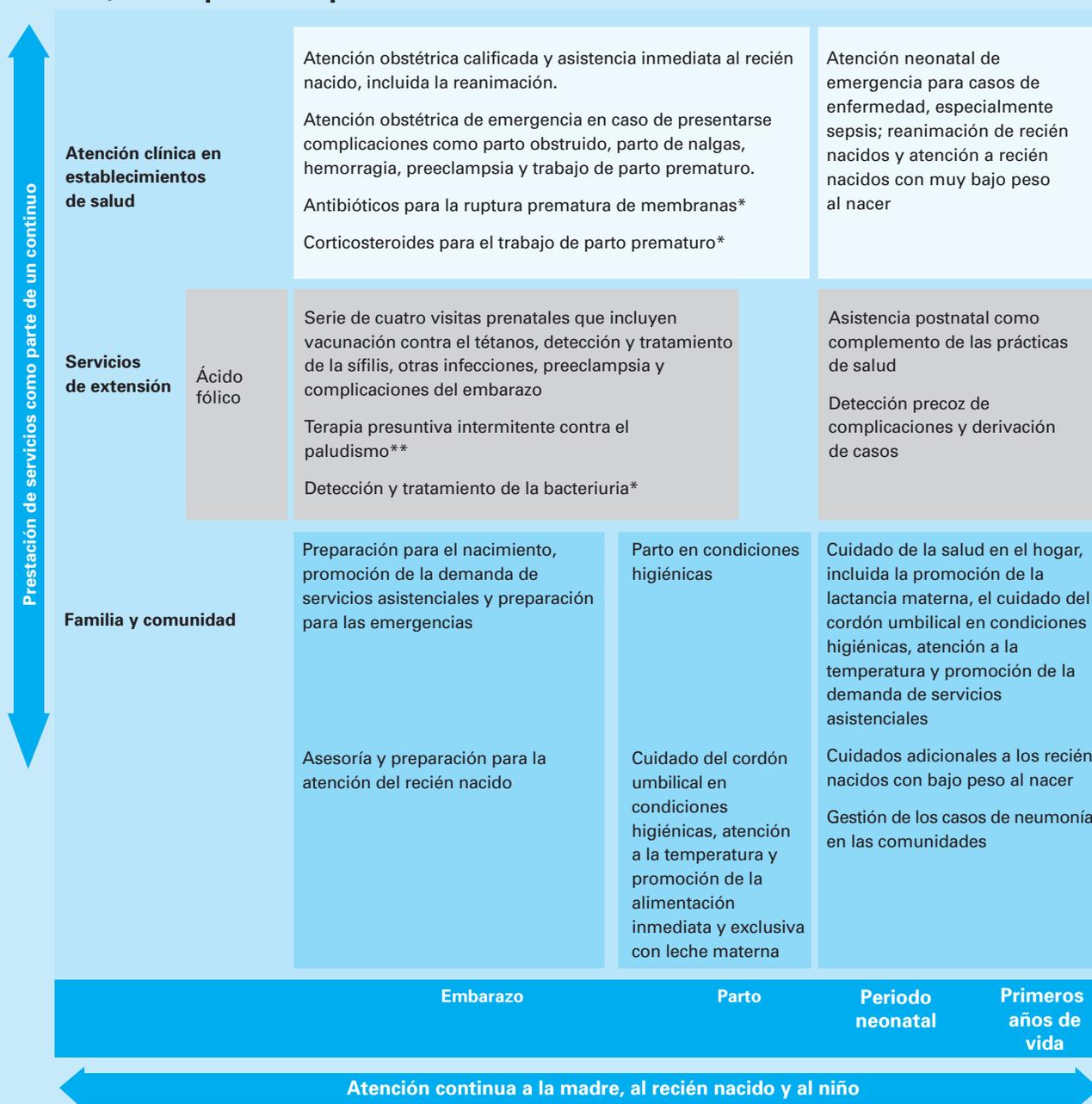
Tasas mundiales de mortalidad neonatal, 2000



Fuente: Organización Mundial de la Salud, mediante sistemas de registro de datos vitales y encuestas en hogares. Los datos nacionales y regionales sobre las tasas de mortalidad neonatal en 2000 se pueden consultar en la tabla estadística 1, pág. 114 de este informe.

Gráfico 1.3

Intervenciones sencillas y de alto impacto para salvar las vidas de los recién nacidos, como parte del proceso de atención continua a la salud maternoinfantil



* Intervenciones adicionales para entornos con sistemas sanitarios más vigorosos y menores tasas de mortalidad.

** Intervenciones necesarias en determinados entornos, como zonas con alta prevalencia de paludismo.

Nota: Este gráfico incluye 16 intervenciones de eficacia comprobada para reducir la mortalidad neonatal. Otras intervenciones importantes también se ejecutan durante este período, pero no se incluyen aquí porque sus efectos principales no se reflejan en la mortalidad de los recién nacidos (por ejemplo, prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño). La manera de poner en práctica algunas de las intervenciones mencionadas puede variar de un contexto a otro.

Fuente: The Lancet Series Team, "The Lancet Series on Neonatal Health Executive Summary", *The Lancet*, 3 de marzo de 2005, p. 3.

Véanse las referencias, pág. 104.



© UNICEF/HQ04-0675/Giacomo Pirozzi

La vacunación y la administración de suplementos de micronutrientes, dos intervenciones eficaces en función de sus costos, protegen a los niños contra enfermedades y problemas de salud que pueden ser mortales. Un niño recibe una dosis de vitamina A, Tayikistán.

transcurso de los últimos 46 años, el número anual de muertes infantiles se ha reducido en un 50%, pasando de aproximadamente 20 millones en 1960 a menos de 10 millones en 2006. En los últimos años se han registrado avances importantes –y, en algunos casos, notables– en materia de supervivencia infantil. Pese a las grandes dificultades, en especial el flagelo del SIDA en África oriental y meridional y los destructivos conflictos en muchos países con altas tasas de mortalidad, la tasa mundial de mortalidad en la infancia se ha venido reduciendo constantemente desde 1990. Según cálculos, en 2006 la proporción fue de 72 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos, es decir, un 23% menos que en 1990.

En diversas regiones, la tasa de reducción de la mortalidad en la infancia

desde 1990 ha sido impresionante. En Asia oriental y el Pacífico, Europa Central y Oriental y la Comunidad de Estados Independientes (ECE/CEI), y América Latina y el Caribe las tasas se han reducido prácticamente a la mitad y, en 2006, la mortalidad de menores de cinco años en esas regiones fue inferior a 30 por cada 1.000 nacimientos vivos. A pesar de que se requieren muchos más avances para igualar la baja tasa promedio de los países industrializados (6 por cada 1.000 nacimientos vivos en 2006), solo aproximadamente uno de cada 36 niños nacidos en estas tres regiones muere antes de su quinto cumpleaños.

Otras regiones están siguiendo los pasos de las tres anteriores. En Oriente Medio y África del Norte se han registrado progresos continuamente; sin embargo, en 2006

Gráfico 1.4
A escala mundial, la tasa de mortalidad en la infancia se redujo casi un 25% entre 1990 y 2006

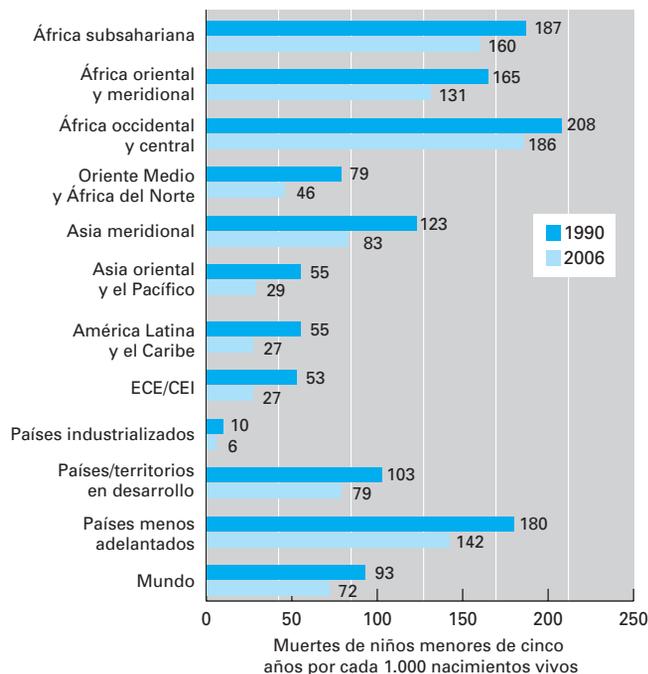
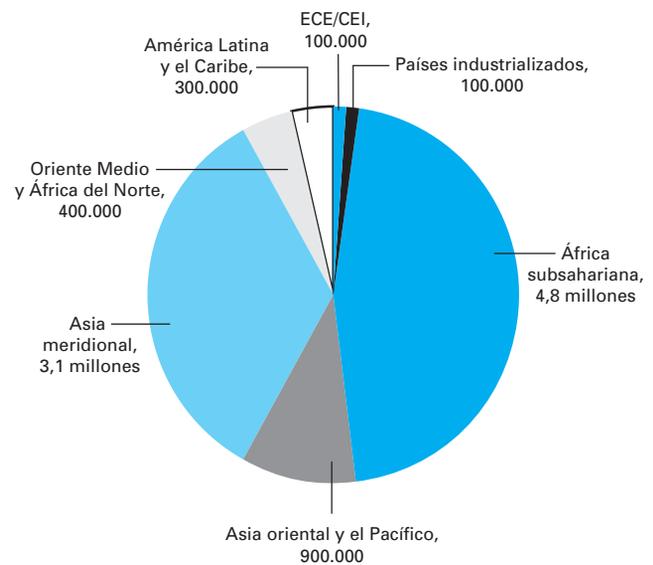


Gráfico 1.5
Menos de 10 millones de niños menores de cinco años murieron en 2006



Fuente UNICEF, Organización Mundial de la Salud, División de Población de las Naciones Unidas y División de Estadística de las Naciones Unidas. Los datos de los países y las regiones se pueden consultar en las tablas estadísticas 1 y 10, págs. 114 y 150 de este informe.

su tasa de mortalidad de menores de cinco años fue de 46 por cada 1.000 nacimientos vivos, lo que significa que uno de cada 22 niños muere antes de cumplir cinco años. Asia meridional también va por buen camino, si bien en el contexto de las regiones tiene el segundo número más alto de muertes de niños menores de cinco años, lo que representa el 32% del total mundial. En 1990, uno de cada ocho niños de Asia meridional murió antes de los cinco años de edad, y en 2006, uno de cada 12.

África subsahariana sigue siendo la zona geográfica que más preocupa. Además de que su tasa de mortalidad en la infancia es, con mucho, la más alta –como promedio, uno de cada seis niños fallece antes de los cinco años–, esta región es la que

menos ha progresado desde 1990, y solo logró disminuir la carga de mortalidad en la infancia un 14% entre 1990 y 2006. Incluso varios países de la región todavía registran aumentos en sus tasas de mortalidad de menores de cinco años. En 2006, el 49% de todas las defunciones de niños de este grupo de edad ocurrieron en África subsahariana, pese a que solamente el 22% de los niños del mundo nacen allí.

Supervivencia infantil y Objetivos de Desarrollo del Milenio

Los progresos en la mitad de las regiones del mundo son insuficientes para cumplir el ODM 4

Aunque los avances generales en materia de supervivencia infantil han sido extraordinarios y cuatro regio-

nes están en camino de cumplir el objetivo, los progresos de varias regiones están lejos de ser suficientes para alcanzar el ODM 4. Los niveles de reducción de la mortalidad en la infancia en Oriente Medio y África del Norte, Asia meridional y África subsahariana (tanto África oriental y meridional como las subregiones occidental y central) son insuficientes.

Al examinar la situación de los países por separado, el panorama no es claro. De los 191 países con datos sobre mortalidad en la infancia que permiten hacer la comparación entre los años 1990 y 2006, UNICEF calcula que 129 van bien encaminados –han logrado bajar sus tasas de mortalidad de menores de cinco años a menos de 40 por cada 1.000 nacimientos vivos, o han alcanzado una tasa media anual de reducción del

Gráfico 1.6

La reducción de la mortalidad en la infancia que se ha registrado en el mundo no basta para alcanzar el ODM 4*

Tasa media anual de reducción (TMAR) de la tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5) observada durante el período 1990-2006 y requerida durante 2007-2015 para conquistar el ODM 4

	TMM5		TMAR		Progreso hacia la meta del ODM
	Número de		%	%	
	nacimientos vivos	muertes por cada 1.000			
	1990	2006	1990-2006	2007-2015	
África subsahariana	187	160	1,0	10,5	Progreso insuficiente
África oriental y meridional	165	131	1,4	9,6	Progreso insuficiente
África occidental y central	208	186	0,7	11,0	No ha progresado
Oriente Medio y África del Norte	79	46	3,4	6,2	Progreso insuficiente
Asia meridional	123	83	2,5	7,8	Progreso insuficiente
Asia oriental y el Pacífico	55	29	4,0	5,1	Por buen camino
América Latina y el Caribe	55	27	4,4	4,3	Por buen camino
ECE/CEI	53	27	4,2	4,7	Por buen camino
Países/territorios industrializados	10	6	3,2	6,6	Por buen camino
Países/territorios en desarrollo	103	79	1,7	9,3	Progreso insuficiente
Mundo	93	72	1,6	9,4	Progreso insuficiente

*Progreso hacia el ODM 4 - Los países se clasificaron de acuerdo con los siguientes criterios:

Por buen camino – La tasa de mortalidad de niños menores de cinco años (TMM5) es menor de 40, igual a 40 o más, y la tasa media anual de reducción (TMAR) de la mortalidad de menores de cinco años observada entre 1990 y 2006 es del 4,0% o más.

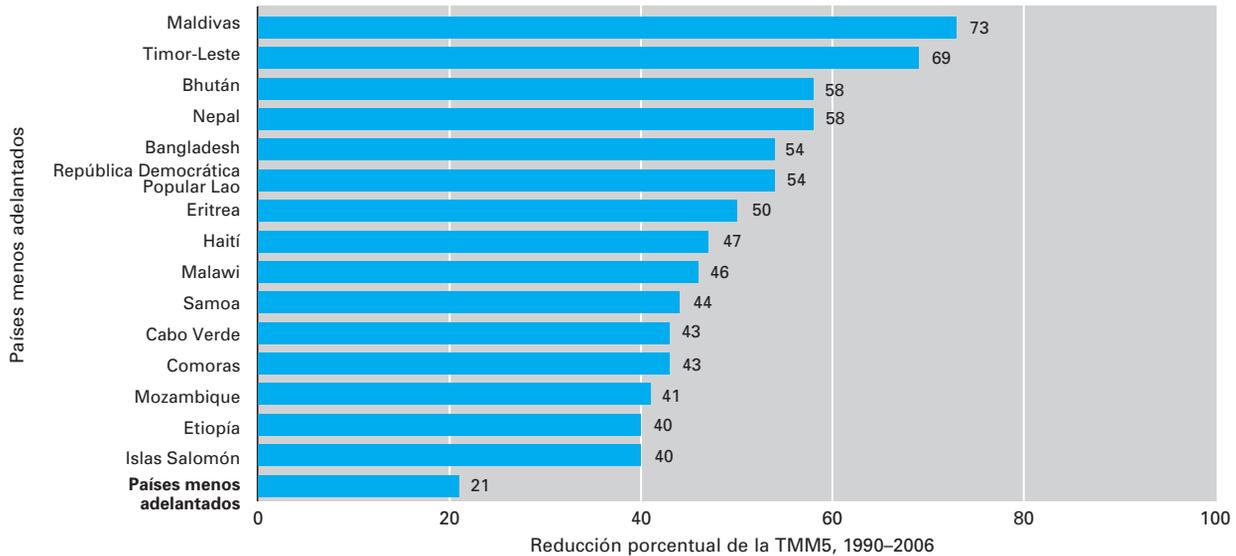
Progreso insuficiente – La TMM5 es de 40 o más y la TMAR observada para el período 1990-2006 oscila entre 1,0% y 3,9%

No ha progresado – La TMM5 es de 40 o más y la TMAR observada para el período 1990-2006 es inferior al 1,0%

Fuente: Estimaciones de UNICEF basadas en el trabajo de The Interagency Child Mortality Estimation Group.

Gráfico 1.7

Casi un tercio de los 50 países menos adelantados han reducido sus tasas de mortalidad de menores de cinco años en un 40% o más desde 1990



Fuente: UNICEF, Organización Mundial de la Salud, División de Población de las Naciones Unidas y División de Estadística de las Naciones Unidas. Los datos de los países y las regiones se pueden consultar en las tablas estadísticas 1 y 10, págs. 114 y 150 de este informe.

Causas inmediatas de las defunciones infantiles

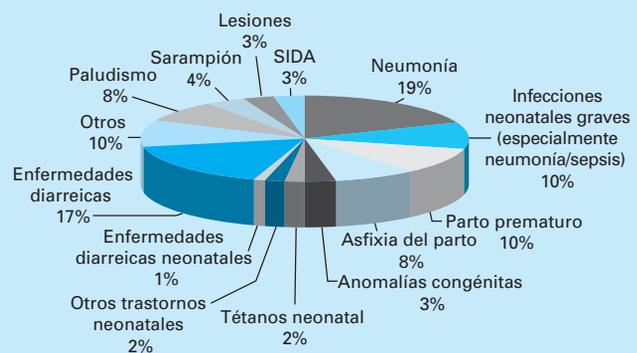
No solo se sabe cuáles son los países y las regiones donde muere el mayor número de niños menores de cinco años; también se sabe cuáles son las principales causas inmediatas de muerte prematura y de mala salud.

Casi el 40% de todas las defunciones de menores de cinco años ocurren durante el período neonatal, o sea, el primer mes de vida, y son causadas por diversas complicaciones (véase el recuadro, pág. 4). Alrededor del 26% de estas muertes neonatales –que representan el 10% de todas las defunciones de niños menores de cinco años– son producidas por infecciones graves. Una proporción significativa de esas infecciones son originadas por la neumonía y la sepsis (una grave infección bacteriana transmitida por la sangre, que también se trata con antibióticos). Cerca de 2 millones de niños menores de cinco años mueren anualmente de neumonía –más o menos uno de cada cinco fallecimientos a escala mundial–, y hasta 1 millón más mueren por infecciones graves, incluida la neumonía, durante el período neonatal. No obstante los progresos realizados desde 1980, las enfermedades diarreicas ocasionan el 17% de las muertes de menores de cinco años. El paludismo, el sarampión y el SIDA, en conjunto, son responsables del 15% de las defunciones infantiles.

Más allá de sus repercusiones individuales, muchas enfermedades y problemas de salud interactúan, elevando las tasas de mortalidad. La desnutrición contribuye hasta al 50% de las muertes infantiles. El agua insalubre, la higiene deficiente y las condiciones inadecuadas de saneamiento no solo explican la alta incidencia de las enfermedades diarreicas

Gráfico 1.8 Distribución mundial de la mortalidad por causas específicas entre los niños menores de cinco años

La desnutrición se relaciona hasta con el 50% de todas las muertes de niños menores de cinco años.



Fuente: Organización Mundial de la Salud y UNICEF.

cas, sino que contribuyen de manera importante a la mortalidad de los niños menores de cinco años por neumonía, complicaciones neonatales y desnutrición.

Véanse las referencias, pág. 104.

3,9% o más desde 1990– o ya alcanzaron la meta sobre reducción de la mortalidad en la infancia fijada para 2015. Alrededor del 18% –o sea, 35 países– están progresando, pero a una tasa que no basta para cumplir a tiempo ni completamente el ODM 4.

El mayor motivo de preocupación son los 27 países que apenas han progresado desde 1990, o cuyas tasas de mortalidad de niños menores de cinco años se han estancado o han aumentado desde ese año. De los 46 países de África subsahariana, solo Cabo Verde, Eritrea y Seychelles van camino de conseguir el ODM 4, y las tasas de mortalidad en la infancia de casi la mitad de los países no han cambiado o han aumentado desde 1990. En su conjunto, la región solo pudo reducir la mortalidad en la infancia a una tasa media anual del 1% entre 1990 y 2006. A fin de cumplir el ODM 4, se necesitarán reducciones anuales de dos dígitos hasta el año fijado como meta⁵.

Los países afrontan dificultades de distinta naturaleza en materia de supervivencia infantil y, desde luego, algunas son más graves que otras. Sin embargo, los éxitos alcanzados sugieren que la geografía no constituye una barrera para salvar vidas infantiles. Lo más importante, quizás, es que parte de esos éxitos corresponden a algunos de los países más pobres del mundo y a regiones del mundo en desarrollo, como se ve en el gráfico 1.7. Esto demuestra que es posible progresar considerablemente a pesar de obstáculos como la ubicación geográfica o las condiciones socioeconómicas adversas, cuando las estrategias, los recursos económicos y la voluntad política se encauzan hacia el mejoramiento de las condiciones de vida de la niñez.

Por otra parte, es posible lograr mejoras impresionantes con gran rapidez en materia de salud y disminución de la mortalidad en la infancia. Desde

Gráfico 1.9

Salud y Objetivos de Desarrollo del Milenio

Objetivo	Metas de salud	Indicadores de salud
OBJETIVO 1 Erradicar la pobreza extrema y el hambre	Meta 2 Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre	Prevalencia de niños menores de cinco años con peso inferior al normal Proporción de la población que no alcanza el nivel mínimo de consumo de energía alimentaria
OBJETIVO 4 Reducir la mortalidad en la infancia	Meta 5 Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años	Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años Tasa de mortalidad de lactantes Proporción de niños de un año de edad vacunados contra el sarampión
OBJETIVO 5 Mejorar la salud materna	Meta 6 Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, el coeficiente de mortalidad materna	Coefficiente de mortalidad materna Proporción de partos asistidos por personal sanitario calificado
OBJETIVO 6 Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	Meta 7 Haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la propagación del VIH/SIDA	Prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas de 15 a 24 años Tasa de utilización del preservativo como parte de la tasa de uso de anticonceptivos Coefficiente de asistencia escolar de los niños huérfanos de 10 a 14 años como porcentaje de los niños no huérfanos de la misma edad que asisten a la escuela
	Meta 8 Haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	Prevalencia de paludismo y tasas de mortalidad relacionadas con esta enfermedad Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo Prevalencia de tuberculosis y tasas de mortalidad relacionadas con esta enfermedad Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento de observación directa y corta duración
OBJETIVO 7 Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	Meta 10 Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas que carecen de acceso sostenible a agua potable y a servicios básicos de saneamiento	Proporción de la población de zonas urbanas y rurales con acceso a fuentes mejoradas de agua
	Meta 10 Haber mejorado considerablemente, para 2020, la calidad de vida de por lo menos 100 millones de habitantes de barrios marginales	Proporción de la población de zonas urbanas y rurales con acceso a servicios mejorados de saneamiento
OBJETIVO 8 Fomentar una alianza mundial para el desarrollo	Meta 17 En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo, a precios asequibles	Proporción de la población con acceso sostenible a medicamentos esenciales a precios asequibles

Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud, *Health and the Millennium Development Goals*, OMS, Ginebra, 2005, pág 11.

Neumonía: el asesino olvidado de los niños

La neumonía cobra más vidas infantiles que ninguna otra enfermedad –más que el SIDA, el paludismo y el sarampión combinados– y es una causa importante de mortalidad en la infancia en todas las regiones. Dependiendo de la edad y de la causa de la infección, puede producir una amplia gama de síntomas en los niños. Entre los más comunes están la respiración rápida o dificultad respiratoria, tos, fiebre, escalofrío, dolor de cabeza, pérdida del apetito y respiración sibilante. Los casos graves de neumonía en niños muy pequeños pueden producir convulsiones, hipotermia, aletargamiento y problemas de alimentación.

En la infancia, los síntomas de la neumonía y el paludismo generalmente se superponen, dificultando el tratamiento y la posibilidad de obtener asistencia en la comunidad. En efecto, a veces resulta imposible saber si la fiebre alta, la tos y la respiración rápida son signos de neumonía o de paludismo, especialmente tratándose de niños muy pequeños, por lo que casi siempre reciben tratamiento para las dos enfermedades. Cuando un pequeño desarrolla neumonía, los progenitores o la persona que lo cuida deben reconocer los síntomas y buscar atención médica inmediatamente.

Los niños sanos tienen defensas naturales que protegen sus pulmones contra los patógenos que producen neumonía. Pero los niños desnutridos, particularmente los que no son alimentados exclusivamente con leche materna, los que tienen una ingesta inadecuada de zinc y aquellos cuyos sistemas inmunológicos están débiles, corren un riesgo más alto de desarrollar neumonía. Los que sufren de otras enfermedades, como sarampión, y los que viven con el VIH tienen más probabilidades de desarrollar esta enfermedad. Factores ambientales como el hacinamiento en el hogar y la exposición al humo del cigarrillo o a la contaminación del aire en recintos cerrados aumentan la susceptibilidad de los niños a contraer neumonía.

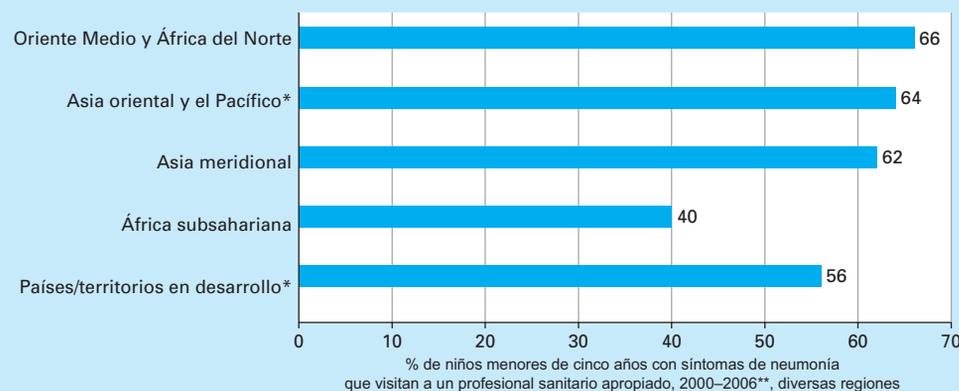
Para reducir las muertes infantiles por esta causa, la prevención es tan importante como la curación. Las medidas preventivas clave para los niños son una nutrición adecuada (incluyendo alimentación exclusiva con leche materna, la administración de suplementos de vitamina A y la ingesta de zinc), reducir la contaminación del aire en los lugares cerrados y aumentar las tasas de inmunización con vacunas que ayudan a prevenir el desarrollo de infecciones que causan directamente neumonía, como la *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), y con vacunas que evitan infecciones que pueden complicarse y convertirse en neumonía (por ejemplo, el sarampión y la tos ferina). Cada vez habrá más disponibilidad de vacunas para proteger a los lactantes y a los niños pequeños contra el *Streptococcus pneumoniae*, la causa más frecuente de neumonía grave entre los niños del mundo en desarrollo.

Una gran proporción de casos de neumonía grave entre los niños del mundo en desarrollo son de origen bacteriano –sobre todo, *Streptococcus pneumoniae* o *Haemophilus influenzae*– y, por lo tanto, se pueden tratar eficazmente en el hogar con antibióticos asequibles, siempre y cuando las personas que cuidan a los niños sigan las instrucciones al pie de la letra y vuelvan a buscar ayuda cuantas veces sea necesario. En todo el mundo en desarrollo hay evidencias de que, cuando estas condiciones se cumplen, la gestión de la neumonía a escala comunitaria es sumamente eficaz. Un metanálisis de los resultados de nueve estudios efectuados en siete países –incluida la República Unida de Tanzania– para determinar el impacto de la gestión de los casos de neumonía en las comunidades, no solo reveló una disminución significativa de la mortalidad por esta enfermedad, sino de la mortalidad en la infancia en general. El resultado de los ensayos fue una reducción del 26% en la mortalidad en la infancia y del 37% en la mortalidad por neumonía.

Véanse las referencias, pág. 104.

Gráfico 1.10

Más de la mitad de los niños menores de cinco años con síntomas de neumonía visitan a un profesional sanitario apropiado



* No incluye a China.

** La información se refiere al año más reciente sobre el cual se dispone de datos para el período especificado.

Fuente: Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas nacionales.

1990, más de 60 países han reducido sus tasas de mortalidad de menores de cinco años en un 50%.

Los avances hacia los demás ODM relacionados con la salud son dispares

Aunque los avances hacia el logro de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio son importantes para la supervivencia y el bienestar de los niños, las metas de los ODM 1, 4, 5, 6, 7 y 8 repercuten directamente en su salud. Los progresos en esferas a las que van dirigidos estos objetivos pueden influir extraordinariamente en las vidas de los niños y en su futuro.

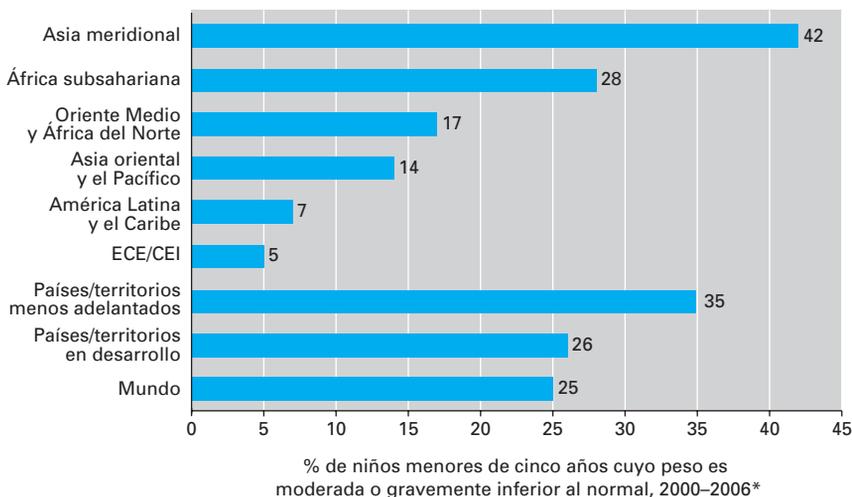
Mejorar el estado nutricional (ODM 1)

La desnutrición es el factor subyacente más importante hasta en el 50% de todas las muertes de niños menores de cinco años. Mejorar la nutrición y alcanzar el ODM 1, que aspira a reducir la pobreza y el hambre, ayudaría a evitar muertes infantiles por diarrea, neumonía, paludismo, VIH y sarampión, y reduciría la mortalidad entre los recién nacidos. En otras palabras, mejorar el estado nutricional de las madres y los niños es un prerrequisito para conquistar el ODM 4.

Sin embargo, los indicadores estándar que se utilizan para medir los progresos hacia el ODM 1 no revelan el verdadero alcance del flagelo de la desnutrición entre los niños del mundo en desarrollo. Uno de los indicadores se centra en el hambre, medida como la proporción de niños menores de cinco años con un peso inferior al normal, es decir, se centra en un solo aspecto de la nutrición. Pero incluso sin presentar signos visibles de hambre o pesar menos de lo normal, los niños pueden morir, por ejemplo, a causa del debilitamiento del sistema inmunológico por falta de vitamina A.

Gráfico 1.11

Asia meridional tiene el nivel más alto de desnutrición de todas las regiones



*La información se refiere al año más reciente sobre el cual se dispone de datos para el período especificado.

Fuente: Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, Organización Mundial de la Salud y UNICEF. Los datos de los países y las regiones se pueden consultar en la tabla estadística 2, pág. 118 de este informe.

Una nutrición adecuada debe comenzar durante el embarazo y continuar cuando el niño nace. La mejor fuente de nutrición para cualquier niño es la alimentación inmediata y exclusiva con leche materna, que provee calor corporal y fortalece el sistema inmunológico. Micronutrientes como el hierro, la vitamina A y el yodo también tienen efectos muy positivos para el desarrollo del niño y la salud de la madre. En caso de desnutrición aguda y grave, se recomiendan determinados alimentos terapéuticos. Aun cuando estos remedios son asequibles y altamente eficaces, millones de niños y madres todavía no tienen acceso a ellos o no los utilizan. En más del 30% de los hogares del mundo en desarrollo no se consume sal yodada. En 2005, más del 60% de los lactantes no se alimentaron exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida, y el 28% no se benefició de la cobertura completa (dos dosis) de suplementos de vitamina A.

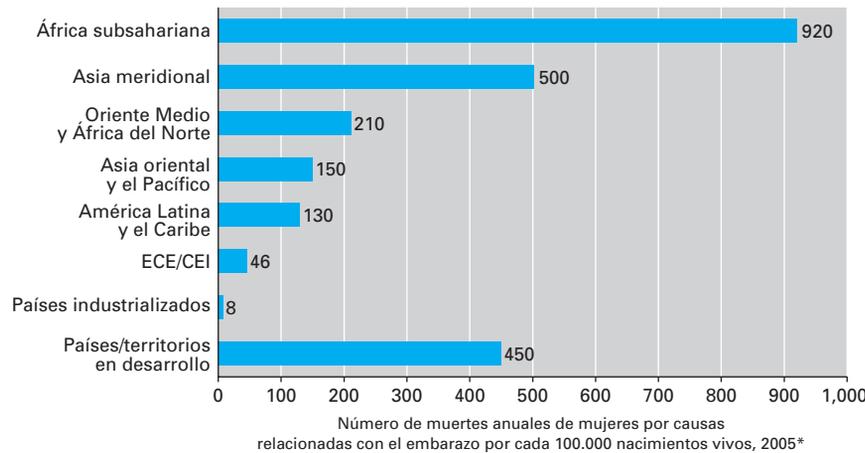
Mejorar la salud materna (ODM 5)

A fin de reducir la mortalidad infantil, es indispensable mejorar la salud de las mujeres embarazadas y de las nuevas madres. Más de medio millón de mujeres mueren todos los años por causas relacionadas con el embarazo, y muchas más sufren efectos debilitantes a largo plazo, como fístula obstétrica, que podrían evitarse fácilmente con una asistencia materna apropiada. Además, mejorar la salud materna es vital para la supervivencia de los niños; se sabe que los que pierden a sus madres tienen una probabilidad más alta de morir antes de cumplir dos años que aquellos cuyas madres sobreviven⁶.

Mejorar la salud y la nutrición de las futuras madres y brindar servicios de salud reproductiva de buena calidad son medidas fundamentales para abordar muchas causas subyacentes de las muertes infantiles. La mala nutrición de las madres puede llevar a partos prematuros y al bajo peso de los recién

Gráfico 1.12

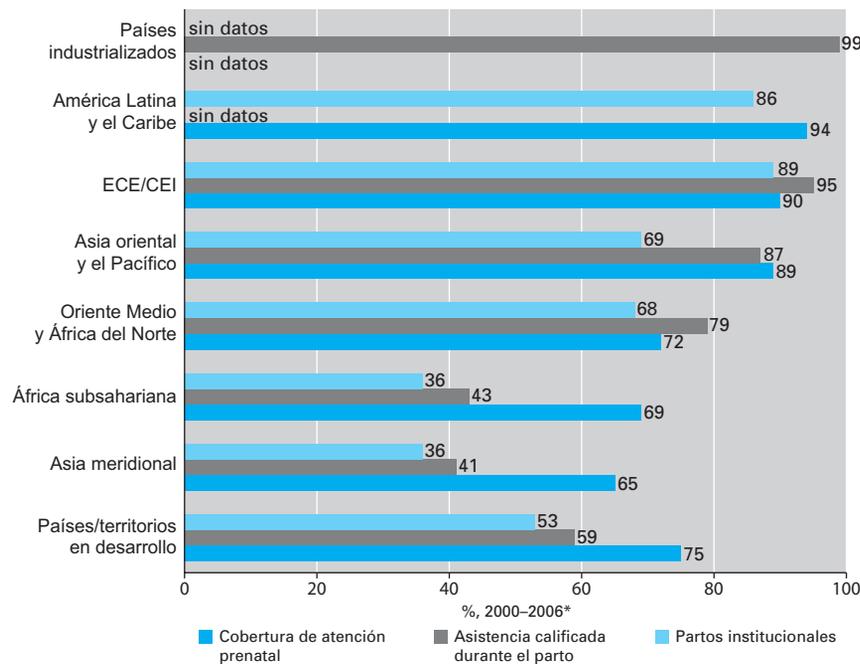
La probabilidad de muerte materna es mucho más alta en el mundo en desarrollo que en los países industrializados



*Estas estimaciones reflejan ajustes periódicos a los datos nacionales hechos por UNICEF, la OMS, el UNFPA y el Banco Mundial para resolver los problemas de notificaciones incompletas y los errores en la clasificación de las muertes maternas, y para formular estimaciones para los países que carecen de datos. En consecuencia, pueden diferir marcadamente de las estimaciones reveladas por los países.

Gráfico 1.13

Los bajos niveles de atención materna contribuyen a las altas tasas de mortalidad entre las madres de Asia meridional y África subsahariana



* La información se refiere al año más reciente sobre el cual se dispone de datos para el período especificado.
Cobertura de atención prenatal – Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que consultaron por lo menos una vez durante el embarazo a un profesional de la salud calificado (médico, enfermera o partera).
Asistencia calificada durante el parto – Porcentaje de nacimientos asistidos por personal sanitario calificado (médicos, enfermeras o parteras).
Partos institucionales – Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que dieron a luz en un centro de salud en el transcurso de los dos años previos a la encuesta.
Fuente: Tabla 8, Situación de las mujeres, pág.142 de este informe.

nacidos. Visitar durante el embarazo a un profesional de la salud puede evitar el parto prematuro y el tétanos neonatal, que casi siempre es fatal. La asistencia calificada durante el alumbramiento, respaldada por servicios de atención obstétrica de emergencia, disminuye el riesgo de que las mujeres mueran, y puede ser de gran ayuda para evitar y tratar infecciones y complicaciones. La atención postnatal es decisiva para alentar a las nuevas madres a amamantar a sus hijos, para evitar la hipotermia y la neumonía y, de ser necesario, para la reanimación de los recién nacidos.

Pese a la importancia de la salud materna, los datos reflejan lamentablemente que el acceso a los servicios de salud es demasiado bajo. En los países y territorios, una de cada cuatro mujeres embarazadas no recibe atención prenatal, y más del 40% no cuenta con asistencia calificada durante el parto.

Combatir el SIDA, el paludismo y otras enfermedades graves (ODM 6)

El Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 se centra en la reducción de la enorme carga que suponen el VIH y el SIDA, el paludismo y otras enfermedades graves. Si bien pocos indicadores se enfocan específicamente en la niñez, las enfermedades graves pueden tener efectos directos e indirectos muy profundos en los niños. La mitad de los lactantes infectados con el VIH mueren antes de cumplir dos años⁷ y más de 15 millones de menores de 18 años han perdido a un progenitor, o a ambos, por causas relacionadas con el SIDA. Al paludismo se debe el 8% de las muertes de niños menores de cinco años, y al sarampión, el 4%.

VIH y SIDA

En el mundo entero, 2,3 millones de niños y niñas menores de 15 años viven con el VIH, y en 2006 se registraron 530.000 nuevos casos de infec-

ción con el virus, la mayoría a través de la transmisión de madre a hijo. Las muchachas corren mayor peligro de contraer el VIH, tanto por su fisiología como por el desequilibrio de poder social y cultural que caracteriza sus relaciones con los hombres. Evitar que se presenten nuevos casos es la primera línea de defensa contra el SIDA y la mejor manera de proteger a la próxima generación.

Una mujer embarazada que esté infectada con el VIH y no reciba tratamiento tiene una probabilidad del 35% de transmitir el virus a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia⁸. La terapia con medicamentos antirretrovirales reduce significativamente esta probabilidad y es crucial para detener el crecimiento de las tasas de mortalidad en la infancia en países donde el SIDA ha alcanzado niveles epidémicos. Con las medicinas indicadas y una atención médica apropiada, los lactantes VIH positivos pueden permanecer sanos indefinidamente, aunque sus perspectivas de supervivencia a largo plazo no se conocen⁹. Pero a pesar de los obvios beneficios de la terapia con medicamentos y su relativa asequibilidad, en los países de bajos y medianos ingresos solamente el 11% de las mujeres con VIH que están embarazadas accedieron a los servicios para prevenir la transmisión del virus a sus hijos en 2005. Estimaciones preliminares para 2006, que no se habían dado a conocer cuando este informe se imprimió, indican que las tasas de cobertura aumentaron al 20% en 2006¹⁰. La gran mayoría de esas mujeres viven en África subsahariana.

Paludismo

El paludismo provoca más de 1 millón de muertes todos los años, de las cuales hasta el 80% corresponden a niños menores de cinco años¹¹. Las mujeres embarazadas y los hijos que

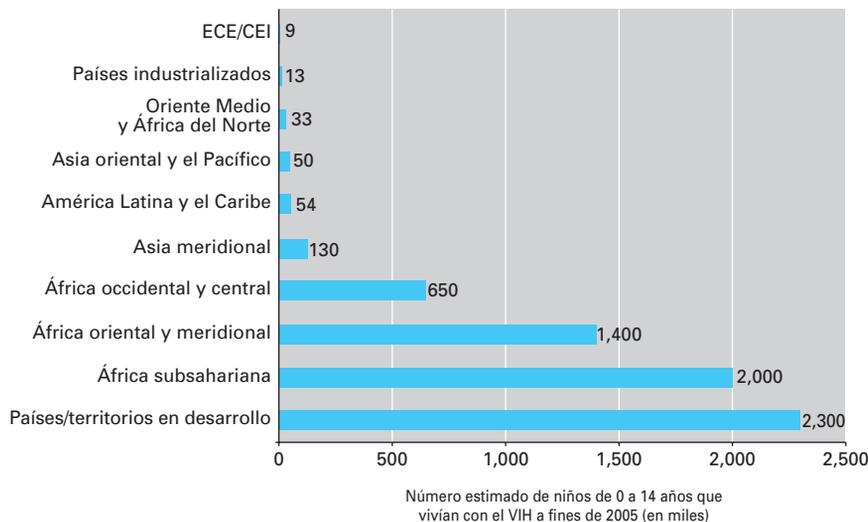
© UNICEF/H006-2770/Bruno Briotti



El paludismo enferma y mata a muchos niños todos los años. Una madre y su bebé duermen protegidos por un mosquitero tratado con insecticida, Côte d'Ivoire.

Gráfico 1.14

Casi el 90% de los casos de infección pediátrica con el VIH se registran en África subsahariana



Fuente: ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial del SIDA, 2006.

Gráfico 1.15

Cerca del 80% de la población del mundo en desarrollo tiene acceso a fuentes mejoradas de agua

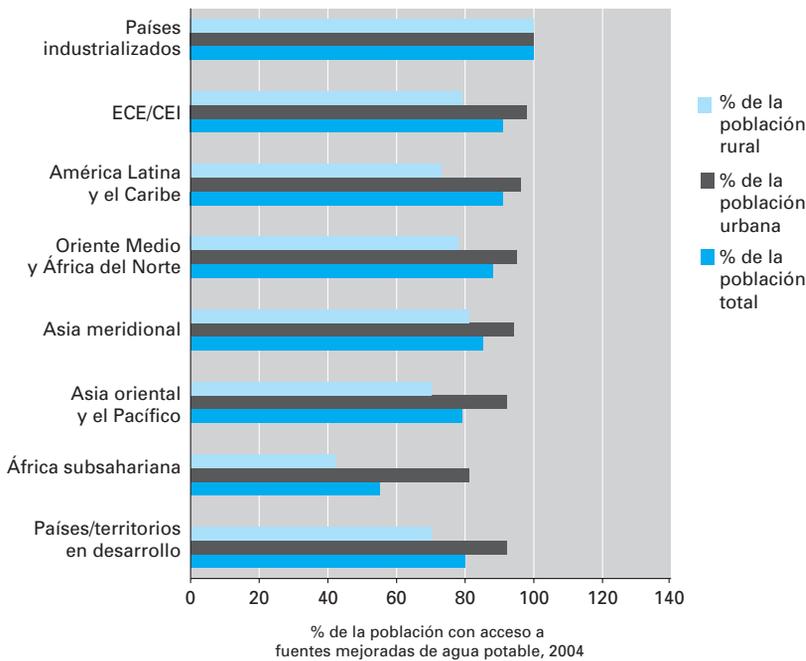
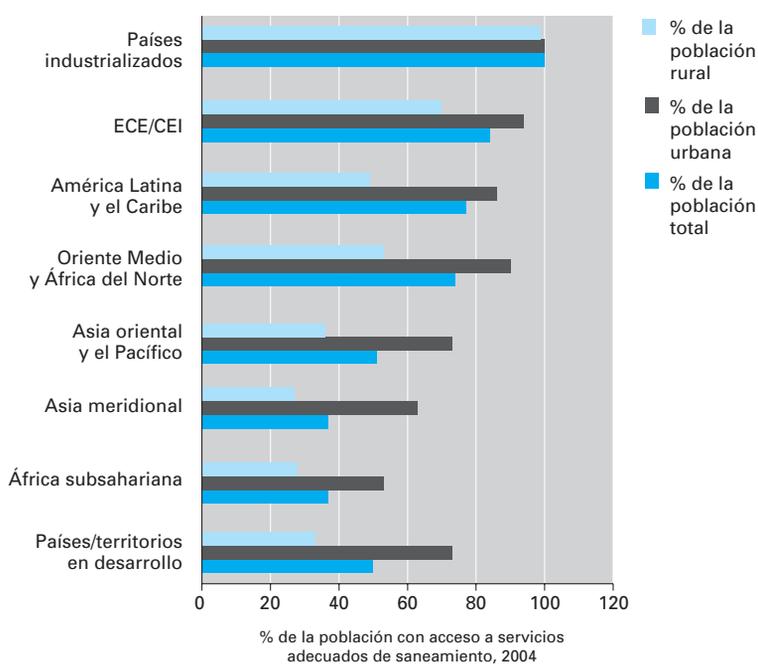


Gráfico 1.16

Solo la mitad de la población del mundo en desarrollo tiene acceso a servicios adecuados de saneamiento



Fuente: UNICEF, OMS, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y Encuestas de Demografía y Salud.

esperan son especialmente vulnerables a esta enfermedad, que constituye una de las principales causas de bajo peso al nacer, anemia y muerte entre los lactantes.

Sólo en África subsahariana, todos los días mueren más de 2.000 menores de cinco años a causa del paludismo¹², y la fiebre y la anemia pueden alterar el desarrollo físico y mental de los niños que sobreviven a la enfermedad.

Prevenir y tratar el paludismo requiere varias intervenciones básicas, como dormir bajo la protección de un mosquitero tratado con insecticida y administrar medicamentos antipalúdicos a las mujeres embarazadas y a los niños que presentan síntomas de la enfermedad. La cobertura de mosquiteros tratados con insecticida se está incrementando rápidamente, gracias, en parte, a que la financiación internacional para el control del paludismo se ha multiplicado por diez. Datos sobre tendencias en África subsahariana revelan que el uso de estos mosquiteros ha aumentado en todos los países, y en 16 de 20 países que disponen de datos, la cobertura por lo menos se ha triplicado desde 2000. Pese a estos éxitos, los niveles generales siguen siendo bajos y la mayoría de los países están atrasados con respecto al cumplimiento de los objetivos mundiales sobre paludismo.

Apenas un tercio, o un poco más, de los niños de África subsahariana que tienen fiebre toman medicamentos antipalúdicos. Aun cuando la resistencia a estos medicamentos está aumentando, un avance prometedor es la terapia combinada a base de artemisinina, un tratamiento seguro, eficaz y rápido contra cepas de paludismo resistentes a una gran variedad de fármacos. Esta terapia también ayuda a evitar la reaparición de la enfermedad¹³.

Incrementar el acceso a agua salubre y saneamiento básico (ODM 7)

De acuerdo con los datos más recientes, el mundo va camino de conquistar la meta del ODM sobre agua potable, y únicamente 23 países en desarrollo están rezagados. No obstante, los progresos en materia de acceso a saneamiento mejorado han sido insuficientes, y es probable que 41 países no puedan cumplir el objetivo¹⁴. En los países en desarrollo, una de cada cinco personas carece de acceso a agua apta para el consumo, y más o menos la mitad de la población carece de servicios adecuados de saneamiento, con consecuencias a menudo mortales. Alrededor de 2 millones de niños menores de cinco años de todo el mundo mueren anualmente a causa de la diarrea; en muchos países, la proporción de muertes infantiles ocasionadas principalmente por esta enfermedad es de alrededor de un 20%¹⁵. Se calcula que el 88% de las defunciones provocadas por esta enfermedad se deben a la higiene deficiente y a la falta de agua potable y de saneamiento adecuado¹⁶.

Acelerar el progreso hacia el logro de los ODM relacionados con la salud

Las intervenciones que se requieren para abordar las principales causas de muerte infantil son bien conocidas. De hecho, las investigaciones indican que solo alrededor del 1% de las muertes de menores de cinco años se producen por causas desconocidas y que dos terceras partes se pueden evitar completamente¹⁷.

Las intervenciones y los servicios más básicos y, a la vez, más importantes, son: la asistencia calificada durante el parto y la atención al recién nacido; la atención a los recién nacidos con bajo peso; la promoción de las buenas prácticas de higiene; la prevención de la transmisión del VIH de la madre al



El acceso a un saneamiento adecuado ayuda a combatir la diarrea, una enfermedad que no deja de cobrar vidas infantiles en el mundo entero. *Estas niñas aprenden buenas prácticas de higiene en una escuela, Filipinas.*

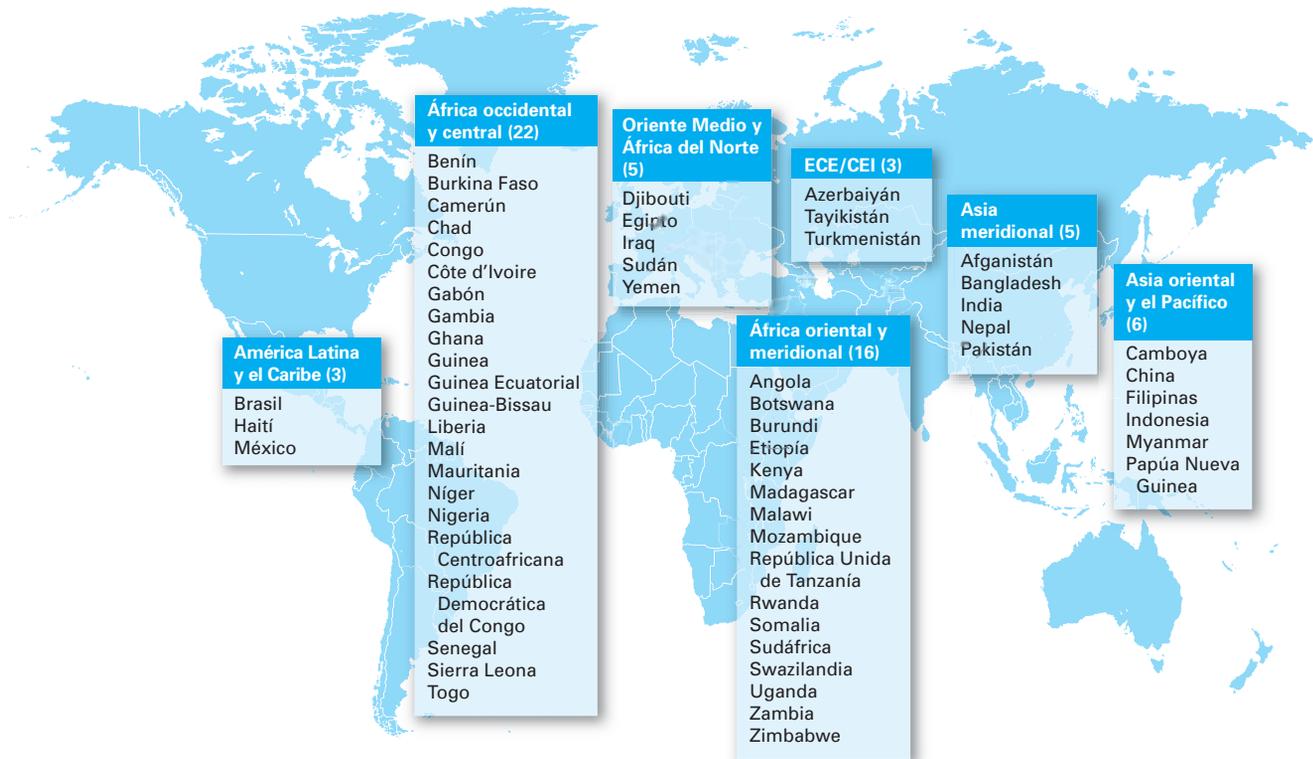
niño y el tratamiento pediátrico del SIDA; la nutrición adecuada, particularmente la alimentación exclusiva con leche materna durante los primeros seis meses de vida; la lactancia materna combinada con alimentación complementaria por lo menos durante dos años más; la administración de suplementos de micronutrientes para fortalecer el sistema inmunológico; la inmunización para proteger a los niños contra seis enfermedades graves que se pueden evitar con vacunas; la terapia de rehidratación oral y el zinc para combatir las enfermedades diarreicas; los antibióticos para combatir la neumonía; los mosquiteros tratados con insecticida; y los medicamentos eficaces para prevenir y tratar el paludismo¹⁸.

A pesar de los progresos que se han realizado, poner en práctica estas

soluciones aparentemente sencillas, y obtener resultados favorables, ha sido bastante más difícil de lo que se esperaba cuando se dio inicio a la revolución de la supervivencia infantil. La comunidad para el desarrollo está cada vez más de acuerdo en torno a varias prioridades que podrían impulsar el logro de los ODM relativos a la salud, las cuales están organizadas según las siguientes categorías:

- Centrar los esfuerzos en los 60 países con la mayor carga de mortalidad en la infancia.
- Reunir diversas intervenciones y beneficiar con ellas a las madres, los recién nacidos y los niños en etapas decisivas del ciclo vital y en el marco de un proceso de atención continua.

Los 60 países prioritarios en materia de supervivencia infantil propuestos por la iniciativa Cuenta Regresiva para 2015



Fuente: Cuenta Regresiva para 2015, *Tracking Progress in Child Survival: The 2005 report*, Sección de Salud de UNICEF, Nueva York, 2006, p. 37.

- Fortalecer las alianzas comunitarias y los sistemas de salud.

Como indica la siguiente sección, ya se emprendieron acciones concernientes a la primera prioridad. Con respecto a la segunda, ha habido avances, pero todavía queda mucho por hacer. Y en cuanto a la tercera, a pesar de que se han desarrollado muchos proyectos piloto y programas de eficacia comprobada, es urgente seguir ampliando su escala.

Prioridad 1: Centrar los esfuerzos en los países con la mayor carga de mortalidad en la infancia

Preocupados por la lentitud de los progresos en materia de supervivencia infantil, un grupo de expertos en diversos temas de salud infantil participaron en un seminario que, con el

patrocinio de la Fundación Rockefeller, se llevó a cabo en Bellagio, Italia, en 2003. Más tarde, ese mismo año, el Grupo Bellagio para el Estudio de la Supervivencia Infantil publicó en la revista médica inglesa *The Lancet* varios artículos sobre supervivencia y salud de la madre, el recién nacido y el niño conocidos en su conjunto como Series sobre Supervivencia Infantil. Esos artículos ayudaron a crear conciencia sobre este tema y en ellos se hacía un llamamiento para convertir los conocimientos en acciones prácticas con carácter urgente. Al grupo se vincularon recientemente científicos, especialistas en formulación de políticas, activistas y directores de programas de salud que participan en la iniciativa Cuenta Regresiva para 2015: Seguimiento de los Progresos en

materia de Mortalidad Materna, Neonatal e Infantil. Esta iniciativa está patrocinando una serie de conferencias que comenzaron en diciembre de 2005 y que se llevarán a cabo cada dos años hasta 2015 (la próxima tendrá lugar en abril de 2008 en Cape Town, Sudáfrica)¹⁹.

La iniciativa Cuenta Regresiva para 2015 reúne datos sobre los progresos de los países, a medida que amplían la cobertura de intervenciones que han demostrado ser eficaces para reducir la mortalidad de niños menores de cinco años. Al principio se determinó que, aunque todas las regiones del mundo tenían que acelerar sus progresos, debían tener prioridad las que presentaran las tasas más altas o el mayor número de defunciones de niños menores de cinco años. Con este

Atención continua a la salud de la madre, del recién nacido y del niño a través del tiempo y del espacio

El proceso de atención continua a la salud materna, neonatal e infantil hace hincapié en la interrelación que existe entre la desnutrición y la mortalidad de las madres, los recién nacidos y los niños pequeños. La continuidad se basa en dos dimensiones de la prestación del conjunto de servicios esenciales de atención primaria de salud:

- **Tiempo:** Se refiere a la prestación de servicios esenciales a las madres y los niños durante el embarazo, el parto, el posparto, la etapa de lactancia y la primera infancia (véase el Gráfico 1.18). Esta dimensión es importante porque la experiencia demuestra que tanto las madres como sus hijos corren mayor peligro de morir y enfermarse durante el parto y los períodos inmediatamente anterior y posterior.
- **Lugar:** Se refiere a integrar la prestación de los servicios esenciales en un sistema dinámico de atención primaria de la salud del que forman parte el hogar, la comunidad, los servicios de difusión y los establecimientos sanitarios (véase el Gráfico 1.19). La importancia de esta dimensión radica en que las deficiencias en la atención son más marcadas en el hogar y la comunidad, donde por lo regular comienza el proceso de brindar asistencia.

El origen del concepto de atención continua de la salud fue la comprensión de que las muertes maternas, neonatales e infantiles comparten varias causas estructurales con la desnutrición. Entre esas causas están la inseguridad alimentaria; el analfabetismo de la mujer; el embarazo precoz; el bajo peso al nacer; las prácticas inadecuadas de alimentación; la higiene deficiente, la falta de acceso a agua apta para el consumo o a servicios adecuados de saneamiento; la imposibilidad de acceder a los servicios de salud y nutrición debido a la pobreza o a la marginación por motivos geográficos o políticos; y los servicios de salud pobremente dotados, sin capacidad de respuesta y culturalmente inapropiados.

El concepto de atención continua de la salud también refleja lecciones aprendidas a partir de las evidencias y las experiencias en el ámbito de la salud materna, neonatal e infantil durante las últimas décadas. En el pasado, los programas de supervivencia infantil y maternidad sin riesgo se solían aplicar por separado, lo que generaba brechas en la atención que afectaban tanto a las madres como a sus hijos recién nacidos. Actualmente se reconoce que ejecutar determinadas intervenciones en momentos cruciales de la atención continua reduce en múltiples beneficios. Reunir las intervenciones en “paquetes” también puede aumentar su eficacia y su rentabilidad. Integrar los servicios puede aumentar su aceptación y, por lo tanto, mejorar la cobertura. El interés primordial es proporcionar cobertura universal de las intervenciones básicas

Gráfico 1.18
Conectar la salud materna, neonatal e infantil con la atención continua



Fuente: Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, <www.who.int/pmnch/about/continuum_of_care/en/index.html>, consultado el 30 de septiembre de 2007.

casas a lo largo del ciclo vital mediante un sistema integrado de atención primaria de la salud.

Al alcanzar altas tasas de cobertura, la atención continua de la salud deberá tener profundas consecuencias. Si mediante este esquema se logra beneficiar al 90% de las madres y los recién nacidos de África subsahariana, se evitarán dos tercios de las muertes neonatales, lo que significa que todos los años se salvarán 800.000 vidas.

Las políticas y los programas de salud pública internacional están adoptando cada vez más este paradigma, que constituye el fundamento de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (para conocer detalles sobre esta alianza, véase el capítulo 2, pág. 43).

Véanse las referencias, pág. 104.

Gráfico 1.19
Conectar la asistencia dispensada en el hogar y los establecimientos sanitarios para reducir la mortalidad materna, neonatal e infantil



Fuente: Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, <www.who.int/pmnch/about/continuum_of_care/en/index.html>, consultado el 30 de septiembre de 2007.

propósito, los aliados de Cuenta Regresiva para 2015, incluido UNICEF, identificaron 60 países para que se beneficiaran de los programas de supervivencia infantil con carácter prioritario y con base a dos criterios: más de 50.000 defunciones de menores de cinco años y tasas anuales de mortalidad de menores de cinco años de, por lo menos, 90 por cada 1.000 nacimientos vivos. En 2005, a esos 60

países correspondió el 93% de todas las muertes de niños menores de cinco años a escala mundial. De ellos, se considera que solamente siete –Bangladesh, el Brasil, Egipto, Filipinas, Indonesia, México y Nepal– van camino de conquistar el ODM 4. En cambio, 19 de los países prioritarios tendrán que lograr reducciones del 10% o más todos los años a fin de cumplir la meta fijada para 2015²⁰.

Prioridad 2: Reunir diversas intervenciones y beneficiar con ellas a las madres, los recién nacidos y los niños en etapas decisivas del ciclo vital y en el marco de un proceso de atención continua

Algunos programas de salud infantil dirigidos a combatir enfermedades y problemas específicos han dado resultados asombrosos. Esas intervenciones “verticales”, como se conocen,

Salud infantil en situaciones complejas de emergencia

Si responder a las necesidades de salud de los niños, las mujeres y las familias plantea considerables desafíos en tiempos de paz, hacerlo durante las situaciones de emergencia, naturales u ocasionadas por el hombre, supone desafíos muchísimo más grandes. No obstante, prestar servicios de salud a la población, en general, y a los niños, en particular, es fundamental en estas circunstancias. De hecho, una alta proporción de los niños que actualmente no se benefician de las intervenciones disponibles viven en países donde la prestación de los servicios de salud se ha visto tremendamente alterada. Entre 1989 y 2000 se registraron 110 conflictos, de los cuales 103 fueron guerras civiles, muchas de ellas extremadamente prolongadas y acompañadas por un colapso institucional y por actos de violencia dirigida contra la población civil. Más de 40 países, de los que el 90% tienen bajos ingresos, viven hoy la tragedia de un conflicto armado. El informe de UNICEF *Humanitarian Action Report 2006* destaca 29 situaciones de emergencia que están afectando a los niños y a las mujeres.

Una situación compleja de emergencia se define, en términos generales, como una situación de conflicto armado, desplazamiento de la población y/o inseguridad alimentaria que conlleva un aumento de la mortalidad y la desnutrición. La mayoría de las causas de mortalidad en la infancia en situaciones complejas de emergencia son las mismas que usualmente cobran el mayor número de vidas infantiles, como el sarampión, el paludismo, las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias agudas y la desnutrición. Estos problemas de salud con frecuencia empeoran debido a que se producen brotes de otras enfermedades transmisibles, como meningitis, y a deficiencias nutricionales que pueden contribuir notablemente a la morbilidad y la mortalidad en la infancia. Por ejemplo, las tasas más altas de mortalidad entre las poblaciones de refugiados casi siempre corresponden a niños menores de cinco años.

Las tasas de mortalidad en la infancia suelen ser más altas durante la fase inicial y aguda de las emergencias complejas. Por el contrario, cuando lo peor de la situación de emergencia ya ha pasado y los niños han vivido durante largos períodos en campamentos de refugiados estables, la

mortalidad en la infancia puede ser menor entre la población de refugiados que entre los niños que viven en los barrios vecinos al campamento. Entre los factores que dificultan la prestación de asistencia sanitaria a los niños durante las emergencias complejas se cuentan el acceso limitado, las barreras culturales, la inseguridad, la escasez de medicamentos y suministros, y la falta de comunicación entre los distintos organismos de socorro.

Las comunidades desempeñan un papel de suma importancia en circunstancias como estas. Aunque existe la creencia de que, en situaciones de crisis, las comunidades se debilitan y tienden a fragmentarse debido a las tensiones, al hambre y a la conmoción imperante, las investigaciones sugieren de manera creciente que, en condiciones de estrés, casi siempre se logra algún grado de movilización comunitaria y que importantes elementos de la comunidad permanecen intactos, e incluso se fortalecen. Al examinar el reto que implica tratar la desnutrición grave en situaciones complejas de emergencia, ejemplos procedentes de Etiopía, Malawi y el sur del Sudán indican que el éxito de las intervenciones depende básicamente de la vinculación de personajes clave para los miembros de las comunidades (por ejemplo, dirigentes tradicionales, maestros y trabajadores sanitarios), así como también de la participación de organizaciones comunitarias, redes de voluntarios y organizaciones femeninas. La vinculación de los curanderos también es valiosa porque ellos son, en muchos casos, los primeros a quienes se recurre ante un problema de salud y, por lo tanto, son decisivos para identificar a los niños en etapas tempranas de desnutrición grave.

Véanse las referencias, pág. 105.

suelen llevarse a cabo en una sola oportunidad y enfocarse en un solo problema de salud, como campañas de vacunación contra una enfermedad determinada. Sin embargo, como se examina detalladamente en el capítulo 2, la experiencia demuestra que esta clase de programas no son idóneos para brindar a las madres, a los recién nacidos y a los niños la atención más general y sostenible que necesitan. Experiencias recientes sugieren que es posible realizar incluso mayores progresos cuando esas intervenciones vitales se combinan en “paquetes” y se administran en momentos clave del ciclo vital.

Una medida eficaz que, adicionalmente, garantiza una atención más completa a los niños, es integrar intervenciones de eficacia demostrada y rentables, como la inmunización y la administración de suplementos de vitamina A. Recientemente se estableció un conjunto de 16 intervenciones que podrían evitar hasta el 72% de todas las muertes de recién nacidos, entre ellas, la vacunación contra el toxoide tetánico, la asistencia calificada durante el parto, el acceso a la atención obstétrica, la alimentación exclusiva e inmediata con leche materna, mantener secos y abrigados a los recién nacidos, el acceso a la reanimación cardiopulmonar –en caso de ser necesario–, la atención especial a los recién nacidos con bajo peso y el tratamiento de las infecciones²¹.

Poner en práctica oportunamente este conjunto de intervenciones puede ser cuestión de vida o muerte. Pese a que más de la mitad de todas las defunciones maternas y neonatales ocurren durante el parto y los primeros días de vida, éste es, lamentablemente, el período con la menor cobertura de salud. Un proceso continuo y eficaz de atención en salud (*véase el recuadro, pág. 17*) reúne los “conjuntos” de actividades esenciales de salud

materna, neonatal e infantil a lo largo del embarazo, el parto y el período postnatal, y posteriormente a través de la infancia y la adolescencia. La ventaja es que cada etapa aprovecha los logros de la etapa anterior. Por ejemplo, brindar servicios integrados a las muchachas adolescentes redundaría en menos embarazos no deseados. Visitar a un profesional de la salud puede evitar problemas durante el embarazo y aumentar la probabilidad de contar con asistencia apropiada durante el parto. La atención calificada antes, durante e inmediatamente después del nacimiento disminuye el riesgo de que la madre o su hijo mueran o queden discapacitados. La atención continua reafirma el derecho de los niños a gozar de buena salud.

Un proceso eficaz de atención continua también ayuda a solucionar las deficiencias de la asistencia en el hogar, la comunidad, los centros de salud y los hospitales. Los recién nacidos que presentan asfixia del parto, sepsis o complicaciones derivadas del parto prematuro pueden morir pocas horas –o incluso pocos minutos– después de nacer si no reciben los cuidados apropiados. Puesto que más de 60 millones de mujeres del mundo en desarrollo dan a luz en sus hogares²², es fundamental que los partos cuenten con la presencia de personal capacitado, respaldado por clínicas locales o por centros de salud de primer nivel para el caso de que surjan complicaciones. La calidad de la atención a estos niveles es decisiva.

Prioridad 3: Fortalecer los sistemas de salud y las alianzas comunitarias

Una completa atención de la salud infantil requiere medidas preventivas, así como también tratamiento de las enfermedades. La prevención casi siempre exige cambios de conducta, un proceso que usualmente comienza

en el hogar y se afianza en la comunidad. Por ejemplo, mejorar la nutrición suele ser resultado del cambio de costumbres relativas a la alimentación de los niños por parte de las madres o cuidadores, bien a través de la lactancia materna o, más adelante, por medio de una dieta variada que se obtiene en las cocinas o los comedores comunitarios. Los pozos, las bombas y las letrinas son elementos importantes para una higiene adecuada, pero su eficacia depende del uso y el mantenimiento que les dé la comunidad. Los niños deben acostumbrarse a lavarse las manos y a observar buenas prácticas de higiene, lo cual se aprende en el hogar, en la escuela y entre vecinos y amigos.

Como parte integral del sistema de salud, las alianzas comunitarias de atención primaria de la salud cumplen una función doble: vincular activamente a los miembros de la comunidad como trabajadores sanitarios y movilizar a la comunidad para promover mejores prácticas de salud. Estas alianzas también pueden exigir a los gobiernos servicios sanitarios de calidad. La participación de la comunidad fomenta el sentido de pertenencia, revitaliza los burocratizados sistemas de salud y es crucial para llegar a los sectores más aislados y excluidos de la población. Como se verá en los siguientes capítulos, muchos países, incluidos algunos de los más pobres del mundo, han implantado con éxito programas de salud basados en la comunidad. Ahora, el reto consiste en aprender de la experiencia, ampliar la escala de los programas y llegar a los millones de niños y niñas que, hasta ahora, no han resultado beneficiados por los sistemas de salud.

Creación de un ambiente favorable para las estrategias de supervivencia infantil

Los contextos institucional y ambiental en los cuales están inmersas las

La importancia de dotar a las mujeres de medios para impulsar la salud materna, neonatal e infantil

Promover la autonomía de la mujer, especialmente a escala de la comunidad, es esencial para que disminuya la mortalidad entre los niños menores de cinco años y para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, que busca reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes para 2015. Desafortunadamente, la baja posición jurídica y social de las mujeres en muchas sociedades y su limitado poder de decisión en el seno de sus familias suele restringir gravemente el progreso en estas dos esferas. Por ejemplo, los resultados de las Encuestas de Demografía y Salud que se efectuaron recientemente en 30 países sugieren que en muchos hogares, especialmente de Asia meridional y África subsahariana, las mujeres tienen muy poca influencia en las decisiones relacionadas con la salud de sus familias, incluida la suya y la de sus hijos. En Burkina Faso, Malí y Nigeria, casi el 75% de las mujeres que respondieron a la encuesta informaron que los hombres son los únicos que toman decisiones concernientes a la salud de sus mujeres. En los dos países de Asia meridional donde se realizó la encuesta, Bangladesh y Nepal, este coeficiente fue de aproximadamente el 50%.

Esta situación compromete la salud y el bienestar de los miembros de las familias, particularmente de las mujeres y los niños, y se asocia frecuentemente con las altas tasas de mortalidad materna e infantil –los cinco países antes mencionados se cuentan entre los 60 países propuestos por Cuenta Regresiva para 2015 que se beneficiarán, con carácter prioritario, de los programas de supervivencia infantil (*para mayores detalles, véase el Gráfico 1.17, pág. 16*). La situación casi siempre es más grave en las zonas rurales y en los barrios marginales de las zonas urbanas, donde la mayoría de las mujeres son analfabetas y las barreras socioculturales –restricciones para salir de sus hogares o relacionarse con extraños, entre otras– les impiden acceder a los servicios de salud y a los establecimientos sanitarios.

En el Afganistán, por ejemplo, las mujeres tienen prohibido recibir atención médica en hospitales cuyo personal es exclusivamente masculino, y las normas culturales les impiden trabajar y formarse como profesionales de la medicina.

Diversos programas de salud comunitaria que capacitan primordialmente a mujeres han logrado burlar los obstáculos que les impiden utilizar los servicios de salud. El Comité

de Fomento Rural de Bangladesh preparó como trabajadoras sanitarias de la comunidad a mujeres casadas de mediana edad de ese país, y los servicios domiciliarios que prestan les permiten pasar por alto las reglas de la purdah (encierro forzoso de las mujeres en sus hogares) y acceder a los centros de salud por sus propios medios. En el Pakistán, donde en 1999 solo más o menos el 50% de las mujeres en edad reproductiva estaban vacunadas contra el tétanos, una campaña iniciada por el Ministerio de Salud elevó esa proporción al 80% de una población objetivo de 5 millones de mujeres, gracias a las visitas domiciliarias realizadas por las Damas Trabajadoras de la Salud que, a diferencia de los hombres vacunadores, tenían mucho mejor acogida entre las mujeres.

Por otra parte, las intervenciones que han dado una mayor importancia al papel de la mujer y han impulsado la formación de dirigentes femeninas a escala de las comunidades también han contribuido en gran medida a mejorar el estado de salud de las mujeres y los niños. En Ghana, la prevalencia de la enfermedad del gusano de Guinea, que se transmite por el agua y puede incapacitar durante meses a las personas infectadas, requirió una gran campaña de erradicación. Un grupo de mujeres voluntarias, más familiarizadas con las fuentes de agua mejorada que los hombres, realizó una labor de vigilancia casa por casa para distribuir filtros, detectar depósitos de agua potencialmente contaminada e impartir educación. El resultado fue un descenso del 36% en la incidencia de la enfermedad entre 2002 y 2003. Igualmente, mujeres designadas por la comunidad promovieron una iniciativa para prevenir la fiebre del dengue, que la OMS y los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades de los Estados Unidos pusieron en marcha en Puerto Rico. Ellas realizaron visitas a los hogares, entrevistaron a los jefes de familia e inspeccionaron los predios en busca de lugares de reproducción de los vectores. Además, llevaron a cabo actividades destinadas a crear conciencia entre los miembros de las comunidades, incluida una exposición sobre prevención de la enfermedad en un supermercado local. Esta estrategia motivó al 20% de las familias a participar en la campaña.

Véanse las referencias, pág. 105.

familias moldean las perspectivas de la supervivencia infantil. Por eso, no sorprende que las mayores tasas de mortalidad de lactantes y niños pequeños se registren en: los países más pobres; los distritos y las comunidades menos favorecidos, más marginados y con los

niveles educativos más bajos; y en los países afectados por conflictos civiles, con una mala gestión de los asuntos públicos y una falta crónica de inversión en la infraestructura física y en los sistemas de salud pública. De los 11 países donde el 20% de los

niños, o más, mueren antes de cumplir cinco años –el Afganistán, Angola, Burkina Faso, el Chad, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Liberia, Malí, el Níger, la República Democrática del Congo y Sierra Leona²³–, más de la mitad han padecido un conflicto



© UNICEF/H06-2640/Tom Pietrasik

Cuando las mujeres participan en la toma de decisiones relacionadas con la salud, los niños y las niñas reciben mejores cuidados y atención. *Una charla sobre asistencia sanitaria durante una reunión, India.*

armado importante desde 1989. De igual manera, los países que se caracterizan por tener instituciones poco sólidas, altos niveles de corrupción, inestabilidad política y un débil estado de derecho, por lo regular no pueden proporcionar servicios básicos a sus ciudadanos.

Los factores institucionales y ambientales muchas veces son determinantes para la supervivencia infantil. Por ejemplo, en los países donde el SIDA ha alcanzado niveles epidémicos, combatir la enfermedad constituye el principal reto para la supervivencia de los niños. Por su escala y naturaleza, mientras no se afronte este problema y se encuentren soluciones, cualquier otra intervención será ineficaz. Los países que sufren de inseguridad alimentaria o de sequías también tienen una

mayor propensión a que en ellos se registren bajas tasas de supervivencia infantil. La imposibilidad de diversificar la dieta conduce a la desnutrición crónica de los niños, a aumentar su vulnerabilidad a las enfermedades y, por último, a la muerte.

El reto de llevar las intervenciones a los niños de los países que afrontan problemas tan difíciles de resolver es abrumador. Pero cuando existe voluntad política, esos países pueden tomar medidas que permiten crear ambientes favorables para la supervivencia y el desarrollo de los niños.

Promulgar leyes para proteger a la niñez contra la violencia y garantizar su cumplimiento

Datos de países miembros de la Organización de Cooperación y

Desarrollo Económico muestran que entre los menores de 18 años, los niños que tienen menos de un año corren el segundo riesgo más alto de ser víctimas de homicidio; en realidad, corren un riesgo tres veces mayor de morir que los niños de uno a cuatro años. A menor edad, mayor es la probabilidad de que el pequeño muera a manos de un miembro de su familia. En los lugares donde las muertes no se registran ni se investigan, la verdadera dimensión de la violencia fatal contra la niñez no se llega a conocer y puede ocultarse en las cifras, usualmente altas, de mortalidad de menores de cinco años. Se supone que la violencia en cualquiera de sus formas, incluido el abandono, casi siempre se relaciona con las defunciones de lactantes y niños pequeños que no se registran como homicidios o que, sencillamente, no

se registran. Hay un acuerdo general sobre el hecho de que la violencia contra los niños ejercida por miembros de la familia termina en muerte con mucha más frecuencia de lo que indican los informes oficiales²⁴.

Otra forma de violencia contra los niños que la sociedad suele tolerar y que tiene implicaciones para la supervivencia infantil es el matrimonio forzado. Cuando una niña da a luz antes de que su organismo esté totalmente desarrollado, aumenta el riesgo de que ella y su hijo mueran. La muerte asociada con el embarazo es

la principal causa de mortalidad entre las muchachas de 15 a 19 años de todo el mundo, casadas o no²⁵. Las niñas menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de perder la vida durante el parto que las mujeres de más de 20 años²⁶ y sus hijos también tienen menos probabilidades de sobrevivir. Los hijos de madres menores de 18 años tienen un 60% más de probabilidades de morir durante el primer año de vida que los hijos de mujeres mayores de 19 años²⁷.

Además de leyes que prohíban el matrimonio precoz y otras formas

de violencia contra la infancia, los países que aspiran a crear un ambiente que favorezca la supervivencia, el bienestar y el desarrollo de los niños deben adoptar una política de cero tolerancia. Otra medida crucial para la protección de la niñez es la inscripción de todos los nacimientos. Este reconocimiento legal de la existencia del niño se requiere con frecuencia para acceder a servicios esenciales, como la vacunación y la administración de suplementos de vitamina A, y es imprescindible para las cuestiones patrimoniales²⁸.

Inscripción de los nacimientos: una medida importante para acceder a los servicios esenciales

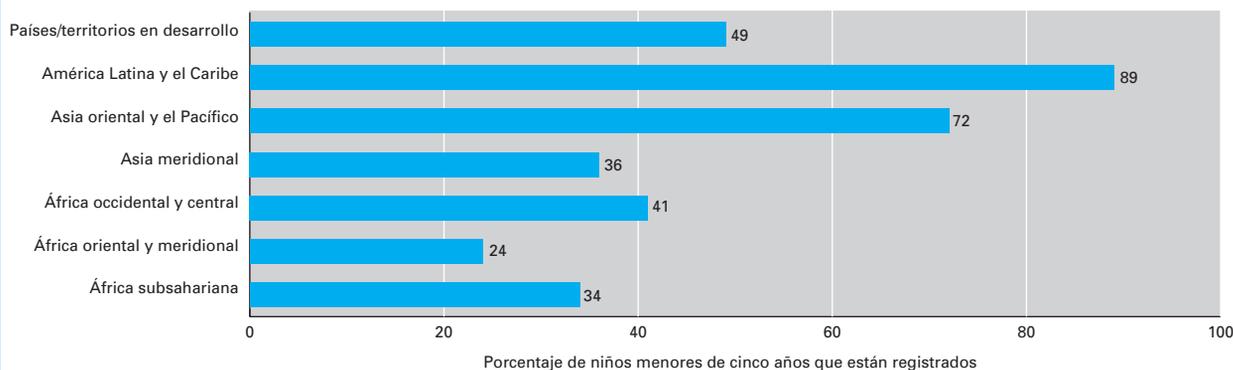
El derecho a un nombre y a una nacionalidad fue consagrado por la Convención sobre los Derechos del Niño, cuyo artículo 7 pide expresamente registrar a los niños inmediatamente después de nacer. Sin embargo, todos los años dejan de registrarse unos 51 millones de nacimientos. Estos niños pertenecen por lo regular a familias pobres, marginadas o desplazadas, o a países con siste-

mas de registro ineficientes, y las consecuencias para su salud y bienestar suelen ser graves y duraderas.

Si bien África subsahariana tiene la proporción más alta de niños que no son inscritos al nacer (el 66%), el número más alto corresponde a Asia meridional, con un coeficiente del 64%. Esta situación plantea serias dificultades

Gráfico 1.20

Las tasas más bajas de registro de los nacimientos* corresponden a Asia meridional y a África subsahariana



* El registro de los nacimientos se refiere al porcentaje de niños menores de cinco años que estaban registrados cuando se llevó a cabo la encuesta. El numerador de este indicador incluye a los niños cuyos certificados de nacimiento vio el entrevistador, o a los niños que fueron registrados, según informaron sus madres o cuidadores. Los datos de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados se refieren a los niños que estaban vivos cuando se efectuó la encuesta.

Fuente: Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, Encuestas de Demografía y Salud, otras encuestas nacionales y sistemas de registro de datos vitales. Los datos de los países y las regiones se pueden consultar en la tabla estadística 9, pág. 146 de este informe.

Educación a las mujeres y promover su autonomía

Las estimaciones más recientes indican que, en promedio, uno de cada cuatro adultos (definidos aquí como las personas que tienen 15 años de edad, como mínimo) no sabe leer ni escribir, y, según los últimos datos del Instituto de Estadística de la UNESCO, casi dos tercios son mujeres²⁹. Las investigaciones revelan que, en comparación con los cuidadores más educados, aquellos cuyo nivel educativo es más bajo tienen por lo general menos acceso a información sobre atención básica de la salud³⁰, lo que puede llevarlos a tomar

decisiones equivocadas sobre cuándo y cómo buscar asistencia para los niños enfermos³¹. Por el contrario, en Bangladesh se ha comprobado que los hijos de madres con educación primaria tienen un 20% más de probabilidades de sobrevivir, en comparación con los hijos de madres que no asistieron a la escuela. Más aún, la probabilidad aumenta al 80% cuando la madre cursó la enseñanza secundaria³².

Promover la autonomía social y económica de las mujeres puede ser otro camino para mejorar las tasas de supervivencia infantil. En muchos

países las mujeres no pueden siquiera tomar decisiones relativas a su salud o a la salud de sus hijos. Un hecho conocido es que cuando las mujeres están a cargo de las finanzas domésticas, tienden a gastar una proporción más alta del presupuesto familiar en alimentos y otras necesidades de los hijos. Por eso, proporcionarles los medios para volverse más independientes desde el punto de vista económico puede ser muy positivo para los niños.

Promover la equidad social

Por su pobreza y condición de marginalidad, millones de mujeres y

a países como el Afganistán, Bangladesh, la República Unida de Tanzania y Zambia, cuyas tasas de registro son muy bajas debido a la falta de sistemas eficaces y funcionales de inscripción de los nacimientos. Según estimaciones de UNICEF, en Bangladesh y Zambia solo se registra el 10% de los nacimientos, mientras que en la República Unida de Tanzania la tasa es de apenas el 8%.

La inscripción del nacimiento y el acceso a la atención de salud, en particular, están estrechamente ligados, sobre todo en el caso de los niños menores de cinco años. Datos de varios países de África indican que hay una estrecha correlación entre la asistencia calificada durante el parto y el registro del nacimiento. En Benín, por ejemplo, el 74% de los niños cuyos nacimientos contaron con la presencia de personal calificado también fueron registrados, en comparación con el 28% de los niños que no tuvieron esta clase de atención durante su nacimiento. Los datos también sugieren que los niveles de inscripción de los nacimientos se correlacionan con el número de vacunas que los niños reciben, con las dosis de suplementos de vitamina A y con la calidad de los servicios médicos disponibles. Así, en el Chad, el 38% de los niños que reciben suplementos de vitamina A están registrados, en comparación con el 15% de los que no se benefician de la administración de suplementos. En muchos países, la falta de un certificado de nacimiento hace que se niegue a los niños el acceso a programas e intervenciones vitales.

Los escollos que deben sortear los padres y madres para registrar el nacimiento de sus hijos tienen que ver a menudo con tendencias más amplias de exclusión social y falta de acceso a servicios sociales. Por ejemplo, en las zonas remotas, los progenitores casi nunca perciben los

beneficios de ser ciudadanos, por lo que tampoco perciben las ventajas de registrar los nacimientos de sus hijos. Y lo que es peor, aunque lo quieran hacer, los disuaden el alto costo de la gestión y las grandes distancias a los centros de registro. Según un análisis reciente de UNICEF, en no menos de 20 países en desarrollo, la razón principal para no registrar los nacimientos es el alto costo, lo que genera grandes desigualdades en materia de registro de los nacimientos entre los niños ricos y los pobres. En la República Unida de Tanzania, donde el nivel de registro es muy bajo, existe una marcada disparidad entre los ricos y los pobres, y solo el 2% de los niños pertenecientes al quintil más pobre de la población son registrados, en comparación con el 25% de los niños que pertenecen al quintil más rico.

Lograr el registro universal de los nacimientos exige que los gobiernos, los progenitores y las comunidades trabajen juntos para convertirlo en una prioridad, y un enfoque integrado –como combinar las campañas nacionales de inmunización con campañas para registrar los nacimientos– es la estrategia más conveniente. Incluso en las circunstancias más duras, cuando este enfoque se ha puesto en práctica, los resultados han sido excelentes. En el Afganistán, una campaña nacional realizada en 2003 para registrar a todos los niños menores de un año se combinó con los Días Nacionales de Inmunización contra la Poliomiéltis. La campaña se amplió en 2004 y para mediados de octubre de ese año había beneficiado a 2 millones de niños menores de cinco años.

Véanse las referencias, pág. 105.

Supervivencia infantil en situaciones posteriores a los conflictos: desafíos y triunfos de Liberia

Por Ellen Johnson-Sirleaf, Presidenta de Liberia

Según la Comisión de Mujeres para las Mujeres y los Niños Refugiados, con sede en Nueva York, el trato que una sociedad da a sus niños es un reflejo de su valía. En cuanto a la situación posterior al conflicto en Liberia, la suerte del país está inextricablemente unida a la de su población más vulnerable. La supervivencia de la niñez de este país es fundamental para apuntalar nuestro programa de desarrollo porque determina el progreso de Liberia como país.

Las repercusiones del conflicto sobre la supervivencia de los niños de Liberia son dramáticas: la tasa de mortalidad de menores de cinco años es la quinta más alta del mundo (235 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos); la mortalidad de lactantes es la tercera más alta y la mortalidad materna, la vigésimo primera. Las tendencias de la mortalidad materna son un importante parámetro para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 y otras metas relacionadas con la salud infantil, puesto que de la salud de las madres depende en gran medida la supervivencia de los niños. Cuando no existe una política rigurosa sobre desarrollo y promoción de la autonomía de la mujer, en cualquier situación posterior a un conflicto, los niños son un recordatorio del fracaso de un país.

Desconcierta que, pese a todos los avances de la medicina moderna, los niños menores de cinco años de Liberia sigan muriendo a causa del paludismo (18% del total de muertes), la diarrea y algunas enfermedades prevenibles mediante vacunación, como el sarampión, el tétanos neonatal, la difteria, la tos ferina y las infecciones respiratorias agudas. La desnutrición crónica y la carencia de vitaminas y minerales, comunes entre los menores de cinco años, son causas frecuentes de estos trastornos. El 51% de la población adolece de inseguridad alimentaria. La proporción de mujeres embarazadas infectadas con el VIH en 2007 se calcula en 5,7%, en comparación con el 4% en 2004, lo que constituye un ejemplo adicional de los desastrosos efectos, en las mujeres y las niñas, de los 15 años de conflicto y los problemas estructurales de la economía.

El acceso a los servicios asistenciales básicos está mejorando, pero la cobertura y la distribución siguen siendo inadecuadas, especialmente en las zonas rurales. Lograr el acceso universal es una tarea gigantesca debido a los efectos devastadores del conflicto armado, como la destrucción de la infraestructura de salud, el bajo número de trabajadores sanitarios capacitados y los limitados recursos asignados por el sector público a la salud. El Gobierno de Liberia está haciendo ingentes esfuerzos para reducir de manera significativa la morbilidad y la mortalidad en la infancia para 2011, y ya formuló y está poniendo en práctica una política nacional de salud y un plan de acción cuyo objetivo es el acceso universal. Así mismo, ya preparó una estrategia nacional para acelerar la supervivencia infantil, y está definiendo un plan de

acción que servirá de "hoja de ruta" para reducir la mortalidad materna. Gracias a la paz, la inmunización de los niños y las mujeres embarazadas ha aumentado considerablemente.

Pese a todos los progresos, aún quedan muchos problemas por resolver.

Antes del conflicto, el agua potable, decisiva para la supervivencia, no faltaba en los grandes centros poblacionales como Monrovia, la capital de Liberia. Sin embargo, la mayor parte de los sistemas de abastecimiento de agua corriente resultaron destruidos durante el conflicto. Hoy en día, además de Monrovia, donde este sistema está en proceso de rehabilitación, los centros urbanos carecen de acceso a agua corriente. Los niños no pueden sobrevivir ni, obviamente, prosperar sin agua apta para el consumo, y en Liberia solo el 32% de la población goza actualmente de este recurso vital.

La salud y la educación, lados opuestos de la misma moneda, son los pilares de cualquier estrategia seria de supervivencia infantil, y Liberia tiene que abordarlos simultáneamente para conquistar el ODM 4. Se calcula que un 68% de la población es analfabeta (el 55% entre los hombres y el 81% entre las mujeres). Por su parte, la capacidad de leer y escribir y la educación, especialmente entre las niñas, se relacionan estrechamente con mejores tasas de supervivencia infantil. La Política para la Educación de las Niñas de 2006 aspira a brindar educación a todas las niñas. Con el propósito de garantizar la supervivencia de la infancia, ellas también requieren protección. El conflicto dejó a muchas niñas embarazadas o con hijos. Se requieren esfuerzos especiales para proteger a las adolescentes contra la explotación y el abuso sexuales, el embarazo y el SIDA, no solo para garantizarles su derecho a la supervivencia, sino para garantizar los derechos de sus hijos.

Debe darse un nuevo impulso al tema de la supervivencia infantil y Liberia está a la cabeza de este esfuerzo. No solo queremos garantizar que nuestros niños sobrevivan; aspiramos a que se desarrollen sanamente, a que prosperen y lleguen a ser ciudadanos productivos.

niños han sido excluidos del progreso durante las últimas décadas. Las perspectivas de supervivencia de los niños de familias pobres y de familias con recursos son tremendamente distintas, y no solo entre los países sino también dentro de ellos. Por ejemplo, en todos los países que disponen de datos, los niños que viven en el 20% de los hogares más pobres tienen una probabilidad mucho mayor de morir antes de su quinto cumpleaños que los niños del 20% de los hogares más ricos de la población, y en algunos países el riesgo es hasta cinco veces más alto³³. Adoptar políticas que permitan eliminar esas desigualdades –es decir, lograr que las tasas de mortalidad en la infancia del 80% más pobre de la población igualen las del 20% más rico– repercutiría de manera impresionante sobre la mortalidad de los niños menores de cinco años de cualquier país³⁴. A escala mundial, esto equivaldría a evitar cerca del 40% de las defunciones de niños de este grupo de edad³⁵.

Otros factores que explican la exclusión de los niños de los servicios de salud son la discriminación, el aislamiento geográfico, el bajo nivel educativo de los progenitores, la epidemia de SIDA y las situaciones complejas de emergencia, como los conflictos armados y los desas-

tres naturales. Muchos niños resultan afectados simultáneamente por dos o más de estas circunstancias, lo que disminuye aún más su probabilidad de acceder a intervenciones vitales.

Entre las fórmulas para solucionar estas desigualdades se cuentan los programas de intervenciones en salud dirigidos a los pobladores de las zonas más remotas. Otras opciones son subsidiar la asistencia sanitaria para los pobres y dirigir los programas de ventas subvencionadas a las personas excluidas. Lo fundamental es asignar prioridad a la equidad en las intervenciones y estrategias de supervivencia infantil. Hacerlo requerirá conocer a fondo la situación mediante datos de encuestas, que también se utilizarían para fines educativos y de promoción. Debe instituirse el seguimiento periódico, junto con mecanismos para garantizar la transparencia en la rendición de cuentas a escala nacional e internacional.

El reto de ofrecer servicios asistenciales a las madres, a los recién nacidos y a los niños en el marco de un proceso de atención continua

Éstos son los desafíos que los trabajadores de la salud afrontan para beneficiar a los niños y niñas que

actualmente se hallan excluidos de los servicios básicos. El reto principal en materia de supervivencia infantil ya no consiste en establecer las causas inmediatas de la mortalidad ni sus soluciones, sino en beneficiar a los países y a las comunidades más marginados con los servicios y la educación que esas soluciones requieren. Como mostrará el resto del presente informe, muchos países, entre ellos algunos de los más pobres del mundo, han favorecido a un gran número de niños y familias con servicios esenciales, lo que representa un logro extraordinario. No obstante, para ampliar la escala es preciso aprender de las experiencias de las últimas décadas, prestando especial atención a la consolidación de los enfoques integrados de salud infantil en el ámbito comunitario.



RESUMEN

La notable reducción de la mortalidad entre los lactantes y los niños pequeños en muchas partes del mundo durante el siglo pasado constituye uno de los logros más importantes en materia de salud pública internacional, y ha tenido profundas repercusiones en la esperanza de vida. Sin embargo, un análisis de esta tendencia revela que los progresos han sido desiguales. Algunos países y regiones dejaron de avanzar en el decenio de 1990. En África meridional, las muertes de lactantes y niños menores de cinco años se han incrementado debido a que el SIDA reduce la esperanza de vida y aumenta la mortalidad por infecciones oportunistas, tuberculosis, paludismo y desnutrición. África y Asia meridional registraron muy pocos progresos durante las últimas décadas y sus tasas de mortalidad materna siguen siendo inaceptablemente altas.

Teniendo en cuenta que se acerca el año 2015, cuando se deberán cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y que los progresos realizados por muchos países para alcanzar las metas son insuficientes, surgen algunos interrogantes esenciales; por ejemplo: ¿Cómo se podrían lograr tasas más altas de supervivencia materna, neonatal e infantil durante los próximos ocho años? ¿Qué nivel de reducción de la mortalidad materna es realista esperar durante el mismo período? ¿Cómo deben los países establecer prioridades en materia de salud de las madres, los recién nacidos y los niños pequeños?

Un análisis de diferentes enfoques hacia la prestación de servicios esenciales desde el comienzo del siglo XX hasta el momento actual demuestra que diversas intervenciones y políticas tienen una gran capacidad para acelerar el progreso. Entre esas medidas vitales cabe

Es necesario centrarse más en estrategias que permitan avanzar el proceso de atención continua de la salud materna, del recién nacido y del niño. *Una clínica en un campamento de refugiados, ex República Yugoslava de Macedonia.*

citar la aplicación, en una amplia gama de escenarios, de intervenciones relacionadas con salud, nutrición, agua, saneamiento, higiene, VIH y SIDA de comprobada eficacia y bajo costo, que permiten brindar atención médica de calidad a las mujeres y los niños. También hay que mencionar las medidas para facilitar el acceso a las intervenciones y la movilización de recursos financieros y humanos adicionales. Obtener resultados positivos exige estrategias fundamentadas en el conocimiento colectivo sobre supervivencia y salud materna, neonatal e infantil, con el objeto de identificar las soluciones que mejor se adapten a cada país y a cada comunidad.

Experiencias adquiridas a partir de la evolución de las prácticas y los sistemas de atención de salud

La formulación de un proceso de atención primaria de salud de buena calidad para las madres, los recién nacidos y los niños, orientado hacia los resultados y basado en pruebas empíricas, requiere evaluar los análisis, la información y los datos más sólidos a fin de extraer lecciones útiles para las acciones presentes y futuras. Una medida imprescindible es examinar detenidamente los distintos enfoques que se utilizan en la actualidad para la prestación de servicios de salud esenciales a los niños y las madres.

Esos enfoques varían, desde iniciativas centradas específicamente a una enfermedad o condición, como el sarampión o la desnutrición, hasta el ideal de proporcionar un conjunto continuo de servicios de atención primaria de salud que integre las instalaciones hospitalarias y clínicas, los servicios ambulatorios y de extensión y los sistemas de atención domiciliaria y comunitaria.

A lo largo de los años ha habido intensos debates en torno a los méritos relativos de las principales intervenciones y cambios de políticas y, en particular, sobre las ventajas y desventajas de las estrategias más amplias en comparación con las más selectivas, lo que ha generado una extensa bibliografía. Las diferencias entre estas dos clases de estrategias no son muy mar-

cadadas, pues de hecho surgieron, en parte, como resultado de las limitaciones de las estrategias anteriores. La siguiente revisión histórica sobre los logros y las dificultades de los sistemas de atención de salud y las prácticas de salud pública durante el siglo pasado, aunque breve, ayuda a comprender la situación actual y a orientar las acciones futuras.

El período colonial: 1900–1949

Hasta comienzos del siglo XX, la muerte de recién nacidos y niños pequeños era muy común en todo el mundo. Las altas tasas de mortalidad y la discapacidad producida por la diarrea, el paludismo, el sarampión, la neumonía, la viruela, la tuberculosis y las diversas formas de desnutrición afectaban a una gran proporción de la población mundial.

Para 1900, la población del mundo ascendía a 1.650 millones. Si bien en ese entonces se habían registrado mejoras en la esperanza de vida en algunos lugares como Inglaterra y los países escandinavos, el promedio mundial estimado era de solo 30 años¹. A comienzos del siglo XX, los esfuerzos para controlar algunas enfermedades infecciosas, como la anquilostomiasis, el paludismo y la fiebre amarilla, sentarían la base para las futuras interven-

ciones de control de las enfermedades. En la primera mitad del siglo se desarrollaron unos cuantos programas decisivos contra el paludismo, que combinaban la investigación y el control de la enfermedad en África. Esos esfuerzos preliminares eran fragmentarios y los llevaban a cabo gobiernos coloniales cuyo interés primordial eran los territorios y la fuerza de trabajo de sus colonias. Pese a su limitado alcance, algunas iniciativas –por ejemplo, la lucha contra el paludismo en las minas de cobre de lo que actualmente es Zambia, entre 1930 y 1950– dieron resultados bastante satisfactorios.

Todos los servicios de salud coloniales tenían instalaciones sanitarias marcadamente segregadas que daban prioridad a sus expatriados y militares. En la India y África anglófona, las investigaciones sobre enfermedades exóticas condujeron a la creación de programas y especialidades tropicales. Pocas facultades de medicina recibían a estudiantes locales y, cuando lo hacían, era debido a la partida de profesionales extranjeros como consecuencia de la independencia de muchos países en desarrollo en las décadas de 1950 y 1960.

Los servicios de salud para la población en general fueron instituidos, principalmente, por misiones que

solían dispensar la atención en establecimientos especiales. La capacitación del personal local empezó con las escuelas de enfermería. Debido a la abrumadora carga de trabajo, los enfermeros y enfermeras pronto tuvieron que dirigir la mayoría de los servicios periféricos. En algunos países, los gobiernos distritales establecieron clínicas y pequeños hospitales locales. No obstante, en la mayoría de los países, los hospitales de las misiones proporcionaban entre el 50% y el 80% de las camas. La salud pública se centraba en la protección ambiental, sobre todo en los primeros esfuerzos para abastecer de agua salubre e instalaciones mejoradas de saneamiento a las zonas urbanas.

Los servicios de salud en las colonias francófonas y otras colonias europeas eran muy distintos de los de los países anglófonos, puesto que los primeros ponían un mayor hincapié en los

programas sobre las principales enfermedades endémicas. Así, los niveles independientes de una red nacional se concentraban en un solo trastorno, como la enfermedad del sueño, la elefantiasis, la lepra y otras condiciones de alta prevalencia que afectaban la capacidad laboral. Unidades móviles generosamente equipadas prestaban atención a gran escala. Se partía de la base de que tratar a los pacientes en reuniones a gran escala por medio de servicios de extensión beneficiaba a un número más alto de personas que invertir en instalaciones estáticas. Los ciclos de tratamiento no se concentraban en intervenciones de prevención y control, sino de curación.

Al igual que en África, los primeros hospitales de China fueron establecidos principalmente por misiones. En 1920 se creó un sistema de salud pública para controlar la plaga neumónica, que

se estaba propagando a gran velocidad en la provincia de Manchuria.

Un hecho histórico que vale la pena destacar es que el primer estudio de caso sobre atención de salud primaria basada en la comunidad que fue publicado se refiere a un proyecto exitoso de este período, que se llevó a cabo en Ding Xian (anteriormente Ting Hsien), a unos 200 kilómetros al sur de Beijing. En esta provincia de cerca de medio millón de habitantes, trabajadores sanitarios que fueron los precursores de los “médicos descalzos” de China dispensaban la atención de salud. Durante un cuarto de siglo, China benefició mediante uno de los sistemas sanitarios más equitativos jamás diseñados a más de una quinta parte de la población mundial. Esa experiencia dejó importantes lecciones que sirvieron para planificar la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria

La Iniciativa relativa al sarampión

La Iniciativa relativa al sarampión demuestra que un programa mundial con un enfoque vertical, bien orientado y dirigido, y con los recursos necesarios, puede ampliar su escala rápidamente y producir resultados impresionantes. La Iniciativa es una alianza entre UNICEF, la OMS y otros importantes organismos internacionales y organizaciones del sector privado. Puesta en marcha en 2001, adoptó la meta fijada durante la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en favor de la Infancia, en mayo de 2002, de reducir las muertes infantiles causadas por el sarampión entre 1999 y 2005. La Iniciativa ha sido el principal patrocinador de la campaña de vacunación a gran escala contra el sarampión, que benefició, entre 2001 y 2005, a más de 217 millones de niños, especialmente en África.

Los resultados superaron la meta de las Naciones Unidas, pues la mortalidad por sarampión se redujo en un 60% entre 1999 y 2005. El 72% de la reducción absoluta correspondió a África. Las estimaciones indican que la vacunación ayudó a evitar casi 7,5 millones de muertes infantiles a causa de esta enfermedad.

La disminución de la mortalidad por sarampión refleja tanto el compromiso de la Iniciativa Relativa al Sarampión de promover la cobertura de inmunización, como el compromiso de los gobiernos de cumplir la estrategia de UNICEF/OMS tendiente a

reducir la mortalidad por esta causa. La estrategia consta de cuatro componentes fundamentales:

- Aplicar por lo menos al 90% de los niños de todos los distritos a nivel nacional, a los nueve meses de edad o poco después, al menos una dosis de la vacuna contra el sarampión, aprovechando los servicios periódicos de vacunación.
- Dar a todos los niños una segunda oportunidad de recibir la vacuna contra el sarampión.
- Crear mecanismos eficientes de vigilancia.
- Mejorar la gestión clínica de los casos complicados, incluyendo la distribución de suplementos de vitamina A.

Las actividades para controlar el sarampión contribuyen al desarrollo del sistema de salud de diversas maneras; por ejemplo, promoviendo prácticas seguras para aplicar la vacuna, mejorando la capacidad de la cadena de refrigeración para el almacenamiento de las vacunas y estableciendo una red mundial de laboratorios de salud pública. Adicionalmente, las campañas de vacunación con frecuencia se combinan con otras intervenciones esenciales, como la distribución de suplementos de vitamina A, medicamentos antiparasitarios y mosquiteros tratados con insecticida.

de Salud celebrada en Alma-Ata, Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (actualmente Almaty, Kazajstán), en 1978.

A comienzos de siglo, países como Dinamarca, los Países Bajos, Noruega y Suecia lograron reducir la mortalidad materna con gran rapidez. Al parecer, la forma como estaba organizada la asistencia cualificada durante el parto fue el factor decisivo. En el caso de esos cuatro países, los esfuerzos se centraron en brindar atención profesional cerca de los lugares donde vivían las mujeres y, sobre todo, en capacitar adecuadamente a las parteras de las comunidades².

Campañas a gran escala para controlar las enfermedades: 1950–1977

Para 1950, la población mundial superaba los 2.500 millones, y la

esperanza de vida promedio se había elevado a 47 años.

Durante los decenios de 1950, 1960 y 1970 se realizaron numerosos esfuerzos para controlar algunas enfermedades, a menudo llamados “campañas a gran escala” o “respuestas centradas en las enfermedades”. Mediante intervenciones científicamente sólidas y epidemiológicamente comprobadas se combatía una enfermedad o un trastorno específicos. Esas intervenciones se caracterizaban por tener objetivos claramente definidos e incluían la fecha en la cual se debía reducir o erradicar la enfermedad, recurriendo a tecnologías específicas aplicadas por trabajadores sanitarios entregados a su labor³.

La más satisfactoria de esas campañas fue la iniciativa para erradicar

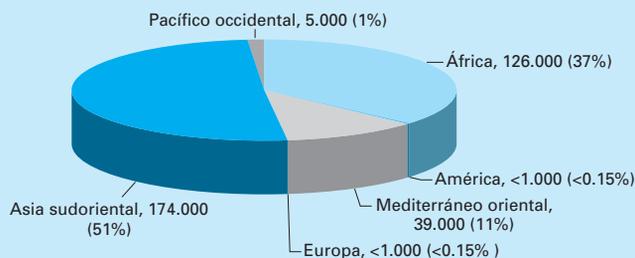
la viruela, que informó sobre el último caso de contagio de persona a persona en 1977. Otras campañas a gran escala han erradicado o reducido significativamente enfermedades como la dracunculosis o enfermedad del gusano de Guinea, el tracoma y el pian o frambesia.

Los excelentes resultados de la campaña de erradicación de la viruela fueron clave para el diseño del programa preventivo de salud pública posiblemente más exitoso de la historia: el Programa Ampliado de Inmunización, que se inició en 1974. Al principio se aspiraba a vacunar a los niños contra seis enfermedades –difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, sarampión y tuberculosis– durante su primer año de vida. Cuando se empezó a ejecutar el programa, menos del 5% de los niños del mundo estaban

Gráfico 2.1

Carga mundial de mortalidad por sarampión*

El 90% de las defunciones por sarampión corresponden a niños menores de cinco años



* Las regiones se refieren a las regiones de la Organización Mundial de la Salud.

Fuente: Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud publicadas en *The Lancet*, vol. 369, 20 de enero de 2007, pág. 194

En mayo de 2005, la Asamblea Mundial de la Salud trazó un nuevo objetivo mundial: reducir la mortalidad por sarampión en un 90% para 2010, en comparación con las cifras registradas en 2000. Cumplir este ambicioso objetivo exigirá que los

países que han mostrado un buen desempeño continúen progresando. Así mismo, se requerirán grandes esfuerzos para modificar la situación de los países que tienen altas tasas de mortalidad por sarampión, como la India y el Pakistán. Aún queda mucho por hacer en la lucha contra esta enfermedad; en efecto, 345.000 personas murieron por esta causa en 2005, de las cuales el 90% fueron niños menores de cinco años. Esta enfermedad altamente contagiosa sigue constituyendo una causa importante de muerte entre los menores de cinco años y representa cerca del 4% de la carga mundial. Además, debilita el sistema inmunológico, haciendo que los niños sean propensos a otras enfermedades que ponen en peligro sus vidas, como la neumonía, la diarrea y la encefalitis aguda, y es una de las principales causas de muerte infantil que se pueden prevenir mediante vacunación. El éxito de la lucha contra el sarampión entre 1999 y 2005 es un ejemplo de lo que se puede lograr cuando los gobiernos y los aliados internacionales demuestran voluntad política, comprometen recursos y diseñan estrategias sólidas para brindar tratamientos eficaces en función del costo. Siempre y cuando se mantenga este grado de compromiso, es razonable creer que la nueva meta se alcanzará, contribuyendo a avanzar hacia el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 4.

Véanse las referencias, pág. 106

vacunados contra estas enfermedades. Las estadísticas más recientes indican que las tasas de inmunización a nivel mundial, medidas por la cobertura de vacunación contra la difteria, el tétanos y la tos ferina, son actualmente superiores al 75%.

Cuando se introdujeron las campañas a gran escala, los enfoques para la prestación de los servicios de salud usualmente se clasificaban como “verticales” (o “categóricos”) u “horizontales”. Esta distinción se refería, básicamente, a dos dimensiones de la estructura de los programas:

- La medida en la cual la gestión del programa formaba parte de la gestión general del sistema de salud, especialmente a niveles administrativos bajos (horizontal), por oposición a una total separación (vertical).
- La medida en la cual los trabajadores sanitarios desempeñaban una función (vertical) o muchas funciones (horizontal)⁴.

Las ventajas y desventajas relativas de los enfoques vertical y horizontal están bien documentadas, y un examen exhaustivo de este tema va más allá del alcance de esta breve reseña histórica. De todas maneras, las ventajas de un enfoque reflejan las desventajas del otro.

Atención primaria de salud: 1978–1989

El origen de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud efectuada en 1978 en Alma-Ata fueron las exitosas innovaciones en materia de salud comunitaria desarrolladas tras la II Guerra Mundial en entornos pobres. Entre esas innovaciones se contaban clínicas para niños menores de cinco años en Nigeria, trabajadores sanitarios de

la comunidad en Indonesia, médicos descalzos en China y los sistemas de salud de Cuba y Viet Nam⁵. La conferencia de Alma-Ata y su declaración final constituyeron hitos de la mayor trascendencia. La conferencia fue la más grande jamás realizada hasta ese momento sobre un tema de salud y desarrollo internacional; de hecho, participaron representantes de 134 naciones, de 67 organizaciones no gubernamentales y de las Naciones Unidas. Al materializar novedosos conceptos que llegarían a convertirse en sabiduría convencional, la Conferencia de Alma-Ata allanó el camino hacia compromisos mundiales de gran importancia, como Salud para Todos en el Año 2000, la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990 y, más recientemente, la Declaración del Milenio y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La aproximación a la atención primaria de salud que surgió en Alma-Ata postula los principios de equidad, participación de la comunidad, colaboración intersectorial, utilización de tecnología apropiada, disponibilidad de recursos y promoción de la salud. Todos ellos se han convertido en los principios rectores del desarrollo de sistemas sanitarios que toman en consideración aspectos más amplios de la salud de la población, reforzando las funciones de la salud pública; que hacen hincapié en la integración de la atención médica a lo largo del tiempo y en una gran variedad de entornos; que incluyen la prevención y la atención aguda y crónica en todos los componentes del sistema; que evalúan el desempeño y se esfuerzan para mejorarlo, y que retoman el criterio de salud poblacional como base de las decisiones que afectan la manera de organizar, financiar y prestar servicios sanitarios a las personas y a las comunidades⁶.

La Declaración de Alma-Ata recomendó incluir en la atención primaria de salud, como mínimo, las siguientes actividades:

- Educación sobre la salud.
- Educación sobre la alimentación y nutrición.
- Agua salubre y saneamiento básico.
- Atención maternoinfantil.
- Vacunación contra las principales enfermedades de la infancia.
- Tratamiento apropiado de las enfermedades y las lesiones más comunes.
- Prevención y control de las enfermedades endémicas locales.
- Suministro de medicamentos esenciales.

El concepto de sistema de salud distrital, también conocido en Europa y otros países como enfoque de “zona seleccionada de influencia”, “de pequeña zona” o “de grupo intermedio”, fue adoptado posteriormente por la Organización Mundial de la Salud como modelo para la prestación de la atención primaria de salud⁷.

A pesar de los muchos beneficios de la atención primaria de salud, un clima económico desfavorable –particularmente durante el decenio de 1980– motivó a varios Estados a suspender el suministro de servicios públicos, como la atención de salud, el abastecimiento de agua, la eliminación de desechos y el control de calidad de los alimentos. Esa situación condujo casi al colapso de los servicios periféricos de salud en muchos países en desarrollo y a la reducción del apoyo a las actividades de salud comunitaria⁸.

Atención primaria selectiva y revolución de la supervivencia infantil: decenio de 1980

Al iniciarse la década de 1980, la salud infantil seguía siendo una emergencia “silenciosa”; en efecto, 15 millones de niños morían todos los años antes de su quinto cumpleaños. A finales de los años 1970, dos científicos, Julia Walsh y Kenneth Warren, publicaron “Selective Primary Health Care: An interim strategy for disease control in developing countries”, un documento que marcó un hito al proponer una estrategia alternativa para disminuir rápidamente y a bajo costo la mortalidad de los lactantes y de los niños de corta edad⁹. Luego de determinar el peso relativo de cada una de las principales causas de muerte y de identificar las intervenciones existentes de eficacia comprobada para su tratamiento, concluyeron que las causas de la gran mayoría de las defunciones de niños menores de cinco años eran pocas (diarrea, paludismo, enfermedades respiratorias y sarampión, entre otras). También determinaron que esas muertes se podían evitar fácilmente mediante vacunación (a nivel mundial, solo el 15% de los niños estaban vacunados en esa época), terapia de rehidratación oral, lactancia materna y medicamentos antipalúdicos¹⁰. Esa investigación se realizó en un momento crítico del debate sobre las ventajas relativas de los enfoques horizontal y vertical y sobre si los principios de la atención primaria de salud se podían llevar al terreno de la realidad convirtiéndolos en programas eficaces.

El resultado fue una nueva estrategia conocida como “atención primaria de salud selectiva”¹¹. Incorporada un año después de la Declaración de Alma-Ata, inicialmente se consideró un primer paso hacia la puesta en práctica de la atención primaria de la salud de carácter general, pero pron-

to se convirtió en un modelo por derecho propio. Al incorporar elementos clave del enfoque vertical y centrarse en las enfermedades definidas como principales causantes de las altas tasas de mortalidad entre los lactantes y los niños pequeños, se buscaba que esta estrategia fuera más selectiva y viable que la atención primaria de salud¹².

La “revolución de la supervivencia infantil”, encabezada por UNICEF y puesta en marcha en 1982, partió de este esquema y se concentró en cuatro intervenciones de bajo costo, conocidas en conjunto como estrategia GOBI: vigilancia del crecimiento para evaluar el estado nutricional, terapia de rehidratación oral para tratar la diarrea infantil, lactancia materna para garantizar la salud de los niños pequeños, e inmunización contra seis enfermedades mortales de la niñez. La estrategia GOBI recibió apoyo de las principales iniciativas dirigidas por la OMS, como el Programa Ampliado de Inmunización y otros programas para el control de las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas.

Posteriormente, la estrategia GOBI agregó tres componentes –alimentos complementarios, espaciamiento de los nacimientos y alfabetización de la mujer– y se convirtió en estrategia GOBI-FFF¹³. Las actividades mundiales encaminadas a promover la importancia de estas intervenciones básicas para la supervivencia infantil llevaron a muchos países a crear sus propios sistemas para impulsar y aplicar intervenciones clave¹⁴. Desde el comienzo, la atención primaria de salud selectiva recibió el decidido apoyo de los donantes, que eran partidarios de invertir recursos en programas de “supervivencia infantil”. Como lo habían hecho desde sus inicios, esas iniciativas estaban dirigidas a la atención primaria



Se ha comprobado que la vacunación protege a los niños contra las principales enfermedades de la infancia. *Un pequeño recibe la vacuna DTP3, Côte d'Ivoire.*

de la salud a la comunidad, a la vez que tenían la ventaja de utilizar tecnologías médicas relativamente poco costosas para conseguir objetivos específicos.

Las iniciativas de atención primaria selectiva tuvieron un éxito relativo durante las pasadas décadas. Las notables mejoras en la cobertura de atención primaria de salud, particularmente en inmunización y terapia de rehidratación oral, se atribuyen en gran parte a la estrategia GOBI-FFF y a los programas de la Organización Mundial de la Salud. Esos esfuerzos indudablemente contribuyeron al descenso de la mortalidad entre los menores de cinco años de todo el mundo: de 115 por 1.000 nacimientos vivos en 1980, a 93 en 1990, o sea, una reducción del 19% en el transcurso de 10 años.

Sistemas de salud y enfoques integrado y sectorial: decenio de 1990

A pesar de los logros de la atención primaria de salud selectiva, hacia fines de los años 1980 los sistemas de salud de muchos países en desarrollo atravesaban una grave situación. Tres de los factores que contribuyeron a las dificultades fueron el crecimiento de la población, la crisis de la deuda en muchos países de América Latina y África subsahariana y la transición política y económica de la antigua Unión Soviética y Europa Central y Oriental. Para superar sus dificultades, varios países adoptaron medidas destinadas a reformar sus deteriorados y empobrecidos sistemas de salud, y a aumentar su eficiencia, equidad y viabilidad económica.

La Iniciativa de Bamako

Una de esas medidas fue la adopción, por parte de muchos países, de la

Iniciativa de Bamako, puesta en marcha en 1987 en Bamako, Malí, durante la reunión de ministros de salud de África convocada por la Organización Mundial de la Salud. La finalidad de esta estrategia era incrementar el acceso a la atención primaria de salud y responder a las necesidades básicas de las comunidades de África subsahariana mediante la prestación, en centros sanitarios, de un conjunto mínimo de servicios integrados de atención de salud. El hincapié recaía en el acceso a los medicamentos y el contacto regular entre los trabajadores de la salud y las comunidades (*para obtener más información sobre la Iniciativa de Bamako, véase el recuadro, pág. 36*).

Integración

El hincapié en la integración de los servicios esenciales, un aspecto central de la Iniciativa de Bamako, llegaría a ser la fuerza impulsora en

los años 1990. El enfoque integrado buscaba combinar las ventajas de la atención primaria selectiva con las de la atención primaria. Al igual que el enfoque selectivo, para el enfoque integrado era crucial brindar soluciones económicas y oportunas a problemas de salud específicos y, al igual que la atención primaria de salud, atribuía la mayor importancia a la participación de la comunidad, la colaboración intersectorial y la integración en el sistema general de atención de la salud.

Un ejemplo del hincapié en la integración durante la década de 1990 es la estrategia llamada Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. Establecida en 1992 por UNICEF y la OMS y aplicada desde entonces en más de 100 países, adopta una

Días Nacionales de Inmunización y Días de la Salud Infantil

El origen de los Días Nacionales de Inmunización fueron las jornadas de vacunación a gran escala contra la poliomielitis en el mundo en desarrollo. Estas jornadas todavía se celebran en muchos países y complementan la vacunación periódica, pero no la reemplazan. Su propósito inicial era evitar la propagación de la poliomielitis vacunando a todos los niños menores de cinco años, independientemente de su historia de vacunación contra la enfermedad.

Reservar un día para llevar a cabo intervenciones de salud infantil a gran escala no es una fórmula nueva. En el decenio de 1980 se hicieron ensayos exitosos en países como Burkina Faso, Colombia y Turquía. Recientemente, se ha logrado un alto el fuego en los combates de varias guerras civiles para permitir que los niños sean vacunados sin correr peligro, en países como Angola, Sierra Leona y Somalia. La vacunación para un gran número de personas permite lograr economías de escala, ya que profesionales capacitados supervisan a los voluntarios y, en particular, vigilan la manera en que administran la vacuna oral contra la polio, que no requiere aguja ni jeringa.

Los Días de la Salud Infantil no se limitan a la vacunación contra la poliomielitis, sino que también incluyen la distribución de suplementos de vitamina A y, en el caso de Zimbabwe, la aplicación de otras vacunas y el suministro

de mosquiteros tratados con insecticida. Otros países que celebran jornadas similares son Nepal y Nigeria.

El Programa de Vitamina A de Nepal es digno de mención porque la distribución de los suplementos está a cargo de una red existente de mujeres de las comunidades que trabajan como voluntarias en el sector de la salud. Se ha encontrado que el programa es sumamente eficaz en función de los costos, pues el costo estimado por muerte evitada oscila entre 327 y 397 dólares, mientras que la ganancia por costo de vida ajustado en función de la discapacidad oscila entre 11 y 12 dólares. El programa ha crecido constantemente y pasó de los 32 distritos prioritarios originales a 75, en incrementos anuales de 8 a 10 distritos durante un período de 8 años. Al promover la cobertura, los Días Nacionales de Inmunización facilitaron la ampliación del programa.

Los Días de la Salud Infantil son una estrategia eficiente y cómoda para las familias y los trabajadores sanitarios, puesto que se ejecutan distintas intervenciones en un solo lugar y en la misma oportunidad. Gracias a programas similares, como las Semanas de la Salud Infantil, aumentan las oportunidades de beneficiar con intervenciones esenciales a un gran número de niños que usualmente no tienen acceso a ellas.

Véanse las referencias, pág. 106

aproximación transversal y amplia hacia la gestión de los casos de enfermedad infantil, y reconoce que generalmente existe más de un factor causal¹⁵. En efecto, los niños enfermos a menudo presentan síntomas superpuestos, lo que dificulta el diagnóstico incluso en comunidades que cuentan con los recursos necesarios para practicar exámenes de primer nivel.

La AIEPI tiene tres componentes básicos que deben ser adaptados al contexto del país:

- *Mejoramiento del desempeño de los trabajadores sanitarios:* Implica capacitar a los trabajadores de la salud en la evaluación de los síntomas, la realización de una correcta cartografía de las enfermedades, la prestación de tratamientos adecuados a los niños y el suministro de

información a las personas encargadas de su cuidado. Mediante directrices adaptadas a cada localidad, el personal sanitario adquiere habilidades para prestar asistencia individualizada a los pacientes de cinco causas principales de mortalidad infantil: infecciones respiratorias agudas, especialmente neumonía; enfermedades diarreicas; sarampión; paludismo y desnutrición.

- *Mejoramiento de los sistemas de salud:* El objetivo de este componente es fortalecer los sistemas de salud para incrementar la eficiencia de la gestión de las enfermedades infantiles. Esto se logra apoyando la disponibilidad de medicamentos, intensificando la supervisión, fortaleciendo el sistema de remisión de pacientes y mejorando los sistemas de información

sanitaria. Los administradores de los niveles distrital y nacional reciben guías de planificación

- *Mejoramiento de las prácticas familiares y comunitarias:* El componente final, denominado AIEPI en las Comunidades, se centra en los hábitos básicos que deben observar las familias y las comunidades, como se expone en el recuadro del capítulo 3, pág. 47¹⁶.

La integración de la gestión de los casos busca proteger a los niños contra todas las enfermedades principales –no solo contra una o dos– y brindarles tratamiento. Para este enfoque también es importante adaptar soluciones curativas a la capacidad y las funciones de los sistemas sanitarios locales, así como también promover la prevención de las enfermedades instruyendo a los

Financiación del sector de la salud: enfoque sectorial e Iniciativa en favor de los países pobres muy endeudados

Durante el decenio de 1990 hubo una gran preocupación por el predominio potencial del enfoque vertical, que tiende a crear y a utilizar estructuras directivas, operacionales y logísticas independientes de los sistemas nacionales de salud para abordar el control de las enfermedades. Esa preocupación contribuyó al desarrollo de un modelo novedoso para la financiación de la salud: el enfoque sectorial. Bajo este modelo, y con respaldo de los dirigentes gubernamentales, las principales contribuciones económicas para el sector de la salud apoyan un plan único para las políticas, las estrategias y los gastos. El sector adopta esquemas comunes para la prestación de los servicios sanitarios, y los procedimientos gubernamentales controlan cada vez más el desembolso y la contabilidad de los fondos.

El enfoque sectorial se creó con varios fines: abordar las limitaciones de la asistencia de los donantes a proyectos específicos, garantizar el cumplimiento de los objetivos de la reforma general del sistema de salud, reducir los grandes costos de las transacciones de los países y establecer verdaderas alianzas entre los donantes y los países; en otras palabras, alianzas en las que todas las partes tuvieran derechos y responsabilidades. El enfoque sectorial constituye un proceso dinámico y varía considerablemente entre países. Ha favorecido el diálogo y la confianza, y ha permitido prestar especial atención a

aspectos prioritarios para el sector y establecer lazos más estrechos entre las políticas y su aplicación. Sin embargo, no está exento de problemas, como el excesivo hincapié que pone en los detalles de planificación y desarrollo de procedimientos, la escasa participación de la sociedad civil, la deficiente gestión de la actuación profesional, y la lenta transición, desde hacer hincapié en la coordinación de los donantes hacia el examen de una mejora del servicio y los resultados.

A finales de los años 1990 y en el marco de la Iniciativa en favor de los países pobres muy endeudados, llevada a la práctica por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, el interés especial de muchos países de bajos recursos en el sector de la salud y la reforma financiera se amplió para incluir los Documentos de Estrategia para la Lucha contra la Pobreza. Los marcos de gastos a mediano plazo son los instrumentos públicos de planificación plurianual asociados con los Documentos de Estrategia para la Lucha contra la Pobreza, y se utilizan para programar las futuras necesidades presupuestarias de los servicios públicos y evaluar las implicaciones que los cambios en las políticas y los nuevos programas tendrían sobre los recursos.

Véanse las referencias, pág. 106



© UNICEF/HQ06-2720/Shehzad Noorani

La estrategia de AIEPI ha dado resultados positivos en varios países de África subsahariana. Por ejemplo, un estudio realizado en los distritos rurales de la República Unida de Tanzania encontró que, en comparación con los distritos de control, aquellos donde la estrategia se aplicaba junto con alguna iniciativa para fortalecer el sistema de salud registraban una reducción mayor del 13% en la mortalidad infantil¹⁹.

Resultados de encuestas efectuadas en Malawi, Sudáfrica, la República Unida de Tanzania y Uganda revelan que la aplicación a gran escala de la estrategia de AIEPI en las Comunidades produce mejoras significativas de algunas costumbres familiares. Este resultado se ha observado en la nutrición y la supervivencia de los recién nacidos, la prevención de las enfermedades, la atención a los niños enfermos en el hogar y la búsqueda de asistencia médica, así como también en la creación de un entorno que promueva el crecimiento y el desarrollo de los niños²⁰.

La prestación de servicios de atención primaria de salud debe adecuarse a las necesidades y los recursos de cada país y comunidad. *Una enfermera toma la presión arterial a una mujer embarazada, Bangladesh.*

trabajadores del sector y a las personas que cuidan a los niños sobre la importancia de los servicios esenciales. Es vital que los progenitores y los cuidadores aprendan a detectar los síntomas más comunes de enfermedad, lleven a los niños a los centros de salud y tomen medidas preventivas, como buenas prácticas de higiene y una alimentación adecuada.

La estrategia de la AIEPI ha sido rigurosamente evaluada desde que se implantó a mediados del decenio de 1990. Varios organismos –incluidos la OMS, UNICEF, el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)– realizaron evaluaciones en varios países a prin-

cipios del decenio de 2000. En 2004 y 2005, UNICEF también revisó el componente comunitario y familiar (Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia en las Comunidades¹⁷). A pesar de que los resultados iniciales fueron decepcionantes, sobre todo por la aplicación incompleta de los tres componentes fundamentales de la AIEPI, los resultados posteriores fueron notables. Según algunos estudios, la gestión de los casos en el marco de la AIEPI no solo ha elevado la calidad de la atención en los establecimientos sanitarios de primer nivel, sino que ha motivado a los administradores y a los trabajadores de la salud, mejorando su desempeño. Y, no menos importante, los costos son iguales o menores que los de los servicios existentes¹⁸.

Logros como los anteriores han llevado a expertos en formulación de políticas sanitarias a recomendar la elaboración de políticas nacionales basadas en las prioridades de los países, definiendo con claridad tanto las funciones de la estrategia de AIEPI como las de otras intervenciones en favor de la salud infantil. Los expertos también han recomendado analizar críticamente los inconvenientes del sistema y buscar soluciones²¹.

Una serie de estudios publicados por *The Lancet* sobre supervivencia materna, del recién nacido y del niño propiciaron el diseño de modelos integrados de atención dentro del contexto de la atención continua de la salud materna, neonatal e infantil (*para mayores detalles sobre el proceso de atención continua, véase el capítulo 1, pág. 17*). De

Atención Integrada a las Enfermedades Neonatales y de la Infancia en la India

Durante los años 1990, en la India se registró una disminución importante en las tasas de mortalidad de lactantes y niños menores de cinco años. Sin embargo, esa tendencia no se reflejó en las tasas de mortalidad neonatal. Para 2000, las muertes de recién nacidos representaron cerca de dos tercios de todas las defunciones de lactantes del país, y aproximadamente el 45% de las de niños menores de cinco años. Casi la mitad de las muertes neonatales ocurren durante la primera semana de vida, y muchas se podrían evitar si los progenitores reconocieran las señales de peligro, observaran hábitos adecuados de alimentación o tuvieran acceso a atención de salud calificada en instalaciones apropiadas.

En 2000, el gobierno de la India decidió dar más relevancia a la atención neonatal, para lo cual hizo algunos ajustes a la estrategia de AIEPI. El enfoque resultante, Atención Integrada a las Enfermedades Neonatales y de la Infancia, incluye modificaciones y acciones específicas en favor de la salud y la supervivencia de los recién nacidos. Al igual que la AIEPI, consta de tres componentes fundamentales para la prestación eficaz de servicios esenciales a los recién nacidos, los lactantes y los niños pequeños: fortalecimiento de la infraestructura del sistema de salud, mayor capacitación a los trabajadores sanitarios y promoción de la participación

de la comunidad. Todos estos componentes hacen hincapié en la salud y la supervivencia de los recién nacidos.

La Atención Integrada a las Enfermedades Neonatales y de la Infancia consiste en: tres visitas domiciliarias durante los 10 días posteriores al nacimiento, a fin de enseñar a los progenitores prácticas saludables para el recién nacido; un sistema de seguimiento a los lactantes con bajo peso al nacer; el reforzamiento de la información a través de reuniones de grupos de mujeres y de la creación de vínculos entre la aldea y el hogar, y la evaluación de los niños en los establecimientos sanitarios de las localidades, previa derivación.

Esta estrategia fue incorporada en el Programa de Salud Reproductiva e Infantil II, un enfoque integrado hacia la salud de las mujeres, que aspira a proporcionar atención continua desde el nacimiento hasta la edad adulta. El costo de agregar el componente de los recién nacidos y, más que todo, las visitas domiciliarias, es de apenas 10 centavos de dólar por niño.

Véanse las referencias, pág. 106.

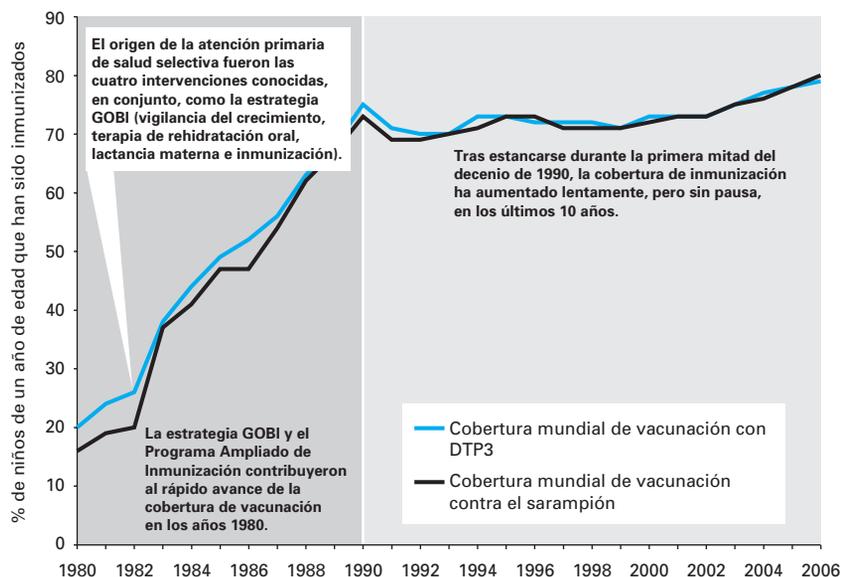
hecho, el concepto de atención continua amplió el alcance de la estrategia de AIEPI, incorporando la gestión integrada de las enfermedades neonatales²². El primer país que adoptó en su totalidad el nuevo enfoque –llamado Atención Integrada a las Enfermedades Neonatales y de la Infancia– fue la India, con muy buenos resultados (véase el recuadro, arriba).

Objetivos de Desarrollo del Milenio y enfoques basados en los resultados: año 2000 y más allá

La esperanza de vida a escala mundial pasó de 47 años a comienzos del decenio de 1950 a aproximadamente 65 años en 2000. Sin embargo, muchos países no habían compartido los éxitos en materia de salud que contribuyeron a este aumento de la longevidad, y la pandemia de SIDA amenazaba con contrarrestar esa

Gráfico 2.2

Atención primaria de salud selectiva y tendencias de las tasas de inmunización desde 1980



Fuente: Datos de la Sección de Información Estratégica, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

La Iniciativa de Bamako

Patrocinada por UNICEF y la OMS, y adoptada por los ministros de salud de África en 1987, la Iniciativa de Bamako se basó en el hecho de que, no obstante la aceptación de los principios esenciales de la atención primaria de la salud de carácter general, hacia finales de los años 1980 muchos países –especialmente de África subsahariana– atravesaban una difícil situación por falta de recursos y de estrategias prácticas para la aplicación de programas. En particular, muchos centros de salud adolecían de falta de recursos y suministros para funcionar adecuadamente. En consecuencia, los trabajadores sanitarios muchas veces debían limitarse a prescribir medicinas que los pacientes se veían obligados a comprar en establecimientos privados que no siempre contaban con licencia ni supervisión. Adicionalmente, muchos pacientes habían perdido confianza en los ineficientes y mal dotados centros de salud pública. Todos esos factores amenazaron con echar a perder los logros de los años 1980. Los desafíos principales eran promover inversiones adicionales por parte de los donantes; detener y revertir la política gubernamental de reducir el gasto social, en general, y el gasto en el sector de la salud, en particular, y retornar al sistema público el dinero gastado en los sectores privado e informal.

La Iniciativa de Bamako aspiraba a mejorar el acceso a la atención primaria de la salud aumentando la eficiencia, viabilidad económica y equidad de los servicios sanitarios. A fin de responder a las necesidades básicas de salud de las comunidades, los centros de salud de Bamako adoptaron un plan de cobertura mínima, enfocado en el acceso a los medicamentos y el contacto regular entre los profesionales de la salud y los miembros de la comunidad. Partiendo del concepto de que las comunidades debían participar directamente en la gestión y la financiación de los medicamentos esenciales, los comités de las aldeas intervinieron en todos los aspectos de la gestión de los centros de salud, con resultados positivos para la salud de los niños de África occidental, en particular.

La financiación por parte de la comunidad tenía por objeto captar una fracción del dinero que las familias gastaban en el sector informal y combinarlo con los fondos del gobierno y de los donantes para vigorizar los servicios de salud y mejorar su calidad. Las intervenciones más eficaces costaban menos que en el sector privado y contaban con subsidio cruzado mediante un recargo a las intervenciones menos prioritarias y un copago más alto. La vacunación y la terapia de rehidratación oral se suministraban sin costo. Cada comunidad establecía los criterios para eximir a las personas de menores recursos.

Aun cuando los países seguían distintos caminos para aplicar la Iniciativa de Bamako, tenían un objetivo común: ofrecer un conjunto básico de servicios integrados a través de centros de salud revitalizados, que utilizaban las tarifas que cobraban a los usuarios y administraban los fondos junto con la comunidad.

En torno a este programa se organizaron estructuras comunes de apoyo, como suministro de medicinas esenciales, capacitación, supervisión y vigilancia.

Ampliar la escala fue una etapa fundamental en el proceso de aplicación. El ritmo de la expansión cambiaba dependiendo de la disponibilidad de recursos internos y externos, la capacidad local, la obligación de trabajar al ritmo que exigían las necesidades de la comunidad y las presiones de los gobiernos y los donantes. La mayoría de los países de África subsahariana que adoptaron la Iniciativa de Bamako recurrieron a algún mecanismo para ampliar gradualmente su escala, y algunos –especialmente Benín, Malí y Rwanda– alcanzaron resultados importantes.

Poner en práctica la Iniciativa de Bamako fue, básicamente, un proceso político que implicó cambiar los patrones imperantes de autoridad y poder. La participación de la comunidad en la gestión y el control de los recursos a escala de los establecimientos sanitarios fue el mecanismo principal para garantizar a los usuarios la seriedad de los servicios de salud pública. Los comités que se ocupaban de la salud y representaban a las comunidades efectuaban reuniones de vigilancia durante las cuales fijaban, analizaban y comparaban metas de cobertura y gastos. Se considera que la iniciativa mejoró la disponibilidad de los recursos y la utilización de los servicios de salud en muchas partes de África; que elevó la cobertura de inmunización y la mantuvo, y que incrementó la utilización de los servicios por parte de los niños y las mujeres del quintil más pobre.

La Iniciativa de Bamako no estuvo exenta de problemas. El cobro de tarifas a los usuarios de las familias menos favorecidas y el concepto de recuperación del costo suscitaron fuertes críticas, y aunque muchos países de África la adoptaron, en muy pocos alcanzó una gran escala. Incluso en los países donde se consideró exitosa, el precio constituyó un obstáculo para mucha gente a principios del decenio de 2000, y una gran parte de la población no utilizó los servicios de salud básicos, a pesar de las exenciones y los subsidios. El reto que Benín, Guinea y Malí aún enfrentan, junto con otras naciones de África que adoptaron la Iniciativa de Bamako, es proteger a los miembros de las comunidades más desfavorecidas y marginadas, garantizando que los costos no les impidan acceder a los servicios esenciales de atención primaria de la salud.

Véanse las referencias, pág. 106

tendencia positiva en zonas con alta prevalencia. Lo anterior motivó la inclusión de tres objetivos relacionados con la salud en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que fueron adoptados por 189 países en 2000 y que deberán cumplirse para el año 2015 (*para conocer la lista completa de Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y sus respectivos indicadores, véase el Gráfico 1.9, pág. 9*).

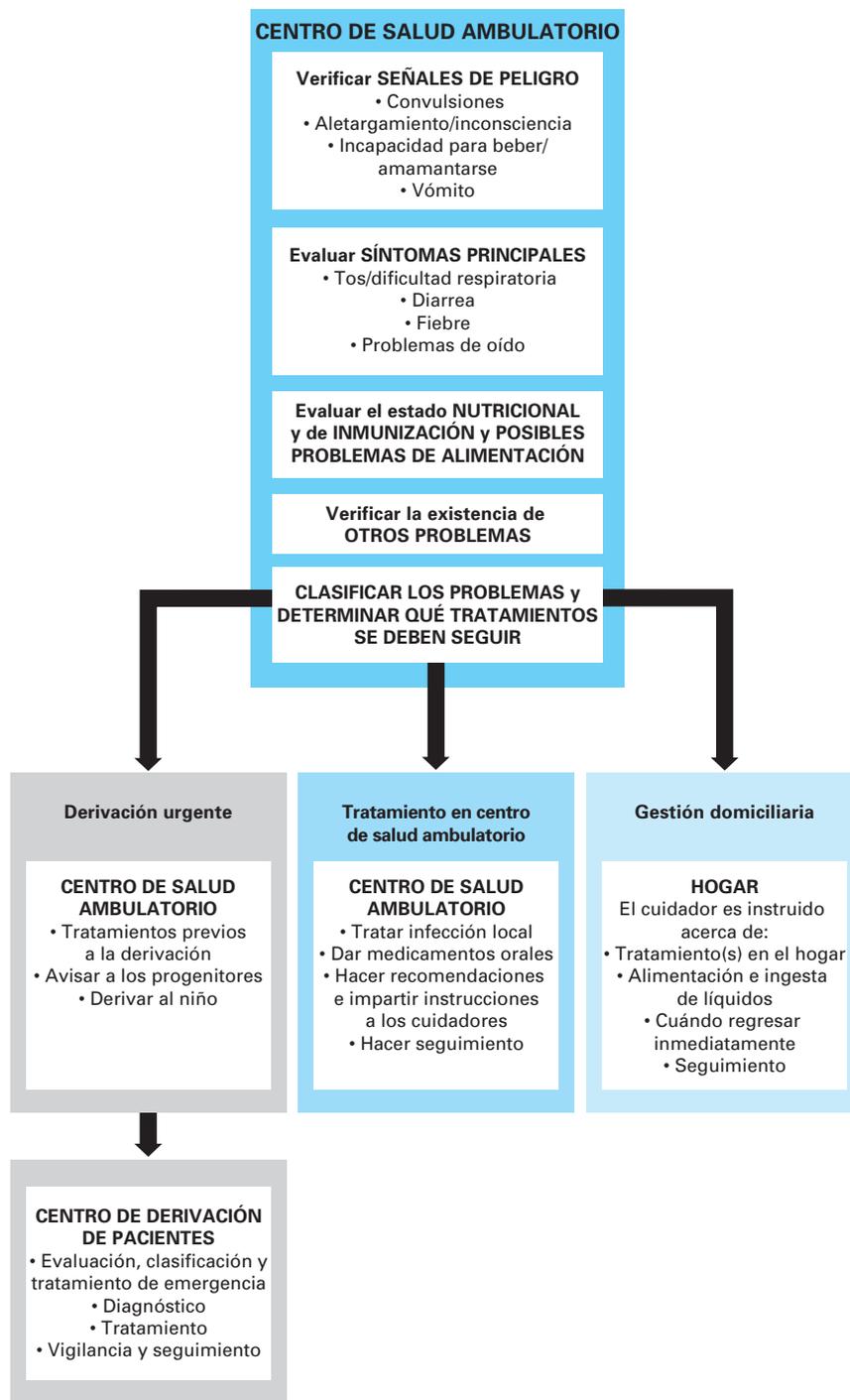
Como se explicó en el capítulo 1, los avances hacia los ODM relativos a la salud han sido menos rápidos de lo que se esperaba. Existe la preocupación de que, particularmente para África subsahariana, será sumamente difícil alcanzar los objetivos mientras no se haga un esfuerzo concertado y sostenido para ampliar la cobertura de las intervenciones esenciales y beneficiar a los millones de madres y niños que actualmente carecen de acceso a ellas.

En los últimos años se han efectuado varias reuniones de alto nivel para determinar las oportunidades que permitan alcanzar los ODM, explorar las prácticas más convenientes y suscribir compromisos para lograr resultados cuantificables a escala de país, así como también para apoyar los ajustes institucionales requeridos en los ámbitos nacional, regional y mundial. Una inquietud central de estas reuniones es el progreso de África subsahariana, la región con las tasas más altas de mortalidad materna, neonatal e infantil, y la que menos ha avanzado hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio concernientes a la salud. De mantenerse el ritmo actual, para la mayoría de los 46 países de África subsahariana –junto con el Sudán– será imposible cumplir la mayor parte de los ODM. Proyecciones actuales indican que la tasa de pobreza de África subsahariana,

Gráfico 2.3

AIEPI – Asistencia individualizada a niños enfermos de 2 meses a 5 años de edad en centros de salud ambulatorios, en centros de derivación de primer nivel y en el hogar

PROCESO INTEGRADO DE GESTIÓN DE LOS CASOS



Fuente: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, capítulo modelo para libros de texto: *Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia*. OMS y UNICEF, Ginebra y Nueva York, 2001, p. 6.

medida como la proporción de la población que vive con menos de un dólar diario, llegará casi al 40% en 2015. En algunos países, las tasas de mortalidad entre los menores de cinco años se han estancado o han empeorado, y el número de muertes infantiles a causa del SIDA continúa aumentando²³.

A pesar de este sombrío panorama, las experiencias de países que han logrado reducir significativamente sus tasas de mortalidad de menores de cinco años permiten abrigar esperanzas²⁴. Exhaustivos estudios basados empíricamente sobre diversas intervenciones en favor de la supervivencia infantil, realizados en los

últimos años, han confirmado que intervenciones existentes de bajo costo pueden evitar hasta dos tercios de las muertes de niños menores de cinco años y más de la mitad de las muertes de recién nacidos²⁵. Adicionalmente, entre el 88% y el 98% de las defunciones maternas se pueden prevenir²⁶.

Enfoque diagonal: la fórmula de México

De acuerdo con uno de sus principales proponentes, Jaime Sepúlveda, del Instituto Nacional de Salud de México, el enfoque diagonal se refiere a la “provisión proactiva, a gran escala e impulsada por la demanda de una serie de intervenciones altamente costo-efectivas para acercar los servicios de salud de atención primaria a los hogares”.

Las intervenciones verticales generalmente son el punto de partida del enfoque diagonal, siempre y cuando aumente a lo largo del tiempo el número de intervenciones con apoyo de los trabajadores sobre el terreno y de los centros de salud existentes. El enfoque diagonal hace hincapié en la importancia de la integración y la coordinación entre las intervenciones verticales, las iniciativas basadas en la comunidad y las instalaciones sanitarias o los servicios de extensión. Sobre la base de las prioridades, aborda cuestiones clave, como el suministro de medicinas, la planificación de las instalaciones, la financiación, el desarrollo de los recursos humanos y el control de la calidad.

Entre 1980 y 2005, México implantó con éxito varios programas verticales cuya escala se amplió gradualmente a lo largo de esos 25 años. Dichos programas se concentraron en las enfermedades diarreicas (distribución de sales de rehidratación oral y Programa de Agua Salubre), las enfermedades prevenibles mediante vacunación (Días Nacionales de Vacunación, campañas de vacunación contra el sarampión, Programa Universal de Vacunación, Semanas Nacionales de Salud), la administración de suplementos de vitamina A y la terapia antiparasitaria (Semanas Nacionales de Salud).

PROGRESA –un programa condicional de transferencias de efectivo diseñado para vincular a las familias más pobres del país– ofrece incentivos económicos por mejorar los hábitos sanitarios y nutricionales y mantener a los niños en la escuela. Los beneficios se condicionan a la asistencia regular a las clínicas que ofrecen servicios esenciales de salud y nutrición. Los suplementos alimentarios se distribuyen en los hogares a todos los niños de seis a 23 meses de edad, y a los niños de dos a cuatro años con peso inferior al normal. A este programa se atribuyen resultados muy favorables del estado nutricional de los niños.

En 2001 se introdujo un conjunto más completo de medidas en favor de la salud de las madres, los recién nacidos y los niños pequeños, cuando el Ministerio de Salud creó el programa *Arranque Parejo en la Vida*, que ha alcanzado altos niveles de cobertura. Entre otros factores, esta iniciativa promueve la participación social y comunitaria, fortalece y amplía el alcance de la atención prenatal y neonatal, y distribuye suplementos de ácido fólico a las mujeres. Gracias al Seguro Popular, un plan de seguros de salud pública, la salud materno-infantil se convirtió en un derecho.

El enfoque diagonal surgió, en parte, como resultado de las investigaciones sobre el sistema de salud de México y su desarrollo en los últimos 25 años. A diferencia de otros enfoques, es una respuesta práctica a la creciente complejidad de los perfiles de las enfermedades y a la presión que ha recibido el país para diseñar intervenciones y sistemas sanitarios que ofrezcan servicios de calidad a costos razonables y beneficien a las poblaciones más pobres y desprotegidas.

La aplicación del enfoque diagonal se ha traducido en que México es uno de los apenas siete países en camino de conquistar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, entre los 60 países elegidos en 2005 para recibir atención prioritaria por el programa Supervivencia Infantil: Cuenta Regresiva para 2015. Este enfoque busca superar las dicotomías entre las aproximaciones horizontal y vertical, las políticas sectoriales e intersectoriales y los esfuerzos nacionales e internacionales, ofreciendo una “tercera fórmula” mediante la cual intervenciones eficaces se conviertan en el motor del desarrollo del sistema de salud. Ya fue oficializado y recibe el apoyo del ex Ministro de Salud de México, Julio Frenk, quien considera que debería integrarse en una política sanitaria de mayor alcance.

Véanse las referencias, pág. 106

Gráfico 2.4

Marco conceptual para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud

Resultados previstos en materia de salud, nutrición y población: Objetivos de Desarrollo del Milenio	Acciones a nivel micro: Hogares y comunidades	Acciones a nivel meso: Sistema de salud y otros sectores	Acciones a nivel macro: Políticas y financiación
<p>Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud</p> <p>1. Erradicar el hambre</p> <p>4. Reducir las tasas de mortalidad de los niños menores de cinco años</p> <p>5. Mejorar la salud materna</p> <p>6. Combatir el VIH y el SIDA, el paludismo y otras enfermedades</p> <p>7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente</p>	<p>Atención a nivel de la familia y la comunidad</p> <p>Servicios (de extensión) dirigidos a la población</p>	<p>Sistema de información y vigilancia</p> <p>Capacitación y supervisión</p> <p>Movilización social</p> <p>Mecanismos equitativos de financiación</p>	<p>ODM centrado y basado en pruebas empíricas</p> <p>Políticas, estrategias y planes nacionales</p> <p>Documentos de Estrategia de Lucha contra la Pobreza</p> <p>Enfoque sectorial</p> <p>Apoyo presupuestario</p> <p>Marco de gastos a mediano plazo</p>
<p>Protección del ingreso familiar</p> <p>ODM: Erradicar la pobreza extrema</p>	<p>Atención individual (clínica)</p>	<p>Adquisiciones y suministros</p> <p>Infraestructura y logística</p>	

Hacia un marco unificado para garantizar resultados en materia de salud materna, del recién nacido y del niño

En años recientes, gobiernos y aliados para el desarrollo renovaron su compromiso de conquistar los Objetivos de Desarrollo del Milenio concernientes a la salud, y de garantizar la creación de estrategias regionales conjuntas o coordinadas. Al mismo tiempo, los expertos en salud materna, neonatal e infantil están cada vez más unidos en torno a tres principios estratégicos fundamentados en las experiencias del siglo pasado, a saber:

El renovado seguimiento de los principios de la atención primaria de salud, que señalan la importan-

cia de la alianza entre las familias y la comunidad para la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños²⁷. Esto ha generado un renovado interés en otro principio relacionado con la atención primaria de la salud: la necesidad de que las alianzas comunitarias apoyen a las familias para que mejoren sus hábitos de atención a los niños y responsabilicen a los sistemas de salud por la prestación de servicios de calidad a costos asequibles (en el capítulo 3 se examina las alianzas comunitarias de apoyo a la salud materna, neonatal e infantil y a las prácticas de atención a la familia).

El “desarrollo de sistemas de salud orientados hacia los resultados”, que

combina los puntos fuertes de los enfoques selectivo/vertical y amplio/horizontal, y se está adoptando para ampliar la escala de las intervenciones eficaces en función de los costos e integrarlas en el proceso de atención materna, neonatal e infantil. Este enfoque propugna la expansión de las prácticas e intervenciones basadas empíricamente y de gran repercusión en torno a la salud, la nutrición, el VIH y el SIDA, el agua, el saneamiento y la higiene, y subraya la importancia de eliminar los obstáculos para la utilización y la prestación de los servicios de salud. Si se amplía su escala y se aplican conjunta y extensivamente, es de esperar que estas intervenciones produzcan un impacto doble y sinérgico tanto en la supervivencia

Programa acelerado de supervivencia y desarrollo de la infancia en África Occidental

Un ejemplo reciente de un enfoque integrado hacia la atención primaria de la salud es el Programa acelerado de supervivencia y desarrollo de la infancia, puesto en marcha por los gobiernos de África occidental y central en cooperación con UNICEF. El origen de esta iniciativa, que busca reducir las tasas de mortalidad de las madres, los lactantes y los niños menores de cinco años, fue la petición que la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional formuló a UNICEF de preparar un proyecto innovador que permitiera reducir la mortalidad de menores de cinco años. Se inició en 2002 en cuatro países, beneficiando a 16 distritos y a 3 millones de personas. Desde entonces, se ha extendido rápidamente y, en 2004, benefició a más de 16 millones de personas en determinados distritos de 11 países de África occidental y central con altas tasas de mortalidad de menores de cinco años. El Programa acelerado de supervivencia y desarrollo de la infancia se concentra en tres estrategias para aumentar la cobertura entre las mujeres y los niños:

- Promoción, a escala de las comunidades, de un conjunto de prácticas de salud y nutrición familiar, empleando más que todo personal voluntario.
- Servicios de extensión y campañas para brindar productos y servicios esenciales, como vacunación, administración de suplementos de vitamina A, tratamiento antiparasitario y determinados servicios prenatales.
- Prestación de un conjunto mínimo e integrado de medidas prioritarias de atención de la salud, organizadas alrededor de tres esferas que aprovechan las fortalezas de los enfoques y programas existentes:
 - Atención Prenatal Plus, que ofrece tratamiento preventivo intermitente contra el paludismo a las mujeres embarazadas, suplementos de hierro y ácido fólico, vacuna contra el tétanos y prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo.
 - Programa Ampliado de Inmunización Plus, que incluye vacunación, distribución de suplementos de vitamina A y desparasitación.
 - AIEPI Plus, que incluye la distribución de mosquiteros tratados con insecticida y medicamentos antipalúdicos, y promueve la terapia de rehidratación oral, la alimentación exclusiva con leche materna y la alimentación complementaria.

El marco “tres por tres” para llevar a cabo intervenciones se apoya en estrategias transversales que abordan las limitaciones del comportamiento, institucionales y ambientales, a saber:

- Promoción, movilización social y comunicación para el cambio de comportamiento.

- Un enfoque centrado en los resultados para la prestación de servicios a nivel comunitario.
- Seguimiento y microplanificación a nivel distrital.
- Capacitación integrada.
- Mejoramiento de los sistemas de suministro.

El Programa acelerado de supervivencia y desarrollo de la infancia se basa en un marco integrador que aprovecha las intervenciones existentes con sus aliados internacionales y locales. El programa insiste en la importancia de incorporar el marco en las políticas y programas nacionales, como el enfoque sectorial en materia de salud, las estrategias para reducir la pobreza y sus marcos asociados de gastos a mediano plazo, la financiación con fondos colectivos y el apoyo presupuestario. También propugna la creación de capacidad a nivel regional, distrital y comunitario.

El Programa acelerado de supervivencia y desarrollo de la infancia incluye un componente claramente orientado a la comunidad, y se considera “centrado en el comportamiento” porque la mayoría de las intervenciones –como la utilización de mosquiteros tratados con insecticida en comunidades donde el paludismo es endémico, el mejoramiento de la atención a los recién nacidos y a los niños enfermos y la promoción de la lactancia materna y la alimentación complementaria– fomentan el cambio de conducta. También incluye actividades de divulgación y estrategias móviles, esenciales para llegar a las zonas más remotas.

Sobre la base de datos preliminares que fueron presentados por equipos sanitarios distritales en Ghana, este enfoque integrado que incluye inmunización, alimentación de los lactantes y de los niños pequeños, gestión integrada de las enfermedades de la infancia y atención prenatal, ya está generando un impacto positivo en las tasas de vacunación periódica. Junto con las actividades de inmunización, se están distribuyendo mosquiteros tratados con insecticida que gozan de subsidio.

Véanse las referencias, pág. 106

de los niños como en su crecimiento y desarrollo.

Esta aproximación pone en entredicho la antigua dicotomía entre el enfoque vertical para obtener resultados y el enfoque integrado para fortalecer los sistemas, con el argumento de que estos dos objetivos se pueden alcanzar adaptando los sistemas de salud a la consecución de resultados. También reconoce que es más probable que los niños sobrevivan, crezcan y se desarrollen adecuadamente cuando las futuras madres (por ejemplo, niñas adolescentes y mujeres jóvenes) tienen acceso a medidas preventivas y a una atención continua que forme parte de un método integrado y en evolución hacia la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil (en el capítulo 4 se profundiza sobre la manera de ampliar la escala de estas estrategias).

El mejoramiento de la forma de trabajar en los planos nacional e internacional, con hincapié en la coordinación, la armonización y los resultados. Es necesario que la comunidad mundial adopte una forma de trabajar que permita a los países ampliar la escala de la atención primaria de salud mediante el enfoque diagonal. Para un paradigma unificado es crucial armonizar el apoyo de los donantes a los ODM relacionados con la salud y la inmensa cantidad de alianzas e iniciativas mundiales en torno a este mismo tema. Otros requisitos son:

- Respalda más a los países en desarrollo en materia de planificación nacional, políticas y marcos presupuestarios para los ODM relacionados con la salud.
- Alinear a los donantes para que apoyen las prioridades y los proyectos de los países, y suministren
- Fortalecer los sistemas de salud y otros sectores que inciden en los resultados de los ODM.
- Aumentar la efectividad del apoyo multilateral en un contexto de armonización de las Naciones Unidas, creando conciencia en todo el mundo sobre la urgencia de alcanzar los ODM asociados con la salud.
- Modificar los mecanismos institucionales para hacer negocios, con miras a conquistar los ODM y desarrollar un enfoque más fuerte y sistemático hacia la gestión del conocimiento y el aprendizaje.
- Aprovechar la oportunidad que representa el renovado interés en obtener resultados en materia de salud.
- Reconocer que el papel que desempeñan la sociedad civil y el sector privado será decisivo para el éxito

© UNICEF/HQ05-2059/Donna DeCesare



Para tener un comienzo saludable en su vida, los niños pequeños necesitan una nutrición adecuada. *Comiendo juntos, Honduras*

(el capítulo 5 se refiere a esta nueva forma de trabajar).

El Gráfico 2.4 demuestra la complementariedad de estos novedosos principios estratégicos hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, y pone en evidencia que aun cuando lograr los ODM dependerá primordialmente de los niveles doméstico y comunitario, se requiere que las familias y las comunidades reciban apoyo de los sistemas de salud y otros sectores. Se necesitan políticas y financiación mundial y nacional para que los sistemas de salud y otros sectores puedan respaldar a las familias y a las comunidades, y garantizar la transparencia de los resultados²⁸.

Aprovechar las experiencias de otros tiempos.

Como muestra esta breve reseña, la comunidad de la salud pública aprende y evoluciona continuamente. Para superar las principales causas de mortalidad infantil es preciso concentrarse en estrategias comprobadas. Hacer esto correctamente exige que

Repercusiones del VIH y el SIDA sobre las mujeres y los niños de África

Elizabeth N. Mataka, Enviada Especial del Secretario General de las Naciones Unidas para la cuestión del VIH/SIDA en África

Es descorazonador saber que casi la mitad de todos los adultos que viven con el VIH en el mundo son mujeres. Solo en África subsahariana, de los 23 millones de adultos entre los 15 y los 49 años que están infectados con el VIH, 13,1 millones –es decir, el 57%– son mujeres. En Zambia, por ejemplo, las mujeres y las niñas están sumamente expuestas a contraer el VIH y el SIDA, y las mujeres de 15 a 24 años tienen tres veces más probabilidades de infectarse que los hombres del mismo grupo de edad. El impacto del VIH en las vidas de las mujeres, especialmente de África, se ha subestimado. Los niños tampoco han escapado a los devastadores efectos del SIDA. Se calcula que, a fines de 2006, 2,3 millones de niños menores de 15 años vivían con el VIH.

Muchos niños siguen perdiendo a sus progenitores a causa del SIDA, lo que aumenta cada vez más el número de niños huérfanos y vulnerables. Se prevé que, para 2010, habrá alrededor de 15,7 millones de niños y niñas huérfanos a causa del SIDA solamente en África subsahariana. Los niños, pero en especial las niñas, sufren desde mucho antes de que sus padres mueran. Ellas tienen que abandonar la escuela y dedicarse a cuidar a sus progenitores enfermos, particularmente a sus madres. Los niños y las niñas pierden la oportunidad de educarse y de desarrollar todo su potencial por falta de apoyo. Cuando los padres fallecen, muchas veces los niños tienen que mudarse a otros lugares, perdiendo a sus amigos y el entorno en el cual han vivido y donde se sienten cómodos. La verdadera magnitud del trauma que sufren aún no se conoce porque los servicios de apoyo psicológico no están bien estructurados en África. Supongo que la mayoría de los esfuerzos se han centrado en responder a las necesidades físicas y concretas, pasando por alto las necesidades psicológicas, más complejas y difíciles de solucionar.

Los niños ya no pueden depender del soporte del tradicional sistema familiar extendido, que prestaba apoyo a los ancianos, los huérfanos y los miembros vulnerables y más necesitados de las familias. Este sistema ya llegó al límite de su capacidad debido a la pobreza y al alto número de niños que necesitan atención y cuidado, teniendo en cuenta que el SIDA afecta a los miembros más productivos de las familias en plena flor de la vida. El resultado es que, a menudo, los niños terminan viviendo en hogares que atraviesan grandes dificultades y donde realmente no son bienvenidos. Algunos quedan sin hogar y se ven obligados a vivir en las calles de las principales capitales de África.

Además de un hogar, todos los niños necesitan una buena nutrición, personas que los cuiden y sistemas de que les permitan abrigar la esperanza de un futuro mejor. Sin la educación ni la socialización que da la compañía de los padres y otras personas encargadas de cuidarlos, los niños no adquieren las destrezas ni los conocimientos que necesitan para convertirse en adultos productivos y útiles a la sociedad. El VIH y el SIDA están dejando una generación de niños que están siendo criados por los abuelos, que, en la

mayoría de los casos, también necesitan apoyo debido a su edad.

Las tasas de infección entre las mujeres y las niñas preocupan profundamente, y cuando esta situación se combina con la carga de trabajo que soportan las mujeres –el cuidado de sus propias familias, de los pacientes de SIDA y de los niños huérfanos–, la situación se vuelve insostenible, especialmente en África meridional.

La desigualdad en la condición socioeconómica de los hombres y mujeres tiene efectos muy serios en la propagación del VIH y contribuye enormemente a la infección de mujeres y niñas. Las costumbres culturales y el matrimonio precoz explican la vulnerabilidad de las mujeres jóvenes a la infección. Debido a que la sexualidad es un tema tabú, la posibilidad de que establezcan prácticas sexuales más seguras se reduce y las puede forzar a permanecer en relaciones que conllevan riesgos. Además, los problemas socioeconómicos limitan su capacidad de buscar orientación y tratamiento. En un entorno así, las mujeres no tienen propiedades ni acceso a recursos económicos, y dependen de sus esposos, padres, hermanos e hijos para su mantenimiento. Con una situación tan precaria, fácilmente caen víctimas de la violencia sexual, y la amenaza de esta clase de violencia es un factor adicional que reduce su capacidad para protegerse contra el VIH y el SIDA.

La crisis está lejos de terminar. Los gobiernos de África deben comprometerse a fortalecer los programas que favorecen la capacidad de las personas para protegerse a sí mismas, especialmente las mujeres y los niños. Promover la autonomía de la mujer requiere mucho más que títulos tan vagos como “Incorporación de la Perspectiva de Género en Todos los Aspectos del Desarrollo”. Promover la autonomía de la mujer, al igual que el apoyo a los huérfanos y a los niños y niñas vulnerables, debe avanzar al siguiente nivel: desarrollar programas con plazos fijos, resultados cuantificables, bien orientados y debidamente financiados.

Se necesita respaldar iniciativas que vayan más allá de “crear conciencia”; es decir, iniciativas que se centren en la adquisición de destrezas y conocimientos; la promoción de la salud a escala de las comunidades; el fomento de un modo de vida positivo; la igualdad entre los géneros, y el acceso universal a la prevención, la atención y el tratamiento.

Las ramificaciones de la pandemia de SIDA son muchas y ejercen un impacto negativo sobre todos los aspectos del desarrollo. Hay mucho por hacer en África para garantizar que la respuesta sea proporcional a los desafíos humanos y financieros que plantean el VIH y el SIDA. Se requieren programas sostenibles y a largo plazo de prevención, atención y apoyo, e inyectar recursos de manera estable, previsible y sostenible. Así mismo, es preciso promover la autonomía de las mujeres y el cambio de una serie de costumbres culturales que las discriminan. Emprender acciones sostenibles y a largo plazo es vital, pero esto solo se logrará mediante el trabajo conjunto de las partes interesadas.

Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño

Creada en septiembre de 2005, la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño reúne a 180 comunidades de madres, recién nacidos y niños pequeños con el propósito de reducir la morbilidad y la mortalidad. Su origen es una asociación entre las tres alianzas más importantes para la salud materna, neonatal e infantil: Partnership for Safe Motherhood and Newborn Health, ubicada en la sede de la OMS, Ginebra; Healthy Newborn Partnership, patrocinado por Save the Children, Estados Unidos, y Child Survival Partnership, ubicada en la sede de UNICEF, Nueva York.

La alianza trabaja en cuatro esferas clave:

- **Promoción.** Su misión básica es elevar el perfil de la salud materna, del recién nacido y del niño en los programas políticos, y presionar para que se aporten más recursos económicos y de otra índole.
- Promoción y evaluación de **intervenciones eficaces y basadas empíricamente** para ampliar la escala, de modo que sea posible reducir la inequidad en el acceso a la atención de salud.
- **Apoyo a los países** para incluir la atención materna, del recién nacido y del niño en los planes nacionales de

desarrollo e inversión, fortalecer los sistemas de salud y lograr un acceso más equitativo a la cobertura.

- **Vigilancia y evaluación** de la cobertura de las intervenciones prioritarias, de los avances hacia los ODM 4 y 5 y de la equidad de la cobertura.

Los miembros de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño se dividen en seis grupos: instituciones académicas y de investigación, profesionales de la salud, organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales, donantes y fundaciones, y gobiernos.

La alianza aspira a ayudar a encaminar hacia el logro de los ODM 4 y 5, en 2010, por lo menos a la mitad de los 60 países seleccionados por el programa Supervivencia Infantil: Cuenta Regresiva para 2015. Un principio definitorio de su trabajo es generar un proceso integrado y continuo de atención sanitaria dirigido a las madres, los recién nacidos y los niños, a lo largo del tiempo (embarazo, parto y períodos neonatal e infantil) y en diversos entornos (hogar, comunidad e instalaciones sanitarias).

Véanse las referencias, pág. 106

las intervenciones formen parte de un proceso continuo de atención que incluya a las comunidades, las familias, los sistemas de extensión y los centros sanitarios. Los sistemas de salud deben ser fortalecidos y ampliados para apoyar nuevas iniciativas, incluida las alianzas comunitarias, y deben estar respaldados por un fuerte liderazgo y por el compromiso nacional e internacional. Así mismo, las numerosas instituciones comprometidas con la supervivencia, la salud y la nutrición maternoinfantil deben trabajar hombro a hombro y de una manera eficiente.

Un principio general que ha surgido del examen de los enfoques hacia la supervivencia y la salud infantil que prevalecieron durante seis decenios es que ninguno se puede aplicar en todas las circunstancias. La orientación de las intervenciones de salud, su organización y aplicación deben

adaptarse a las limitaciones de los recursos humanos y financieros, al contexto socioeconómico, la capacidad del sistema de salud existente y, por último, la urgencia de conseguir resultados.

En el capítulo 3, donde se destaca la necesidad impostergable de desarrollar sistemas de salud que proporcionen un continuo de servicios de calidad y se centren en los beneficios de aprovechar las alianzas de las comunidades en países cuyos sistemas de salud tienen poca capacidad, se indicará cómo se están aplicando los conocimientos adquiridos. Con frecuencia, los resultados son prometedores y hasta sorprendentes, pero todavía hay mucho por hacer –y, desde luego, por aprender– sobre los mecanismos que permitan ampliar la escala de estos enfoques y bene-

ficiar a los millones de madres, recién nacidos y niños pequeños que actualmente viven o mueren sin tener acceso a una atención de salud de buena calidad.



RESUMEN

Para alcanzar los Objetivos de

Desarrollo del Milenio será preciso fortalecer los sistemas de salud en todos sus niveles: los servicios prestados en establecimientos sanitarios, los programas oficiales de salud y las alianzas comunitarias. Cada vez es más evidente que la mejora de las prácticas sanitarias en el seno de la comunidad y en los hogares, en conjunción con un buen acceso a los mecanismos de remisión de pacientes, pueden repercutir enormemente en la reducción de la mortalidad de los niños y niñas menores de cinco años. Como resultado de ello, los sistemas de salud integrados y la atención primaria en el seno de la comunidad cobran de nuevo una importancia y un protagonismo crecientes en las políticas nacionales y en las alianzas y programas internacionales en pro de la salud.

La experiencia demuestra que las alianzas comunitarias exitosas pre-

sentan varios aspectos en común: una organización y una participación comunitaria solidaria e inclusiva; ayudas e incentivos para los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario; un apoyo a los programas y una supervisión adecuada de los mismos; unos mecanismos eficaces de remisión de pacientes a los establecimientos de atención sanitaria; la cooperación y coordinación con otros programas y sectores; una financiación segura, y la integración con los programas y las políticas nacionales y de distrito.

El control y la dirección de las alianzas comunitarias a escala nacional son fundamentales para garantizar la sostenibilidad y fomentar la expansión. Los gobiernos desempeñan un papel capital en la formulación y aplicación de políticas dirigidas a reducir los obstáculos que dificultan la atención primaria, en el mejoramiento de la calidad y la eficacia de los servicios prestados y en la promoción de la transparencia pública.

Las alianzas comunitarias son fundamentales para reducir la mortalidad materna, neonatal y de menores de cinco años. *Una coordinadora del desarrollo comunitario, en la India.*

La concepción de unas políticas sanitarias eficaces y centradas en la infancia, así como de unas instituciones robustas que actúen como vínculo entre las comunidades y los sistemas sanitarios, constituyen pasos fundamentales en el avance hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud, debido a que en muchos países el incremento del gasto sanitario habrá de acompañarse de mejoras considerables en el contexto político a fin de lograr avances importantes. A su vez, los donantes deberán unirse en apoyo de las políticas y estrategias nacionales destinadas a mejorar la salud, la supervivencia y la nutrición materna e infantil y, junto con los gobiernos, invertir los recursos humanos y financieros suficientes para ampliar y fortalecer las alianzas comunitarias.

Alianzas comunitarias para la atención primaria de las madres, los recién nacidos y la infancia

La importancia de la función de las alianzas comunitarias

Cuando los bebés y los niños y niñas caen enfermos, son sus familias, en especial los progenitores y otros cuidadores, quienes les dispensan los primeros cuidados. Los miembros del hogar, en particular las madres, se encargan de diagnosticar la enfermedad, de evaluar su gravedad y las posibles consecuencias, y de decidir sobre el tipo de tratamiento y los cuidados –entre ellos la atención en el hogar–, así como de adquirir y administrar los medicamentos y otros remedios. Son las familias y los cuidadores los que deciden buscar ayuda profesional para las mujeres embarazadas o los niños y niñas que caen enfermos, y quienes determinan la adopción de unas u otras prácticas de alimentación e higiene.

Capacitar a las comunidades y los hogares para que participen en la atención sanitaria y la nutrición materna, neonatal e infantil es una forma lógica de mejorar la prestación de la atención, en especial en aquellos países y comunidades que carecen de servicios de atención sanitaria primaria y servicios ambientales. El imperativo de la participación de las comunidades en la atención sanitaria y la nutrición de las personas y familias fue ratificado en la

Declaración de Alma-Ata de 1978¹. Desde hace mucho tiempo está claro que sin la participación de la comunidad, el objetivo de “una salud para todos” continuará siendo una meta muy difícil de alcanzar, sobre todo en las zonas más marginadas y empobrecidas².

Los beneficios conocidos de las alianzas comunitarias forman parte de la experiencia de aprendizaje que se precisa para mejorar la atención sanitaria a largo plazo. La participación comunitaria se considera como un mecanismo para reducir y, en último término, eliminar, la arraigada falta de conexión entre los conocimientos, las políticas y las acciones, que obstaculiza los esfuerzos dirigidos a abordar las cuestiones que afectan tanto a la demanda como a la oferta de la atención sanitaria³.

La importancia de la participación en la atención sanitaria, en las prácticas de higiene, en la nutrición y en los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento, va mucho más allá de los beneficios directos que los miembros de las comunidades derivan del hecho de participar en actividades que pueden influir de manera positiva en su salud. Constituye el pilar básico de un planteamiento del progreso humano basado en los derechos. La participa-

ción es fundamental para que las personas puedan desarrollar sus capacidades al completo y ejercitar su derecho a participar en cuestiones de carácter público y comunitario, al tiempo que promueve la igualdad, la equidad y la autonomía, aspectos fundamentales para alcanzar un desarrollo humano sostenible y para la consecución de los objetivos que se contemplan en pactos como la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Declaración del Milenio, entre muchos otros.

Diversidad de alianzas comunitarias

En los materiales publicados sobre salud pública no existe una definición universal de lo que es una comunidad, de modo que las definiciones pueden ser amplias o más restringidas, dependiendo de las circunstancias. No obstante, intuitivamente y en la práctica, podría afirmarse que, en general, el término “comunidad” se refiere a un grupo de personas que residen en una zona geográfica concreta y que comparten un patrimonio común y determinados intereses y activos. Es probable también que compartan una privación similar de sus derechos a una



© UNICEF/H005-2186/Giacomo Pirozzi

La asistencia a las mujeres embarazadas por medio de servicios periféricos comunitarios contribuye a mejorar la atención sanitaria prestada tanto a las madres como a su progenie. *Sesión de asesoramiento sobre el VIH para mujeres embarazadas en un centro de salud local, en la República Democrática del Congo.*

La adaptación de las estrategias a los entornos concretos es un proceso complejo, debido a que las comunidades, al igual que los países y regiones, a menudo constituyen entidades heterogéneas. No sólo existen marcadas diferencias entre las comunidades pertenecientes a un mismo país o distrito, sino que suele haber también disparidades dentro de las mismas. Puede que los miembros de una comunidad posean un patrimonio y unos intereses comunes, y que compartan unas privaciones, una discriminación y una falta de autonomía similares; sin embargo, sus necesidades, preocupaciones y expectativas en relación con la salud serán específicas. En todas las comunidades suele haber personas poderosas que poseen el potencial para impulsar u obstaculizar los programas de salud en función de sus intereses o de su punto de vista.

A pesar de estas diferencias, a partir de las pruebas y la observación es posible concretar unos factores comunes a todos los planteamientos comunitarios en materia de salud y nutrición. Un objetivo común a todos ellos es que los programas de ámbito comunitario potencien el acceso de la población local a las intervenciones y los servicios sanitarios. Además, se considera que poseen el potencial para facilitar la modificación de los hábitos, la mejora de las prácticas sanitarias y el acceso a los servicios, así como para potenciar a las comunidades y los hogares a fin de que exijan unos servicios de calidad⁶. En el recuadro de la página 48 se mencionan otros aspectos comunes a los enfoques de ámbito comunitario en materia de salud y nutrición.

atención sanitaria de calidad, a una nutrición adecuada y al abastecimiento de agua potable y saneamiento⁴.

A partir de esta amplia definición de comunidad se infiere que las *alianzas comunitarias* constituyen medidas y estrategias cuyo propósito es lograr la participación activa de los miembros de la comunidad en el cuidado de su propia salud y bienestar y en el de sus niños y niñas y otros miembros de la familia.

Las alianzas comunitarias en materia de salud materna, neonatal e infantil presentan una gran diversidad. Algunas actúan a pequeña escala y cuentan con la participación de tan sólo unos miles, o incluso cientos, de personas; otras iniciativas, tales como la red de trabajadores sanitarios de ámbito comunitario implantada en el Brasil o el programa de Mujeres trabajadoras en pro de la salud del Pakistán, comprenden a miles de trabajadores que prestan servicio a millones de niños, niñas y mujeres. Algunos programas se centran en aspectos relacionados con la oferta, como la prestación de servicios a través de trabajadores sanitarios de ámbito comunitario, mientras que

otros se concentran en iniciativas relacionadas con la demanda, al objeto, por ejemplo, de estimular la exigencia social de rendición de cuentas y presentación de resultados por parte de los gobiernos. Algunas iniciativas de trabajadores sanitarios de ámbito comunitario dependen de la participación voluntaria, mientras que otras ofrecen una remuneración parcial en especie o al contado. Algunos programas de ámbito comunitario reciben apoyo nacional y forman parte de políticas más amplias que afectan al sector y a todo el sistema sanitario en su conjunto, mientras que otros están aún pendientes de incorporación total o parcial⁵.

La diversidad de programas y enfoques existentes en materia de participación comunitaria en la atención sanitaria es un reflejo, en parte al menos, de la variedad de comunidades. Todas poseen características sociales particulares, así como sus propias estructuras organizativas y sus vinculaciones con otros grupos. En consecuencia, para que resulten eficaces, los programas y enfoques dirigidos a las comunidades han de ser gestionados por éstas y adaptarse al contexto y a las necesidades locales.

Prácticas básicas para las intervenciones de atención de la salud en las comunidades

Una serie de organizaciones, entre ellas UNICEF y la OMS, han acordado 12 medidas en relación con los lactantes y los niños y niñas de corta edad, que pueden adoptarse en el hogar al objeto de promover la supervivencia, la salud y la nutrición infantil en las comunidades:

- **La lactancia materna como método exclusivo de alimentación:** El empleo de la lactancia materna como método exclusivo de alimentación desde el nacimiento hasta los seis meses de edad. (Las madres que resulten seropositivas precisarán asesoramiento sobre otras opciones de alimentación posibles).
- **La alimentación complementaria:** La administración a los niños y niñas, a partir de los seis meses de edad, de alimentos de alto valor energético y nutricional, en combinación con la lactancia materna durante al menos dos años, podría prevenir más del 10% de las muertes por diarrea y por infecciones respiratorias agudas, en particular la neumonía, así como fortalecer la resistencia frente al sarampión y otras enfermedades.
- **La administración de suplementos de micronutrientes:** Redoblar el consumo de vitamina A a través de la dieta o de la administración de suplementos en las comunidades en las que existan deficiencias puede reducir la mortalidad de los niños y niñas de entre 6 meses y 5 años en un 20%.
- **La higiene:** El empleo de unas mejores prácticas de higiene, en particular el lavado de las manos con jabón (o cenizas) y la destrucción segura de las heces, podría reducir la incidencia de la diarrea en un 35%.
- **La inmunización:** Vacunar a los niños y niñas menores de un año contra el sarampión podría prevenir la mayor parte de las muertes relacionadas con el sarampión que acontecen cada año. Los cuidadores deberían asegurarse de que los niños y niñas reciben una serie completa de inmunizaciones antes haber cumplido un año, que son: la vacuna contra el bacilo Calmette-Guérin, la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos, la vacuna oral contra la poliomielitis y la vacuna contra el sarampión.
- **La prevención del paludismo:** El empleo de mosquiteros tratados con insecticida en los hogares de las zonas endémicas de paludismo podría reducir el número de muertes infantiles asociadas al paludismo hasta en un 23%.
- **La atención y el desarrollo psicosocial:** Promover el desarrollo mental y social satisfaciendo la necesidad de

atención de los niños y niñas, hablando y jugando con ellos, y creando un entorno estimulante a su alrededor.

- **Administración de alimentos y líquidos a los niños y niñas enfermos:** Continuar alimentando a los niños y niñas cuando estén enfermos, administrándoles una mayor cantidad de líquidos, en especial leche materna.
- **El tratamiento en el hogar:** Administrar a los niños y niñas enfermos el tratamiento adecuado en el hogar para combatir las infecciones.
- **Buscar atención médica:** Reconocer cuándo los niños y niñas enfermos precisan tratamiento fuera del hogar, y buscar la atención adecuada por parte de los proveedores correspondientes.
- **Unas prácticas adecuadas:** Seguir los consejos del profesional sanitario sobre el tratamiento, el seguimiento y la posible remisión a un centro de consulta.
- **La atención prenatal:** Todas las mujeres embarazadas deberían recibir una atención prenatal adecuada. Esto significa que deberán realizar al menos cuatro visitas prenatales a un proveedor de atención sanitaria adecuado y recibir las dosis recomendadas de inmunización contra el tétanos toxoide. La madre debería, asimismo, recibir ayuda de su familia y de su comunidad para buscar atención sanitaria en el momento del parto y durante el periodo de postparto y lactancia.

Otras medidas importantes para proteger a la infancia consisten en dispensar los cuidados adecuados a los enfermos de VIH y SIDA, en especial los niños y niñas huérfanos y vulnerables; en proteger a los niños y niñas frente al daño, los accidentes, el maltrato y el desamparo, y en fomentar la participación de los padres y madres en el cuidado de su progenie.

Muchas de estas medidas pueden ser adoptadas por los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario o por los propios miembros de la comunidad, si se dan las condiciones adecuadas de apoyo y de distribución de los productos y servicios. La participación directa de la comunidad probablemente sea lo más adecuado en relación con aquellos aspectos de la atención sanitaria que diariamente afectan de forma más directa a los miembros de ésta. Se incluyen entre dichos aspectos la alimentación de los lactantes y los niños y niñas de corta edad, otras prácticas de atención y el abastecimiento de agua y saneamiento.

Véanse las referencias, pág. 107.

Factores del éxito en las alianzas de ámbito comunitario

Los enfoques de ámbito comunitario exitosos presentan varios aspectos en común. La ejecución en cualquier entorno depende del contexto local. Determinar los factores del éxito no sólo es una forma positiva

de evaluar los programas y de “aprender sobre la marcha”, sino que es mucho más fácil que intentar disgregar los elementos que no han dado resultado en un programa de ámbito comunitario de los factores contextuales. En consecuencia, mientras que el recuadro de la pági-

na 48 designa varios de los retos que comprometen las alianzas comunitarias en el ámbito de la atención primaria, el presente capítulo se centrará principalmente en la definición y en la explicación de los principios comunes a las iniciativas de éxito.

A continuación figuran resumidos algunos de los factores del éxito derivados de las pruebas y de la experiencia:

- Una organización y una participación comunitaria solidaria e inclusiva.
- Ayudas e incentivos para los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario.
- Un apoyo a los programas y una supervisión adecuada de los mismos.

- Unos mecanismos eficaces de remisión de pacientes a los establecimientos de atención sanitaria.
- La cooperación y coordinación con otros programas y sectores.
- Una financiación segura.
- La integración con los programas y políticas nacionales y de distrito.

En las páginas siguientes se ofrece un breve resumen de cada uno de estos aspectos.

Una organización y una participación comunitaria solidaria e inclusiva

La organización solidaria e inclusiva constituye una característica fundamental de las alianzas de ámbito comunitario exitosas. Las comunidades operan con arreglo a unas normas y pautas establecidas que por lo general se hallan muy arraigadas en su patrimonio social, religioso o cultural. Los programas que respetan este patrimonio han demostrado ser los enfoques comunitarios de salud y nutrición más

Aspectos comunes y desafíos de las alianzas comunitarias en salud y nutrición

Propósito fundamental

- Reducir la mortalidad y la morbilidad materna, neonatal e infantil.

Objetivos

- Mejorar el acceso a servicios básicos de prevención y curación.
- Promover un contacto directo y más frecuente entre los trabajadores sanitarios y los cuidadores, las madres y los niños y niñas.
- Estimular unos cambios de hábitos sostenibles.
- Prestar respaldo a las prácticas de atención.
- Estimular la movilización social por parte de la comunidad al objeto de que exija servicios de más calidad y una mayor transparencia.

Características principales

- Las actividades de atención sanitaria y nutrición se practican fuera de los establecimientos oficiales de salud.
- Los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario, que a menudo son voluntarios o trabajan a tiempo parcial, desempeñan con frecuencia un papel clave a la hora de dispensar servicios esenciales y de promover unas mejores prácticas de atención.
- La formación, el apoyo y la supervisión de los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario constituyen características comunes de los programas.
- Por lo general existe un punto central en la cercanía geográfica desde el que dispensan los servicios o se realizan las visitas a los hogares.
- Una organización de la comunidad presta apoyo al programa, encargándose no sólo de su administración e implementación, sino a menudo también de la concepción y evaluación del mismo.

- Otros aspectos de la atención sanitaria primaria –en especial el abastecimiento de agua y saneamiento y las intervenciones agrícolas– forman parte del programa.

Características adicionales comunes a algunas alianzas de ámbito comunitario, pero no a todas

- Mecanismos de remisión a establecimientos de atención sanitaria.
- El apoyo por parte de los trabajadores que prestan servicios periféricos.
- La integración de los programas en el contexto más amplio del sector sanitario.
- La integración en los programas y las políticas nacionales de desarrollo.
- La adopción de medidas destinadas a fortalecer un entorno de apoyo como, por ejemplo, iniciativas que promueven la igualdad entre los géneros.

Obstáculos comunes que dificultan la labor de las alianzas comunitarias

- La falta de trabajadores sanitarios de ámbito comunitario que presten servicios de calidad.
- Una coordinación inadecuada de los distintos participantes.
- Una financiación insuficiente de las actividades que se realizan en el seno de la comunidad.
- Un suministro irregular de medicamentos y productos básicos.
- Un apoyo y una supervisión deficientes de los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario.
- Unas prácticas tradicionales arraigadas de cuidado infantil.
- La posición de inferioridad económica de las mujeres.

Véanse las referencias, pág. 107.

exitosos. En Asia, por ejemplo, las iniciativas a gran escala implantadas en Bangladesh (BRAC), la India (Jamkhed y otras), el Pakistán (Mujeres trabajadoras en pro de la salud) y otros países, fueron dirigidas por organizaciones locales, a menudo agrupaciones femeninas. Estas agrupaciones aprovecharon estructuras ya existentes en la comunidad que se extendían a otros ámbitos de desarrollo –en especial la educación y la obtención de créditos– además de la salud⁷.

La organización por sí sola no es suficiente para generar un cambio duradero. Para que sea realmente eficaz y universal en su alcance, la participación comunitaria ha de ser socialmente inclusiva. Dado que las comunidades son a menudo heterogéneas en su composición y estructura, la creación de una alianza comunitaria que sea socialmente inclusiva puede resultar todo un reto. Unas pautas arraigadas de exclusión y discriminación por motivos de género, religión, origen étnico o discapacidad pueden obstaculizar el alcance de las intervenciones. Las divisiones entre los miembros de la comunidad pueden también deberse a sucesos y circunstancias más recientes, como puedan ser enfrentamientos civiles o el estigma asociado al VIH y el SIDA⁸.

Incluso cuando las comunidades cuentan con organizaciones respetadas y socialmente inclusivas, la participación no se produce de forma automática. La información y la comunicación son necesarias a fin de que las comunidades puedan manifestar sus preferencias y necesidades en relación con los servicios de atención sanitaria, nutrición y agua y saneamiento. Una vez puestos en marcha e implementados los programas, los miembros de la comunidad deben poder constatar que avanzan hacia los objetivos manifestados, tanto de

© UNICEF/HQ07-0463/Christine Nesbitt



Los dirigentes de las aldeas pueden ser unos firmes promotores de intervenciones esenciales de salud en el seno de las comunidades. *Un jefe de distrito vacuna a su hijo contra la polio, en Nigeria.*

forma individual como colectiva. A medida que los programas avanzan, deberá evaluarse de forma habitual si siguen siendo pertinentes⁹.

Cuando los programas limitan la participación comunitaria en la implementación, existe el riesgo de que el control de los mismos por parte de la población sea escaso, con el consiguiente resultado de una participación tímida y endeble¹⁰. Las reuniones periódicas de las organizaciones comunitarias que participan en los programas de ámbito comunitario son un aspecto importante de la participación. En estas reuniones puede debatirse acerca de los resultados y las pruebas en el contexto de la planificación, la vigilancia y la evaluación.

Ayudas e incentivos para los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario

Los trabajadores sanitarios constituyen una parte integral de los programas de ámbito comunitario, actuando

como enlace entre el personal sanitario profesional y la comunidad, y ayudando a las comunidades a definir y abordar sus propias necesidades en materia de salud. Los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario son por lo general los principales agentes del tratamiento sanitario y de la educación y el asesoramiento en la comunidad, funciones que realizan principalmente mediante visitas a los hogares. Además, atienden en los establecimientos de salud, obtienen y dispensan los suministros de medicamentos y otros productos esenciales, participan en reuniones de la comunidad y cumplen con sus responsabilidades relativas a la gestión de los programas. Otra de sus funciones es en asistir a reuniones locales regionales y de distrito al objeto de recibir formación y retroalimentación y de representar a la comunidad en el diálogo con otras comunidades y con el personal sanitario de ámbito estatal.

Gracias a su capacidad para llegar a los niños y niñas vulnerables, que de

otro modo carecerían de acceso a servicios sanitarios básicos, los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario han demostrado ser particularmente eficaces a la hora de mejorar los resultados de los proyectos en países tan diversos como el Ecuador, Etiopía, Colombia y el Nepal. Los esfuerzos de ampliación realizados con éxito en todo el mundo desarrollado acreditan el potencial de los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario para prestar unos servicios equitativos de atención sanitaria a los niños y niñas que viven en zonas remotas, así como para contribuir a suplir la demanda no satisfecha de unos servicios sanitarios de carácter regular en países que cuentan con un sistema de salud débil.

Las labores de ampliación de los programas de trabajadores sanitarios de ámbito comunitario, que se exponen de forma más profusa en el capítulo 4, pueden enfrentarse a obstáculos y estrangulamientos. Por ejemplo, el simple hecho de mantener una estructura y un número adecuado de participantes supone a menudo uno de los mayores retos. Los programas existentes, con independencia de su alcance, por lo general tienen que enfrentarse a una formación deficiente, a una supervisión inadecuada, a una escasez de suministros y a una relación escasa con la comunidad a la que prestan servicio. Los índices de deserción en los programas de trabajadores de ámbito comunitario suelen

ser elevados. Según un examen realizado, los índices de deserción registrados en el Senegal a lo largo de un período de nueve meses fueron del 30%, y en Nigeria, de un 50% en relación con un periodo de dos años. En la India, Sri Lanka y la República Unida de Tanzania se han detectado situaciones similares¹¹.

La deserción puede deberse a múltiples causas. Cumplir con las responsabilidades de un trabajador sanitario de ámbito comunitario requiere tiempo y recursos económicos, además de que puede implicar unos costes de oportunidad considerables. Los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario, en especial los que pres-

India: reducir la desnutrición mediante las alianzas comunitarias

El reto

Pese a las importantes mejoras registradas en la economía del país, la desnutrición continúa siendo un problema en la India. En 1999, la encuesta nacional de salud familiar reveló que el 47% de los todos los niños y niñas menores de tres años presentaban un peso inferior al normal, lo que significa un promedio de prevalencia mayor que en África subsahariana. Datos procedentes de la encuesta más reciente, practicada en 2006, revelan una disminución muy reducida en los niveles de desnutrición, que continúan siendo cercanos al 45% en el caso de los niños y niñas de menos de tres años; en numerosos estados tales como Madhya Pradesh y Bihar, los niveles de desnutrición han aumentado desde que se practicara la encuesta previa. Algunas de las causas de esta elevada prevalencia son la falta de conocimientos de los cuidadores en lo que se refiere a la alimentación correcta de los lactantes y los niños y niñas de corta edad, a la incidencia de infecciones frecuentes que empeoran debido a la higiene deficiente, a la elevada presión demográfica, a la condición de inferioridad de las mujeres y las niñas, y a una prestación de servicios sociales que se halla por debajo de los niveles óptimos.

Para combatir la malnutrición en los niños y niñas de corta edad, el Gobierno de la India se basa fundamentalmente en el plan integrado para el desarrollo infantil. Dicho plan, iniciado en 1975, consiste en impartir formación en materia de salud y nutrición a las madres que tienen bebés y niños y niñas de corta edad, prestándoles además servicios de alimentación complementaria, de atención sanitaria y prenatal básica, de supervisión y promoción del crecimiento, de educación preescolar no académica, de administración de suplementos de micronutrientes y de inmunización. Estos servicios se dispensan a través de una red de aproximadamente 700.000 trabajadores comunitarios de los "anganwa-

di". No obstante, factores muy diversos, entre los que se incluyen la falta de preparación y de conocimientos de los trabajadores de los *anganwadi*, la falta de supervisión, y los fallos y vacíos que afectan a las políticas de los programas, como es el caso de la atención –inadecuada– a los niños y niñas muy pequeños, afectan la eficacia de los planes integrados para el desarrollo infantil.

Estrategia y enfoque

UNICEF colabora con el Gobierno de la India con el fin de aumentar la eficacia de los planes integrados para el desarrollo del niño. Estas son algunas de las intervenciones específicas a la que presta apoyo: el fortalecimiento del sistema de gestión y supervisión; la mejora de los conocimientos y las habilidades de los trabajadores de los *anganwadi* y el aumento del tiempo y los cuidados que dedican los lactantes; el fomento de la participación de la comunidad mediante análisis de la situación conjunta de las aldeas, la designación de voluntarios en el seno de la comunidad, impartiendoles formación básica en materia de atención infantil, y el aumento del número de visitas que los voluntarios y los trabajadores de los *anganwadi* realizan a los hogares con el fin de promover el cuidado infantil por parte de los progenitores y de mejorar el alcance de los servicios de salud periféricos.

Resultados

La estrategia descrita anteriormente se implantó en ocho estados, cada uno de los cuales abarca a unas 1.000 aldeas, lo que significa más de un millón de personas por estado. Cuando habían transcurrido unos tres años tras la implantación de las intervenciones, se practicó una evaluación de sus efectos en varios de los estados, empleando unas encuestas realizadas en hogares representativos para comparar las aldeas de intervención con las aldeas de control que presen-

tan servicios voluntarios o son remunerados parcialmente o en especie, pueden tener otras obligaciones y necesitar ingresos para mantener a sus familias. La sostenibilidad de los programas de trabajadores sanitarios de ámbito comunitario depende de la creación de un paquete de incentivos que resulte lo suficientemente atractivo como para evitar la deserción. Estos paquetes variarán en función de los contextos, por lo que tomarán en cuenta las diferentes funciones que los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario desempeñan en las distintas comunidades. No obstante, todos ellos deberán centrarse en ciertos aspectos prioritarios, como la necesidad de compensar a los trabaja-

dores sanitarios de ámbito comunitario por la pérdida de oportunidades económicas; la provisión de unos mecanismos de supervisión y de ayuda mutua adecuados, y la creación de oportunidades para el crecimiento y el desarrollo personal y de un sistema de apoyo sólido en el seno de la comunidad¹². Los incentivos que se requieren para retener y motivar a los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario no necesariamente son pecuniarios. Los decepcionantes resultados obtenidos a partir de las evaluaciones realizadas tras la Declaración de Alma Ata en relación con la formación y asignación de trabajadores sanitarios de ámbito comunitario, ponen de relieve que una firme direc-

ción de los programas y la administración de cursos de refresco resultan más eficaces a la hora de mantener el rendimiento de los trabajadores que la formación recibida inicialmente. El apoyo y la participación activa de la comunidad son una parte esencial de cualquiera de los programas de trabajadores sanitarios de ámbito comunitario sostenibles que se han implantado con éxito en todo el mundo. En Filipinas, por ejemplo, los trabajadores sanitarios que prestan servicio en el ámbito de los barangay (la división política más pequeña del país), se han convertido en una importante fuerza impulsora de la supervivencia infantil. Este éxito se debe en gran medida a la Ley de 1995

taban una situación económica, social y geográfica similar. Los resultados mostraban que en Rajastán, por ejemplo, el índice de inicio temprano de la lactancia materna era más elevado y la prevalencia del retraso en el crecimiento, considerablemente menor en las aldeas de intervención que en las aldeas de control (véase el gráfico 3.1). En Bengala occidental, los índices de inicio temprano de la lactancia materna (que era de un 76% en las aldeas de intervención frente al 44% en las aldeas de control), de administración de suplementos de vitamina A (del 50% frente al 33%) y los índices de inmunización (del 89% frente al 71% en el caso del sarampión) resultaron más elevados en las aldeas de intervención que en las aldeas de control, y los índices de malnutrición fueron menores (el índice de retraso en el crecimiento era del 27%

frente al 32%). El coste de estas intervenciones adicionales es modesto: entre 150 y 200 dólares por aldea al año, lo que representa entre un 9% y un 10% de los importes que el Gobierno actualmente destina por aldea y año a los planes integrados para el desarrollo del niño.

Enseñanzas derivadas

Considerando el índice de desnutrición infantil elevado y constante que se registra en la India, es importante demostrar que se pueden introducir cambios de bajo coste en los planes integrados para el desarrollo del niño, que pueden mejorar notablemente la atención sanitaria prestada a los lactantes y a los niños y niñas de corta edad, y que estos cambios pueden producir mejoras importantes en poco tiempo. En la India, aproximadamente el 43% de los niños y niñas menores de cinco años registran un peso inferior al normal, de modo que el éxito de las soluciones de bajo coste a la desnutrición en los estados más prioritarios del país tendrá una repercusión de alcance nacional.

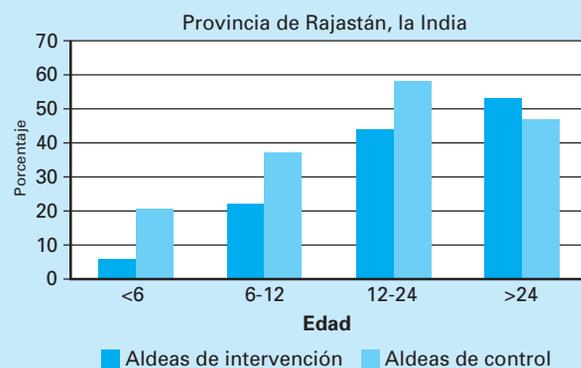
Retos que persisten

Los gobiernos de los estados en los que se están implantando estas intervenciones han decidido ampliarlas utilizando para ello sus propios recursos. UNICEF continuará colaborando con ellos con el fin de asegurar la calidad adecuada de la ejecución y de abordar los problemas relativos a determinados hábitos que resultan más difíciles de cambiar, tales como la tendencia de los cuidadores a retrasar el inicio de la alimentación complementaria (lo que hacen mucho después de que el niño o niña haya cumplido los seis meses de edad). Si bien el estado nutricional de los niños y niñas de corta edad en los distintos estados relacionados con este proyecto ha mejorado, es evidente que aún queda mucho por hacer en el futuro.

Véanse las referencias, pág. 107.

Gráfico 3.1

Prevalencia del retraso en el crecimiento por edad (en meses)



Fuente: Oficina de UNICEF en la India, Informe anual 2006, pág. 47.

sobre beneficios e incentivos para los trabajadores sanitarios de los baran-gay, en la que se contemplan aspectos como la concesión de dietas, la im-plantación de programas especiales de formación y enriquecimiento profesional y el acceso preferencial a préstamos. De un modo similar, en Ceará, el Brasil, se han logrado espec-taculares avances, entre ellos la reduc-ción de la mortalidad infantil en un 32%, mediante la puesta en marcha de un programa basado en un plante-amiento descentralizado que permite que los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario perciban una remuneración mensual considerable (el doble del promedio en la zona)¹³.

Un apoyo a los programas y una supervisión adecuada de los mismos

Los sistemas de apoyo y supervisión de las alianzas comunitarias en mate-ria de atención sanitaria primaria pueden disminuir la sensación de ais-lamiento de los trabajadores y contri-buir a mantener el interés y la moti-vación, reduciendo así el riesgo de deserción. Por lo general son los tra-bajadores sanitarios cualificados que prestan servicio en los establecimien-tos de salud, o que se hallan estrecha-mente vinculados a éstos, quienes se encargan de la supervisión, lo que no hace sino aumentar aún más su carga de trabajo, ya de por sí onerosa. Los

supervisores precisan también forma-ción a fin de adquirir las habilidades adecuadas para la vigilancia de los programas de ámbito comunitario. Los obstáculos a los recursos –humano-s, financieros u organizativos– pue-den limitar el alcance y la profusión de la formación, dejando a los super-visores y a los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario en situación de considerable desventaja a la hora de implementar y gestionar los pro-gramas. Las visitas por parte de los supervisores a las comunidades son particularmente importantes para la formación en el lugar de trabajo y el aprendizaje “sobre la marcha” de ambas partes; estas visitas, sin embar-

Evitar la transmisión de madre a hijo del VIH: repercusiones de los programas “mothers2mothers” en África oriental y meridional

La urgencia de prevenir la transmisión materno-infantil del VIH es un hecho evidente. Se calcula que en 2006 se conta-giaron con el virus 530.000 niños y niñas, la mayoría de ellos debido a la transmisión materno-infantil. De no recibir trata-miento, la mitad de los niños y niñas que nacen con el virus morirán antes de haber cumplido los dos años.

Sin embargo, es posible lograr una reducción importante mediante la implantación de unas medidas sencillas pero fundamentales, como la detección de los casos de infección por VIH en las mujeres embarazadas mediante la práctica de pruebas periódicas, la incorporación de aquéllas que resulten seropositivas a programas de prevención de la transmisión materno-infantil, garantizando que los sistemas de salud posean la capacidad suficiente para proveer regímenes efica-ces, tanto de profilaxis como de tratamiento, y el apoyo a las mujeres a fin de que puedan seguir un método óptimo y seguro para alimentar a sus bebés.

Aun cuando estos servicios e intervenciones se encuentran disponibles, muchas de las mujeres embarazadas no hacen uso de ellos porque no reciben la información necesaria, por-que temen el estigma que se asocia al VIH y el SIDA o porque los trabajadores sanitarios se hallan desbordados. La falta de participación en los programas relacionados con la preven-ción de la transmisión materno-infantil en la fase de posparto es habitual en muchos países, incluso cuando las mujeres han recibido tratamiento para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH durante el embarazo.

La iniciativa “mothers2mothers” es un innovador programa practicado en establecimientos sanitarios, que actualmente opera en 73 localidades de Sudáfrica y 15 de Lesotho. El planteamiento del programa consiste en emplear la

educación y la capacitación para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH, combatir el estigma en el seno de las comunidades y familias, y mantener a las madres con vida mediante la observancia de los tratamientos. El progra-ma, fundado por el Dr. Mitch Besser en 2001, se basa en el principio de que las propias madres son las mejores mento-ras de las futuras madres, y quienes más pueden ayudarlas.

El objetivo de este programa de madre a madre es que las mujeres que reciben atención prenatal se reúnan con las asesoras de pares para hablar sobre salud, prevención del VIH y atención infantil posparto. El programa consiste en formar y emplear a madres que padecen el VIH, que previamente se han beneficiado de la participación en programas de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, para que actúen como educadoras de pares o “madres mentoras”; y actualmente se está colaborando con establecimientos sanitarios y organizacio-nes no gubernamentales con el fin de implementar un modelo que pueda integrarse en las labores de prevención de la trans-misión materno-infantil del VIH que se están realizando a escala nacional en África subsahariana. Las madres mentoras actúan como educadoras de pares de las mujeres embarazadas. La formación que reciben les permite ofrecer asesoramiento en relación con el VIH y el tratamiento antirretroviral, promover conductas que contribuyen a prevenir la transmisión materno-infantil del VIH, hablar acerca de la importancia de realizar un seguimiento adecuado de la madre y el hijo después del parto, y aconsejar a las mujeres seropositivas sobre cómo alimentarse y sobre las prácticas sexuales seguras.

La organización se está expandiendo con rapidez. Actualmente cuenta ya con alianzas internacionales en Botswana y Etiopía, y se están poniendo en marcha nuevos programas en Kenya, Rwanda y Zambia.

go, a menudo se ven comprometidas por limitaciones de carácter económico o por deficiencias en la infraestructura de transportes.

La administración eficaz de los programas comunitarios facilita la evaluación de los mismos, y la vigilancia puede contribuir a garantizar una cobertura lo más universal posible. Los historiales de los pacientes, los tratamientos y los resultados deberían mantenerse actualizados, y deberían celebrarse reuniones periódicas con el fin de crear unos vínculos de cooperación entre los trabajadores sanitarios y los supervisores, y de informar acerca de la evaluación

de los programas y de eventuales cambios en los mismos. El empleo de medios tecnológicos, tales como bases de datos informáticos, el correo electrónico y los teléfonos móviles, puede simplificar el proceso de recogida y diseminación de información, con lo que los trabajadores y supervisores dispondrían de más tiempo para reunirse y realizar visitas a los hogares y las comunidades.

Otro tipo de apoyo a los programas son la logística, el suministro y el equipamiento. Los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario precisan las herramientas suficientes, entre ellas formación y productos, para poder

desempeñar su labor y mantener su posición en el seno de la comunidad. Las evaluaciones de programas de trabajadores sanitarios de ámbito comunitario a gran escala practicados en el decenio de 1980 mencionados anteriormente, revelan que, cuando estas herramientas y productos –en especial los medicamentos– son inadecuados o no se suministran de un modo regular, el rendimiento de los trabajadores sanitarios queda comprometido. Se ha comprobado que cuando las comunidades se encuentran lejos de los establecimientos sanitarios de apoyo, los programas resultan más eficaces si se establecen unos programas claros de visitas por parte de los supervisores y

Toda insistencia en la importancia de las iniciativas como el programa “mothers2mothers” es poca, dada la escalada creciente de regímenes de tratamiento y la saturación de los recursos en los establecimientos sanitarios de las zonas que registran una elevada prevalencia del VIH. La OMS ha emitido unas nuevas directrices relativas a la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en las que se recomienda introducir regímenes antirretrovirales más complejos, en un intento de reducir aun más el índice de transmisión materno-infantil. Cada vez es mayor la insistencia en la importancia de que las mujeres seropositivas embarazadas tengan un mayor acceso al tratamiento de su propia salud y de administrar pruebas de diagnóstico temprano a más niños y niñas que provienen de programas de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH. Los métodos como el programa de madre a madre, que se basan en la participación de miembros de la comunidad comprometidos y capacitados para promover el éxito de las iniciativas de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, desempeñan una función cada vez más importante de apoyo a los proveedores de servicios sanitarios en lo que se refiere a la prevención y el tratamiento del SIDA.

El programa de madre a madre se basa asimismo en la convicción firme de que las madres mentoras deberían gozar del debido reconocimiento por la importante aportación que realizan. En opinión del Dr. Besser, “las madres mentoras que han recibido servicios de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH son contratadas en la propia comunidad y perciben un estipendio por el trabajo que realizan, lo cual las convierte en miembros profesionales del equipo de atención sanitaria”.

Recientemente se ha llevado a cabo una evaluación independiente de la iniciativa de madre a madre en el contexto del Programa Horizontes del Population Council. Se destacaron

varios resultados alentadores asociados con la participación en los programas, entre los cuales figuran los siguientes:

- Las mujeres en fase de posparto que habían tenido dos o más contactos con el programa “mothers2mothers” presentaban una probabilidad considerablemente mayor que las no participantes de haber revelado su condición seropositiva a alguien (el 97% en el caso de las participantes, frente al 85% de las no participantes; valor de probabilidad <.01).
- Las participantes en el programa de posparto presentaban una probabilidad considerablemente mayor que las no participantes de haber recibido nevirapina para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH (el 95% en el caso de las participantes, frente al 86% de las no participantes; valor de probabilidad <.05).
- Las participantes en el programa de madre a madre presentaban muchas más probabilidades que las no participantes de emplear un método exclusivo de alimentación (la lactancia materna como método exclusivo de alimentación o preparados alimenticios para lactantes sin leche materna).
- Las participantes en el programa de madre a madre presentaban bastantes más probabilidades que las no participantes de haber sido objeto de pruebas de recuento de CD4 durante su último embarazo (el 79% frente al 57%; valor de probabilidad <.01). (Las células CD4 son linfocitos que constituyen un componente clave del sistema inmunológico humano. También son las más vulnerables a la infección por VIH. Cuanto más bajo sea el recuento de los CD4, más débil es el sistema inmunológico y más elevado el riesgo de infecciones oportunistas.)

Véanse las referencias, pág. 107.

La capacidad de liderazgo impulsa el cambio para las madres y la infancia en Etiopía

por *Tedros Adhanom, Ministro de Sanidad de Etiopía*

La experiencia de Etiopía en relación con la supervivencia infantil demuestra que una dirección política firme puede originar cambios espectaculares. En 2004, el Primer Ministro, Meles Zenawi, exhortó al Gobierno y sus aliados a colaborar con él en la creación de una hoja de ruta para la atención sanitaria universal, pese a los enormes obstáculos que se interponían en su camino. A pesar de que más del 80% de las muertes infantiles son prevenibles, la cobertura y la utilización de los servicios preventivos continuaba siendo baja: menos del 30% de las mujeres recibían atención prenatal y sólo un 49% de los niños y niñas recibían una inmunización completa antes de cumplir su primer año de vida.

El programa de ampliación de la salud

El Gobierno y sus aliados están abordando de forma directa estas dificultades a través del Programa de ampliación de la salud, una estrategia nacional diseñada para promover la salud materna e infantil en el ámbito comunitario. Basándose en la filosofía de que la salud es un producto que las personas pueden crear, el Programa de ampliación de la salud se encarga de capacitar a las personas, proveyéndolas con las habilidades y los conocimientos adecuados a fin de permitirles tomar decisiones informadas sobre su propia salud.

Con vistas a que el plan sea un éxito, el Gobierno está desplegando a 30.000 trabajadoras de ampliación de la salud –lo que supone un compromiso enorme de recursos humanos y financieros– para promover 16 intervenciones básicas destinadas a abordar las principales causas de la mortalidad materna e infantil. Hasta la fecha se ha contratado a más de 17.000 trabajadoras de ampliación de la salud, y se está impartiendo formación a otras 7.000. Cada kebele (la unidad administrativa a más bajo nivel) cuenta con trabajadoras de ampliación de la salud que son contratadas a escala local y formadas por el Ministerio de Sanidad. Asimismo, el Gobierno ha puesto en práctica una estrategia mejorada de servicios periféricos, un programa transicional que consiste en prestar atención sanitaria básica y de emergencia a las comunidades mientras aguardan la llegada de los trabajadores sanitarios cualificados.

Al mismo tiempo se están poniendo en marcha iniciativas destinadas a fortalecer la infraestructura de apoyo a los hospitales de consulta. El Gobierno está invirtiendo en un sistema de información sobre la gestión sanitaria concebido para recabar información de todos los ámbitos, con inclusión de los puestos sanitarios. En octubre de 2006 el Gobierno adoptó un sistema nacional de suministro de productos básicos sanitarios con la finalidad de asegurar que las vacunas, los medicamentos y otros productos básicos sanitarios se encontraran al alcance del sector público y de los establecimientos sanitarios. Estas iniciativas son cruciales para garantizar la sostenibilidad de los progresos alcanzados hasta la fecha gracias a las iniciativas verticales y de ámbito comunitario.

Enseñanzas derivadas

El programa de ampliación de la salud ofrece numerosas enseñanzas valiosas. La primera de ellas es que la ampliación exige rapidez, volumen y calidad. Unos procedimientos de planificación sólidos han contribuido a asegurar la rapidez y el volumen. Por ejemplo, cuando el Gobierno organizó una campaña nacional para la distribución de mosquiteros tratados con insecticida, los donantes aliados, en particular el Centro Carter, el Fondo Mundial, UNICEF y el Banco Mundial, coordinaron su ayuda a la campaña nacional, contribuyendo a alcanzar el objetivo de 20 millones de mosquiteros en dos años. Cada hogar recibió dos mosquiteros, que se emplean para proteger contra el paludismo principalmente a los niños, niñas y mujeres.

La segunda lección es que la rapidez y el volumen no necesariamente garantizan la calidad. Es preciso realizar esfuerzos adicionales a fin de asegurar que los miembros del hogar sepan cuándo y cómo emplear los recursos sanitarios, entre ellos los mosquiteros. Las trabajadoras de ampliación de la salud están trabajando para tender un puente de unión que supla los vacíos de comunicación existentes entre el sector sanitario y las comunidades a las que sirven, granjeándose la confianza de éstas últimas y hablando directamente con las madres.

La tercera lección aprendida, y quizás la principal, es la importancia fundamental del liderazgo político. Un liderazgo político genuino requiere un compromiso activo y auténtico en cada una de las etapas del proceso: desde la definición del problema y la determinación de los objetivos, a la movilización de los recursos y el fomento de la participación comunitaria. Los debates públicos sobre las necesidades y prioridades en materia de salud y sobre la cooperación entre todos los participantes, en especial los donantes, los proveedores de atención sanitaria y las comunidades, han contribuido a fomentar un extenso control del programa de ampliación de la salud.

Nuestros aliados, entre ellos UNICEF y otros donantes, apoyan el proceso nacional de planificación, armonizando sus actividades y su ayuda en favor de las prioridades de Etiopía. Supone un logro espectacular el que todos los aliados donantes hayan suscrito un código de conducta y respaldado un único manual de armonización con el objetivo de crear un único plan, un único presupuesto y un único informe final. Se trata de un objetivo ambicioso que esperamos alcanzar a largo plazo mediante la colaboración.

La hoja de ruta de Etiopía para alcanzar el ODM 4 se enfrenta aún a una serie de dificultades, pero el progreso alcanzado hasta la fecha demuestra que nuestra visión de un acceso universal a una atención sanitaria asequible puede devenir una realidad.

los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario y se disponen de los medios necesarios para el transporte entre un lugar y otro.

No obstante, la supervisión no debería limitarse a las autoridades sanitarias oficiales; las organizaciones comunitarias tienen una función que cumplir en lo que respecta a la vigilancia de los trabajadores sanitarios y a los resultados de los programas. En determinadas directrices que gozan de amplia aceptación entre los facultativos se recomienda que la comunidad participe en la selección inicial de los trabajadores sanitarios y que éstos, a su vez, acepten la participación de los miembros de la comunidad a la hora de definir las prioridades y concretar los proyectos de planificación¹⁴.

Unos mecanismos eficaces de remisión de pacientes a los establecimientos de atención sanitaria

Un sistema de remisión de pacientes eficaz es un complemento fundamental de los programas de ámbito comunitario que garantiza la atención continuada (véase el capítulo 4). Los hospitales prestan servicios que no pueden dispensarse de forma segura en otro lugar, como por ejemplo operaciones de cesárea y otros cuidados ginecológicos de emergencia. No obstante, en los países más pobres que registran los índices más elevados de mortalidad materna e infantil, los recursos en materia de atención sanitaria a menudo son reducidos, y el acceso a los hospitales de consulta es con frecuencia limitado. En situaciones así, es posible prestar asistencia muy rápida a millones de niños y niñas mediante la ampliación de intervenciones de atención sanitaria primaria rentables y de eficacia demostrada, en particular las que se prestan en el ámbito comunitario.

Existe al mismo tiempo una necesidad de invertir en el fortalecimiento



Los cambios positivos en los hábitos en el hogar y la comunidad pueden originar mejoras en la salud materna, neonatal e infantil. *Un trabajador sanitario comunitario realiza una demostración sobre el uso de productos para el tratamiento del agua en Indonesia.*

de los sistemas de salud de distrito con el fin de proveer unos servicios básicos de remisión y de contribuir a la expansión de los servicios esenciales de atención sanitaria primaria. Los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario han demostrado su eficacia en la gestión de numerosas enfermedades infantiles graves, tales como la diarrea, el paludismo, la desnutrición aguda y la neumonía; la supervisión y un buen acceso a los sistemas de remisión de pacientes contribuyen a potenciar la calidad de esta labor.

Se ha comprobado que los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario son menos eficaces en lo que se refiere a la detección y la gestión de las complicaciones que surgen durante el parto. En consecuencia, para reducir la mortalidad materna, además de la ampliación de los servicios de atención especializada durante el parto, es necesaria la ampliación de los servicios de remisión de los pacientes a centros donde se dispensen cuidados ginecológicos de emergencia.

Los sistemas de salud de distrito constituyen asimismo un foco para la coordinación de los programas de sanidad pública, dado que integran la atención directa a los pacientes con campañas dirigidas a la población y con la supervisión y coordinación de la atención de ámbito comunitario y otros servicios de salud que se prestan en niveles inferiores. En los niveles más elevados de remisión de pacientes (los hospitales regionales y nacionales) esta función es a menudo más amplia, incluyendo funciones tales como la formación y la investigación, y la prestación de apoyo técnico y de garantías de calidad respecto de los niveles inferiores.

Un componente esencial de todo sistema de remisión de pacientes eficaz es que exista una buena comunicación entre los participantes del programa y el personal de los establecimientos sanitarios. Incidiendo en lo manifestado en las secciones anteriores, los hospitales de consulta deberían participar en los programas de ámbito comunitario, prestar un firme apoyo



© UNICEF/MENA06218/Shehzad Noorani

Los trabajadores sanitarios de la comunidad son los impulsores de las alianzas comunitarias dedicadas a la atención primaria. *Un trabajador sanitario pesa a un niño y comprueba su crecimiento en una comunidad rural del Iraq.*

a los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario e invertir una parte considerable del tiempo en dispensar servicios de asesoramiento a través del contacto personal o por medio de otras vías de comunicación. La actualización de la tecnología de la información y comunicación puede facilitar el diálogo y los procesos de remisión, incluso en países con un bajo nivel de renta¹⁵.

Cooperación y coordinación con otros servicios esenciales y sectores

Al igual que los sistemas de remisión son fundamentales para apoyar y coordinar las actividades realizadas en el ámbito comunitario, es importante asimismo la cooperación y la comunicación entre los programas a escala intersectorial y de distrito. La coordinación con otros servicios de atención sanitaria puede realizarse de distintas maneras. Los posibles beneficios son múltiples, y entre ellos se destacan la posibilidad de compartir

nuevas ideas, formación, recursos y mecanismos de evaluación, así como métodos de detección temprana, tratamiento y contención de los brotes de enfermedad¹⁶.

En Camboya, por ejemplo, las organizaciones no gubernamentales comparten sus recursos a través de un grupo de organizaciones no gubernamentales en pro de la supervivencia infantil que se reúne periódicamente en Phnom Penh. Los miembros de este grupo y representantes del Ministerio de Sanidad realizan visitas mutuas a sus respectivos proyectos con el fin de evaluar y extraer enseñanzas en relación con los avances y las labores de adaptación de los enfoques en materia de salud materna, neonatal e infantil¹⁷. La existencia de este tipo de grupos ha hecho posible que las organizaciones internacionales puedan compartir prácticas óptimas en todo el mundo. Por ejemplo, los métodos del grupo de atención

que se mencionan en el recuadro de la página 59 referido a Mozambique, están empleándose también en Camboya, Malawi y Rwanda¹⁸.

Las relaciones entre los grupos dentro de las comunidades pueden resultar también importantes para la sostenibilidad de los programas. En el Ecuador, Nicaragua y el Perú se practicaron una serie de encuestas a gran escala en los hogares con el objeto de evaluar los problemas prácticos operacionales que afectan a la distribución y el uso de los mosquiteros tratados con insecticida. Las encuestas revelaban grandes diferencias en el uso de los mosquiteros tratados con insecticida, que en las zonas de Nicaragua representaba un 25% de los hogares, y un 90% en el Amazonas peruano. En cuatro de las zonas objeto de estudio, clubes locales de mujeres fabricaban los mosquiteros, que después vendían los trabajadores sanitarios de la comunidad, y que posteriormente depositaban los ingresos procedentes de la venta en un fondo rotatorio¹⁹.

La colaboración intersectorial implica trabajar con todos los sectores que influyen en los resultados de la salud comunitaria y del hogar. Esta colaboración no sólo provee una base integrada y potencialmente más sostenible, sino que además puede capacitar a las comunidades mediante la creación de una plataforma estructurada en la que aportar sus opiniones acerca de una variedad más amplia de cuestiones que afectan a su salud. Sin una acción colaborativa, los sectores trabajarían de forma aislada o incluso con propósitos contrapuestos, posiblemente pasando por alto sinergias que pueden tener efectos multiplicadores.

Para un enfoque integrado de la salud materna, neonatal e infantil es necesaria la acción colaborativa entre los programas y los sectores que se

encargan de abordar cuestiones relativas a la salud, la nutrición, la higiene, las enfermedades importantes y la seguridad alimenticia, además de unas iniciativas que den solución a la carencia de infraestructuras de transporte y a la falta de acceso a los servicios de agua y saneamiento²⁰.

Otra razón crucial para la colaboración intersectorial es la elevada prevalencia de comorbilidad en los niños y niñas enfermos. Aunque esta cuestión se aborda en parte mediante los programas de gestión integrada de las enfermedades infantiles en el ámbito comunitario, la mejora simultánea de las condiciones medioambientales potencia las acciones destinadas a combatir las enfermedades. Por ejemplo, en el caso de las enfermedades diarreicas –que continúan siendo una de las principales causas de mortalidad infantil– es posible que el niño o niña padezca también de desnutrición. En consecuencia, la colaboración intersectorial entre los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario y de aquéllos que son responsables de la mejora del agua y el saneamiento se convierte en un imperativo. Las medidas destinadas a mejorar las pautas alimenticias –por ejemplo, prestar una mayor atención a la higiene alimenticia– a menudo se ven perjudicadas porque los suministros de agua son deficientes o ésta se halla contaminada, y porque las instalaciones de saneamiento son inadecuadas²¹. De igual modo, las medidas destinadas a fortalecer los mecanismos de remisión de pacientes podrían beneficiarse de una mejora de la infraestructura viaria, lo que facilitaría el transporte de pacientes, trabajadores sanitarios y suministros médicos y alimentarios esenciales desde los establecimientos de salud y otros lugares, y viceversa.

Una financiación segura

La financiación para los programas de atención sanitaria comunitaria puede

provenir de fuentes muy diversas, entre ellas los propios miembros de la comunidad; los gobiernos municipales o de distrito, actuando a través de los establecimientos de salud locales; patronos u organizaciones comunitarias particulares; y organizaciones gubernamentales o no gubernamentales de alto nivel, ya sean del propio país o extranjeras.

Asegurar la financiación para los programas de ámbito comunitario es un proceso complejo y en ocasiones polémico; el examen de los argumentos queda fuera del alcance del presente informe. No obstante, gran parte de la financiación que se destina a la salud infantil en los países con un nivel bajo de renta seguirán proviniendo de donantes externos. Para que un programa de ámbito comunitario tenga éxito ha de ser sostenible a largo plazo, lo cual implica que será precisa una base de financiación notable una vez se agoten los fondos aportados por los donantes.

Esto no es tarea fácil. En ausencia de fondos de donantes, los países y distritos que cuentan con sistemas sanitarios de escasa capacidad y con medios económicos reducidos pueden experimentar dificultades incluso para mantener programas de mediana dimensión. Además, no existen las respuestas sencillas a la creación de unas estructuras sólidas y autosuficientes. En particular, los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario precisan algún tipo de incentivo económico que les permita alimentar a sus familias y asegurar su motivación y su participación continuada en el programa. Igualmente, será necesario compensar económicamente a los trabajadores cualificados, que a menudo están mal remunerados, a fin de incentivarles a que trabajen en las zonas deprimidas y participen en los programas comunitarios.

Por razones de sostenibilidad y equidad, es preciso que la propia comuni-

dad aborde la cuestión de la financiación conjunta en la forma de cuotas para el usuario en relación con la atención sanitaria y otros servicios esenciales en el seno de la comunidad. Cuando se cobren cuotas, éstas deberían ser tales que no impidan el acceso a servicios importantes. Servicios como la inmunización y los cuidados de emergencia deberían ser gratuitos. Sería conveniente que los recursos procedentes de los mecanismos de financiación conjunta de los servicios prestados en el seno de la comunidad permanezcan en la comunidad y sean gestionados por ésta, aplicándolos a actividades que la beneficien directamente, como la adquisición de medicamentos o la provisión de incentivos destinados a los trabajadores sanitarios. Los comités de salud comunitarios, que comprenderían a miembros de la comunidad, trabajadores sanitarios y directores de los establecimientos de salud, deberían ser el conducto a través del cual se efectúe el pago a los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario. Si la comunidad decidiera cobrar por los servicios sanitarios, debería implantarse un sistema que permita que aquellos que no puedan costárselo –conforme determine la comunidad– reciban todos los servicios de manera gratuita²².

Integración de los programas de ámbito comunitario con las políticas de distrito y nacionales

Las alianzas comunitarias en materia de salud, nutrición, agua y saneamiento y SIDA abundan en todos los países en desarrollo. No hay duda alguna acerca de su potencial, aunque está claro que son muchos los elementos que pueden contribuir a su éxito, y del mismo modo, muchos otros que pueden hacer peligrar su sostenibilidad y su alcance. Dos elementos clave que pueden contribuir a reforzar y mantener las iniciativas de ámbito comunitario son la ayuda activa por parte de los gobiernos



© UNICEF/HO97-1/069/Giacomo Pirozzi

las alianzas internacionales de donantes– y los programas de desarrollo a más largo plazo del sector sanitario, continúen coexistiendo. Deberán invertirse recursos suficientes en estos dos ámbitos de iniciativas a fin de producir beneficios sostenibles en materia de salud infantil. Las alianzas impulsadas por donantes y destinadas a combatir enfermedades específicas deberían pensar en adaptar sus planteamientos a unos marcos multi-sectoriales que estén alineados con las prioridades sanitarias nacionales, con el consiguiente beneficio para todo el sistema nacional de salud²⁴.

La responsabilidad de garantizar los derechos de la infancia a la salud y la nutrición compete en última instancia a los gobiernos nacionales, en colaboración con la sociedad civil. Los gobiernos desempeñan una función fundamental a la hora de concebir y ejecutar políticas que eliminen las barreras que dificultan la prestación de la atención sanitaria primaria, mejorar la calidad y la eficacia de los proveedores de servicios y fomentar la transparencia pública. Al mismo tiempo, las políticas sanitarias deberán satisfacer los criterios de rendición de cuentas y de presentación de resultados ante las comunidades y los distritos a los que prestan servicios. Los gobiernos y los sistemas sanitarios deberán hallarse muy al corriente de las necesidades y los intereses de la población. Es capital desarrollar unas políticas sanitarias eficaces y centradas en la infancia, así como crear instituciones fuertes que sirvan de vínculo entre las comunidades y los sistemas sanitarios; en la mayoría de los países, el aumento del gasto sanitario habrá de ir acompañado de considerables mejoras en el entorno político al objeto de lograr un avance importante hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud²⁵.

Los programas comunitarios se fortalecen cuando hay acceso a las instalaciones sanitarias. Una trabajadora comunitaria prepara una solución de sal de rehidratación oral, Eritrea.

centrales y provinciales, y la integración en las políticas, los planes y los presupuestos del gobierno.

La supervivencia, la salud y la nutrición materna e infantil deberían ocupar un lugar preponderante en los planes y presupuestos nacionales y descentralizados, con unas metas claras y unos parámetros de referencia concretos. Las estrategias para la supervivencia infantil deben formularse mediante procesos consultivos en los que participen representantes de la esfera comunitaria, de distritos y nacional, así como de la comunidad de donantes. Comprender las variaciones en los perfiles epidemiológicos existentes dentro de un país constituye un primer paso fundamental hacia el desarrollo de una estrategia concreta. Igualmente importantes son las evaluaciones detalladas de las realidades económicas y del nivel de la infraestructura de la prestación de atención sanitaria existente a escala comunitaria, de distrito y nacional. Estos aspectos son vitales para la ejecución de una estrategia nacional de salud infantil y materna, y por tanto deben tenerse en cuenta desde el comienzo de cualquier ejercicio de planificación.

Las estrategias nacionales deben conceder una atención prioritaria a la eliminación de los obstáculos que dificultan la ampliación y la aplicación eficaz en los distintos niveles de los sistemas de salud (*véase el capítulo 4 para una explicación más detallada acerca de las medidas destinadas a abordar los estrangulamientos en la prestación de la atención sanitaria*). Entre los estrangulamientos más conocidos figuran la irregularidad de las campañas de inmunización, experiencias negativas en relación con el sistema sanitario, la distancia hasta los centros de salud y la falta de información. En la esfera familiar y comunitaria, la cobertura eficaz de los servicios de atención primaria hace frente a menudo a obstáculos como la falta de suministros básicos asequibles, una escasa demanda y otros impedimentos básicos, como por ejemplo el hecho de que los mosquiteros no estén tratados con insecticida²³.

Parece probable que las iniciativas a corto plazo dirigidas a combatir enfermedades específicas –que cada vez reciben un mayor apoyo por parte de

Contexto y reto: Mozambique es uno de los países más pobres del mundo, con un ingreso nacional bruto per cápita de tan sólo 340 dólares en 2006 y una mortalidad de menores de cinco años de 138 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos. La expectativa de vida al nacer es de 42 años, más del 40% de los niños y niñas menores de cinco años padecen un retraso moderado o grave en el crecimiento, y sólo un tercio de la población utiliza instalaciones de saneamiento adecuadas. El acceso a los servicios esenciales de atención sanitaria es limitado; el 23% de los niños y niñas no están inmunizados contra el sarampión. Sólo el 10% de los niños y niñas duermen bajo un mosquitero (tratado o no), y casi dos tercios de la población viven en zonas rurales, donde sólo una de cada cuatro personas tiene acceso a fuentes mejoradas de agua potable.

El reto consistía en implantar un programa de ámbito comunitario en pro de la supervivencia infantil en las comunidades rurales que cuentan con una infraestructura de salud física y medioambiental deficiente, y demostrar que dicho programa de ámbito comunitario contribuía a reducir la mortalidad.

Enfoque: El planteamiento del proyecto de alianza entre el Ministerio de Sanidad de Chokwe y el programa de World Relief, que operó entre 1999 y 2003, consistía en crear un “grupo de atención” para ejecutar un programa de supervivencia infantil que abordara tres aspectos de la gestión integrada de las enfermedades infantiles en el seno de la comunidad:

- La mejora de las alianzas entre el sistema sanitario y la comunidad.
- Una mayor accesibilidad de la atención prestada por los proveedores de ámbito comunitario.
- La promoción de prácticas esenciales de salud infantil en el hogar.

La estrategia del grupo de atención consiste en formar a educadores comunitarios mediante la interacción dentro del grupo. Una educadora de salud femenina voluntaria se encarga de impartir educación entre pares a 15 hogares de las cercanías, y 10 educadoras de salud femenina se reúnen una vez al mes con un supervisor remunerado. Durante las reuniones mensuales del grupo de atención, un empleado del ámbito sanitario o una supervisora de las educadoras de salud femenina se encarga de difundir mensajes sobre supervivencia infantil y salud femenina. A continuación, las mujeres que integran el grupo de atención practican entre ellas, compartiendo la información que les ha sido presentada. Antes de la siguiente reunión del grupo de atención, cada voluntaria es responsable de visitar los hogares que le han sido asignados, con el fin de difundir los mensajes recién aprendidos.

El programa de supervivencia infantil fue concebido como una estrategia integral que incluía la lactancia materna, la alimentación complementaria y el uso de terapias de rehidratación oral y de mosquiteros tratados con insecticida. Este programa ha permitido fortalecer los sistemas de remisión a centros locales de atención sanitaria y el tratamiento de las enfermedades comunes en los establecimientos de salud.

Las alianzas con UNICEF y el Comité Internacional de la Cruz Roja posibilitaron el suministro de mosquiteros tratados con insecticida, vacunas y suplementos de vitamina A. La cooperación estrecha con los comités de salud de las aldeas y con los presbíteros de las comunidades brindó a los voluntarios el respaldo necesario para llevar a cabo las labores de promoción de la salud y de movilización comunitaria en relación con actividades como la distribución de mosquiteros tratados con insecticida y la práctica de campañas de inmunización.

Resultados: Asimismo, en el contexto de este proyecto se puso en marcha un sistema de registro de estadísticas vitales y de salud de ámbito comunitario a través de los 2.300 voluntarios de la comunidad, que todos los meses recopilaban datos relativos a los nacimientos, los decesos y las enfermedades infantiles. Durante las reuniones mensuales se procedía a agrupar estos datos, y las listas resultantes se enviaban a los puestos sanitarios gestionados por los proveedores de la comunidad (o socorristas), que habían sido formados por el Ministerio de Salud del distrito. La información recopilada se enviaba de vuelta a los comités de salud de las aldeas, a los centros de salud y al Ministerio de Sanidad.

Los datos procedentes del sistema de estadísticas vitales y de salud de ámbito comunitario reflejaban una reducción del 66% en la mortalidad infantil y del 62% en la mortalidad de menores de cinco años. A fin de verificar la fiabilidad de esta información, investigadores experimentados practicaron un análisis independiente sobre la mortalidad empleando un estudio histórico de los embarazos basado en las metodologías habituales aplicadas en la encuesta demográfica y de salud. Este estudio sobre la mortalidad mostraba unas reducciones del 49% y el 42% en la mortalidad de los bebés y de los menores de cinco años, respectivamente.

Estos resultados demostraron la eficacia de los programas de gestión integrada de las enfermedades infantiles en el seno de la comunidad y corroboraron el hecho de que los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario son capaces de recabar datos fiables para la vigilancia de la mortalidad.

Véanse las referencias, pág. 107.

Los sistemas de agua potable en el Afganistán

El abastecimiento de agua potable ha constituido una prioridad durante muchos años, tanto en los programas de emergencia como en los programas continuados de desarrollo en todo el mundo. Mejorar la calidad del agua que se consume en el hogar mediante su tratamiento en el punto de utilización y la mejora del almacenamiento constituye, en opinión de muchos, un método excelente, sencillo y de bajo coste para prevenir las enfermedades transmitidas por el agua. Se ha constituido una alianza para el desarrollo entre UNICEF, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y la OMS, además de otras instituciones, cuyo objeto es producir y distribuir los productos que las familias precisan para disponer de agua potable en el hogar; en conjunto, estos productos constituyen lo que se conoce con el nombre de sistemas de agua potable.

Los sistemas de agua potable incluyen tres procedimientos:

- El tratamiento del agua por parte de los consumidores en el punto de utilización, empleando una solución diluida de hipocloruro de sodio (lejía).
- El almacenamiento seguro del agua tratada en contenedores diseñados para prevenir la recontaminación.
- La modificación de los hábitos relativos a la mejora del agua y la manipulación de los alimentos, el saneamiento y las prácticas e higiene en el seno del hogar y la comunidad.

Gracias a las habilidades y los recursos combinados de los distintos aliados, los productos que componen los sistemas de agua potable se producen y distribuyen a través de alianzas públicas y privadas, empleando mecanismos de mercado; las organizaciones no gubernamentales se encargan de movi-

lizar a las comunidades al objeto de promover una utilización correcta y de llegar a las poblaciones de alto riesgo.

Los sistemas de agua potable están siendo promovidos e implantados en 23 países de todo el mundo, y se ha demostrado que pueden reducir la incidencia de las enfermedades diarreicas entre un 25% y un 84%. Han demostrado ser particularmente eficaces para proteger a los miembros más vulnerables de la población: los niños y niñas de corta edad, las personas que padecen deficiencias inmunológicas y sus familias, y las comunidades que experimentan brotes de cólera.

En el Afganistán, país que registra un elevado índice de mortalidad materna y que cuenta con unos servicios escasos de atención prenatal y posnatal en los establecimientos sanitarios, se han implantado los sistemas de agua potable como parte de los programas de salud materna. Con el fin de estimular una mayor asistencia a los establecimientos sanitarios, se ofrecen conjuntos de higiene y sistemas de agua potable a las mujeres embarazadas y a las madres primerizas, y se les enseña a emplear estas tecnologías sencillas para protegerse a sí mismas y a sus familias.

Bangladesh: educación sobre saneamiento e higiene en las escuelas

Un proyecto de agua, saneamiento e higiene puesto en práctica en una aldea remota de Bangladesh, en combinación con un módulo de educación sobre saneamiento e higiene implantado en las escuelas secundarias, demuestra la importancia de la participación y la acción comunitaria, y los efectos positivos para la comunidad. La aldea de Gava se encuentra en el sudoeste de Bangladesh. En el Foro de Organizaciones No Gubernamentales se decidió que era necesario repensar las estrategias relativas a la educación

Hallar la combinación adecuada de soluciones para la mejora de los resultados en materia de salud y nutrición

Cada uno de los países en desarrollo presenta una combinación única de circunstancias propicias y limitaciones al desarrollo de su sistema sanitario, que obedece a las diferencias en el nivel de progreso económico, las circunstancias medioambientales o institucionales, la situación política o la capacidad de su actual sistema de salud. El resultado es que no existe un método de aplicación universal para impulsar la mejora. En algunos países, la mayor dificultad residirá no

tanto en ampliar los enfoques de ámbito comunitario a escala nacional en forma de módulos esenciales de atención sanitaria, sino en fortalecer y expandir la prestación de servicios mediante programas de medidas dispuestas en establecimientos sanitarios, en descentralizar los servicios sanitarios y en abordar enfermedades y afecciones no contagiosas, como la diabetes y la obesidad²⁶.

En el caso de los países con un nivel de renta bajo, en especial aquellos en los que las madres, niños y niñas continúan siendo excluidos de los programas de atención prestada en establecimientos sanitarios y aquellos

en los que la capacidad del sistema sanitario se ha visto socavada por largos periodos de inversiones escasas y mala gestión, por una gobernanza ineficiente, por la migración masiva de trabajadores sanitarios profesionales, por emergencias complejas o por la epidemia del SIDA, determinar cuál es la mejor estrategia no es un proceso lineal ni exento de riesgos. En dichos países, una consideración importante, e incluso primordial, que debe tenerse en cuenta es la viabilidad, que puede determinarse mediante la formulación de la pregunta siguiente: ¿cuál es la estrategia más adecuada, rentable, oportuna y sostenible para mejorar la salud y la supervivencia materna,

sobre higiene y el abastecimiento de agua y saneamiento en el ámbito de las aldeas. Comenzar por las escuelas de las aldeas parecía un planteamiento prometedor.

Los jóvenes en edad escolar son muy receptivos a nueva información y es fácil motivarles; la organización mostró gran interés en aprovechar este potencial.

Se crearon comités de agua y saneamiento en cada clase y en el conjunto de las escuelas. El director de la escuela fue designado presidente del comité de agua y saneamiento de la escuela. Los comités de las clases –uno por cada clase– estaban compuestos de profesores y estudiantes, tanto niños como niñas. Se organizaron una serie de sesiones orientativas para estos comités, en las que se trataban cuestiones tales como la promoción y el uso de agua potable, la mejora del saneamiento y de las prácticas de higiene, la comunicación interpersonal eficaz entre estudiantes y progenitores, y la movilización comunitaria. Se organizaron proyecciones de películas con un propósito motivador, y se repartieron distintos materiales de difusión, información y educación que versaban sobre la modificación de hábitos entre los profesores y los estudiantes, y que fueron empleados en los grupos de debate celebrados en el seno de la comunidad.

Los estudiantes organizaron mítines y procesiones en los que empleaban distintos tipos de carteles y pancartas promocionales, recitaban eslóganes acerca de la importancia del uso de agua potable y de letrinas higiénicas y de una mejor higiene personal. Todo esto contribuyó a una toma de conciencia masiva en toda la aldea. Además de los comités, en cada clase se constituyó una brigada estudiantil compuesta de cinco niños y niñas. Estos grupos se encargaban de vigilar el empleo de prácticas seguras de higiene y agua y saneamiento en los hogares. Asimismo, la brigada colaboró en la prestación de servicios

sencillos de atención primaria de naturaleza no técnica, tales como la rehidratación oral. Las brigadas se encargaron también de diseñar planes de respuesta a desastres naturales. Además se creó otro comité, el Foro de profesores y progenitores, que mantenía reuniones trimestrales para evaluar los progresos.

Una evaluación del proyecto demostró que la educación sobre saneamiento e higiene en las escuelas puede contribuir al bienestar y al rendimiento de los estudiantes, por ejemplo, facilitando la permanencia de las niñas en la escuela. La participación de las escuelas y los estudiantes como motivadores comunitarios constituye una potente herramienta para la mejora de las prácticas de agua, saneamiento e higiene. Los estudios practicados antes y después de la implantación del programa en la aldea de Gava reflejan una mejora de los conocimientos acerca de las enfermedades relacionadas con la deficiencia de saneamiento e higiene, un incremento en la construcción y uso de letrinas higiénicas, así como en el consumo de agua potable y en el hábito de lavarse las manos por parte de los miembros principales del hogar. El proceso de motivación comenzó por arriba y continuó hacia abajo.

El Foro de Organizaciones No Gubernamentales se está expandiendo. En un principio fueron unas cuantas aldeas experimentales; actualmente operan en muchas más, cada una de las cuales precisa un programa distinto. Se enfrentan a dos problemas importantes: uno de ellos consiste en perfeccionar el sistema financiero de las aldeas a fin de lograr el mantenimiento sostenible de los programas, y el otro consiste en lograr los mismos resultados en muchas aldeas, pero con muchos menos insumos. No obstante, los beneficios potenciales de este tipo de programas para los estudiantes y las comunidades en las que viven son enormes. Los proyectos experimentales como el de Gava demuestran que los beneficios son alcanzables. Véanse las referencias, pág. 107.

neonatal e infantil e incrementar la cobertura de los servicios y productos básicos, dada la condición actual de los sistemas de salud, nutrición y salud medioambiental del país²⁷?

El criterio de la viabilidad tiene por objeto abordar las necesidades urgentes de las sociedades más pobres y marginadas –en las que los índices de mortalidad materna, neonatal e infantil son más elevados–, que registran las más graves carencias de servicios preventivos básicos como la inmunización y el acceso a medicamentos y a cuidados de emergencia. En los países que cuentan con unos sistemas de salud, de nutrición y de agua y sanea-

miento relativamente insuficientes y con sistemas sanitarios de escasa capacidad, los enfoques de ámbito comunitario que no dependen tanto de los establecimientos de atención sanitaria y de los servicios periféricos, pueden contribuir a ampliar la cobertura de los servicios, productos y prácticas esenciales, sobre todo si ya existen servicios preventivos básicos como la inmunización²⁸. No obstante, es importante insistir en el hecho de que a fin de respaldar la sostenibilidad, la expansión de las alianzas comunitarias deberá llevarse a cabo en conjunción con unos esfuerzos dirigidos a superar los estrangulamientos que afectan al conjunto del sistema de los

servicios de salud y nutrición materna e infantil que se prestan en los establecimientos sanitarios, y a abordar otras limitaciones de índole institucional, de comportamiento y medioambiental. El próximo capítulo se centra en la ampliación de las alianzas de ámbito comunitario en materia de servicios de atención sanitaria, nutricional y medioambiental. Si bien muchos de los argumentos que se exponen quizás resulten más aplicables a países con un nivel de renta bajo y a comunidades marginadas o pobres, gran parte de las cuestiones que se tratan son también pertinentes en el caso de países y comunidades que presentan circunstancias menos dificultosas.



RESUMEN

A fin de acelerar los avances en materia de salud infantil será necesario aplicar las enseñanzas derivadas a lo largo de un siglo de desarrollo en el sector de la sanidad, y poner en práctica enfoques eficaces orientados a fortalecer las alianzas en el seno de las comunidades, la atención sanitaria continua y los sistemas de salud.

El presente capítulo aúna dos aspectos clave –medidas y alianzas– en un marco común destinado a promover la atención sanitaria continua para las madres, los recién nacidos y la infancia, que constituye el principal medio de garantizar el desarrollo de los sistemas de salud en aras de obtener resultados. En él se destacan cinco medidas distintas, pero relacionadas entre sí, que es preciso incorporar a los programas, las políticas y las alianzas durante la próxima década.

Primera medida: Reajustar los programas de salud, pasando de las intervenciones centradas en

enfermedades específicas a módulos integrados de base empírica y gran repercusión para garantizar la atención continua.

Segunda medida: Hacer de la salud materna y neonatal uno de los principios básicos de los procesos integrados de planificación nacional dirigidos a ampliar los servicios esenciales.

Tercera medida: Mejorar la calidad y la constancia de la financiación destinada a fortalecer los sistemas sanitarios.

Cuarta medida: Promover y apoyar el compromiso político, la capacidad de liderazgo nacional e internacional y la financiación continuada con el fin de fortalecer los sistemas de salud.

Quinta medida: Crear las condiciones adecuadas que propicien una mayor armonización de los programas de salud y las de las alianzas en pro de la salud.

La ampliación de intervenciones y enfoques básicos en materia de salud exige una comprensión absoluta tanto de las estrategias que contribuyen a acelerar el proceso como de los obstáculos que lo dificultan. *Una trabajadora sanitaria pesa a un recién nacido para supervisar su crecimiento. Filipinas.*

Para una ampliación eficaz será necesario que los gobiernos, los donantes, los organismos internacionales y las alianzas en pro de la salud de todo el mundo implanten nuevos métodos de trabajo en el ámbito de la atención primaria entre las partes interesadas. El tema central de este modelo de actuación es la unidad. Las iniciativas y alianzas destinadas a mejorar aspectos de la salud materna e infantil son abundantes y continúan proliferando, pero serán necesarias una mayor armonización y coherencia para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a las madres y a la infancia.

Fortalecer las alianzas comunitarias, la atención continua y los sistemas de salud

En la lista de alianzas comunitarias que figura en el capítulo 3 se destaca su potencial para acelerar las mejoras en el ámbito de la salud materna, neonatal e infantil. Por ejemplo, las pruebas revelan que el uso de una combinación de programas periféricos comunitarios y de estrategias de atención de ámbito familiar-comunitario con una cobertura del 90%, podría reducir la mortalidad entre un 18% y un 37%, incluso en ausencia de mejoras en los servicios prestados en establecimientos sanitarios¹. Lo que se precisa, por tanto, son estrategias innovadoras que aprovechen al máximo todo el potencial de las alianzas comunitarias en materia de atención sanitaria primaria, preferiblemente dentro del marco de un esfuerzo general por fortalecer los sistemas nacionales de salud.

Las enseñanzas que se han derivado de la ampliación de enfoques eficaces se están aplicando de un modo cada vez más colaborativo. Los principales organismos internacionales que trabajan en pro de la salud y la supervivencia materna e infantil –UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial– colaboran con donantes, gobiernos y otras organizaciones internacionales clave como la Unión Africana, en la formu-

lación de marcos de actuación y estrategias destinados a ampliar el acceso a la atención sanitaria primaria.

¿Qué es lo que se precisa para ampliar la escala?

Ampliar la escala de las intervenciones existentes es fundamental para acelerar el avance hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud de la infancia y las mujeres, en particular en África subsahariana y Asia meridional, dos regiones que, juntas, suman el 80% de las muertes infantiles acaecidas en 2006.

Si bien la opinión acerca de la ampliación a gran escala de los servicios y prácticas esenciales es unánime, es evidente que decir y hacer son cosas muy distintas. La ampliación implica una compleja variedad de actuaciones, muchas de ellas relacionadas entre sí, cuya finalidad es lograr un alcance máximo, garantizando a la vez la sostenibilidad de la ampliación a largo plazo.

En la esfera programática y de políticas no basta simplemente con ampliar el alcance de la prestación de módulos de intervenciones de bajo coste y eficacia probada. Como parte del proceso de ampliación, han de abordarse los impedimentos de índole conductual, institucional y medioambiental

que pueden impedir el acceso a los servicios. Para lograr el éxito es necesaria una comprensión profunda de estos obstáculos, así como de las estrategias que pueden prevenirlos.

En lo que se refiere a los gobiernos, donantes, organismos internacionales y alianzas en pro de la salud, para lograr una ampliación eficaz será necesaria la renovación, entre las principales partes interesadas, de los mecanismos de operación en materia de atención sanitaria. Las iniciativas y alianzas destinadas a mejorar aspectos de la salud materna e infantil son abundantes y continúan proliferando, pero, sin una mayor armonización y coherencia, la disparidad de los esfuerzos podría hacer que resultaran insuficientes para alcanzar los ODM en años venideros.

El presente capítulo aúna estos dos aspectos –medidas y alianzas– en un marco común orientado a la ampliación efectiva de la atención continua en la salud materna, neonatal e infantil. En él se destacan cinco medidas distintas, pero relacionadas entre sí, que es preciso incorporar a los programas, las políticas y las alianzas durante la próxima década:

- **Primera medida:** Reajustar los programas de salud, pasando de las intervenciones centradas en

enfermedades específicas a módulos integrados de base empírica y gran repercusión para garantizar la atención continua a lo largo del tiempo y en todos los lugares.

- **Segunda medida:** Garantizar que la salud maternal, neonatal e infantil constituyan un componente fundamental de todo proceso nacional integrado de planificación estratégica para la ampliación de los servicios y el fortalecimiento de los sistemas de salud.
- **Tercera medida:** Mejorar la calidad y continuidad de la financiación destinada a fortalecer los sistemas de salud.
- **Cuarta medida:** Promover y mantener el compromiso político, la capacidad de liderazgo nacional e internacional y la financiación continuada a fin de garantizar el acceso a la atención continua².
- **Quinta medida:** Crear las condiciones que favorezcan una mayor armonización de los programas y alianzas mundiales en pro de la salud.

I. Reajuste de los programas

Pasar de las intervenciones individuales a una atención continua

Hasta la fecha, una gran parte de las labores realizadas y de la ayuda prestada por la comunidad sanitaria internacional en pro de la salud materna, neonatal e infantil ha consistido en abordar enfermedades concretas mediante estrategias específicas que cuentan con una base empírica sólida y con un historial de éxito en lo que se refiere a su eficacia. Cuando se tienen los servicios adecuados, cuando se aplican a los objetivos idóneos y se gestionan, se financian y se ejecutan a escala debidamente, las intervenciones específicas a menudo han contribuido a reducir la incidencia de las enfermedades y la mortalidad infantil.

No obstante, estas intervenciones poseen sus limitaciones, debido sobre todo a que con frecuencia no se han tenido en cuenta eventuales restricciones futuras, tales como limitaciones en la buena gestión de los asuntos públicos, la gestión y los recursos humanos. Además, los enfoques específicos para abordar enfermedades concretas pue-

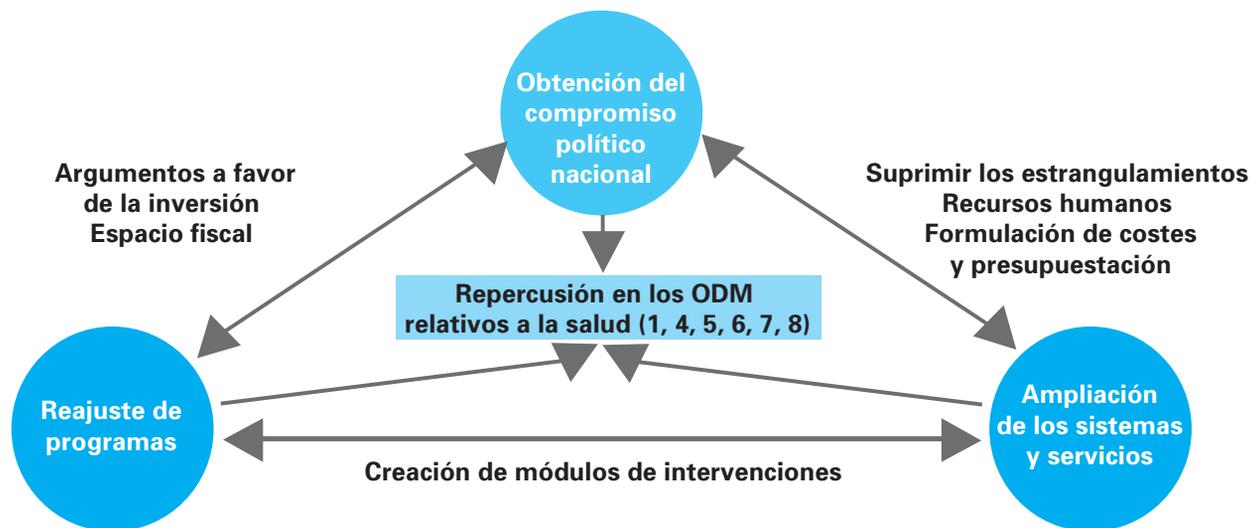
den impedir la formación de sinergias que podrían fortalecer la ampliación de un sistema de salud.

La ampliación orientada a lograr una atención continua en el tiempo y en todos los lugares se considera, cada vez más, como uno de los medios más esperanzadores de acelerar el progreso hacia los ODM relativos a la salud. No obstante, la base empírica que avala la eficacia y viabilidad de la atención continua está mucho menos desarrollada que en el caso de las intervenciones específicas destinadas a abordar enfermedades concretas, por lo que cada vez es mayor la necesidad de recopilar pruebas que demuestren su eficacia real en la práctica. Para ello, son precisos nuevos procedimientos y marcos de actuación, en especial en lo que se refiere a la organización de programas. Esto exigirá diversos cambios, en concreto los siguientes:

- Especificar los módulos de intervenciones.
- Definir los parámetros de referencia y objetivos.

Gráfico 4.1

Marco conceptual para la ampliación de la atención primaria en los países en desarrollo



Fuente: Procedente de UNICEF, 'Joint Health and Nutrition Strategy for 2006-2015', UNICEF, Nueva York, noviembre de 2005, pág.10.

- Integrar las estrategias relativas a la prestación de servicios.

La ampliación de la atención sanitaria continua exigirá asimismo la adaptación de las estructuras de gestión de los programas, de manera que reflejen la integración de los distintos elementos que componen los módulos de medidas. A tal fin será necesario fortalecer las capacidades institucionales e individuales, superando la resistencia al cambio e integrando y coordinando los cauces fragmentados de financiación, en particular la financiación procedente de donantes y de alianzas internacionales³.

Agrupación de intervenciones según la modalidad de prestación de servicios

La agrupación de una variedad de intervenciones rentables y de base empírica se considera entre los métodos potencialmente más eficaces de acelerar las mejoras en materia de salud materna, neonatal e infantil. La ampliación requiere que los países definan un sistema de atención continua atendiendo a las tres modalidades de servicios siguientes:

- *Servicios orientados a la familia y prestados en el ámbito comunitario:* Suministrados de forma periódica por los promotores de salud y nutrición de las comunidades, bajo la supervisión periódica de profesionales cualificados.
- *Servicios programados orientados a la población:* Suministrados a través de establecimientos periféricos o en centros de salud por profesionales sanitarios cualificados o semicualificados, como auxiliares de enfermería, auxiliares de asistencia al parto y otro personal paramédico.
- *Servicios clínicos de orientación particular:* Son intervenciones que

requieren la atención de profesionales sanitarios que cuentan con una preparación especial, como matronas, enfermeras o médicos; se encuentran disponibles de forma permanente⁴.

Los servicios prestados dependerán del contexto del país y de la capacidad de su sistema de salud. La eliminación de los estrangulamientos puede contribuir a ampliar el margen de cobertura.

Agrupar la prestación de intervenciones con arreglo a los contactos específicos de cada grupo de edad con los servicios de salud y nutrición puede generar economías de escala tanto en términos de costes como de tiempo, así como aumentar la cantidad de servicios disponibles para niños, niñas y madres. Si se agrupan intervenciones de bajo coste tales como vacunas, antibióticos, mosquiteros tratados con insecticida y suplementos de vitamina A, y a ello se añade la promoción de una mejor alimentación e higiene, el enfoque de los módulos de medidas puede contribuir a incrementar notablemente la cobertura de los servicios⁵.

Las alianzas comunitarias son fundamentales para el éxito de los módulos integrados. La eficacia de una intervención a menudo puede marcar el inicio de la integración exitosa de diversas medidas en un módulo de salud infantil.

En el Nepal, por ejemplo, en el contexto de una campaña nacional para la administración de vitamina A, se impartió formación a voluntarios de la comunidad a fin de fortalecer sus capacidades. El resultado fue la formación de un grupo respetable y fiable. Para cuando estos voluntarios finalizaron la formación que les capacitaba para diagnosticar infecciones respiratorias agudas en niños y niñas

y administrarles tratamiento, se habían granjeado ya la confianza de los progenitores y adquirido la suficiente destreza como para llevar a cabo esta compleja tarea.

Una experiencia similar es el caso de Madagascar, donde se enseña a las familias la importancia de adoptar diversas prácticas sanitarias mejoradas simultáneamente, constituyendo la inmunización el punto de entrada a otros servicios. Mediante un programa de movilización comunitaria de gran alcance se insiste de forma continuada en la importancia de que las familias adopten medidas esenciales a fin de promover la salud infantil⁶.

Cuando se prestan servicios agrupados en módulos es necesario prestar una atención especial a la igualdad a fin de llegar a los niños, niñas y madres más pobres y marginados. Aunque el enfoque de módulos de intervenciones sin duda incrementará el acceso a una mayor variedad de servicios para muchas madres, niños y niñas, también puede resultar en un aumento cada vez mayor de la desigualdad en la cobertura entre los que poseen acceso a los servicios y aquellos que quedan excluidos⁷.

II. Planificación nacional de estrategias para ampliar los servicios y fortalecer los sistemas de salud

Para reajustar la atención primaria, pasando de los enfoques consistentes en abordar enfermedades concretas mediante estrategias específicas a una atención continua y ampliando el alcance de los módulos de intervenciones, será necesaria una base de políticas sólida. Este hecho ha sido sobradamente reconocido en una serie de foros de alto nivel celebrados desde 2003 al objeto de examinar distintos modos de acelerar el progreso hacia los ODM relativos a la salud⁸. A lo largo del tiempo se han detectado en

Ampliación de la escala: nutrición adecuada para las madres, los recién nacidos y los niños y niñas

La desnutrición es el factor que subyace a casi el 50% de las muertes de niños y niñas menores de cinco años, y ha quedado demostrado que existe una relación entre el estado nutricional de la madre y el riesgo de muerte materna e infantil. En los países y regiones en desarrollo, más de una cuarta parte de los niños y niñas menores de cinco años registraba un peso moderado o gravemente inferior al normal, o padecían retraso en el crecimiento en 2000-2006, y el 28% de los niños y niñas en edades comprendidas entre los 6 y los 59 meses aún no recibían suplementos de vitamina A en 2005.

La seguridad alimenticia, si bien es necesaria, no basta por sí misma para prevenir la desnutrición, según puede constatarse en el caso de tantos niños y niñas que padecen retraso en el crecimiento o que registran un peso inferior al debido a pesar de vivir en zonas que no son pobres o donde hay seguridad alimenticia. La desnutrición es el resultado de una variedad de factores interrelacionados, entre ellos una alimentación y unas prácticas de atención sanitaria inadecuadas, un saneamiento insuficiente, la existencia de enfermedades, la falta de acceso a servicios sanitarios y un conocimiento escaso de los beneficios que se derivan del empleo de la lactancia materna como método exclusivo de alimentación, de las prácticas de alimentación complementaria y de la importancia de los micronutrientes. La diarrea, que por lo general es consecuencia de unas instalaciones de saneamiento y unas prácticas de higiene deficientes, es un factor que contribuye a la desnutrición. Otro factor entre los recién nacidos y los niños y niñas de corta edad es la falta de un entorno de apoyo para muchas madres, que, como resultado de ello, tienen poco tiempo para cuidarse durante el embarazo o para cuidar después de sus recién nacidos debido a las exigencias del hogar y a un acceso insuficiente a los servicios sanitarios.

La ampliación de unas estrategias de nutrición efectivas en todos los ámbitos de la atención sanitaria continua para las madres, los recién nacidos y los niños y niñas exige un enfoque integrado. Requiere la participación de los progenitores y de las comunidades, respaldada por el desarrollo a escala local y nacional de los servicios de atención primaria y de salud medioambiental, en especial el abastecimiento de agua y saneamiento. Cuando estos requisitos previos se cumplen, pueden obtenerse resultados notables en un plazo de tiempo relativamente corto. En Tailandia, por ejemplo, los casos de desnutrición moderada y grave se redujeron en un 75% o más por estos medios en tan sólo una década. Y, a pesar de dificultades económicas considerables, en numerosos países en desarrollo se han logrado avances sorprendentes en lo que se refiere al suministro de vitaminas y minerales esenciales a sus ciudadanos. Casi un 70% de los hogares de los países en desarrollo consumen sal iodada, cerca de 450 millones de niños y niñas toman actualmente cápsulas de vitamina A, y las estrategias de salud, en particular

las alianzas comunitarias, están haciendo uso de nuevas e innovadoras fórmulas dirigidas a fomentar y apoyar la lactancia materna.

De todas las regiones en desarrollo, la más afectada por la desnutrición es Asia meridional, que presenta los índices más elevados de nacimientos con un peso inferior al normal, y de menores de cinco años con un peso moderado o gravemente inferior al normal, o que padecen debilidad o un retraso en el crecimiento, así como el índice más bajo de suministro de suplementos de vitamina A. Aunque en África subsahariana las cifras correspondientes a estos indicadores son más alentadoras, es la región que presenta los índices más bajos de lactancia materna como método exclusivo de alimentación en niños de menos de seis años, y los casos graves de desnutrición severa continúan siendo un problema acuciante. Los ejemplos de países que figuran a continuación muestran cómo se están abordando con éxito estas cuestiones en esta región.

Benin: Educar a las madres acerca de la importancia de la lactancia materna

Según una encuesta demográfica y de salud practicada en 1996, tan sólo el 16% de los recién nacidos de la región de Borgou, en Benin, recibían lactancia materna dentro de la primera hora de vida, y en 1998, menos de uno de cada cinco niños y niñas menores de cuatro meses –lo que equivale al 14%– eran alimentados por este método. Con el fin de abordar este problema, así como algunos de los retos nutricionales de mayor envergadura asociados a unos elevados índices de desnutrición y mortalidad infantil, se introdujo en 1997 el programa Acciones Esenciales en Nutrición. En este programa se hacía hincapié en seis medidas que era necesario adoptar en las comunidades y en los establecimientos sanitarios, al objeto de reforzar hábitos nutricionales esenciales:

- Empleo de la lactancia materna como método exclusivo de alimentación para los niños de hasta seis meses.
- Una alimentación complementaria adecuada, en combinación con la lactancia materna de los 6 a los 24 meses.
- Administración de suplementos de vitamina A para niños y niñas.
- Administración de suplementos de ácido fólico y hierro a las mujeres embarazadas.
- Suplementos de sal iodada.
- Apoyo y asesoramiento para los niños y niñas que padecen enfermedades o desnutrición.

El programa Acciones Esenciales en Nutrición ha combinado eficazmente medidas diseñadas para fortalecer el sistema de salud, tales como la formación de trabajadores sanitarios y campañas de movilización comunitaria y de

comunicación a gran escala adaptadas a las condiciones específicas de las poblaciones a las que se destinan.

Con la participación activa de los dirigentes comunitarios se seleccionó a miembros voluntarios dentro de la comunidad –conocidos con el nombre de *relais communautaires*– con el cometido de actuar como vínculo entre las comunidades y los establecimientos sanitarios, y se les impartió formación en actividades relacionadas con la nutrición. Jóvenes, cantantes tradicionales, grupos teatrales de la comunidad, grupos femeninos y otros participaron en unos talleres en los que se concibieron los mensajes y materiales.

Los grupos teatrales comunitarios representaron funciones en las aldeas y vecindarios, mientras que las cadenas de radio retransmitían los anuncios, juegos y funciones teatrales que habían sido creados en los talleres.

Esta enorme movilización a escala comunitaria trajo consigo un verdadero cambio en los hábitos de lactancia de las madres. En 2001, casi el 50% de las madres de esta región que tenían bebés de menos de cuatro meses declararon que empleaban la lactancia materna como método exclusivo de alimentación de sus hijos pequeños. Además, en 2002, en algunas comunidades de Borgou se informó de que el índice de empleo de la lactancia materna como método exclusivo de alimentación entre los bebés de menos de cuatro meses era del 61%, frente al 40% registrado en 1999.

Gestión en el ámbito comunitario de los casos de desnutrición aguda grave en Etiopía, Malawi y el Sudán

La desnutrición aguda grave continúa siendo una de las causas más importantes de mortalidad entre los niños y niñas menores de cinco años. Hasta hace poco tiempo el tratamiento se reducía a los cuidados en los establecimientos de salud, lo que limitaba enormemente la cobertura y los efectos del mismo, debido a que en muchos países pobres los niños y niñas que padecen desnutrición aguda grave jamás son llevados a un establecimiento sanitario. Sin embargo, pruebas recientemente disponibles sugieren que es posible tratar a una gran parte de estos niños y niñas en la comunidad sin necesidad de ingresarlos en un establecimiento sanitario o en un centro de alimentación terapéutica. Los enfoques de ámbito comunitario consisten en la detección temprana de la desnutrición aguda y en el tratamiento de aquellos casos que no presentan complicaciones mediante la administración en el hogar de alimentos terapéuticos listos para su consumo o de alimentos ricos en nutrientes. Combinada debidamente con el tratamiento en establecimientos sanitarios de aquellos casos de desnutrición que presentan complicaciones, y aplicada a gran escala, la gestión de la desnutrición aguda en el ámbito comunitario podría prevenir la muerte de cientos de miles de niños y niñas.

Pruebas obtenidas recientemente en Etiopía, Malawi y el Sudán ponen de manifiesto las importantes repercusiones y la rentabilidad de la gestión de la desnutrición aguda en el ámbito comunitario. A diferencia del tratamiento en establecimientos de salud –en los que, en el caso de la mayor parte de los países en desarrollo, el número de muertes apenas ha variado durante las últimas décadas– la atención en el ámbito comunitario ha generado un cambio fundamental en la comprensión de la enfermedad y en la práctica de su tratamiento. Hasta la fecha, los datos procedentes de más de 20 programas implantados en Etiopía, Malawi y el norte y sur del Sudán entre 2000 y 2005 indican que gracias a estos programas se alcanzaron unos índices de recuperación de hasta un 80%, y los índices de mortalidad se redujeron hasta llegar a ser de tan sólo el 4%. El índice de cobertura alcanzó el 73%, mientras que más de tres cuartas partes de los niños y niñas que padecían de desnutrición aguda recibían tratamiento ambulatorio. Además, datos iniciales indican que el coste de estos programas –valorados entre 12 y 132 dólares por año de vida ganado– es asequible.

En los programas de atención terapéutica de ámbito comunitario se emplean unos nuevos alimentos listos para su consumo, que en muchos casos se fabrican en la zona a partir de cosechas propias. La ejecución de estos programas se fundamenta en tres premisas:

- La idea que subyace a todos los programas es recalcar la importancia de tratar la desnutrición en su fase temprana y la necesidad de que los pacientes sigan un programa de nutrición hasta su recuperación.
- Los programas parten de la base de que, para detectar a tiempo la desnutrición y cumplir con el tratamiento, las familias y comunidades han de comprender y aceptar los programas y participar en ellos.
- Los programas hacen hincapié en la importancia de la participación de las principales partes interesadas, pues al beneficiarse de la respuesta generada y de la atención suscitada por los programas exitosos, se sentirán estimulados a apoyar su sostenibilidad a largo plazo.

Los resultados obtenidos de la aplicación de programas de ámbito comunitario para tratar la desnutrición aguda sugieren que, si bien no consiguen eliminar la necesidad de asistencia externa, la ampliación del tratamiento puede repercutir enormemente en la salud pública, previniendo la muerte de cientos de miles de niños y niñas.

Véanse las referencias, pág. 108.

estas reuniones una serie de posibles limitaciones críticas que podrían surgir en relación con las políticas, y que es necesario abordar de manera urgente a fin de impulsar la eficacia de la ampliación. Otra de las principales conclusiones a que se ha llegado en estas reuniones es que existe el riesgo de que la debilidad de los sistemas de salud y la carencia de recursos para el desarrollo de los mismos limite la repercusión de los esfuerzos ampliados a la hora de combatir enfermedades específicas, dejando así a las madres y a sus hijos en una situación de particular indefensión frente al conjunto de enfermedades que lastran la salud de un país.

La ampliación de servicios y sistemas exigirá estrategias prácticas y eficaces a escala nacional que tengan en cuenta no sólo el potencial de expansión de las intervenciones, sino también las limitaciones y los obstáculos que pueden impedir los avances, formulando métodos para superarlos. A continuación figuran algunas de las medidas clave que se precisa incluir en los planes estratégicos nacionales a fin de ampliar los módulos de intervenciones mencionados en la sección anterior:

- Detectar y dar solución a los estrangulamientos que afectan a los sistemas de salud.
- Vigilar los avances y los problemas relativos a la cobertura.
- Introducir los módulos de intervenciones y fortalecer los sistemas de salud de manera paulatina.
- Abordar la crisis de recursos humanos que afecta a la atención sanitaria.
- Desarrollar los sistemas de salud en aras de obtener resultados.
- Fortalecer los sistemas de salud en el ámbito de los distritos.

Detectar y dar solución a los estrangulamientos que afectan a los sistemas de salud

Es preciso contar con unas redes funcionales de prestación de servicios al objeto de poder implantar la atención continua con arreglo a las tres modalidades de servicios mencionadas en la sección anterior: servicios familiares y comunitarios; servicios de atención primaria descentralizados, cercanos al paciente; y servicios prestados en establecimientos sanitarios con servicios preventivos especializados. Uno de los pasos iniciales consiste en recabar datos e información cualitativa acerca de todos los proveedores de servicios –públicos, privados y no oficiales– y las organizaciones existentes (en especial organizaciones no gubernamentales) que pueden movilizarse en apoyo de la labor de ampliación.

Un ejemplo de este proceso es el caso de Ghana oriental, donde existen numerosas organizaciones no gubernamentales que apoyan diversas intervenciones en materia de salud. Gracias a la colaboración entre el Club de Madres de la Cruz Roja de Ghana, los servicios nacionales de salud y UNICEF en el contexto del Programa acelerado de supervivencia y desarrollo del niño, se ha logrado integrar con éxito los esfuerzos de todas estas organizaciones, concentrando todo su apoyo en la ampliación de un módulo de intervenciones de base empírica, de gran repercusión y bajo coste⁹.

Otras medidas importantes son la detección y el análisis de los estrangulamientos y obstáculos que afectan al sistema en su totalidad, así como la formulación de estrategias dirigidas a solucionarlos o superarlos¹⁰. Estos estrangulamientos pueden tener su origen en los establecimientos de salud, en los centros periféricos, los hogares y comunidades, o en el aparato burocrático y estratégico que se

encarga de disponer las políticas, la logística de control y los suministros, así como de elaborar y poner en práctica las normas. El gráfico 4.2 de la página 69 muestra los principales estrangulamientos que pueden afectar a la prestación de servicios en cada uno de los niveles del sistema de salud de un país, así como el contexto de políticas y buena gestión de los asuntos públicos en el que opera. Una nueva herramienta para analizar estos obstáculos es la Presupuestación de costes marginales frente a los estrangulamientos, que se esboza en el recuadro de la página 70.

Muchos estrangulamientos exigirán una solución específica que consista en abordar los obstáculos en los distintos niveles de prestación del servicio. Por ejemplo, la escasa demanda de servicios sanitarios de calidad entre los miembros de una comunidad o la capacidad limitada por parte de los trabajadores de los establecimientos de salud y los centros periféricos para prestar servicios esenciales, podría restringir la cobertura de los módulos de intervenciones tanto como cualquier barrera financiera, social y física al acceso. En casos de este tipo, muy a propósito, las alianzas comunitarias a las que se refiere el capítulo 3 pueden desempeñar un papel único y fundamental a la hora de mejorar la relación entre unos servicios y unos profesionales sanitarios dedicados –en especial los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario,– y unos hogares y comunidades que actualmente carecen de intervenciones esenciales. No obstante, para ello será necesario que tanto el personal de los establecimientos de salud como el de los centros periféricos ayuden a los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario, prestando sus servicios en las numerosas intervenciones que requieren una asistencia más especializada¹¹.

Mejorar el rendimiento y la motivación de los trabajadores sanitarios y

garantizar que las instalaciones se hallen debidamente equipadas y que los medicamentos se encuentren disponibles, constituyen requisitos esenciales de segunda línea para apoyar las alianzas comunitarias en materia de salud y nutrición y mejorar la calidad de la prestación de los servicios. Parte de la solución para mejorar la prestación de servicios consiste sin duda en aumentar los recursos –humanos, financieros y de gestión– y en impartir formación, si bien pueden ser necesarios además otros incentivos y una mejor gestión de los recursos humanos.

Los factores determinantes del rendimiento de un sistema en las altas esferas –la gestión política y estratégica, las políticas públicas multisectoriales y los cambios medioambientales y contextuales– se cuentan entre los retos más complejos que dificultan el desarrollo de los sistemas de salud, ya que forman parte de un marco político e institucional que no se puede modificar fácil ni rápidamente¹². Aún así, la

información, la asistencia técnica, las alianzas y una dirección firme pueden contribuir a generar un cambio rápido.

Vigilar los avances y los problemas relativos a la ampliación de la cobertura

Es un hecho ampliamente reconocido que la supervisión periódica, la retroalimentación y la adaptación de los programas en función de la evaluación de los mismos y de los resultados obtenidos constituyen elementos integrales de todo sistema de salud que opere debidamente. Sin ellos, la evaluación rigurosa de los programas no es posible. Una salud pública robusta basada en las pruebas requiere una sólida base de conocimiento acerca de la frecuencia y la localización de las enfermedades y afecciones, así como de la seguridad, eficacia y rentabilidad de las intervenciones y del coste de las mismas. Las encuestas de salud y las investigaciones realizadas en relación con la repercusión de los enfoques y estrategias son imprescindibles para contrastar pruebas esenciales que

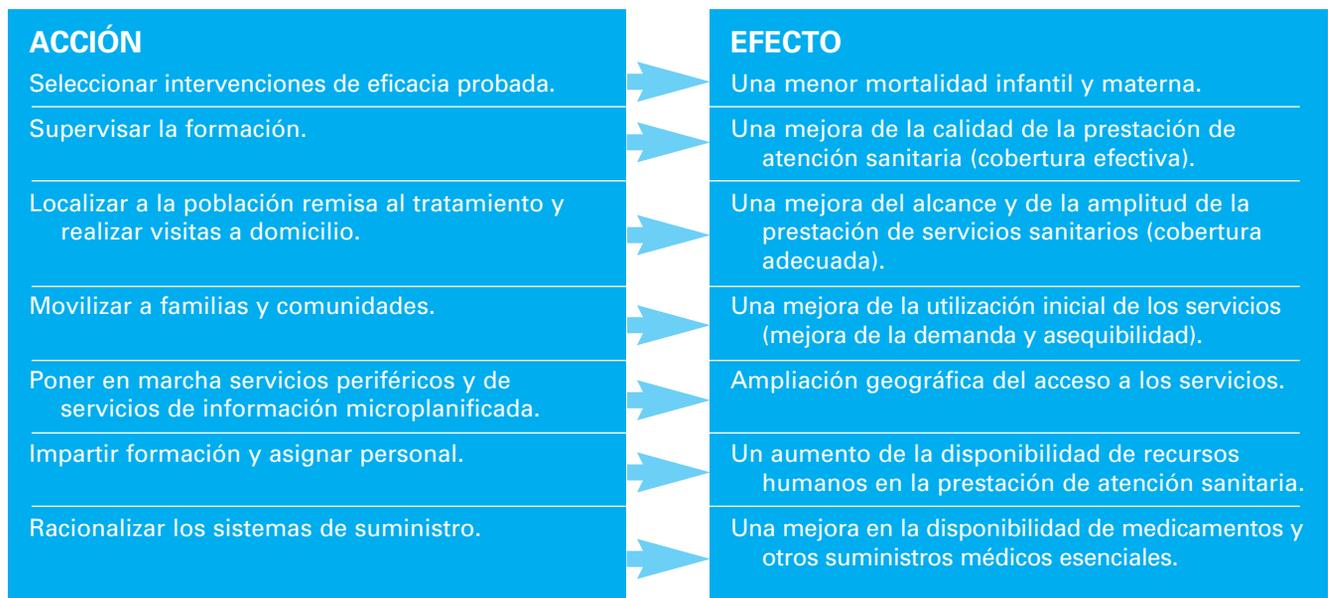
permitan derivar enseñanzas clave y desarrollar prácticas óptimas.

La vigilancia de la cobertura es fundamental también para permitir que se efectúen ajustes rápidos en las políticas e intervenciones. Las mediciones de los ODM dependen en alto grado de instrumentos de aplicación a gran escala, tales como las Encuestas Demográficas y de Salud y las encuestas agrupadas de indicadores múltiples (MICS, en sus siglas en inglés). Los indicadores de los ODM constituyen parámetros básicos para calibrar el avance hacia los ODM relativos a la salud. Muchos de ellos forman parte del conjunto mínimo de indicadores de alta prioridad en materia de supervivencia infantil acordado por UNICEF y la OMS, en colaboración con otros aliados, en el contexto del proceso de cuenta atrás para la supervivencia materna, neonatal e infantil.

Las MICS y las Encuestas Demográficas y de Salud aportan datos periódicos que permiten determinar la cobertura efectiva con un módulo

Gráfico 4.2

Modos de abordar los estrangulamientos en la prestación de servicios sanitarios



Fuente: UNICEF, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals in Africa through health system strengthening and implementing at scale of integrated packages of high-impact and low-cost health and nutrition interventions', borrador preparado a instancias de la Unión Africana por UNICEF, la OMS y el Banco Mundial, septiembre de 2006, pág. 25.

Presupuestación de costes marginales frente a los estrangulamientos

La presupuestación de costes marginales frente a los estrangulamientos es una herramienta de planificación y presupuestación basada en resultados que emplea conocimientos sobre el efecto de las intervenciones relacionadas con la mortalidad infantil y materna en un país, define los obstáculos que afectan a su implantación y calcula el coste marginal que supone el superarlos. Esta herramienta, que se ha empleado para preparar marcos estratégicos en el campo de la salud materna, neonatal e infantil en África subsahariana, fue creada conjuntamente por UNICEF, el Banco Mundial y la OMS. Está siendo empleada para ayudar a establecer metas en relación con las intervenciones de gran repercusión y para realizar cálculos sobre sus posibles consecuencias, el coste previsto por vida salvada y las eventuales necesidades de financiación adicional, así como para realizar proyecciones del espacio fiscal necesario para financiar estos costes adicionales. (El espacio fiscal puede definirse como la disponibilidad de espacio presupuestario que permite a un gobierno aportar recursos para un fin deseado como, por ejemplo, para superar las barreras que dificultan la atención sanitaria materna, neonatal e infantil, sin perjudicar en modo alguno la sostenibilidad de la situación financiera del gobierno).

La presupuestación de costes marginales frente a los estrangulamientos consiste en cinco medidas básicas:

- *La valoración de los indicadores clave, de las tendencias y causas de la mortalidad y morbilidad materna, neonatal e infantil y el acceso a servicios esenciales, y la selección y agrupación de intervenciones* de base empírica y gran repercusión que permitan abordar las causas concurrentes según la modalidad de prestación del servicio, a saber: atención de ámbito familiar-comunitario, servicios programables orientados a la comunidad y estrategias móviles, o atención clínica de orientación individual prestada en centros de atención primaria y centros de consulta.
- *La detección de estrangulamientos en la oferta y la demanda que afectan al conjunto del sistema e impiden una cobertura adecuada y eficaz en los servicios de atención primaria esenciales, así como de obstáculos que se oponen a la aplicación de medidas y módulos de intervenciones de gran repercusión en cada una de las principales modalidades de prestación de servicios.* Una cobertura adecuada comprende factores tales como la disponibilidad de medicamentos y suministros esenciales, el acceso a los servicios de salud y al personal sanitario, y la continuidad en el uso de los servicios de atención sanitaria tras la utilización inicial de los mismos. El examen consiguiente de las causas que subyacen a los estrangulamientos y la formulación de estrategias esperanzadoras para superarlos permiten establecer “fronteras”, es decir, unos niveles de cobertura de los módulos de intervenciones que sean adecuados, eficaces y alcanzables una vez eliminados los estrangulamientos.
- *La estimación de la repercusión prevista para cada una de las intervenciones en los índices de supervivencia.* Estas estimaciones se basan en análisis detallados y recientes de las pruebas existentes acerca de la eficacia de las medidas y módulos de intervenciones de gran repercusión a la hora de determinar los resultados relativos a la supervivencia y a la salud materna e infantil. Los cálculos se realizan de manera residual a fin de evitar la doble contabilidad de los índices de supervivencia.
- *La selección de los tipos, importes y costes de insumos adicionales (tales como salarios y formación), que se precisan para aplicar las medidas que permitan superar los estrangulamientos e impulsar la cobertura efectiva de los módulos de intervenciones hasta alcanzar la frontera fijada.*
- *El análisis de las implicaciones presupuestarias, la localización de probables fuentes de financiación y la comparación de los costes marginales y de las necesidades de financia-*

mínimo de intervenciones esenciales. A fin de mejorar la vigilancia, el intervalo entre estas encuestas se está reduciendo de cinco a tres años. Además, los procesos de supervisión a escala nacional, subnacional y comunitaria son fundamentales para analizar el progreso y los problemas que afectan a la ampliación de las intervenciones de gran repercusión.

Varios países en desarrollo están empleando medidas innovadoras para supervisar el efecto de los programas de salud en las poblaciones y cotejar información vital relativa a la salud. Uno de esos países es Bolivia,

donde se aplicó una estrategia censal consistente en localizar al total de la población comprendida en el programa mediante visitas semestrales a todos los hogares. El censo elaborado se empleó después como base para practicar intervenciones de gran repercusión dirigidas a los niños y niñas que presentaban un mayor riesgo de muerte. Como resultado de este enfoque, el nivel de mortalidad de los menores de cinco años en las zonas donde se habían implantado programas de salud resultó ser inferior en un 50% o un 75% al promedio de muertes de menores de cinco años en los distritos de control¹³.

Introducir los módulos de intervenciones y fortalecer los sistemas de salud de manera paulatina

Cada vez existe una mayor conciencia de que las medidas dirigidas a ampliar módulos de intervenciones han de introducirse de forma paulatina dependiendo de contingencias tales como la disponibilidad de fondos, las limitaciones logísticas, la capacidad técnica o socioeconómica y factores culturales. Mientras que algunas intervenciones pueden expandirse con rapidez, otras requerirán un periodo de tiempo más extenso. La ampliación de módulos mínimos de intervenciones

ción adicional con el “espacio fiscal” disponible para el gasto sanitario. (El espacio fiscal relativo al gasto sanitario en cada país es calculado por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional.)

Ejemplos del análisis de estrangulamientos en distintos países

El análisis de estrangulamientos se ha llevado a cabo en cerca de 25 países en desarrollo y en relación con todas las modalidades de prestación de servicios. Entre las medidas simuladas empleadas para valorar los factores determinantes en cada una de las tres modalidades de prestación de servicios figuran, a título enunciativo pero no exhaustivo, los siguientes parámetros:

- *Atención a familias y comunidades:* entre los indicadores figuran el uso de agua potable salubre, de instalaciones sanitarias y de mosquiteros tratados con insecticida, la alimentación de los lactantes y la atención al recién nacido y a los niños y niñas enfermos.
- *Servicios programables orientados a la población:* entre los indicadores figuran los niveles de inmunidad y de atención prenatal.
- *Atención clínica:* entre los indicadores figuran la asistencia de personal cualificado en los partos y la atención neonatal y ginecológica de emergencia.

Los resultados obtenidos en países en los que se emplearon estas herramientas revelaron la existencia de estrangulamientos que habían pasado desapercibidos en el examen de los niveles o de la información relativa a las tendencias.

La siguiente información procede de talleres recientes:

Honduras: El análisis de los estrangulamientos que afectan a los servicios de agua, saneamiento e higiene revelaban que a pesar de tener acceso a agua potable salubre, más de la mitad de los hogares consumían agua que había sido tratada a fin de hacerla apta para el consumo. Entre las estrategias escogidas para abordar estos estrangulamientos figuran la ampliación del tratamiento del agua y la puesta en práctica de medidas de información, educación y comunicación destinadas a promover el uso exclusivo de agua potable salubre.

Guinea: En el año 2000, el 70% de las aldeas de los distritos en los que se había implantado el programa acelerado de supervivencia y desarrollo del niño contaban con un promotor de salud y nutrición comunitario, el 50% de las familias disponían de un mosquitero, y el 25% de las mujeres embarazadas dormían bajo el mismo. No obstante, la cobertura efectiva resultó ser inferior a los niveles adecuados, dado que menos del 5% de las personas dormían bajo un mosquitero tratado con insecticida recientemente. Este estrangulamiento en la protección contra el paludismo se abordó tratando gratuitamente con insecticida todos los mosquiteros existentes, medida que se practicó a la vez que se repartían mosquiteros tratados con insecticida a todas las mujeres embarazadas que recibían atención prenatal y que habían inmunizado totalmente a su progenie. Para 2004, gracias a este enfoque integrado para suprimir los estrangulamientos, se había logrado aumentar la cobertura efectiva de los mosquiteros tratados con insecticida en un 40%, al tiempo que la cobertura inmunitaria efectiva (total para los niños y niñas menores de cinco años) y la atención prenatal (tres visitas como mínimo) se aumentaba también desde un 40% en 2002 hasta el 70% dos años más tarde.

Véanse las referencias, pág. 108.

esenciales constituye un elemento clave de las nuevas estrategias, cuyo fin es la consecución de metas específicas de cobertura. Se están confeccionando módulos de intervenciones con el objeto de alcanzar estas metas previstas a través de las tres modalidades principales de prestación de servicios referidas anteriormente. La prestación se realiza en tres fases¹⁴.

El enfoque paulatino de la prestación de servicios sanitarios permitirá que cada país concrete y ponga en marcha un primer módulo de intervenciones que puede ampliar posteriormente. El tipo de intervenciones prioritarias que

integren el módulo, así como la prestación de los servicios correspondientes, vendrán determinados por la capacidad del sistema de salud del país. La supresión gradual de los estrangulamientos facilitará la ampliación de la prestación de los servicios, especialmente en situaciones de emergencia complejas. Puesto que el enfoque de módulos de intervenciones se basa en los resultados, la ejecución a escala de intervenciones prioritarias puede planificarse y supervisarse de forma paulatina.

Estas son las tres fases recomendadas para ampliar la cobertura de la pres-

tación de los servicios en los países cuyos sistemas de salud presentan una capacidad escasa:

Primera fase: La fase inicial se centra en la reducción de los estrangulamientos que en el conjunto del sistema afectan a la atención sanitaria de ámbito familiar y comunitario y a los servicios periféricos destinados a la población, impulsando la demanda de unos servicios clínicos de calidad y proveyendo *módulos mínimos* de intervenciones de gran repercusión y bajo coste que pueden ejecutarse en el marco de las condiciones de políticas, recursos humanos y capacidad

existentes. Entre las estrategias operacionales figuran la designación y formación de promotores comunitarios de salud y nutrición para mejorar las prácticas de atención familiar. Los módulos mínimos de intervenciones habitualmente incluirán los siguientes aspectos:

- Intervenciones antipalúdicas
- Nutrición
- Promoción de la higiene
- Inmunización, acompañada de campañas para la reducción de la mortalidad por sarampión
- Gestión integrada de las enfermedades neonatales e infantiles
- Asistencia especializada en el parto y atención neonatal y ginecológica de emergencia
- Prevención y tratamiento del VIH y SIDA
- Atención en establecimientos sanitarios

Segunda fase: La segunda fase consiste en un módulo ampliado que incluya intervenciones ulteriores de atención neonatal y maternal, una mejora del suministro de agua y un saneamiento adecuado, medidas que se introducirán a través de políticas nacionales y de la movilización de fondos adicionales. Esta fase tiene como objetivo respaldar y fortalecer las tres modalidades de prestación de servicios, reduciendo los estrangulamientos en la oferta y la demanda.

Tercera fase: La última fase consiste en la introducción y ampliación de intervenciones innovadoras, tales como vacunas contra las infecciones rotavirales y por neumococo, y en

mejorar la oferta y la demanda respecto del módulo ampliado¹⁵.

Abordar la crisis de recursos humanos que afecta a la atención sanitaria en todos los países en desarrollo

En muchos países las dificultades económicas y las crisis financieras han desestabilizado y minado al personal sanitario, dando lugar a un círculo vicioso de falta de motivación, baja productividad y falta de inversión en recursos humanos.

Hacer frente a la crisis de trabajadores sanitarios en los países en desarrollo requerirá una combinación de medidas que han de implantarse en distintos tiempos.

A corto plazo: Una prioridad inmediata es garantizar que la ampliación de iniciativas de ámbito nacional y mundial en relación con la salud materna e infantil no trastoque el sistema de salud ni sea causa de ulteriores pérdidas de personal importantes.

De corto a medio plazo: Es necesario restablecer los ánimos y la productividad del personal sanitario existente, especialmente a través de incentivos tales como aumentos de sueldo y una mejor supervisión. Sería preciso, asimismo, aumentar el número de trabajadores sanitarios –en especial trabajadores sanitarios de ámbito comunitario– dentro de los límites del marco general macroeconómico y del contexto de estrategias de reducción de la pobreza del país.

A largo plazo: Abordar la crisis de personal sanitario exigirá también un aumento masivo de la educación y la formación destinada a los profesionales de la salud. Sin una mejora de la formación de los profesionales médicos y un aumento de la financiación, la crisis podría empeorar, con implicaciones devastadoras para la salud y

la supervivencia materna, neonatal e infantil.

Tales medidas exigirán una capacidad de liderazgo nacional firme, basado en un amplio consenso en el seno de la sociedad, que otorgue prioridad a la atención sanitaria. Es necesario implantar planes integrales para abordar la crisis de personal sanitario al objeto de que los países avancen hacia la meta del acceso universal a la atención continua. Además, estos planes deberán trascender los límites del sector sanitario, incluyendo aspectos como la reforma del funcionamiento, la descentralización y el entorno macroeconómico.

Las dimensiones de este reto no han de ser subestimadas. Abordar la crisis de trabajadores sanitarios en África subsahariana solamente, exigirá un aumento sin precedentes de los niveles de personal en las próximas décadas. De los casi 860.000 trabajadores adicionales que se calcula que son necesarios para llevar el aumento de la prestación de servicios sanitarios al nivel preciso para alcanzar los ODM relativos a la salud en dicha región, más de la mitad serían promotores comunitarios de salud y nutrición.

En numerosos países en desarrollo se están realizando esfuerzos para ampliar el número de trabajadores sanitarios de ámbito comunitario, así como para confeccionar paquetes de incentivos que contribuyan a disminuir los índices de desertión de personal. Varios países, entre ellos la India, Kenia, Sudáfrica y Uganda contemplan la implantación a escala nacional de programas dirigidos al personal sanitario de las comunidades, mientras que en Etiopía se está impartiendo formación a 30.000 mujeres con el fin de que presten servicios periféricos a escala comunitaria en relación con la salud materna, neonatal e infantil, el paludismo y el

VIH y SIDA¹⁶. Asimismo se están implantando programas dirigidos a los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario en países tan diversos como el Afganistán, Indonesia, Mozambique, el Nepal y el Pakistán.

El fortalecimiento de los programas destinados al personal sanitario a escala comunitaria en un principio se centraría en los proveedores de salud y nutrición de ámbito comunitario, con el propósito de mejorar la prestación de los servicios en tres áreas:

- Mejorar las prácticas de atención familiar mediante visitas a domicilio.
- Distribuir productos básicos de salud y nutrición para su uso en el hogar en aquellas comunidades que no dispongan de un buen acceso a la atención sanitaria en establecimientos de salud.
- Dispensar cuidados de primera línea a los niños y niñas enfermos.

Para motivar a los trabajadores, en lugar de una remuneración fija podrían emplearse incentivos basados en el rendimiento, como, por ejemplo, compensaciones económicas por los cambios de hábitos que logren implantar con éxito en sus comunidades.

Las pruebas disponibles sugieren que los paquetes de incentivos múltiples –que a menudo combinan incentivos monetarios o “en especie” con un marcado hincapié en la supervisión y en el reconocimiento por parte de la comunidad, así como en las oportunidades de crecimiento y desarrollo personal– suelen tener importantes efectos a la hora de reducir los índices de deserción de los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario. En Guatemala, por ejemplo, los índices de deserción del personal



© UNICEF/HQ03-04569/Shehzad Noorani

La valoración de la eficacia de las intervenciones de atención sanitaria se realiza mediante una evaluación y supervisión periódicas. Una trabajadora de la salud examina a un grupo de niños y niñas en el Iraq a fin de detectar posibles indicios de desnutrición antes de proceder al reparto de galletas de alto contenido proteínico.

sanitario de ámbito comunitario que trabajaba bajo supervisión eran inferiores en la mitad o en dos terceras partes a los del personal que trabajaba sin ella, debido a que la relación con expertos externos les confería un estatus más elevado¹⁷.

Aumentar la capacidad de los trabajadores sanitarios existentes es parte integral de una ampliación eficaz. Una mejor supervisión y vigilancia junto con unos incentivos y contratos basados en resultados que fomenten el rendimiento son medidas que pueden motivar al personal sanitario existente, además de atraer a posibles futuros empleados.

Desarrollar los sistemas de salud con el fin de obtener resultados

Los esfuerzos destinados a armonizar la ayuda y ampliar las actividades, en particular en África, se han centrado cada vez más en la utilización de los ODM relativos a la salud y de otros indicadores como referentes en la medición de los resultados del fortalecimiento de los sistemas de salud.

Lo que se pretende con este hincapié en los resultados es crear una sinergia entre resultados e insumos. El desarrollo de los sistemas de salud se considera cada vez más como parte del proceso de consecución de los objetivos, y no como algo distinto de ellos.

Esta vinculación entre sistemas y resultados se ha puesto de relieve en el marco estratégico para alcanzar los ODM 4 y 5 a través del fortalecimiento del sistema de salud, elaborado conjuntamente por UNICEF, la OMS y el Banco Mundial a instancias de la Unión Africana. En este marco se incluye un análisis de los estrangulamientos sistémicos que afectan a 16 países africanos, así como una simulación del posible efecto que podría tener en los ODM la supresión, país por país, de estos estrangulamientos. Basándose en dicho marco, más de 10 países africanos evalúan planes y mecanismos presupuestarios, tales como documentos de estrategia de lucha contra la pobreza, planes de desarrollo del sector sanitario, medidas

Ampliación de la escala: agua potable, saneamiento adecuado y mejores prácticas de higiene

El hecho de disponer de agua limpia y de letrinas seguras puede transformar la vida de los niños y niñas. Más que ningún otro colectivo, los niños y niñas de corta edad son vulnerables a los riesgos que traen consigo el agua contaminada, un saneamiento escaso y una higiene inadecuada. La combinación de factores como el uso de agua no potable, la falta de agua para lavar y cocinar y la falta de acceso a instalaciones de saneamiento es causa de aproximadamente el 88% de las muertes por enfermedades diarreicas (lo que equivale a más de 1,5 millones de muertes al año).

Por sí solo, un mejor saneamiento podría reducir la morbilidad relacionada con la diarrea en más de una tercera parte; la mejora del saneamiento, en combinación con unos mejores hábitos de higiene, podría reducirla en dos terceras partes. El hecho de lavarse las manos con jabón o cenizas podría prevenir entre 0,5 a 1,4 millones de muertes al año. La mejora de las prácticas en el hogar comprende medidas como el uso regular de un retrete o una letrina por parte de todos los miembros del hogar; la eliminación segura de las heces de los niños; el lavado de manos con jabón o cenizas después de defecar y antes de comer, y la instalación de fuentes de agua potable en los hogares y comunidades. Dotar a las comunidades del conocimiento y los recursos suficientes para poner en práctica estas medidas básicas en el hogar constituye un primer paso fundamental en el camino hacia la mejora del saneamiento y la higiene.

Nicaragua y el Perú: promover una mejor higiene con objeto de reducir la incidencia de la diarrea

Al igual que en Asia meridional, en la región de Latinoamérica y Caribe se han registrado avances importantes en lo que se refiere al abastecimiento de agua y saneamiento. Dieciséis de los 33 países de la región van camino de alcanzar sus correspondientes metas en relación con los ODM. Así todo, persisten aún disparidades, en especial entre las zonas rurales y urbanas.

En 2002, en el marco conjunto del Proyecto de Salud Medioambiental y del Proyecto para el Cambio de los Hábitos en Materia de Higiene, de la Organización Panamericana de la Salud, se pusieron en marcha unas estrategias de base comunitaria en esta región, que presentaban unas cifras totales de 15.000 muertes y 75.000 hospitalizaciones anuales debidas a infecciones por diarrea rotaviral, a pesar de contar con una buena infraestructura de letrinas y canalización. En el Perú, los casos registrados de diarrea cayeron hasta el 9% después de la aplicación de las medidas, mientras que en Nicaragua apenas se registraron casos de diarrea entre los niños y niñas de 3 años, y ninguno en niños y niñas de entre 4 y 5 años. Muchas de las prácticas de higiene que se promovieron como parte de las intervenciones en ambos países, tales como un lavado más exhaustivo de las manos y un uso y almacenamiento más seguro del agua, se tradujeron estadísticamente a medio plazo en mejoras importan-

tes en comparación con el estado de la situación previa a las intervenciones.

Mozambique: comités sobre saneamiento

Los niños y niñas pueden ser a menudo unos excelentes promotores del cambio en sus comunidades. En Mozambique, los comités de instrucción de niño a niño sobre saneamiento constituyen la base de los programas educativos sobre higiene para la infancia que se imparten en las escuelas. La intención es que a la vez sirvan como punto de entrada para que las comunidades de la zona adopten prácticas de higiene en el hogar por vía de la comunicación de niño a niño o de niño a progenitor. Cada uno de los comités de instrucción de niño a niño sobre saneamiento está compuesto por 15 niños y niñas que han recibido formación sobre educación participativa en materia de higiene. La presencia de las niñas en los comités es particularmente importante, dado que la asistencia de éstas a la escuela se ve afectada por el hecho de no contar con unas instalaciones de agua y saneamiento adecuadas y por el tiempo que pierden al tener que caminar largas distancias en busca de fuentes de agua potable. Estos esfuerzos, en conjunción con estrategias participativas para los jóvenes, han contribuido al incremento de los índices de matriculación de las niñas en todo el país entre un 15% y un 20% desde 2002-2003.

Siguiendo este enfoque se han establecido comités de instrucción de niño a niño sobre saneamiento en 251 escuelas, y continúan operativos.

El Sudán meridional: agua y saneamiento en las comunidades de entornos complejos

A menudo se da por sentado que resulta difícil, si no imposible, poner en marcha enfoques de base comunitaria en zonas que se han visto afectadas por un conflicto armado, por desastres naturales u otras emergencias complejas. Sin embargo, las pruebas disponibles acerca del Sudán indican que si se aplican debidamente, los enfoques de base comunitaria pueden desempeñar un papel crucial en entornos difíciles. En el Sudán meridional se ha puesto en práctica un proyecto en el que participan equipos locales de prospección de agua especializados en perforaciones manuales. Cada equipo cuenta con 10 miembros, que normalmente se seleccionan en la comunidad; de éstos, siete son por lo general perforadores, y tres, entre los que se encuentra el supervisor del equipo, se encargan del mantenimiento de las bombas de agua. Las perforaciones manuales constituyen un medio rudimentario y económico de facilitar el acceso al agua. Los equipos de perforación pueden ser desmontados y trasladados de un lugar a otro por los propios miembros de la comunidad. Esta movilidad permite transportarlos incluso en terrenos difíciles y, lo que es fundamental, hace que sea posible proseguir las perforaciones durante la temporada de lluvias. Además, el bajo coste y la movilidad de los equipos son fundamentales en zonas inseguras.

ras. Gracias a este proyecto, y al aporte de las comunidades, se ha logrado llevar pozos entubados a amplias zonas del norte de Bahr el Ghazal.

Bangladesh y la India: saneamiento total

Invertir en la construcción de letrinas es un importante requisito previo para la consecución de una buena cobertura en materia de saneamiento, si bien las pruebas procedentes de Asia meridional sugieren que no siempre es suficiente para lograr resultados en lo que se refiere a la salud pública. Los estudios de las evaluaciones del sector practicadas a escala estatal en la India, por ejemplo, muestran que la mayoría de las personas continúan defecando al descubierto, pero no porque carezcan de retretes, sino porque no ven razón alguna para dejar de hacerlo, debido a que poseen un conocimiento escaso (o hacen caso omiso) de los riesgos para salud que se asocian a este hábito. De hecho, la utilización de retretes es mayor cuando en los hogares se cobra conciencia de la necesidad de contar con uno y, en consecuencia, construyen el suyo propio.

En 2001 se llevó a cabo un experimento piloto en el distrito de Rajshahi, en Bangladesh, que consistía en probar una nueva estrategia dirigida a alcanzar una cobertura del saneamiento del 100%. La estrategia de saneamiento total impulsado por la comunidad tiene como finalidad provocar un cambio en los hábitos colectivos. Este tipo de enfoque contribuye a que las comunidades comprendan los efectos negativos de un saneamiento deficiente, al tiempo que les capacita para encontrar soluciones actuando de forma colectiva. En Rajshahi, gracias a este enfoque se consiguió que quedara totalmente prohibido defecar al descubierto en el interior de las aldeas. La prohibición se logró sin necesidad de subsidios externos y fue resultado exclusivo de la movilización comunitaria.

La iniciativa implantada en Rajshahi, Bangladesh, constituyó un ejemplo de cambio paradigmático en la promoción de unas mejores prácticas de saneamiento mediante una estrategia de ámbito comunitario, si bien la ampliación se llevó a cabo aldea por aldea. En cualquier caso, la experiencia de Rajshahi suscitó interés en la India, de manera que se produjeron visitas por parte de los responsables de la formulación de políticas, muy en especial de los representantes del gobierno del estado de Maharashtra. A partir de la experiencia bangladesí, el gobierno del estado de Maharashtra formuló una estrategia para acabar con la práctica de la defecación al descubierto en el estado. La estrategia consistía principalmente en asignar un papel preponderante a los gobiernos locales, en prestar apoyo fiscal a la población pobre y en implantar unos sistemas de control y evaluación estrictos. En el contexto de la campaña se practicaban asimismo actividades de información, educación y comunicación y se realizaban visitas a las aldeas que habían obtenido mejores resultados. Como consecuencia, entre 2002 y 2006, Maharashtra pasó de no

tener ni siquiera una aldea en la que defecar al descubierto estuviera mal visto, a tener más de 3.800, y más de 5 millones de hogares que ahora viven en un entorno en el que dicha práctica está en desuso.

El éxito obtenido en Maharashtra condujo a su vez a una revisión de las directrices de saneamiento en la India y a la creación del *Nirmal Gram Puraska* o galardón "Aldea Limpia", introducido por el gobierno de la India en 2004. Este galardón consiste en otorgar una compensación económica a los gobiernos que alcancen el objetivo de un saneamiento del 100%. El nivel de respuesta ha sido sorprendente: para febrero de 2005, habían recibido el galardón *38 gram panchayats* (el nivel más bajo de gobierno local elegido por votación en las zonas rurales), y para 2006 la cifra había llegado a *760 gram panchayats* y *9 block panchayats* (un nivel intermedio de gobierno elegido por votación en las zonas rurales).

Ghana: conciliar diferencias entre las zonas

Las mayores disparidades en relación con el abastecimiento de agua y saneamiento básico se dan entre las poblaciones urbanas y rurales. En todo el mundo, el acceso a fuentes de agua potable mejorada es de un 95% en las zonas urbanas, frente a un 73% en las zonas rurales. Esta disparidad entre zonas urbanas y rurales alcanza un nivel máximo en África subsahariana, donde el 81% de la población de las zonas urbanas dispone de servicios de este tipo, frente al 41% en las zonas rurales.

La cobertura de agua y saneamiento en las zonas rurales de Ghana era, hasta hace poco, inferior al promedio registrado en África subsahariana, si bien actualmente se está expandiendo a un ritmo anual de aproximadamente 200.000 personas, lo que equivale a más del 1% de la población. Se trata de un cambio drástico, reflejo de un intenso programa de reformas iniciado por el gobierno a comienzos de la década de los 90 con el propósito de abordar la ineficacia de un sistema "de arriba abajo" que no respondía a las necesidades y que no cumplía con su cometido, especialmente en las zonas rurales. Como resultado del proceso de reforma, la responsabilidad del suministro de agua fue transferida a los gobiernos locales y las comunidades rurales, por lo que fue necesario crear nuevas estructuras políticas para la buena gestión del agua. Las estructuras de la aldea forman ahora parte del nuevo sistema. Para solicitar subvenciones de capital, las aldeas han de constituir un comité para el abastecimiento de agua en el seno de la aldea y elaborar planes en los que se detalle cómo van a gestionar sus sistemas, aportar el equivalente al 5% del coste de capital y hacer frente a los gastos de mantenimiento. Este enfoque participativo ha dado como resultado un aumento espectacular del acceso al agua, que ha pasado de un 55% en 1990 al 75% en 2004, tendencia que actualmente continúa.

Véanse las referencias, pág. 108.

que afectan al conjunto del sector y marcos de inversiones a medio plazo, cuyo objeto es fortalecer los sistemas de salud con vistas a alcanzar resultados concretos en materia de salud materna e infantil.

Estos países están asimismo consolidando sus estrangulamientos, sus estrategias, sus expectativas de resultados en materia de salud y sus necesidades de financiación adicional en unos “argumentos a favor de la inversión” con el fin de incrementar el apoyo financiero y político de sus planes nacionales.

Fortalecer los sistemas de salud en el ámbito de los distritos

Fortalecer los sistemas de salud continúa siendo una tarea compleja y de enormes proporciones, sobre todo en los numerosos países cuyo avance hacia los ODM relativos a la salud es insuficiente. La descentralización de los sistemas de salud y el hincapié cada vez mayor en los distritos se perciben como un medio eficaz de prestar atención sanitaria primaria a los niños, niñas y familias en el ámbito comunitario¹⁸. No obstante, la descentralización no está libre de riesgos: puede tener consecuencias

inesperadas, tales como el aumento de las desigualdades existentes en el seno de una comunidad, en función de factores como la pobreza, el género, el idioma y la raza¹⁹. Es más, incluso en aquellos casos en que los esfuerzos de descentralización han resultado fructíferos, la experiencia revela que la transformación de un distrito administrativo en un sistema de salud funcional requiere tiempo. En 2000, por ejemplo, tan sólo 13 de los hospitales de distrito del Níger estaban equipados para realizar una cesárea. Sólo 17 de los 53 hospitales de distrito de Burkina Faso contaban

La necesidad urgente de abordar la crisis de trabajadores sanitarios en África

La falta de recursos humanos adecuados constituye una barrera importantísima a la hora de ampliar los enfoques integrados de la supervivencia materna, neonatal e infantil y de la salud y la nutrición en el ámbito de la comunidad. La experiencia actual sugiere que la mayor parte de los sistemas actuales se caracterizan por una escasa eficacia, un alto grado de rotación de personal y una supervisión inadecuada. La migración masiva de profesionales sanitarios, el impacto del SIDA –que en algunos países de elevada prevalencia ha diezmando a la población activa–, así como la presencia de conflictos armados, son factores que han debilitado la mano de obra en el sector de la sanidad pública de muchos de los países en desarrollo que actualmente presentan un progreso escaso o inexistente en lo que se refiere a la reducción de la mortalidad infantil. En tales contextos, los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario pueden desempeñar un papel importante en la mejora de la salud de la comunidad en general y de la salud infantil en particular. Es necesario subrayar, no obstante, que la finalidad de los trabajadores sanitarios a escala comunitaria es la de complementar el trabajo de los profesionales sanitarios cualificados, que no suplantarlos.

Trabajadores sanitarios que prestan servicios en el ámbito comunitario y de los distritos

El número de trabajadores sanitarios por cada 1.000 niños, en particular médicos y enfermeras, es un importante factor determinante de la variación de los índices de mortalidad materna, de lactantes y de niños y niñas menores de cinco años. Los estudios revelan que con una densidad de trabajadores sanitarios superior al 2,5 por cada 1000 habitantes, mejoran enormemente las perspectivas de lograr una cobertura de la inmunización contra el sarampión del 80% y una atención especializada en los partos. Sin embar-

go, muchos países en desarrollo, en particular en África subsahariana, han de hacer frente a abrumadoras carencias de personal sanitario.

La migración de personal sanitario cualificado es causa de gran preocupación en numerosos países en desarrollo. Un aspecto especialmente alarmante es la migración masiva de profesionales sanitarios de los países pobres a países ricos (lo que se conoce como “fuga de cerebros”). No obstante, dentro de un mismo país pueden darse otro tipo de desplazamientos de profesionales sanitarios –de zonas rurales a zonas urbanas, del sector público al privado y del sector sanitario a otros sectores– que limitan también el cuerpo de profesionales sanitarios cualificados que integran la atención sanitaria primaria en los países en desarrollo.

Las razones que impulsan a médicos y enfermeras a abandonar el sector sanitario en general parecen ser similares en lugares tan distintos como las islas del Pacífico y la Unión Europea. Entre los motivos figuran una remuneración insuficiente, horarios rígidos y con muchas tareas extraordinarias, la falta de oportunidades de educación permanente, unas condiciones de trabajo difíciles, el elevado nivel de exigencia de los pacientes y la carencia de suministros y equipos. Estadísticas recientes indican, por ejemplo, que la mitad de los médicos que se gradúan en Ghana emigran en el plazo de 4,5 años después de su graduación, y el 75% lo hace en el plazo de una década. En Sudáfrica, cada mes abandonan el país más de 300 enfermeras especializadas, muchas de ellas para no regresar jamás. Los principales destinos de estas masas migratorias de personal sanitario son Europa y Norteamérica, y muy en particular el Reino Unido, donde una tercera parte de los trabajadores sanitarios procede de otros países. Las investigaciones sugieren que la densidad de trabajadores

con instalaciones adecuadas 10 años después de crearse los distritos; y además, sólo 5 de esos 17 hospitales contaban con los tres médicos que se precisan para asegurar la continuidad de la atención sanitaria a lo largo de todo el año²⁰.

No obstante, la realidad de la descentralización durante la última década sugiere que, en términos generales, los distritos sanitarios siguen siendo un modo racional de administrar atención sanitaria primaria a través de redes de centros de salud, consultas de medicina general o estructuras

descentralizadas equivalentes, respaldadas por hospitales de consulta. Cuando los distritos se han afianzado, convirtiéndose en estructuras viables y estables, este tipo de organización ha demostrado dar resultados notables, incluso en situaciones de emergencia complejas, como es el caso de la República Democrática del Congo y de Guinea. De igual modo, en Malí se han expandido las redes de centros sanitarios y servicios para las madres, niños y niñas²¹. En los países en los que la descentralización ha venido acompañada de reformas de la administración pública, se han registrado

progresos considerables durante los últimos años. Entre los ejemplos se encuentran Mozambique, Rwanda y Uganda, países todos ellos que a pesar de haber vivido años de conflictos y colapso económico, han logrado aumentos importantes en lo que se refiere a la reforma de los instrumentos gubernamentales y su rendimiento, especialmente en lo tocante a sus sistemas de salud²².

En décadas recientes ha aumentado el número de pruebas disponibles acerca del rendimiento de los sistemas de salud de distrito. No obstante, la

sanitarios (médicos, enfermeras, matronas) es más de 10 veces mayor en Europa y Norteamérica que en el África subsahariana. Las repercusiones negativas de la migración en la prestación de servicios sanitarios en los países en desarrollo a menudo son graves, debido a que los desplazamientos de capital humano afecta a los profesionales más cualificados, en los que los gobiernos invierten cuantiosamente en concepto de formación y desarrollo profesional.

Además de estas causas de carácter general, en el caso particular de África subsahariana la epidemia del SIDA y los conflictos armados han sido también causas importantes de pérdidas de personal sanitario.

En situaciones de conflicto y de reconstrucción después de un conflicto, el personal sanitario cualificado es fundamental para prestar servicios de carácter general y servicios especializados a las poblaciones vulnerables que han sufrido daños o que se han visto desplazadas como resultado del mismo; sin embargo, en muchos países que han vivido años –y en ocasiones décadas– de conflicto, la escasez de personal sanitario cualificado es grave.

Para hacer frente a estas carencias de personal cualificado, al menos de corto a medio plazo, los sistemas nacionales de salud deberán incentivar la práctica de la atención sanitaria en el hogar. Si bien esto continúa siendo un reto, en un número considerable de países se ha logrado contratar (y retener) al personal sanitario, especialmente en las zonas rurales, donde por lo general las carencias son mucho más graves. Se están diseñando paquetes de incentivos con el fin de retener a los trabajadores sanitarios o inhibir la migración. Un ejemplo de esto es el caso de Malí, donde el Ministerio de Salud puso en marcha una iniciativa

consistente en incentivar a los médicos recién graduados a ejercer en las zonas rurales ofreciéndoles formación, alojamiento, equipamiento y transporte, de ser necesario.

El nivel de deserción de los empleados puede asimismo contenerse impartiendo una formación que tenga en cuenta las condiciones locales. Los esfuerzos que desde hace tiempo se vienen realizando a fin de ampliar el número de trabajadores sanitarios en las zonas rurales, sugieren que impartir formación a los trabajadores locales –por ejemplo, mediante la enseñanza de la lengua vernácula o de habilidades específicas pertinentes a las condiciones del lugar– propicia la permanencia de los trabajadores. Este enfoque de formación con frecuencia resulta en credenciales no reconocidas internacionalmente, lo cual inhibe aún más la migración. En cualquier caso, el éxito de esta estrategia reside en la oferta de incentivos y de apoyo a escala local.

Existe una preocupación creciente por el hecho de que los países ricos se están beneficiando de la fuga de cerebros en perjuicio de África. Como resultado de ello ha surgido un movimiento que reclama poner fin a la contratación de personal sanitario procedente de África, o, de no ser éste un objetivo realista, como muy probablemente sea el caso, que la contratación se realice únicamente en términos que sean mutuamente beneficiosos. Durante los últimos cinco años se han emitido cerca de una docena de instrumentos internacionales por parte de autoridades nacionales, asociaciones profesionales y organismos internacionales en los que se establecen normas de conducta aplicables a las principales partes interesadas que participan en la contratación internacional de empleados sanitarios. Inquietudes similares han sido objeto de convenios bilaterales.

Véanse las referencias, pág. 108

Argumentos a favor de la supervivencia infantil y otros objetivos de desarrollo del milenio en África subsahariana

Se prevé que las estrategias que se perfilan en el marco estratégico para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio en materia de supervivencia infantil en África, elaborado a instancias de la Unión Africana en julio de 2005, originen, en un plazo de tiempo relativamente corto, las condiciones mínimas que se precisan a fin de aumentar la cobertura efectiva de la atención sanitaria primaria en África subsahariana, en concreto de un módulo mínimo de servicios de base empírica, de gran repercusión y bajo coste que pueda administrarse a través de la atención de ámbito familiar y comunitario, de servicios orientados a la población y servicios de atención clínica. Entre las intervenciones clave previstas figuran la administración de antibióticos para combatir la neumonía y las infecciones neonatales, combinaciones de medicamentos antipalúdicos, la promoción de la alimentación y la higiene de los lactantes, mosquiteros tratados con insecticida, la terapia de rehidratación oral, la asistencia cualificada en los partos, la administración de suplementos de vitamina A, la prevención y atención del SIDA pediátrico y la atención neonatal y ginecológica de emergencia. Se espera que estas estrategias e intervenciones tengan una repercusión conside-

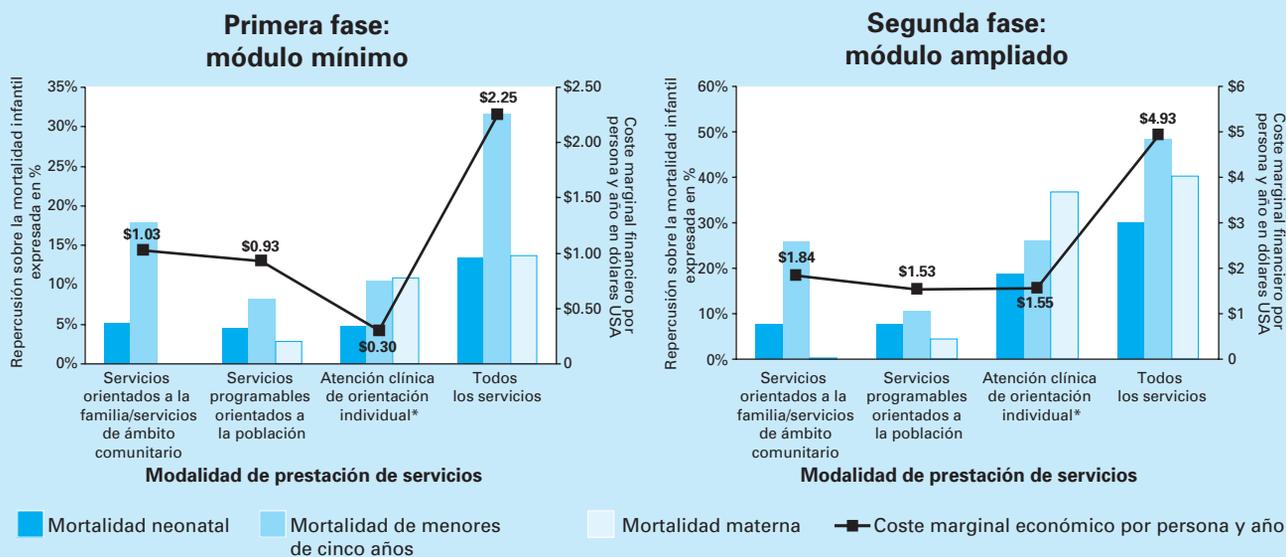
table en la mejora de la nutrición infantil y la mortalidad materna, así como en la mejora de la condición de las mujeres y en la reducción de la pobreza mediante su capacitación. (Las tres fases de ejecución se esbozan en las páginas 71-72). En la primera fase, se calcula que esta estrategia podría reducir el índice de mortalidad de menores de cinco años en África en más de un 30% y resultar en una reducción inicial de la mortalidad materna de un 15%, a un coste marginal anual previsto de entre 2 y 3 dólares por persona, lo que equivale a cerca de 1.000 dólares por vida salvada.

En la segunda fase, la aplicación a escala del módulo ampliado podría resultar en una reducción del índice de mortalidad de menores de cinco años en la región de más de un 45%, disminuyendo la mortalidad materna en un 40% y la neonatal en cerca de un 30%. Se calcula que el coste marginal anual sería de aproximadamente 5 dólares por persona, lo que equivale a 1.500 dólares por vida salvada.

En la tercera fase se prevé que el hecho de alcanzar las fronteras de cobertura efectiva mediante el módulo máximo de

Gráfico 4.3

Estimación de la repercusión y del coste de los módulos mínimos, ampliados y máximos del marco estratégico para África



* Se asume que la atención clínica de orientación individual se halla disponible de manera continua.

base empírica continúa siendo relativamente reducida, la cobertura de los estudios es irregular y los enfoques defendidos por los profesionales médicos no gozan de la misma notoriedad entre la comunidad científica

que aquellos referidos a las intervenciones esenciales.

Las labores realizadas en el contexto de las estrategias de distrito en relación con la prestación de una aten-

ción continua materna, neonatal e infantil, requiere un impulso renovado y una sistematización más rigurosa. En particular, las investigaciones deberán centrarse en la reorientación de los sistemas de salud con vistas a

medidas permitiría a los países aproximarse a –o alcanzar– las principales metas de los ODM 1, 4, 5 y 6, mediante la reducción de los índices de mortalidad materna y de menores de cinco años en más de un 60%, la reducción de la mortalidad neonatal en más de un 50%, y la reducción de la incidencia del paludismo y la desnutrición a la mitad. El coste económico marginal para lograr la tercera fase se calcula que sea de entre 12 y 15 dólares por persona y año, lo que equivale a 2.500 dólares por vida salvada.

Presuponiendo un aumento gradual en el ritmo de ejecución, la financiación adicional que se precisa para la aceleración paulatina propuesta aumentará entre 2 y 3 dólares por persona y año en relación con la ampliación a escala del módulo mínimo en la primera fase; el aumento será de entre 12 y 15 dólares por persona y año en lo que se refiere a la ampliación a escala del módulo máximo en la tercera fase para 2015. Es importante señalar que estos costes adicionales han sido calculados recientemente empleando distintas herramientas de elaboración de costes, cada una de las cuales ha generado proyecciones similares, lo que significa que

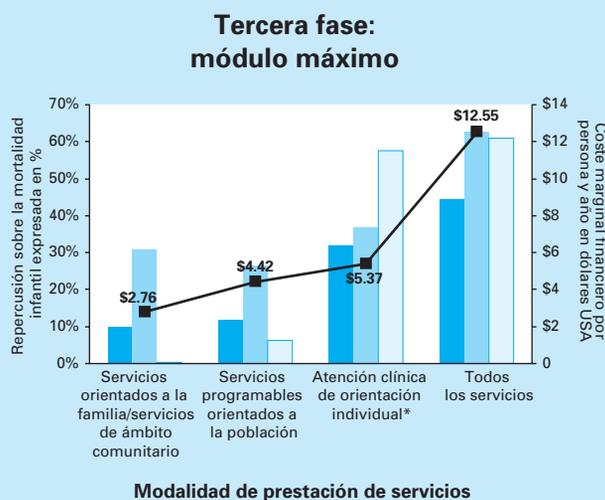
las estimaciones poseen una base sólida. El coste se refiere a productos básicos, medicamentos y suministros. Los mosquiteros tratados con insecticida representan una parte importante de este coste, al igual que los medicamentos. El coste se reparte entre recursos humanos, establecimientos sanitarios y equipos, y para labores de promoción, creación de demanda, supervisión y evaluación.

En el contexto del marco estratégico se propone el siguiente supuesto de financiación conjunta: en las tres fases, casi la mitad de los fondos adicionales necesarios para la ampliación del módulo mínimo provendrían de los presupuestos nacionales, en especial de ayudas presupuestarias; un 15% procedería de los gastos de menudeo y una tercera parte provendría del Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y el paludismo (GFTAM, en sus siglas en inglés), de UNICEF, del Banco Mundial, la OMS y otros donantes.

Véanse las referencias, pág. 108.

Gráfico 4.4

Fuentes de financiación 2007–2015



Fuentes, gráficos 4.3 y 4.4, pp. 78-79: Cálculos provisionales basados en la versión revisada de UNICEF, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals in Africa through health systems strengthening and implementing at scale of integrated packages of high-impact and low-cost health and nutrition interventions', borrador confeccionado a instancias de la Unión Africana por UNICEF, la OMS y el Banco Mundial. Revisado en octubre de 2007.

crear las condiciones óptimas para que puedan desarrollarse los sistemas de salud y de nutrición de distrito que dispensan la atención continua. El análisis sistemático y el estudio casuístico de países en los que se ha

experimentado este tipo de estrategias podría facilitarnos una comprensión profunda del modo en que operan los actuales mecanismos políticos y de cómo pueden mejorarse. La existencia de determinados proble-

mas de considerable dimensión –tales como el fortalecimiento de la capacidad institucional y la obtención de información estratégica para dirigir y supervisar el flujo de los recursos y el rendimiento de los sistemas de salud–



© UNICEF/RHO04-0089/Giacomo Pirozzi

El problema de la escasez de trabajadores sanitarios en los países en desarrollo ha de abordarse en los planes nacionales con el objeto de mitigar su efecto negativo en la salud materna, neonatal e infantil. *Una trabajadora sanitaria examina a un niño en el centro regional para la prevención y protección contra el SIDA. Federación de Rusia.*

es un hecho sobradamente reconocido por los profesionales médicos.

Queda claro que hay mucho trabajo por hacer en lo que se refiere a recopilar pruebas y conocimientos acerca de cómo fortalecer las capacidades en aras de elaborar, regular y orientar políticas que informen la buena gestión del sector sanitario en su conjunto, así como la organización de la atención materna, neonatal e infantil continua en el ámbito de los distritos.

III. Mejorar la calidad y la regularidad de la financiación dirigida a fortalecer los sistemas de salud

La necesidad de recaudar fondos para financiar la atención sanitaria supone una barrera importante a la ampliación en los países de bajos ingresos, debido a que en ellos los sectores

sanitarios enfrentan ya de por sí enormes deficiencias presupuestarias. Unas políticas que dispongan la financiación de la sanidad por parte del gobierno pueden repercutir notablemente en los resultados obtenidos en materia de atención sanitaria para los niños, las niñas y las mujeres, subvencionando o gravando servicios críticos que afectan a la supervivencia, la nutrición y la salud materna, neonatal e infantil, o apoyando mecanismos de participación equitativa en la financiación de los gastos.

La financiación adecuada del sector sanitario, además de combatir enfermedades específicas, es imprescindible para lograr una ampliación eficaz y sostenible. Los resultados insatisfactorios que se han obtenido a partir de iniciativas anteriores de apoyo al sistema sanitario (y algunas actuales) se atribuyen en su mayor parte a diversos factores, en concreto los siguientes:

Una falta de presupuestación sanitaria por países, basada en las pruebas y dirigida a la obtención de resultados.

Debido a la predominancia de iniciativas dirigidas a combatir enfermedades concretas, a menudo las estrategias nacionales en pro de la salud materna, neonatal e infantil no prestan la suficiente atención a la posibilidad de emplear un enfoque multisectorial para obtener resultados en materia de salud, eliminar los estrangulamientos sistémicos que dificultan la prestación de servicios, o para una presupuestación adecuada de las estrategias sanitarias (en especial de los costes relacionados con la supresión de los estrangulamientos que afectan a la oferta y la demanda de servicios de atención sanitaria primaria).

Un progreso lento y una armonización y alineamiento escasos en relación con los procedimientos del país. Las vinculaciones entre el sector sanitario y otros procedimientos de

desarrollo de ámbito nacional más amplios (reformas del sector público y presupuestarias, estrategias de reducción de la pobreza, planificación macroeconómica y fiscal, etc.) a menudo siguen siendo débiles en los países que registran un nivel de renta bajo. Los sistemas de supervisión para la localización de flujos de recursos y la vigilancia de los progresos y resultados son con frecuencia inapropiados, y en cuanto a concretar los compromisos sobre la eficacia de la ayuda en medidas específicas a escala nacional, los avances han sido escasos –muy en especial en lo tocante a la provisión de una financiación previsible a largo plazo y a la reducción de la fragmentación de la ayuda, que resulta en unos elevados costes de transacción–, según se contempla en la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo.

Una atención insuficiente a la financiación a la hora de abordar los obstáculos que dificultan el fortalecimiento de los sistemas de salud. A pesar de que el grado de compromiso de la comunidad internacional con respecto a las metas en materia de salud es cada vez mayor, los países continúan experimentando carencias críticas de financiación para fortalecer sus sistemas de salud, en especial, financiación para generar recursos humanos clave (y retenerlos), para ofrecer incentivos al rendimiento, para fortalecer los sistemas de adquisición y logística y facilitar el transporte a los hogares más pobres a fin de abordar los obstáculos que dificultan la mejora de la sanidad en el lado de la demanda. A medida que aumenta la cantidad de fondos que se movilizan para abordar enfermedades específicas como el VIH, con frecuencia se observa también un mayor grado de desigualdad a escala nacional, dado que a menudo faltan los mecanismos de financiación y de prestación de servicios que son necesarios para absorber los fondos

dispuestos para iniciativas especiales. Como resultado de ello, se registran unos niveles insuficientes de ejecución y eficacia en los programas de control de las enfermedades. Un control escaso o inexistente por parte del gobierno en relación con el desempeño de los proveedores de servicios sanitarios y por parte de los beneficiarios de estos últimos en relación con el uso que se hace de los fondos públicos amenazan la aplicación eficaz²³.

Alianzas internacionales recientes proponen aprovechar una mayor cantidad de recursos para la ampliación de servicios en aras de la consecución de los ODM. El propósito de estas iniciativas es centrarse en la obtención de resultados y en establecer una vinculación clara entre recursos asignados y resultados alcanzados en materia de salud. Hacerlo exige fortalecer los sistemas

de salud como medio de lograr resultados en pro del desarrollo –ya sea directamente o influyendo sobre otros donantes– y reclaman una mayor cohesión en el seno de la estructura de las ayudas a la sanidad²⁴.

Cada vez es mayor el consenso acerca de la importancia de apoyar la creación de unos planes sectoriales sólidos, así como de la necesidad de garantizar su coherencia con las labores de fortalecimiento de los sistemas de salud existentes. El desarrollo y la calidad de los planes de ampliación, los procesos de vigilancia y selección de países, y el flujo y la gestión de los fondos son algunas de las cuestiones clave que afectan a estas nuevas iniciativas²⁵.

En este contexto, se está llegando a un consenso respecto a cinco principios básicos referidos a la ayuda:

- Recompensar el rendimiento de una forma previsible mediante pactos.
- Alinear las ayudas al desarrollo con los sistemas nacionales.
- Financiación basada en resultados.
- Establecer parámetros de referencia e indicadores del desarrollo de los sistemas sanitarios.
- Crear estrategias de financiación innovadoras y equitativas.

Recompensar el rendimiento de forma previsible por medio de pactos

Cada vez se halla más extendida la opinión de que, junto a un hincapié renovado en los resultados, sería necesaria una asignación de los recursos en función de criterios como la necesidad (basada en factores tales

Objetivo

Botswana: ampliación de la prevención y el tratamiento del VIH por medio de alianzas comunitarias

Contexto y retos: El SIDA es una de las principales causas de muerte materna, neonatal e infantil en África meridional. En Botswana, casi una de cada cuatro personas de entre 15 y 49 años tiene el VIH. El riesgo para los niños y niñas comienza ya antes de nacer: en Botswana, una tercera parte de las mujeres embarazadas de entre 15 y 24 años son seropositivas. El VIH materno origina una mayor cantidad de mortinatos y de muertes en el periodo neonatal y los primeros años de vida, incluso cuando el recién nacido no sufre contagio por VIH. Las mujeres que contraen el VIH durante el embarazo o la lactancia padecen un riesgo mayor de transmitir la enfermedad al recién nacido. Además, las madres corren un mayor riesgo de morir, dejando tras de sí a unos bebés con escasas oportunidades de supervivencia.

Intervenciones y enfoques: La prevención de la transmisión materno-infantil del VIH en Botswana dio comienzo en 1999 con un firme compromiso político y una asignación considerable de recursos. Desde el principio, el objetivo del gobierno de Botswana era lograr la cobertura nacional de las intervenciones. Los servicios se ofrecen de forma gratuita a las mujeres, niños y niñas como parte de los servicios de salud materna e infantil existentes. Entre las intervenciones figuran unas prácticas ginecológicas seguras, labores de asesoramiento, la realización de pruebas para la

detección del VIH, la profilaxis o el tratamiento de las infecciones por VIH, según sea el caso, y la práctica de pruebas de detección del VIH para los bebés a los seis meses de vida. Asimismo, se administra terapia antirretroviral a las madres que lo precisen y a sus familias. Todo ello se acompaña de una rigurosa vigilancia y evaluación, así como de una gestión estricta de las cadenas de suministro.

Uno de los principales factores del éxito en Botswana ha sido el empleo de un mecanismo unificado de coordinación relacionado con un único plan nacional de ampliación. La prevención de la transmisión materno-infantil del VIH se incorporó totalmente a los servicios de salud materna e infantil, si bien fueron necesarios continuos ajustes a fin de aumentar la calidad de los servicios y la capacidad de absorción de los mismos. La participación de las comunidades y de los varones fueron también elementos fundamentales para ayudar a las madres que decidían no amamantar a sus bebés y para facilitar el apoyo y la atención pediátrica de seguimiento.

Resultados: Para 2004, el programa de Botswana se había expandido hasta alcanzar una cobertura nacional. Para 2005, el 54% de las madres seropositivas estaban tomando medicamentos antirretrovirales durante el embarazo.

Véanse las referencias, pág. 108.



© UNICEF/H005-1876/Donna De Cesare

Un compromiso político más firme y una financiación adecuada por parte de los gobiernos son necesarios para garantizar el acceso a una atención continua para las madres, los recién nacidos y los niños y niñas. *Un niño tiene a su hermana pequeña en brazos, Guatemala.*

como el tamaño de la población, los niveles de pobreza y el estado actual de la sanidad nacional) y el rendimiento (los resultados alcanzados en materia de salud y la capacidad para absorber los fondos de manera eficaz). El rendimiento se determinaría en función de resultados clave y de indicadores relativos a las políticas acordados mediante un “pacto” a escala nacional, que se sumaría a los marcos existentes orientados a la obtención de resultados, tales como los que han sido creados por la Comisión Europea, el Banco Mundial y el Banco Africano de Desarrollo y por los donantes bilaterales²⁶.

Estos pactos constituyen acuerdos recíprocos alcanzados entre los países en desarrollo y los donantes, que se basan en la transparencia de ambas partes, en la satisfacción por parte de los beneficiarios de unos criterios de rendimiento y en la provisión por parte de los donantes de una financiación previsible.

Armonizar las ayudas al desarrollo con los sistemas nacionales

Armonizar las inversiones y la aplicación con los sistemas nacionales es fundamental para aumentar la eficacia de la ayuda. En los países con entornos económicos fiduciarios (gestión financiera y contratación de carácter público) que en su conjunto son aceptados por los donantes multilaterales y bilaterales y gestionados conjuntamente por los aliados a través del sistema de gasto público y de rendición de cuentas, la financiación para una ampliación efectiva podría afluir en forma de ayudas presupuestarias al sector, proveyendo una financiación progresiva para aplicar el elemento del presupuesto nacional que corresponde al sector sanitario y a otras actividades relacionadas. La vigilancia de la eficacia de estos fondos se enmarcaría dentro del mecanismo de supervisión de la ayuda presupuestaria general y sectorial existente. Un sistema similar podría aplicarse en los países que emplean enfoques

sectoriales y mecanismos de fondos comunes, como complemento a los métodos de evaluación existentes.

Existe un consenso cada vez mayor acerca de la conveniencia de canalizar los recursos destinados al sector sanitario a través de instituciones cuyo fin sea proveer una cobertura universal, más que a través de proyectos y programas. Los servicios de salud materna, neonatal e infantil deben formar parte del módulo de intervenciones sanitarias básicas cubierto por cualquiera de los paquetes de beneficios que se financian a través de estas instituciones. Aumentar los recursos destinados a la salud materna, neonatal e infantil podría hacer necesario que se efectúen compensaciones en los gastos gubernamentales, ya sea dentro de los propios presupuestos sanitarios o en los presupuestos nacionales. Estas compensaciones deberán negociarse en el contexto general macroeconómico, lo cual facilitaría la inversión sectorial progresiva si las necesidades relativas a la asistencia sanitaria se argumentan debidamente. A escala nacional, será preciso asimismo movilizar recursos ajenos al sector público, mediante la participación del sector privado, de organizaciones de ciudadanos, de las comunidades y de los hogares.

Financiación basada en resultados

Uno de los aspectos clave que respaldan las nuevas iniciativas de ampliación es la financiación basada en resultados. Este método constituye un importante complemento a las corrientes de financiación existentes, además de un enfoque potencialmente prometedor a la hora de eliminar los obstáculos existentes en el seno de los sistemas de salud, que dificultan la consecución de resultados en materia de salud, nutrición y población. Las experiencias vividas recientemente en el Afganistán, Argentina, Camboya y Rwanda (*véase el recuadro de la página 84 sobre la financiación basada en*

Promover la transparencia y la buena gestión de los asuntos públicos en relación con la prestación de servicios sanitarios

La obligación de rendir cuentas en relación con la prestación de servicios podría definirse como aquellos procedimientos que permiten a las comunidades y hogares hacer a los proveedores responsables de la idoneidad y eficacia de los servicios prestados. En lo que se refiere a las comunidades y hogares pobres y marginados, la transparencia pública puede lograrse concediéndoles voz y voto; en el caso de los responsables de la formulación de políticas, la transparencia puede exigírseles por medio del pacto social en virtud del cual el gobierno se compromete a apoyar, financiar y regular la actividad de los proveedores de servicios sanitarios, de nutrición y medioambientales. El que las comunidades se hallen capacitadas para exigir servicios adecuados y eficaces, significa que las familias están informadas de cuáles son los servicios que el estado se ha comprometido a proveer, así como de los requisitos mínimos aplicables a éstos.

Incluir la participación en la vida pública y la educación cívica en todos los programas de supervivencia y desarrollo materno, neonatal e infantil, es una forma de garantizar que las familias cuenten con los conocimientos necesarios acerca de las medidas que pueden adoptar para proteger la vida de su descendencia e impulsar su desarrollo temprano. El conocimiento por parte de las familias y las comunidades de los servicios disponibles y de las exigencias de calidad aplicables a los mismos, les capacita a su vez para exigir la rendición de cuentas a sus gobiernos y a los dispensadores de los servicios.

Los pactos sociales suscritos entre gobiernos y proveedores pueden resultar también herramientas eficaces para la rendición de cuentas en materia de salud y supervivencia materna, neonatal e infantil cuando los gobiernos otorgan prioridad a estas cuestiones en la legislación, los presupuestos, los programas e investigaciones, y remuneran debidamente a los proveedores por la prestación de servicios esenciales al tiempo que supervisan su grado de rendimiento.

La promoción de la obligación de rendir cuentas ha de adecuarse a las distintas modalidades de prestación de servicios. En el nivel primario de servicios a la comunidad y las familias –que incluye aspectos como la información y el apoyo social para el fomento de la lactancia materna o de los servicios de atención al recién nacido–, la capacidad de los hogares para adquirir productos básicos, acceder a la información acerca de los servicios y transformar ambos en unos mejores resultados en materia de salud es fundamental para estimular la obligación de rendir cuentas en el lado de la demanda. Las organizaciones comunitarias y de ciudadanos, así como las redes comerciales, se hallan a menudo en una posición óptima para establecer mecanismos dirigidos a los hogares pobres y marginados, que permitan supervisar directamente la eficacia y ejercer la transparencia.

Véanse las referencias, pág. 108.

resultados en Rwanda) muestran resultados positivos, para los que se planea una evaluación más rigurosa.

La financiación basada en resultados presenta numerosas ventajas frente a otros enfoques tradicionales basados en insumos. Entre ellas figuran las siguientes:

- Un hincapié en alcanzar productos y resultados con relativa rapidez en un período de tiempo definido.
- Incentivos para fomentar el rendimiento en coyunturas clave de la cadena de suministro.
- Hace posible abordar vacíos importante de financiación, proporcionando a los gobiernos un medio de financiación flexible que permita compensar las distorsiones financieras, y les brinda la oportunidad de

centrarse en objetivos prioritarios, como las poblaciones pobres.

- Por su propia naturaleza, la financiación basada en resultados es, en esencia, una herramienta de vigilancia y evaluación creada en el contexto de una estrategia delimitada y mensurable que precisa datos de referencia y datos sobre los objetivos y el progreso alcanzados en los correspondientes niveles. En consecuencia, los esfuerzos basados en resultados permiten evaluar periódicamente los éxitos, deficiencias y estrangulamientos, lo que a su vez permite realizar ajustes en los planes de ejecución.
- Además, abarca una amplia variedad de soluciones a problemas relacionados con la salud, que van mucho más allá de los que se hallan oficialmente bajo control del sector

sanitario, tales como la mejora de las carreteras y del suministro de agua y saneamiento.

- Y lo más importante quizás, la financiación basada en resultados ofrece la posibilidad de consolidar la ayuda fragmentada, con la consiguiente reducción para los países de los elevados costes de transacción. Esto puede lograrse mediante mecanismos de financiación basada en resultados que se centren en resultados para los que varios donantes puedan aportar fondos simultáneamente²⁷.

Establecer parámetros de referencia e indicadores de resultados en relación con el desarrollo de los sistemas de salud

Los indicadores asociados con los ODM relativos a la salud pueden muy bien servir como rastreadores o medidas sustitutivas del rendimiento

de los sistemas de salud. Se han concebido nuevas iniciativas con las que se pretende ayudar a los gobiernos a alcanzar los resultados convenidos en zonas determinadas a través de la financiación basada en resultados, estableciendo unos marcos de incentivos adecuados. El objetivo es lograr unas metas concretas en relación con la cobertura de servicios que están estrechamente ligados a unos resultados óptimos en materia de supervivencia y salud materna, neonatal e infantil. Por ejemplo, la cantidad de partos que se dan en centros acreditados, la cobertura inmunitaria con tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos toxoide y la tos

ferina, o la cobertura de mosquiteros tratados con insecticida en zonas endémicas de paludismo. Estas metas y productos se seleccionan atendiendo a los factores de riesgo que contribuyen a la mortalidad y morbilidad en cada país.

Existen varias formas de establecer los indicadores clave de resultados. Estos parámetros pueden medir los productos directos, tales como el número de niños y niñas inmunizados; las coberturas, tales como el porcentaje de la población meta vacunada (por antígenos) en determinadas zonas de contagio; o tendencias, tales como el aumento de la cantidad de niños y

niñas vacunados, o los niveles de cobertura que se han alcanzado a lo largo del tiempo. También puede concretarse un conjunto de indicadores básicos para todos los proyectos, con el fin de establecer comparaciones entre distintas zonas de un país y extraer conclusiones. Los países podrán asimismo incorporar indicadores adicionales que permitan controlar elementos importantes de sus programas de salud materna, infantil y neonatal.

Desarrollar estrategias de financiación innovadoras y equitativas

La inversión en recursos humanos y en el fortalecimiento de los sistemas de sanidad exige fondos considera-

Financiación basada en el rendimiento en Rwanda

El gobierno de Rwanda, con el apoyo de donantes, ha procedido recientemente a ampliar diversos programas innovadores que consisten en transferir las subvenciones condicionadas del gobierno central a los municipios para la contratación de productos sanitarios esenciales. Estos programas sanitarios constan de tres elementos principales:

Alianzas comunitarias en materia de salud: Se transfieren recursos (aproximadamente 0,25 dólares por persona) directamente a los municipios, a fin de que mediante contratos con miras a resultados se contraten los servicios de instituciones de ámbito comunitario, de organizaciones no gubernamentales, de promotores de salud, proveedores de atención sanitaria de carácter privado y otros servicios relacionados que provean intervenciones esenciales en el ámbito de los hogares y las comunidades. Cada año, el Presidente de Rwanda y los alcaldes de distrito, actuando en representación de sus electorados, suscriben un contrato con miras a resultados conocido como IMIHIGO, término tradicional que se ha convertido en sinónimo de transparencia en relación con los servicios que el gobierno presta en todo el país. Los servicios que se dispensan en virtud de este enfoque son sencillos y de bajo coste, centrándose en la promoción de unas mejores prácticas de salud e higiene, en intervenciones dirigidas a modificar hábitos, y en servicios preventivos tales como la distribución de mosquiteros tratados con insecticida, la administración de terapia de rehidratación oral y suplementos nutricionales, y el abastecimiento de agua potable.

Estas alianzas fueron implantadas en varios distritos durante 2005, y desde 2006 se han ampliado a escala nacional empleando fondos del estado. En abril de 2006 el gobierno central suscribió contratos orientados a la

obtención de resultados con 30 municipios, eligiendo como principal indicador del rendimiento la cobertura de mosquiteros tratados con insecticida. Los resultados obtenidos desde la puesta en marcha han sido considerables. Una evaluación realizada en junio de 2007 mostraba que la utilización de mosquiteros tratados con insecticida por parte de menores de cinco años había aumentado desde el 4% registrado en 2004 hasta más de un 70% en 2007. El número de casos de paludismo ha disminuido de forma espectacular, aliviando la carga para los centros de atención pediátrica, y las encuestas de población en las que se emplean análisis de sangre muestran una disminución sorprendente en la prevalencia del paludismo. Los responsables de la elaboración de políticas hablan de una situación sin precedentes, y actualmente colaboran en una estrategia dirigida a eliminar el paludismo por completo.

Centros de salud: Mediante un contrato orientado a la obtención de resultados se transfieren recursos a centros de atención primaria (aproximadamente 1 dólar por persona en 2007, lo que equivale a un 15% de los recursos asignados por el gobierno a la sanidad). Este plan se puso en práctica inicialmente en dos provincias, Butare y Cyangugu, en 2002, con el apoyo de organizaciones no gubernamentales y de ayuda bilateral. Los contratos orientados a la obtención de resultados incluyen indicadores relativos a la cobertura óptima (cantidad) así como a la cobertura efectiva (calidad) de los servicios. Una evaluación realizada revela un incremento considerable en la utilización de servicios sanitarios –en especial servicios de inmunización y de asistencia en el parto– en las provincias donde estos contratos se habían implantado, en contraste con las provincias donde no se utilizaban.

bles. Los países en los que la ayuda de donantes desempeña un papel crucial en la financiación de estos programas no pueden planear actividades a largo plazo a menos que la financiación esté asegurada. Sin embargo, investigaciones realizadas para el rastreo de las ayudas en pro de la salud materna, neonatal e infantil aportadas por donantes revelan que los 60 países prioritarios –en los que se producen más del 90% de las muertes infantiles– únicamente reciben 1.400 millones de dólares por niño en concepto de ayudas oficiales al desarrollo, lo que equivale a tan sólo 3,10 dólares por niño²⁸. Si bien el Marco Estratégico sugiere que es posible

salvar la diferencia existente entre los niveles actuales y la cobertura casi universal que se pretende alcanzar para 2015, también revela que la ampliación de las intervenciones no será posible sin un aumento masivo de la inversión en salud materna, neonatal e infantil²⁹.

No obstante, el progreso hacia el acceso universal a una atención continua materna, neonatal e infantil de calidad no es cuestión solamente de hallar los fondos necesarios para ampliar la prestación de servicios o remunerar a los proveedores. La consecución de los ODM relativos a la salud exigirá que las estrategias de

financiación se centren en superar las barreras financieras que obstaculizan el acceso a los servicios de los niños y las niñas y las mujeres, y en brindar una protección previsible contra las dificultades económicas que pueden derivarse del hecho de tener que pagar por la atención sanitaria.

Las implicaciones que esto tiene son considerables. Reclamar la supresión inmediata y universal de los costes para el usuario en relación con los servicios de atención sanitaria quizás sea demasiado simplista o poco realista. Las decisiones sobre políticas referidas a los costes para el usuario deberían considerarse dentro del

En consecuencia, el gobierno de Rwanda decidió expandir gradualmente el programa a otras provincias, incorporando las enseñanzas derivadas de estos experimentos. En 2005, las dotaciones presupuestarias para los programas se repartieron proporcionalmente entre las dos provincias en las que se había practicado el experimento. El año siguiente, el programa se expandió a toda la nación, pasando a figurar en los presupuestos generales. En él se establecía la vinculación directa entre la prestación de servicios, los resultados y los importes desembolsados.

En cada una de las provincias se ha constituido un comité de dirección a fin de vigilar individualmente el rendimiento de los centros de salud mediante el empleo de técnicas de muestreo de calidad y de inspección del grado de satisfacción. Los resultados obtenidos a partir de las verificaciones individuales inciden de forma directa en la cantidad de financiación que cada centro recibe. Una vez más, los resultados obtenidos en los centros fueron sorprendentes, con unos índices de cobertura inmunitaria del 95% y un aumento en la utilización anual de los servicios desde 0,4 visitas por persona en 2004 a 0,7 en 2006, y un incremento de la asistencia en el parto que oscila desde el 29% registrado en 2000 hasta el 52% en 2006. La repercusión de estos planes en los resultados relativos a la salud está siendo evaluada mediante un mecanismo de prospección controlada de distribución aleatoria. Este programa se ha ampliado también a todos los hospitales de distrito del país.

Planes de microseguros de salud: Durante las últimas décadas se ha experimentado con éxito en la implantación de mutualidades (planes de microseguros no oficiales que consisten en aunar los fondos aportados por los miembros de una comunidad para cubrir un módulo de servicios sanita-

rios básicos prestados por centros sanitarios y, de ser necesario, para el traslado del paciente a un hospital de consulta). Su finalidad es mitigar el coste de los servicios sanitarios para los miembros, eliminando la dificultad que supondría tener que abonar el coste de los servicios de su propio bolsillo. Las mutualidades cumplen una importante función de intermediación entre los centros sanitarios, los hospitales de distrito y la población general. Evaluaciones realizadas muestran que son más eficaces cuando el nivel de participación de la comunidad en sus estructuras de gestión es elevado y los pagos a los centros sanitarios se realizan por persona, con lo que básicamente se transfiere todo el riesgo asegurador al centro sanitario.

Inicialmente, los esfuerzos se centraron en aumentar la ayuda administrativa y de gestión, así como la capacidad técnica, en especial a través de formación y de desarrollo de herramientas adecuadas. Pero desde 2006, el gobierno de Rwanda está destinando fondos (aproximadamente 0,15 dólares por persona) a abonar las primas de las personas más pobres de la comunidad, a las que se selecciona mediante un método participativo de evaluación de la pobreza conocido como Ubudehe. Rwanda ha apoyado de forma sistemática la expansión de estas mutualidades, que en 2007 ofrecían cobertura a cerca del 70% de la población (en 2003 la participación era de tan sólo el 7%). La participación de la población pobre en las mutualidades constituye un indicador clave del contrato orientado a la obtención de resultados suscrito entre el alcalde y el presidente. El gobierno participa también en la creación de fondos comunes municipales, así como en un fondo nacional de reaseguros financiado mediante las aportaciones de empleados del sector estructurado.

Véanse las referencias, pág. 108.

contexto más amplio del presupuesto para el sector sanitario y del marco presupuestario nacional. Con el tiempo, puede que los costes para el usuario sean suplantados por sistemas de prepagó y de recaudación de fondos comunes, a condición de que vengan acompañados por los cambios estructurales necesarios para asegurar la sostenibilidad a largo plazo de la financiación sanitaria.

IV. Obtener el compromiso político nacional

Dado el nivel de recursos necesario para garantizar la protección econó-

mica y el acceso a unos servicios de atención sanitaria primaria de calidad, la ampliación constituye tanto un reto político como técnico.

Para lograr mejoras continuadas en materia de salud materna, neonatal e infantil serán necesarios compromisos a largo plazo que vayan mucho más allá del mandato político de muchos de los responsables de formulación de políticas. Países como el Brasil, Sri Lanka y Tailandia deben sus sorprendentes resultados a un proceso de ampliación gradual de la cobertura del sistema sanitario y de los servicios

de nutrición que se lleva a cabo desde hace muchos años. El progreso alcanzado en Latinoamérica durante las últimas décadas en relación con la mejora de la cobertura de los servicios sanitarios, a pesar de crisis económicas periódicas, deficiencias institucionales y graves desigualdades socioeconómicas, es digno de mención. Todos los países referidos anteriormente atravesaron varias fases distintas:

- La creación de un cuerpo de trabajadores sanitarios profesionales, como fundamento básico.

Objetivo

Brasil: crear una red nacional de sistemas sanitarios de ámbito comunitario

Contexto y retos: El Brasil es uno de los 60 países seleccionados por el grupo de la Cuenta Atrás hacia 2015 como prioritarios en materia de supervivencia infantil en la recta final que conduce a la fecha límite para alcanzar los ODM. (*Para una explicación más detallada de la Cuenta atrás hacia 2015, véase el Capítulo 1, página 16*). Estos países son los que registran como mínimo 50.000 muertes infantiles, o un índice de mortalidad de menores de cinco años de 90 muertes o más por cada 1.000 nacimientos vivos. Según las estimaciones más recientes publicadas por UNICEF, en 2006 murieron 74.000 niños y niñas antes de cumplir los cinco años.

Si bien el Brasil ha alcanzado progresos firmes y continuados en lo que se refiere a la reducción de los índices de mortalidad de menores de cinco años, existen disparidades notorias de carácter geográfico y étnico en lo que respecta a los índices de mortalidad de los niños de corta edad. Según datos obtenidos en 2002, el índice total de muertes de niños y niñas de corta edad en la región nororiental es el doble que el registrado en las provincias del sur, sudeste y centro-oriental. En Alagoas, el estado más afectado de la región nororiental, el índice de mortalidad infantil en 2002 fue de 58 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos, en contraste con el promedio nacional de 28 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos en ese mismo año. Las desigualdades raciales y étnicas en relación con los riesgos de mortalidad infantil son también evidentes; los niños y niñas cuyas madres son de ascendencia indígena o africana padecen un riesgo de mortalidad mucho mayor que aquellos que descienden de madres europeas.

En consecuencia, el reto a que se enfrenta el Brasil es conservar la tendencia a la baja de la mortalidad infantil en general, adoptando al mismo tiempo medidas centradas de forma especial en las disparidades de índole regional y étnica que afectan a la prestación de atención sanitaria.

Enfoque e intervenciones: Tras poner en práctica unos proyectos piloto en ciudades brasileñas a comienzos de los años 80, con ayuda de UNICEF se creó, en el contexto de una iniciativa integral de atención primaria, el Programa Saúde da Família, consistente en una red de trabajadores sanitarios de ámbito comunitario. Cada trabajador sanitario de ámbito comunitario es responsable de visitar a familias de la comunidad, proporcionándoles información actualizada sobre salud, higiene y cuidados infantiles, y supervisando y evaluando el crecimiento y la salud de los niños y niñas menores de seis años, así como de las mujeres embarazadas. Estos trabajadores sanitarios de ámbito comunitario se encargan también de remitir a los residentes a los centros locales de salud, así como de alertar a los equipos de salud familiar (que por lo general incluyen un médico, una enfermera, un auxiliar de enfermería, un asistente social y un dentista) acerca de las condiciones locales o de las situaciones de crisis. Los médicos y enfermeras que participan en el Programa Saúde da Família perciben unos salarios competitivos, con el propósito de incentivarles a trabajar en las zonas rurales y pobres. Cada equipo es responsable de cerca de 1.000 familias. Los equipos están financiados conjuntamente por los gobiernos federales y municipales y el gobierno estatal.

Entre las actividades que realizan los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario en el contexto de este programa figuran la educación en materia de desarrollo y protección infantil. UNICEF provee a estos trabajadores con unos lotes de material de información familiar que contienen juegos de láminas sobre la lactancia materna y sobre la función de cada uno de los miembros de la familia en la promoción de una vida saludable para las madres y su progenie. Más de 222.280 trabajadores sanitarios de ámbito comunitario prestan servicio a casi 110 millones de personas en todo el Brasil, haciendo de esta red una de las más extensas del mundo. Esta red está integrada en el sistema nacional, de manera

- El desarrollo de una red accesible de servicios primarios y de remisión de pacientes de ámbito comunitario.
- La consolidación de los progresos mediante la mejora de la calidad de la atención, todo ello acompañado de una mejora de las condiciones de vida y de la situación de la mujer.
- La priorización de unas amplias redes de seguridad social que garantizaran la igualdad en el acceso a la salud, la nutrición y la educación, facilitando el acceso de toda la población a los servicios de salud y nutrición.

- La reducción de las barreras que dificultan el acceso a servicios clave, y la provisión de una educación primaria y secundaria para todos los niños y niñas.

Incluso en algunos de los países más pobres de Latinoamérica en los que las crisis económicas periódicas, las deficiencias institucionales y/o las graves desigualdades socioeconómicas continúan impidiendo los progresos, se han registrado avances notables hacia el acceso generalizado a una atención sanitaria de calidad.

El control nacional y la dirección del sector público pueden aumentar enormemente las perspectivas de una ampliación fructífera. Una vez tras otra se constata que cuando los gobiernos toman la iniciativa y se comprometen a expandir programas piloto y proyectos de pequeña escala que han tenido éxito, estas iniciativas pueden alcanzar rápidamente una cobertura nacional. El programa de trabajadores sanitarios de ámbito comunitario implantado en el Brasil (véase el recuadro en la pág. 86) y la iniciativa Bolsa Familia; el programa PROGRESA de salud, nutrición y

Gráfico 4.5

Brasil: Grandes disparidades en los índices de mortalidad infantil entre distintas regiones y dentro de regiones determinadas, clasificadas según el nivel familiar de ingresos y el origen étnico materno, 2002

Índice de mortalidad de niños y niñas de corta edad (por cada 1.000 nacimientos vivos)

2000

Disparidades según el nivel de renta familiar

20% de los hogares más ricos	15,8
20% de los hogares más pobres	34,9

Disparidades según el origen étnico de la madre

Blanca	22,9
Ascendencia africana	38
India	94

Promedio nacional 30,2

2002

Regiones/estados seleccionados

Centro-oeste	20,4
Distrito Federal	17,5
Nordeste	41,4
Alagoas	57,7
Norte	27,7
Sudeste	20,2
Sao Paulo	17,4
Sur	17,9
Rio Grande do sol	15,4
Promedio nacional	28,4

Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'El estado de la infancia en el Brasil, 2006: El derecho a la supervivencia y el desarrollo', UNICEF, Brasilia, 2005, págs. 10-11.

que los gobiernos federales y municipales y el gobierno estatal son enteramente responsables de financiar y administrar el programa en todo el Brasil.

Gracias a los experimentos realizados antes de poner en marcha el programa, se determinó que poseía el potencial para generar importantes mejoras en la sanidad. El compromiso político para con la red aseguró su viabilidad. Las funciones de los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario se hallan perfectamente definidas, en especial en lo que se refiere a su clasificación dentro de las unidades locales de salud. Los procedimientos de remisión de pacientes y de supervisión están claros: la unidad apoya a los trabajadores sanitarios, y estos, a su vez, prestan servicios periféricos para el sistema sanitario en las comunidades. Los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario se convierten así en un elemento central de las comunidades locales a las que sirven, y la integración de la red dentro del gobierno nacional y estatal y los gobiernos municipales contribuye a garantizar tanto la sostenibilidad del programa como su ampliación a otros ámbitos del sistema nacional de salud.

Resultados: La puesta en práctica del programa de trabajadores sanitarios de ámbito comunitario ha contribuido a reducir el número de muertes infantiles en todo el país desde 1990. Además, en los últimos años el gobierno ha dedicado una atención especial a la región del nordeste y a los grupos étnicos marginados. Asimismo se ha adoptado un enfoque regional que se centra particularmente en la atención materna e infantil: casi la mitad de los participantes que perciben beneficios económicos del Programa da Saúde viven en el nordeste de país.

Véanse las referencias, pág. 108.

educación, y el plan Seguro Popular de Salud implantados en México; la iniciativa de trabajadores sanitarios de ámbito comunitario implantada en Indonesia, y el programa de rehidratación oral de Egipto (junto con muchos otros ejemplos) demuestran su potencial de ampliación cuando los gobiernos se comprometen a aportar financiación, por escasa que sea, a programas sanitarios y de bienestar social.

No obstante, el control nacional consiste en mucho más que financiar. Los gobiernos han de comprometerse también a crear y mantener la capacidad técnica y administrativa. Es necesario el apoyo en cada uno de los

niveles de la administración de los sistemas de salud –federal, provincial y de distrito– para coordinar y supervisar la expansión. Asimismo, las cuestiones relativas a la sostenibilidad deberán abordarse en la esfera nacional, y el programa deberá contar con el respaldo de todo el sistema político –en especial del poder legislativo– a fin de asegurar que sobreviva a las transiciones y cambios políticos.

Los gobiernos pueden proveer la capacidad y la voluntad para crear una red nacional basada en la salud comunitaria. Cuando lo han hecho, con frecuencia se han obtenido resultados considerables. En el caso de

China, por ejemplo, el gobierno se impuso un reto formidable con la puesta en marcha del programa para la eliminación de las enfermedades ocasionadas por la deficiencia de yodo, una estrategia diseñada para asegurar el suministro a escala nacional de sal yodada comercializada y promover su uso generalizado. En aquel tiempo, China presentaba las cifras más elevadas de niños y niñas que estaban expuestos a una carencia de yodo, que constituye la principal causa de retraso intelectual en todo el mundo. Las enfermedades ocasionadas por la deficiencia de yodo pueden prevenirse con una simple cucharada distribuida a lo largo de toda una vida. El reto consistía en concienciar

Una nueva forma de colaborar con las instituciones multilaterales

El 19 de julio de 2007 se reunieron de forma oficiosa en Nueva York los dirigentes mundiales de ocho organizaciones internacionales del ámbito de la salud, con el fin de tratar sobre distintos modos de fortalecer su colaboración al objeto de alcanzar unos mejores resultados en los países en desarrollo. Aprovechando el reciente nombramiento de varios de ellos, el objetivo de la reunión era evaluar los progresos alcanzados durante los últimos años, valorar las tendencias actuales y los retos futuros en relación con la salud mundial y acordar medidas comunes en el contexto de las oportunidades actuales. Se recomendó la adopción de varios compromisos clave, entre ellos los siguientes:

- **Estimular un sentimiento colectivo de urgencia a escala mundial respecto de la consecución de los ODM.** Los participantes concluyeron que a pesar de los importantes avances logrados en la salud materna, neonatal e infantil en algunos países y en relación con determinados indicadores, la comunidad internacional –a través de alianzas con los gobiernos nacionales– debe acelerar e intensificar los esfuerzos de manera espectacular a fin de alcanzar todos los ODM relativos a la salud. Las ocho organizaciones representadas cumplen una importante función a la hora de alentar a la acción. Los participantes se comprometieron a responsabilizarse de prestar la ayuda necesaria a los países en la consecución de los objetivos, y a acelerar la adopción de las medidas pertinentes en todos los niveles de sus respectivas organizaciones.

Medida: Los dirigentes del ámbito de la salud acordaron suscitar un mayor sentimiento de urgencia en el seno de sus propias organizaciones y prestar su apoyo mediante decisiones presupuestarias y de recursos humanos.

- **Modificar la forma de trabajar a escala institucional.**

Alcanzar los ODM exigirá un mayor grado de colaboración y de trabajo en equipo. Se insistió de manera especial en dejar claras las principales responsabilidades de cada organismo; en la necesidad de un enfoque interinstitucional coordinado dirigido a prestar una ayuda técnica de calidad y basada en la demanda, así como en la puesta en práctica de un sistema de evaluación y de supervisión estricto y que cuente con el respaldo común. Es preciso que dichos enfoques se sumen a las estructuras y programas existentes en la esfera mundial, regional y nacional. Cada uno de los organismos acordó evaluar su personal, sus programas de formación y su estructura de incentivos a fin de que reflejen esta nueva forma colaborativa de trabajar a escala nacional, reconociendo la necesidad de desarrollar nuevas habilidades, en particular en la esfera nacional. La creación de un marco que favorezca la obligación recíproca de rendir cuentas garantizará una mayor claridad respecto de las funciones, las responsabilidades y los logros, y permitirá supervisar el cumplimiento de los compromisos.

Medida: Los dirigentes del ámbito de la salud convinieron en colaborar con el fin de concretar sus respectivas obligaciones de rendir cuentas –individuales y colectivas–, con vistas a alcanzar unos resultados mejores de forma más rápida.

- **Impulsar un enfoque más sistemático y enérgico en la gestión del conocimiento y el aprendizaje.** Las importantes inversiones realizadas recientemente en materia de salud abren las puertas a nuevas oportunidades de acumular conocimientos y derivar enseñanzas acerca de los programas sanitarios. Los participantes destacaron la oportunidad de realizar proyecciones sistemáticas del sector sanitario a escala nacional, haciendo especial hincapié en la función del sector privado.

a la población de la importancia vital de la sal iodada, especialmente en las zonas productoras de sal, donde los residentes se mostraban remisos a la idea de tener que pagar por ella.

Gracias al apoyo político de los gobernadores locales, a una supervisión y ejecución rigurosa de las normas relativas al uso de la sal iodada, así como a una campaña de salud pública que se servía de carteles en los autobuses, de artículos de opinión en los periódicos y de documentales televisivos para informar a las comunidades y generar una demanda de sal enriquecida, se consiguió que la sal iodada llegara al 90% de los hogares hacia 2005,

un aumento con respecto al 51% de 1995³⁰.

Abordar la dimensión política de crear una atención continua de calidad que sea sostenible requiere algo más que unos argumentos técnicos convincentes. Es precisa también una comprensión profunda de las limitaciones existentes y de las oportunidades para promover la voluntad y el compromiso por parte de los actores políticos clave.

Los políticos han de estar convencidos de que las medidas en apoyo de la atención sanitaria continua satisfacen diversos criterios convenientes, entre ellos los siguientes:

- Que muestren resultados visibles y tangibles en un plazo de tiempo relativamente corto.
- Que sean rentables y costeables.
- Que encajen dentro de las estructuras y jerarquías y cuenten con el apoyo de agrupaciones profesionales y grupos de presión.

Es probable que estas consideraciones políticas restrinjan algunas de las opciones técnicas preferidas por los defensores de la atención sanitaria continua; pero a menos que se reconozcan y se aborden estas inquietudes políticas, las estrategias que promueven difícilmente tendrán éxito.

Medida: Los dirigentes del ámbito de la salud acordaron investigar métodos que permitan la captura sistemática de los conocimientos obtenidos acerca de los programas sanitarios, y, en general, desarrollar un método más sistemático de gestión de los conocimientos. Por último, el grupo convino en aunar y compartir los recursos obtenidos por cada una de sus organizaciones a partir de las proyecciones y evaluaciones del sector sanitario.

- **Reconocimiento de la importante oportunidad generada por el interés renovado en los sistemas de salud.** Los participantes celebraron el compromiso asumido en relación con los ODM referidos a la salud, que se articula en diversas nuevas iniciativas de alcance mundial que se están desarrollando en el contexto del fortalecimiento de los sistemas de salud. Estas ayudas se hallan en consonancia con las prioridades de las organizaciones participantes. Se llegó a un acuerdo unánime acerca de la necesidad de adoptar un enfoque de “sistemas orientados a la obtención de resultados”, en virtud del cual el fortalecimiento se evalúe en función de la capacidad del mismo para generar resultados en materia de salud. Adicionalmente, el grupo reconoció la función clave de intermediación que las organizaciones de Naciones Unidas realizan a la hora de conciliar la necesidad de una obligación de rendir cuentas, con el deseo de los distintos países de dirigir sus propios procesos de desarrollo. Se puso de relieve la necesidad urgente de evaluar el rendimiento de los sistemas de salud en función de unos parámetros. Por último, debido al aumento en el número de partes interesadas, se insistió en la necesidad a escala nacional de un alineamiento más estricto en relación con una estrategia sanitaria en expansión. En este sentido, los dirigentes del ámbito de la salud se refirieron a experiencias en la práctica de programas sobre VIH y SIDA, de las que podrían derivarse enseñanzas útiles.

Medida: Los dirigentes del ámbito de la salud acordaron aplicar las iniciativas emergentes de ámbito mundial de un modo coordinado a fin de garantizar que sus organizaciones brinden apoyo efectivo a los países, ya sea mediante la financiación, la asistencia técnica o la ayuda en materia normativa. Además, la OMS y el Banco Mundial se comprometieron a acelerar la evaluación del rendimiento de los sistemas de salud en función de parámetros.

- **Reconocimiento de la función determinante de la sociedad civil y el sector privado para lograr el éxito en el futuro.** El sector privado tiene distintas funciones que desempeñar en relación con la prestación de servicios sanitarios, la financiación de la atención sanitaria y la comercialización de nuevas tecnologías. Las innovaciones –ya sean avances tecnológicos o nuevos modelos de programas tales como las microiniciativas y la financiación basada en el rendimiento– pueden contribuir a acelerar el progreso. Las organizaciones no gubernamentales cuentan con un largo historial de prestación de servicios en países en desarrollo, por lo que las experiencias acumuladas constituyen una importante fuente de aprendizaje.

Medida: Los dirigentes del ámbito de la salud manifestaron su compromiso de estimular la participación del sector privado y la sociedad civil de un modo más sistemático a medida que las labores relacionadas con los ODM en materia de salud se expanden a escala mundial, regional y nacional.

El grupo acordó supervisar los progresos relacionados con los compromisos adoptados en esta reunión.

Véanse las referencias, pág. 108.

Derechos humanos, atención sanitaria en el ámbito comunitario y supervivencia infantil

por Paul Farmer y Jim Yong Kim

Tras 20 años de experiencia en zonas rurales de Haití, iniciando en las prácticas de una atención sanitaria moderna a miles de personas que nunca habían disfrutado de ella, hemos llegado a conocer muchos de los requisitos que son necesarios para implantar con éxito programas de atención sanitaria en zonas arrasadas por la enfermedad y la pobreza. A fin de poder prestar servicios de atención primaria, junto con el tratamiento de enfermedades infecciosas, promoviendo a la vez la salud infantil y materna, los trabajadores sanitarios deben contar con la formación y la preparación adecuadas para prevenir la enfermedad y para prestar una atención sanitaria de calidad. Con la expansión reciente a Lesotho, Malawi y Rwanda, hemos podido constatar que muchas de las enseñanzas derivadas de Haití resultan aplicables a la mejora de la salud de niños, niñas y adultos de todo el mundo.

En cada uno de los lugares en los que presta servicio la Red de información sobre la salud, nuestro objetivo es hacer “cuanto sea necesario” a fin de mejorar la salud y el bienestar de aquellos a quienes servimos, que viven casi todos ellos en la pobreza. En cada uno de estos escenarios hemos aprendido que los problemas de salud no se dan de forma aislada respecto de otras necesidades básicas, como una nutrición adecuada, el abastecimiento de agua salubre y saneamiento, y la necesidad de un hogar y de una educación primaria. Hemos aprendido, asimismo, que las organizaciones no gubernamentales no pueden trabajar de forma aislada, sino que han de colaborar con los miembros de las comunidades a las que sirven y con las autoridades locales en aras de fortalecer la salud pública para que las generaciones futuras lleguen a considerar estos servicios como derechos, más que privilegios.

Este enfoque de ámbito comunitario y basado en los derechos, dirigido a promover la salud, conduce a una perspectiva clara en relación con la salud infantil

A partir de las experiencias de Haití, Lesotho, Malawi y Rwanda, la Red de información sobre la salud –en colaboración con las comunidades locales y con una amplia variedad de organizaciones aliadas, entre ellas la Fundación Clinton, los ministerios de sanidad, UNICEF y

el Centro François-Xavier Bagnoud para la Salud y los Derechos Humanos– han descrito cinco elementos clave para crear un programa completo de supervivencia infantil de ámbito comunitario.

En primer lugar, colaboramos con las autoridades sanitarias con el fin de poner en práctica las intervenciones que han demostrado ser cruciales para mejorar la supervivencia infantil. Entre ellas figuran campañas ampliadas de vacunación; la administración de vitamina A; el uso de sales de rehidratación oral para tratar las enfermedades diarreicas y programas de abastecimiento de agua salubre para prevenirlas; campañas intensivas para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH; la prevención del paludismo mediante el uso de mosquiteros, con el respaldo de una atención clínica y de ámbito comunitario; asistencia nutricional para los niños y niñas que padecen desnutrición o que corren el riesgo de padecerla, y la prestación de servicios pediátricos para los niños y niñas que caen enfermos. Actualmente colaboramos con el gobierno de Rwanda y otros aliados a fin de demostrar cómo es posible desplegar con rapidez un módulo integrado de intervenciones clave para la supervivencia infantil –entre ellas la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH– en el contexto del modelo reforzado de servicio de salud rural del gobierno. Con ayuda de la Iniciativa de aprendizaje conjunto sobre VIH y SIDA –un ejercicio multisectorial de amplio espectro realizado en colaboración con conocidos médicos, responsables de políticas y académicos– los médicos que se encargan de la ampliación de las intervenciones en materia de supervivencia infantil en los distritos rurales pueden compartir las innovaciones y los resultados a través de una red de colaboración que les permite mejorar la calidad de los servicios al tiempo que llegan a un mayor número de niños, niñas y familias en zonas que previamente carecían de servicios.

En segundo lugar, dado que la salud y el bienestar son determinantes clave de la supervivencia infantil, nuestros esfuerzos se dirigen a promover una salud materna e infantil integrada. Las labores que realizamos en pro de la infancia están vinculadas a labores que se realizan en beneficio de sus madres y otros miembros de la familia a través de los programas de planificación familiar, de atención prenatal y ginecología moderna, que forman parte de los programas de salud de la mujer y de iniciati-

La estabilidad, en términos políticos y macroeconómicos, y una presupuestación sólida son requisitos previos para la movilización de los recursos institucionales, humanos y financieros que se precisan para fortalecer los sistemas de salud y los

servicios de nutrición. Muchos de los países que se esfuerzan por conseguir los ODM, en particular en África subsahariana, no gozan de una estabilidad política ni económica. En tales circunstancias es importante movilizar todas las formas posibles

de liderazgo efectivo existentes en la sociedad, ya sea en la esfera nacional, donde se adoptan las decisiones sectoriales de largo alcance, o en las distintas esferas subnacionales (provinciales y de distrito), donde tiene lugar la interacción con las comunidades.

vas orientadas a promover la alfabetización de los adultos y la integración de la pobreza en general.

En tercer lugar, ponemos en marcha programas de prevención y control del SIDA, o fortalecemos los ya existentes. Como parte de una campaña inminente, siguiendo el método referido anteriormente, nos disponemos a poner en marcha en Rwanda una iniciativa de gran envergadura relacionada con el SIDA pediátrico, en colaboración con la Fundación Clinton y con proveedores y funcionarios de la sanidad ruandeses. La iniciativa consiste en establecer un centro nacional para la excelencia en la atención pediátrica del SIDA. A los servicios de ámbito comunitario prestados a los niños y niñas que padecen VIH y a las labores de prevención que se practican en las escuelas primarias y secundarias de las zonas rurales se sumarán unos servicios pediátricos de calidad.

En cuarto lugar, es preciso poner en marcha programas de investigación y formación operacional diseñados para mejorar la calidad de la atención dispensada a los niños y niñas de zonas rurales. Las investigaciones se centrarán en examinar las características programáticas de esfuerzos que han resultado fructíferos a la hora de prevenir la transmisión materno-infantil del VIH, en el diagnóstico y la atención de la tuberculosis pediátrica, en la función de los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario a la hora de mejorar la atención de las enfermedades pediátricas crónicas, especialmente el SIDA y la tuberculosis, en la prevención, diagnóstico y tratamiento en el hogar de enfermedades habituales como el paludismo y la diarrea, y en la valoración de la repercusión de las intervenciones sociales –entre ellas las medidas orientadas a acabar con el analfabetismo y la falta de seguridad alimenticia–, en la salud y el bienestar de los niños y niñas de todo el mundo.

En quinto lugar, trabajamos para impulsar estos esfuerzos en paralelo con aquellos orientados a promover los derechos básicos –en particular los derechos sociales y económicos– de la infancia. El Programa para la defensa de los derechos económicos y sociales de la Red de información sobre la salud (POSER, en sus siglas en inglés) permite divulgar, a través de proyectos tangibles y actividades informativas, un modelo de mitigación de la pobreza basado en los derechos, empleando el acceso a la salud como una forma de conocer y trabajar con los niños, niñas y familias más pobres de las

comunidades a las que servimos. El POSER respalda proyectos relacionados con la educación, la agricultura, la vivienda y el abastecimiento de agua, cuyo objeto es garantizar los derechos económicos de todos los niños y niñas y de todas las familias. Si ya sabemos que el hambre y la desnutrición son los causantes de millones de muertes –y lo sabemos–, debemos enfrentar el reto que supone recetar alimentos como el medicamento esencial para la inmunización y la atención pediátrica. Del mismo modo, si hay estudios que demuestran que la educación contribuye a reducir el riesgo de contraer VIH –y los hay–, debemos estar preparados para invertir en facilitar la escolarización, dado que constituye un componente poderoso y rentable de nuestro modelo para la lucha contra el VIH y otras enfermedades que afectan a las poblaciones pobres.

Sabemos que sin una estrategia completa de ámbito comunitario, los esfuerzos que se realizan para tratar a la infancia –y, consiguientemente, a sus madres, padres y hermanos– no pueden dar los resultados esperados. Trabajamos conjuntamente con los ministerios de sanidad, instituciones internacionales y otras organizaciones sin ánimo de lucro con el compromiso de acabar con la oleada de muertes y enfermedades infantiles en las zonas a las que servimos. Sabemos, gracias a la experiencia de Haití y otras experiencias posteriores en todo el mundo, que los servicios de ámbito comunitario orientados a mejorar la salud y reducir la pobreza, sumados, cuando sea necesario, a recursos clínicos de excelente calidad, constituyen la atención sanitaria de mayor calidad que actualmente hay en el mundo, y es la clave para la mejora de la supervivencia infantil.

Los doctores Paul Farmer y Jim Yong Kim son cofundadores de la Red de Información sobre la Salud, una organización internacional para la sanidad y la justicia social que opera en Haití, Lesotho, Malawi, el Perú, la Federación Rusa, Rwanda y los Estados Unidos. Paul Farmer es Profesor Titular de la Cátedra Presley de Antropología Médica y trabaja como facultativo en el Brigham and Women's Hospital de Boston. Jim Yong Kim es Presidente del Departamento de Medicina Social de la Facultad de Medicina de Harvard, Jefe de la División de Medicina Social y Desigualdades en material de Salud del Brigham and Women's Hospital, Director del Centro François-Xavier Bagnoud para la salud y los derechos humanos y ex-director del departamento de VIH/SIDA de la Organización Mundial de la Salud.

En contraste con los amplios conocimientos que se poseen acerca de las intervenciones técnicas y contextuales que se precisan para mejorar la salud materna, neonatal e infantil, es muy poco lo que se sabe acerca de cómo se suscita y se mantiene el compromi-

so político con un método orientado a la obtención de resultados en relación con la prestación de servicios sanitarios, especialmente en entornos en los que la capacidad de los sistemas sanitarios es escasa. La comunidad internacional sabe cómo organizar

programas, de lo que da fe el modo en que se establecieron, a partir de la Declaración del milenio, los ODM, que se han convertido en el parámetro de referencia para el desarrollo humano de los primeros años del milenio. Sin embargo, a medio camino de

alcanzar las metas, continúa habiendo un desfase entre intención y acción.

Los adalides y una firme capacidad de liderazgo suelen ser los aspectos capitales de una ampliación fructífera

Uno de los hallazgos más intrigantes de un estudio sobre la ampliación realizado por el Proyecto de Prioridades en el Control de Enfermedades –un esfuerzo permanente iniciado por varios de los principales especialistas en salud del mundo con el propósito de valorar las prioridades en materia de control de enfermedades– es la importancia de la función de los adalides a la hora de suscitar y mantener el compromiso y la voluntad política de llevar a cabo la ampliación de los programas de salud. Estos adalides no sólo brindan un fuerte respaldo a las iniciativas, sino que han sido capaces de lograr reunir a las distintas partes interesadas, coordinar las actividades y mantener el ímpetu de la ampliación.

La capacidad de liderazgo puede adoptar distintas formas; puede referirse a una persona, como en el caso de Fazle Hasan Abed, el fundador de BRAC, un exitoso programa de salud de ámbito comunitario que dispensa servicios de salud a millones de personas en Bangladesh; puede provenir de las más altas esferas del gobierno nacional, como en el caso de México, cuyo programa PROGRESA fue liderado por el presidente Ernesto Zedillo de León, y mantenido y ampliado por sus sucesores, Vicente Fox y Felipe Calderón; o puede provenir de iniciativas internacionales tales como el programa ampliado de inmunización, la revolución en pro de la supervivencia infantil y el programa de vigilancia del crecimiento, la terapia de rehidratación oral, la lactancia materna y la inmunización (GOBI, en sus siglas en inglés), la variedad de alianzas y programas mundiales creados para

luchar contra diversas enfermedades durante las últimas seis décadas, y más recientemente, la estrategia de atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (IMCI, en sus siglas en inglés) y la iniciativa para la supervivencia y el desarrollo acelerado del niño.

Una de las conclusiones que se derivan del examen de las pruebas y las experiencias en relación con los procesos de ampliación, es que la labor de adalid exige tiempo y compromiso. Es necesaria una inversión continuada, tanto en tiempo como en recursos, a fin de llevar a cabo la ampliación a escala de los programas de manera constante. Constituyen ejemplos ilustrativos de este compromiso el proyecto que hace 50 años se inició en Sri Lanka con el fin de crear una red sanitaria en las zonas rurales, y las campañas de administración de suplementos de micronutrientes que desde hace largo tiempo se practica en el Nepal³¹.

Encuadrar los compromisos nacionales en un marco legal facilitará la continuidad necesaria para llevar la ampliación de la atención continua más allá del tiempo que dure el ejercicio político del adalid original. Estos marcos hacen posible que el compromiso político se traduzca en una movilización de recursos y en medidas presupuestarias. Esta programación política a largo plazo exige la creación de alianzas entre el gobierno, la sociedad civil y las agencias de desarrollo a fin de mantener el impulso político, superar la resistencia al cambio y movilizar recursos. Asimismo, requerirá la implantación de mecanismos de control y rendición de cuentas para la buena marcha del sistema.

V. Una mayor armonización de las alianzas y los programas sanitarios

A lo largo de la última década, la estructura de las ayudas en materia de

salud se ha hecho cada vez más compleja, con la aparición de grandes alianzas mundiales en pro de la salud. Dependiendo de la definición que se emplee, se calcula que existen más de 100 de ellas³². Constituyen un grupo variado, con funciones que van desde la información hasta la ejecución, y difieren en su naturaleza, alcance y ámbito de actuación. La inmensa mayoría de ellas centra sus actividades en enfermedades transmisibles, en particular el SIDA, la tuberculosis y el paludismo. Algunas de estas alianzas mundiales en pro de la salud se dedican además a promover intervenciones relacionadas con la nutrición, como la lactancia materna temprana como método exclusivo de alimentación y la administración de suplementos de vitamina A, o la mejora del agua y el saneamiento. En los últimos años, la atención se ha centrado cada vez más en actividades dirigidas a alcanzar el ODM 1, cuyo fin es reducir el hambre y la pobreza a la mitad para 2015 a través de medidas como la iniciativa para poner fin al hambre y la desnutrición entre los niños, la alianza mundial para mejorar la nutrición, la iniciativa sobre micronutrientes y la iniciativa para el fortalecimiento de la harina.

Si bien existe un gran número de alianzas mundiales en pro de la salud, sólo unas cuantas tienen una repercusión considerable en la financiación para la salud, muy especialmente la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización y el Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo. Las alianzas mundiales en pro de la salud han movilizado grandes cantidades de nuevos recursos destinados a abordar importantes amenazas contra la salud, logrando que el interés político y técnico, tan necesario, se centre en las enfermedades o intervenciones prioritarias. Han infundido un impulso renovado a las ayudas para el

desarrollo, apoyando al sector privado y alentando a las alianzas comunitarias a que participen más activamente en la provisión de atención sanitaria.

La rapidez con que se crean estas nuevas instituciones de salud está dificultando su seguimiento –por no hablar ya de su gestión y coordinación– en los países en desarrollo. Además, las nuevas iniciativas pueden con frecuencia complicar las labores de armonización y coordinación que se realizan a escala mundial en apoyo de la supervivencia y la salud materna, neonatal e infantil. Dado que sus esfuerzos se centran primordialmente en alcanzar resultados rápidos, rentables y mensurables, la proliferación de alianzas mundiales en pro de la salud amenazan con afianzar aún más la naturaleza vertical de la financiación para la sanidad, al destinar cantidades elevadas de nueva financiación a programas dirigidos a enfermedades e intervenciones específicas, creando distintos compartimentos estanco de financiación y prestación, lo que deja a los gobiernos beneficiarios una escasa flexibilidad para reasignar los fondos con arreglo a sus propias prioridades o para financiar costes e inversiones relativos al sistema sanitario, tales como los salarios o los gastos de instalaciones.

Crear condiciones que favorezcan una mayor unidad en las alianzas y programas en pro de la salud

En respuesta a la proliferación de alianzas mundiales en pro de la salud se ha creado para las mismas un conjunto de principios sobre prácticas óptimas. Estos principios, que se basan en la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo, fueron ratificados por los participantes, y en la actualidad han sido adoptados por los consejos de administración de un gran número de alianzas mundiales en pro de la salud. Además, el Comité para la

ayuda al desarrollo de la OCDE ha examinado unas “Directrices sobre prácticas óptimas para la armonización de programas a escala nacional”, en respuesta a la necesidad señalada en la Declaración de París de adoptar medidas concretas y eficaces para abordar las deficiencias que afectan a la integración de los programas e iniciativas mundiales en los programas más amplios de desarrollo de los países aliados. En lo que se refiere a la buena gestión y ejecución de programas mundiales, las prácticas óptimas se refieren a las funciones interrelacionadas de las partes financiadoras (donantes bilaterales, instituciones multilaterales y fundaciones privadas), los países aliados y los programas mundiales.

Los programas mundiales en materia de salud, ya consistan en alianzas o en medidas individuales por parte de organizaciones y de donantes concretos, se han convertido en una importante herramienta de ayuda al desarrollo, debido al rápido incremento de los niveles de financiación procedente de instituciones multilaterales y fundaciones privadas para la prestación de servicios a escala nacional. Estos programas, que además gozan de un firme apoyo público, llaman la atención internacional sobre cuestiones de importancia mundial, estimulan la innovación y la diseminación de prácticas óptimas y aportan financiación procedente de fondos comunes de donantes múltiples (armonización en las primeras etapas).

Los principios de la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda –que se centran en el control nacional, en la armonización y alineación y en la obligación recíproca de rendir cuentas– se aplican tanto a programas mundiales como nacionales. Los estudios de países confirman que los problemas en la ejecución son simila-

res en ambos casos, pero que muchos programas mundiales se enfrentan a retos específicos. Entre ellos se incluye la falta de representación sobre el terreno, con la consiguiente ausencia de las labores de armonización del donante, la falta de coherencia respecto de las prioridades y presupuestos del gobierno, la existencia de mecanismos paralelos de coordinación y aplicación, y la fuerza de atracción centrífuga que arrastra recursos humanos y financieros en detrimento de los programas nacionales relacionados.

Las prácticas óptimas se basan en los principios e indicadores relacionados contemplados en la Declaración de París, que aplican y amplían a fin de reflejar la instancia específica de los programas mundiales. Su finalidad fundamental es mejorar la eficacia de los programas mundiales –actuales o en proyecto– que proporcionan una financiación considerable a escala mundial. No obstante, algunas de las prácticas óptimas, en particular las referidas a la selectividad y buena gestión de los asuntos públicos, tienen implicaciones para los programas mundiales en general.

Se está instando a las partes financieras, países aliados, programas mundiales y donantes particulares a que apliquen las directrices a modo de prueba. El seguimiento de una aplicación experimental de prácticas óptimas va a llevarse a cabo en el contexto del empleo de la salud como sector indicativo en la supervisión de la aplicación de la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo. Se informará de los resultados obtenidos en el Foro de alto nivel sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo que se celebrará en Accra, Ghana, en septiembre de 2008.



RESUMEN

Los Objetivos de Desarrollo del

Milenio no son una serie de metas utópicas, sino el resultado de un laborioso proceso de cálculos y cavilaciones por parte de algunos de los más importantes políticos, expertos en desarrollo, economistas y científicos del mundo, y actualmente representan la mayor esperanza con que cuenta el mundo para impulsar el progreso humano.

El logro de los objetivos dará como resultado el que cientos de millones de niños, niñas, hombres y mujeres dejen de pasar hambre, tengan acceso a agua potable y a un saneamiento básico, puedan recibir una educación y disfruten

de las mismas ventajas y oportunidades económicas y políticas de que otros disponen. Pese a que muchos países y regiones van con retraso, todos los objetivos pueden alcanzarse en el tiempo que queda si se aplican a ello la voluntad política, las estrategias y los recursos necesarios.

¿Puede estimularse la voluntad política? ¿Pueden concentrarse los marcos de actuación, las intervenciones y los recursos en un único impulso dirigido a alcanzar, a tiempo y por completo, los ODM? La respuesta en breve es sí, pero sólo si los gobiernos, donantes y demás partes interesadas se unen por la causa de la supervivencia

Alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio exigirá actuaciones comunes y alianzas en apoyo de la supervivencia y la salud materna, neonatal e infantil. *Niños y niñas esperan su turno en un centro de vacunación de Bangladesh.*

infantil y se comprometen a garantizar que los ODM relativos a la salud se cumplan.

El reto reside en acabar con el cinismo y el aletargamiento, dejando a un lado las promesas rotas del pasado. Al final, no hay cometido más importante ni recompensa más gratificante que salvar una vida infantil.

Unidos en pro de la supervivencia infantil

El mundo no será un lugar perfecto aunque se logren los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La pobreza continuará existiendo. Los niños y niñas y sus madres continuarán muriendo de forma innecesaria, y el medio ambiente continuará exigiendo nuestra atención. No obstante, según las estimaciones del Proyecto del Milenio, el órgano independiente de asesoramiento que presentó las recomendaciones para alcanzar los ODM en la Cumbre Mundial de 2005, alcanzar los objetivos significará que se habrán salvado las vidas de hasta 30 millones de niños y niñas y 2 millones de madres. Más de 300 millones de personas dejarán de pasar hambre. Cientos de millones de personas tendrán acceso a agua potable y a instalaciones de saneamiento básico. Millones de niños y niñas más podrán asistir a la escuela, y millones de mujeres más disfrutarán de oportunidades económicas y políticas¹.

Los ODM no son producto de las ensoñaciones de un grupo de utopistas. Son el resultado de un laborioso proceso de cálculos y cavilaciones por parte de algunos de los más importantes políticos, expertos en desarrollo, economistas y científicos del mundo, y actualmente representan la mayor esperanza con que cuenta la humanidad para orientar el curso del

devenir mundial por caminos más sostenibles. Se trata de objetivos que son *alcanzables* y que se hallan dentro del ámbito de lo posible, si se aplican a ello la voluntad política y las estrategias y recursos necesarios. El primer paso fundamental es tomar la decisión de alcanzar los objetivos. Una vez hecho esto, la mayor parte de las actuaciones adicionales necesarias para alcanzar los ODM relativos a la salud –mencionados más adelante– pueden realizarse con éxito dentro del contexto de los enfoques ya existentes en materia de salud materna, neonatal e infantil.

¿Puede impulsarse esta voluntad política? ¿Pueden concentrarse los marcos de actuación, las intervenciones y los recursos en un único impulso dirigido a alcanzar, a tiempo y por completo, los ODM? *El Estado Mundial de la Infancia 2008* destaca seis actuaciones cruciales a gran escala que requieren urgentemente un compromiso común de intensificar los esfuerzos en pro de la supervivencia materna, neonatal e infantil y de realizar los derechos de las mujeres y la infancia a la salud y el bienestar. Son los siguientes:

- Trabajar en pro de la creación de un entorno favorable a la supervivencia y la salud materna, neonatal e infantil.

- Crear y fortalecer mecanismos de atención sanitaria continua a lo largo del tiempo y del espacio.
- Ampliar los conjuntos de servicios básicos fortaleciendo los servicios sanitarios y las alianzas en las comunidades.
- Ampliar las bases de datos, investigativas y empíricas.
- Aprovechar los recursos en beneficio de las madres, los recién nacidos y la infancia.
- Hacer de la supervivencia materna, neonatal e infantil un imperativo a escala mundial.

Crear un entorno favorable a la salud y a la supervivencia infantil

Si bien el *Estado mundial de la infancia 2008* se centra principalmente en intervenciones y enfoques de eficacia demostrada para salvar vidas infantiles, se precisan otros cambios sistémicos y de mayor alcance. La prestación de una atención sanitaria de calidad a mujeres, niños y niñas necesariamente ha de ir acompañada de un entorno en el que puedan sobrevivir y prosperar. El requisito más obvio es la ausencia de conflictos armados. La paz y la seguridad son imprescindibles para



© UNICEF/HQ05-1173/Roger LeMoyné

Los entornos saludables y seguros constituyen condiciones vitales para la supervivencia y el bienestar de las madres y su prole. Una mujer recibe un diploma tras finalizar un curso sobre educación infantil. Turquía.

nueva crisis, ya sea la explosión de una mina o la posibilidad de sufrir una agresión sexual por parte de un pariente o un amigo de la familia, puede ser casi tan traumático y desestabilizador como el hecho en sí. El reconocimiento del derecho de los niños y niñas a un entorno de protección es básico para evitar los actos de violencia contra ellos, por lo que ha de venir acompañado de la legislación adecuada y de su consiguiente cumplimiento.

La igualdad constituye otro aspecto crítico de un entorno de protección para la infancia. En demasiados países, el hecho de ser pobre invariablemente conlleva la marginación y la falta de atención por parte del sistema sanitario. Otros se ven excluidos de servicios y prácticas esenciales por razones de género, de incapacidad, o debido a su raza u origen étnico. Resulta imperativo garantizar que los sistemas sanitarios y los programas de supervivencia materna e infantil se basen en los derechos fundamentales, así como procurar rectificar estas desigualdades. Además, a fin de llegar a aquellos que actualmente quedan excluidos, los programas de atención sanitaria deberán integrarse en estrategias que aborden las causas subyacentes y los efectos de la marginación y la exclusión social.

Una mejora sostenible de la salud de las mujeres y la infancia exigirá asimismo una mayor igualdad entre los géneros y la potenciación de las mujeres. Con independencia de qué servicios se presten o cómo se presten, muchos niños y niñas quedarán excluidos en tanto que las mujeres no gocen de un mayor poder de decisión dentro del hogar. Numerosos estudios confirman cuán importante y positivo es para el bienestar de las mujeres el disfrutar de oportunidades educativas y económicas, que a su vez se traducen en un mejor cuidado y en mejores

la eficacia de los programas sanitarios, ya se trate de servicios prestados en instalaciones concretas, de servicios periféricos o de alianzas comunitarias. Si no pueden hallarse vías para la resolución del conflicto, será de vital importancia llegar a los niños, niñas y familias que queden atrapados en estas situaciones de emergencia complejas. Si bien en la práctica aún no se ha incorporado al derecho internacional la noción de la infancia como “zona de paz”, en las últimas décadas países tan diversos como el Afganistán, Angola, el Líbano, la República Democrática del Congo, el Salvador, Somalia, Sri

Lanka y el Sudán han declarado “días de tranquilidad” en los que los combates se paralizan para que los trabajadores sanitarios puedan administrar vacunas².

Igualmente importante es que los niños y niñas disfruten de una sensación de seguridad interior, la cual puede verse perturbada por un conflicto armado, por un alto grado de violencia en su comunidad o por el hecho de vivir en un hogar donde hay hostilidad. Los recién nacidos y los niños y niñas de corta edad son extremadamente sensibles al entorno que les rodea. El temor ante una eventual

oportunidades de supervivencia para su progeñe.

Crear y fortalecer mecanismos de atención sanitaria continua, ampliándolos a todas las regiones posibles

La vulnerabilidad de los niños y niñas es mayor en el momento del parto y durante los primeros días de vida. La atención sanitaria es por tanto crucial durante el embarazo, en el alumbramiento y en la fase neonatal. La atención sanitaria continua debería prolongarse durante los primeros meses y años de vida mediante la prestación de conjuntos de servicios básicos, tanto a las madres como a sus hijos, en los momentos clave del ciclo vital. Un enfoque basado en el ciclo vital implicará que la atención sanitaria vaya acompañada de servicios de educación, información, potenciación y salud reproductiva para las adolescentes –dado que muchas de ellas se convertirán también en madres: en 2005 alrededor del 13% de los bebés nacieron de madres en edades comprendidas entre los 15 y los 19 años³–, que habrán de proseguir hasta su ingreso en la edad adulta. Para que estos servicios de atención sanitaria continua resulten efectivos, deberán forjarse unos vínculos estrechos entre los hogares, las comunidades y los servicios de información y atención sanitaria de calidad prestados por los centros de atención primaria, que a su vez habrán de mantener una relación estrecha con el hospital principal de la zona. La creación de estos vínculos a menudo resulta en un mayor aprovechamiento de los servicios. Asimismo, una red extensa implica una menor probabilidad de que haya mujeres, niños y niñas que queden excluidos.

Es en el hogar y en la comunidad donde se aprende cómo y cuándo buscar atención médica, y donde se aprenden y refuerzan las prácticas de cuidado infantil. Estas prácticas con

frecuencia se introducen con ocasión de las visitas que las mujeres realizan a los centros de salud durante el embarazo, que a menudo constituyen el primer contacto de muchas de ellas con un sistema institucionalizado de salud. La atención prenatal es importante porque ayuda a las mujeres a cobrar conciencia de los posibles riesgos y a adoptar las medidas necesarias para un embarazo seguro. En caso de no haber un centro sanitario en las cercanías, deberán prestarse servicios ambulatorios a través del personal del principal centro de la zona y los centros periféricos. Por lo general, estos servicios consisten en una combinación de prácticas de atención sanitaria prenatal, postnatal e infantil.

Al encabezar el sistema sanitario que sirve a comunidades y hogares, los hospitales principales habrán de contar con el personal adecuado y estar equipados para abordar cualquier complicación que pudiera surgir durante un parto. En cuanto a la atención primaria, tantos los centros como el personal deberían contar con la preparación necesaria para atender partos sin complicaciones y para dispensar servicios ginecológicos básicos de emergencia y de atención inmediata al recién nacido, en especial servicios de reanimación⁴.

Ampliar los conjuntos de servicios básicos fortaleciendo los sistemas de salud y las alianzas en las comunidades

Los sistemas sanitarios de muchos de los países más pobres son frágiles, operan de manera fragmentada y se ven afectados por una multitud de problemas, que van desde una carencia importante de personal cualificado, financiación, equipamiento y suministros a una incapacidad para generar y emplear información. De medio a largo plazo, el método más seguro para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio consiste en

fortalecer los sistemas nacionales de salud. En el ámbito de la atención primaria, las alianzas en las comunidades pueden resultar eficaces a la hora de ampliar los servicios a las zonas de difícil acceso de un país, así como para fortalecer sus sistemas de salud. Tal como muestra este informe, cada vez son más las pruebas que apuntan a que los conjuntos de medidas pueden dispensarse de manera eficaz a escala comunitaria a lo largo de todo el ciclo vital. Por añadidura, el hecho de facultar individualmente a las personas para que asuman cierto grado de responsabilidad por su propia salud, y la de sus familias, puede tener un efecto profundo y duradero en su desarrollo.

Los medios de comunicación pueden ser de gran ayuda a la hora de difundir entre los miembros de una comunidad la información que precisan para efectuar cambios en sus vidas, dado que cuentan con la posibilidad de divulgar mensajes clave en materia de salud a bajo coste. Además, pueden contratarse los servicios de organizaciones civiles especializadas en estrategias participativas para que, siguiendo unas líneas de orientación adecuadas y bajo una vigilancia minuciosa, promuevan determinados aspectos relativos a la supervivencia y la salud infantil. La responsabilidad de movilizar a las comunidades no tiene por qué recaer únicamente en los ministerios de sanidad, por lo general desbordados; de hecho, los gobiernos locales y las agencias para el desarrollo de la mujer, en colaboración con otras organizaciones femeninas y dirigentes de la sociedad civil, pueden desempeñar un papel fundamental si se incorporan al proceso desde un principio.

Los programas para la supervivencia infantil en uso actualmente se centran en soluciones rudimentarias; sin embargo, las tecnologías de vanguar-



© UNICEF/H006-2402/Susan Markisz

Un enfoque integrado en relación con el desarrollo de los sistemas de salud resulta fundamental para impulsar la supervivencia y la salud infantil. Esta familia participa en el programa *Trío por la Vida*, dirigido a promover la inscripción de los nacimientos, la lactancia materna y la inmunización. Venezuela.

dia podrían ayudar enormemente a alcanzar lo que ahora resulta difícil. Por ejemplo, se han creado unas sencillas herramientas para detectar el paludismo y el VIH y para analizar la calidad del agua. Con una formación mínima, estas pruebas podrían emplearse incluso en los centros de atención sanitaria más básicos. Gracias a la biotecnología se están creando vacunas recombinadas más seguras y se está investigando con vacunas que no requieren refrigeración y que pueden administrarse mediante parches cutáneos, gotas nasales u otros medios distintos de las inyecciones. De lograrse, ambos descubrimientos podrían tener repercusiones enormes a la hora de ampliar los servicios de inmunización⁵.

Si bien su aplicación a este ámbito se halla aún en su fase incipiente, la tec-

nología de la información podría desempeñar también un papel importante en la supervivencia infantil y la salud de los países en desarrollo. El uso creciente del teléfono móvil, el correo electrónico e Internet han hecho posible que la cibermedicina y la telemedicina lleguen a personas que viven en zonas remotas, y podrían aplicarse de forma aún más extensa. Además, estos medios permiten al personal sanitario conectarse más fácilmente con los centros de atención primaria y, de ser necesario, con los departamentos y centros de consulta de los hospitales⁶.

Ampliar la base empírica

Comprender un problema constituye a menudo la mitad de la solución. Si bien, a grandes rasgos, la situación de la infancia en el mundo se halla claramente definida, los aspectos

concretos a veces resultan imprecisos. La escasez de estadísticas fiables respecto de muchos países supone un obstáculo para los responsables de formulaciones políticas a la hora de establecer prioridades, calibrar la eficacia de los programas o supervisar el progreso de los mismos. Incluso los sistemas de registro de datos vitales –que registran los acontecimientos clave en la vida, como el nacimiento y la defunción– en ocasiones abarcan sólo algunas zonas del país. El registro del nacimiento, en particular, resulta fundamental para la protección de los derechos de la infancia, así como generar datos precisos sobre la población de un país (véase el capítulo 1, pág. 22).

La precisión de la información y del análisis situacional sobre el estado de la salud, la nutrición, el agua, la

higiene y el VIH y el SIDA entre los niños y niñas del mundo, es fundamental para formular estrategias que permitan ampliar las alianzas comunitarias, la atención continua y los sistemas de salud en función de las necesidades. La base que se emplea para la disseminación de datos, la valoración de resultados y la planificación de estrategias proviene de recursos muy variados, entre los que se incluyen las encuestas agrupadas de indicadores múltiples; los informes estadísticos, como la serie de balances *Progreso para la Infancia*, elaborados por UNICEF; las publicaciones de *The Lancet*, que tratan sobre la supervivencia infantil, neonatal y materna; y las publicaciones en las que se evalúan los logros alcanzados en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, elaborados por Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, entre otros. Estas iniciativas constituyen un complemento a los esfuerzos realizados por distintos países de todo el mundo desarrollado

con vistas a generar, analizar y disseminar información y datos clave referidos a los insumos y a los resultados obtenidos en relación con la salud materna, neonatal e infantil.

A medida que la exigencia de rendir cuentas aumenta como resultado de los ODM y de las nuevas iniciativas mundiales en materia de salud, la necesidad de una base empírica bien fundada resulta imprescindible. Aunque la información existente es más que suficiente para promover la acción, también es cierto que sigue siendo necesario investigar y valorar de forma más rigurosa qué es lo que da resultado, así como fomentar el intercambio sistemático de las prácticas óptimas y de la nueva información.

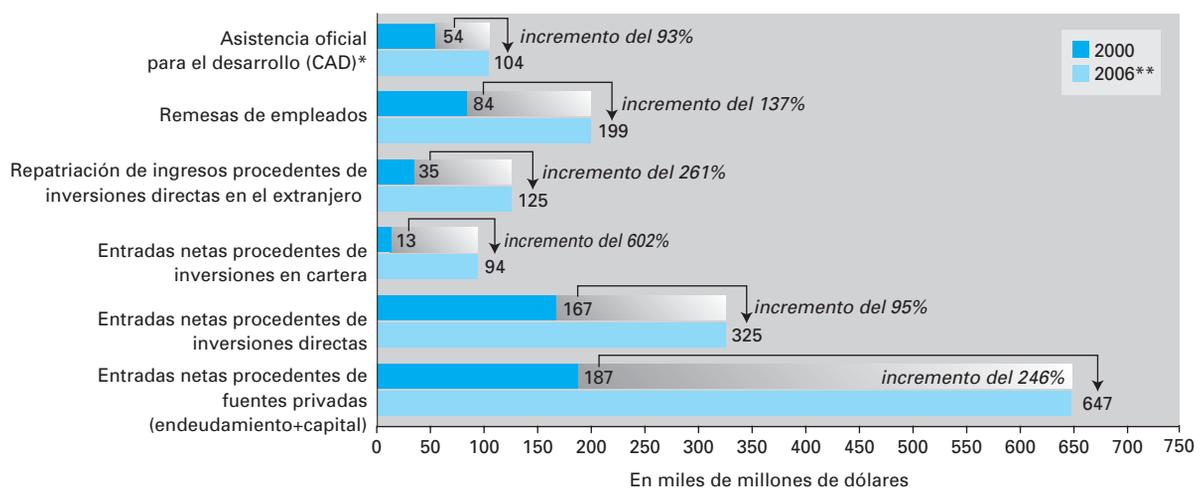
Aprovechar los recursos en beneficio de las madres, los recién nacidos y los niños

Es un hecho sobradamente reconocido que para alcanzar los ODM, los países más pobres, además de movilizar sus propios recursos domésticos,

precisarán de ayudas importantes por parte de las naciones más ricas. Según los cálculos del Proyecto del Milenio, el total de asistencia oficial para el desarrollo necesaria para alcanzar los ODM era de 135.000 millones de dólares para 2006, aunque el total de ayudas recaudadas en 2006 fue de 104.000 millones de dólares (*véase el gráfico 5.1*)⁷. De continuar esta tendencia, es probable que la asistencia oficial para el desarrollo llegue a alcanzar los 200.000 millones de dólares para 2015. Esta cifra equivale a cerca del 0,5% de PIB de los países donantes (el 0,44% en 2006 y el 0,54 % en 2015, respectivamente). Si se toman en cuenta costes adicionales –por ejemplo, fondos destinados a proyectos de infraestructura a gran escala, a proyectos relacionados con la adaptación al cambio climático o de reconstrucción después de un conflicto–, el objetivo de recaudación se acercaría más a un 0,7% del PIB de los países donantes. La ironía es que este importe es perfectamente factible en el contexto de los compromisos asumidos hasta ahora por los países

Gráfico 5.1

Corrientes financieras específicas hacia los países en desarrollo



* Se refiere a la asistencia pública para el desarrollo aportada por los miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE (CAD).

**Cálculo aproximado.

Fuente: Banco Mundial, *Global Development Finance 2007: The globalization of corporate finance in developing countries*, Washington, D.C., 2007, págs. 37, 55.

donantes. Hace ya más de 35 años, los países industrializados prometieron destinar el 0,7% de su PIB a la asistencia pública para el desarrollo⁸. En 2002, el objetivo de 0,7% fue ratificado por todos los países que participaron en el Consenso de Monterrey.

¿Cuál es la situación, pues? Dieciséis de los 22 países miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE alcanzaron los objetivos de asistencia pública para el desarrollo fijados en Monterrey; pero los seis países restantes aún tienen que hacer frente a sus compromisos⁹.

Evidentemente, las necesidades de los países que buscan alcanzar los ODM son distintas. UNICEF, basándose en las pruebas más fiables disponibles, está creando en la actualidad una lista específica para cada país de las posibles opciones políticas destinadas a alcanzar los ODM relativos a la

Fortalecer los mecanismos de recogida y vigilancia de datos para la toma de decisiones de salud pública

"No es que los países pobres no puedan permitirse contar con una información sanitaria adecuada; es más bien que no pueden permitirse prescindir de ella porque son pobres." – Red de la Métrica de la Salud, Organización Mundial de la Salud

Una información sólida es fundamental para la toma de decisiones en materia de salud pública y la elaboración de políticas, programas, presupuestos y evaluaciones, además de constituir la base para la rendición de cuentas por parte de los gobiernos en relación con sus compromisos y frente a sus ciudadanos. No obstante, en muchos países en desarrollo la falta de inversión en sistemas de información sanitaria ha dado lugar a deficiencias en la recogida, la diseminación y el análisis de datos. Los retos sanitarios van en aumento y la fecha límite para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio está cada vez más cerca; en consecuencia, satisfacer la necesidad de una información sólida se convierte en un imperativo.

Antes de mediados de los años 1990, las deficiencias críticas de información impedían realizar análisis eficaces y precisos sobre los que basar las decisiones en materia de salud pública. Por ejemplo, sólo 38 países en desarrollo contaban con datos que revelaran si los índices de desnutrición en la infancia habían disminuido o aumentado (lo que constituye un indicador básico de la salud y el bienestar infantil). Con el fin de ayudar a compensar estas importantes deficiencias de información y facilitar el seguimiento de los objetivos de la Cumbre Mundial para la Infancia de 1990, UNICEF puso en marcha, en 1995, las encuestas agrupadas de indicadores múltiples (MICS, en sus siglas en inglés). Las MICS están diseñadas para recabar datos cuantitativos en relación con una amplia variedad de aspectos, como la salud, la nutrición, el VIH y el SIDA y la salud materna.

Desde 1995 se han practicado cerca de 200 MICS en 100 países y regiones. La última ronda de encuestas llevada a cabo en más de 50 países entre 2005 y 2006, arroja datos relativos a 21 de los 53 subindicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Junto con las Encuestas de Demografía y Salud (una iniciativa complementaria auspiciada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) empleada para la armo-

nización de datos), las MICS constituyen la mayor fuente individual de información para la vigilancia de los ODM.

La supervisión de los progresos alcanzados en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio ha impulsado también la formación de una serie de grupos interinstitucionales cuyo objeto es abordar cuestiones concretas de índole tecnológica y técnica, como la normalización de indicadores y herramientas de vigilancia, el fortalecimiento de la capacidad estadística a escala nacional, la elaboración de presupuestos conjuntos y la armonización de las labores de vigilancia entre los aliados. El trabajo de estos grupos se concentra en aspectos como la mortalidad de los niños y niñas menores de cinco años, el abastecimiento de agua y saneamiento, la protección de la infancia, la educación, el VIH y el SIDA y la salud materna.

Existe asimismo una necesidad urgente de mejorar el conjunto de los sistemas de datos a escala nacional, a fin de que puedan generar una información más fiable, sólida y actualizada que sirva como base para la toma de decisiones en materia de salud pública. Es un esfuerzo a largo plazo, y la Organización Mundial de la Salud y la Red de la Métrica de la Salud, entre otros, están colaborando estrechamente con determinados países y participando en otras iniciativas destinadas a mejorar los sistemas de información sobre salud. El objetivo concreto es crear un sistema integral que englobe todos los múltiples subsistemas y fuentes de datos que, sumados, contribuyen a generar la información en materia de salud: encuestas, registros vitales, censos, datos sobre la vigilancia y respuesta ante las enfermedades transmisibles, sobre la gestión de la sanidad, datos económicos y datos sobre la localización de recursos. La creación de un sistema de esta naturaleza exigiría un mayor grado de coordinación y cooperación entre los países y los aliados internacionales, que deberían aunar sus esfuerzos sobre la base de un plan armonizado orientado a la creación de un sistema unificado. En consecuencia, este sistema integral de datos reduciría la duplicación, la fragmentación y el solapamiento en la recogida y difusión de datos.

Véanse las referencias, pág. 108.

salud infantil. Asimismo, está ayudando a los países a detectar y corregir las deficiencias en la asistencia económica.

En África subsahariana, donde la situación de los niños y niñas es desesperada, UNICEF, la OMS y el Banco Mundial colaboraron en 2006 en un estudio sobre cuánto podría costar reducir la mortalidad infantil en la zona (*véase el recuadro, capítulo 4, pág. 78*). Aumentando las intervenciones existentes que se mencionan en este informe, las muertes de niños y niñas menores de 5 años podrían reducirse en un 35% para 2009, a un coste adicional de aproximadamente 2,50 dólares por persona (lo que equivale a cerca de 800 dólares por cada vida salvada). Para alcanzar por completo el ODM 4 –la reducción de la mortalidad de niños y niñas menores de 5 años en dos terceras partes para 2015– sería necesario reforzar aún más los sistemas de salud africanos, además de incorporar nuevas intervenciones tales como vacunas contra las infecciones rotavirales y por neumococo. El resultado del estudio es que es totalmente factible salvar las vidas de más de 5 millones de niños y niñas y de casi 200.000 madres al año. ¿Cuánto costaría salvar estas vidas? Tan sólo 10 dólares por persona (lo que equivale a menos de 2.000 dólares por cada vida salvada)¹⁰.

En la Cumbre de los G8 de 2005, celebrada en Gleneagles, Escocia, los principales países industrializados se comprometieron a duplicar el volumen de las ayudas a África para 2010. Sin embargo, muy entrado ya 2007, los avances en este sentido han sido escasos¹¹. Los propios países africanos son los primeros en incumplir sus compromisos para con su población infantil. En la Declaración de Abuja, adoptada en la cumbre especial sobre el SIDA celebrada en

© UNICEF/HO00-0001/Giacomo Pirozzi



Las formación de alianzas y la renovación de los compromisos asumidos por todas las partes interesadas son imprescindibles a fin de satisfacer las necesidades sanitarias de todas las madres, los recién nacidos y los niños. *Un trabajador sanitario habla con una madre acerca de la inmunización. República Unida de Tanzania.*

2001 por la Organización de la Unidad Africana, los dirigentes africanos incluyeron el compromiso de asignar el 15% de sus recursos nacionales a la salud. Sin embargo, seis años después sólo unos pocos países han logrado cumplir esta promesa¹².

Existen los recursos suficientes para alcanzar los ODM relativos a la salud. En el mundo hay más riqueza que nunca. Los flujos económicos hacia los países en desarrollo han llegado a niveles máximos en lo que se refiere a las entradas procedentes de fuentes privadas de endeudamiento, las inversiones directas en el extranjero, inversiones en cartera y remesas monetarias. No obstante, aunque la asistencia pública para el desarrollo se ha duplicado desde el año 2000, este aumento sigue siendo ligeramente inferior al registrado por otros flujos financieros (*véase el gráfico 5.1, pág. 99*). Los donantes aún tienen que cumplir con sus promesas de incrementar la ayuda a África, para

lo cual necesitarán intensificar sensiblemente los esfuerzos en los años venideros.

Hacer de la supervivencia materna, neonatal e infantil un imperativo mundial

Muchos han oído el clamor en favor de la supervivencia infantil y materna. Desde los primeros tiempos de la revolución en pro de la supervivencia infantil, las alianzas mundiales para la salud, a menudo financiadas por fuentes privadas, han proliferado, dando un nuevo impulso a este ámbito. Entre estas alianzas figuran, por ejemplo, la Alianza Mundial para la Mejora de la Nutrición, la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI, en sus siglas en inglés), la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, la Iniciativa para hacer Retroceder el Paludismo y el Programa Especial para la investigación y formación en materia de enfermedades tropicales.

Al otro lado de la estera: unidos en pro de la supervivencia y la salud materna, neonatal e infantil

por Melinda French Gates, Copresidenta de la Fundación Bill y Melinda Gates

Cuando Bill y yo nos encontramos con personas de los países en desarrollo que visitamos, resulta fácil ver lo que tenemos en común con ellos, a pesar de que nuestras circunstancias sean distintas. Al igual que nosotros, tienen sueños para el futuro. Tienen padres y madres que les quieren, e hijos e hijas que les necesitan. Poseen inquietudes intelectuales, espíritu empresarial y la determinación de construir una vida mejor para sí mismos y para su prole.

Las madres me conmueven de manera especial. Me invitan a sus casas y nos sentamos en el suelo, normalmente una a cada lado de una pequeña estera, y conversamos. Como yo también tengo hijos pequeños, intento ponerme en su situación. ¿Qué desearía yo para mis hijos?

Si yo fuera una mujer embarazada de Bangladesh, querría que un profesional sanitario bien preparado me ayudara a dar a luz sin complicaciones. Si fuese una joven madre de la India, querría que se me informara que la lactancia es preferible a los alimentos preparados porque constituye el mejor medio de proteger a mi bebé contra el cólera. Si fuera una madre de Malawi y mi hija estuviera enferma con diarrea, desearía que pudieran administrarle los electrolitos que necesita antes de que sea demasiado tarde.

Esas serían mis esperanzas, mis sueños, mis deseos. Sin embargo, para muchas de ellas no constituyen la realidad de su vida cotidiana. Muy al contrario, la realidad es ésta: en 2006 murieron 9,7 millones de niños y niñas antes de cumplir los cinco años, la mayoría de ellos por causas fáciles de prevenir o tratar.

En algunos de los países que he visitado, las madres esperan varias semanas o incluso meses antes de dar un nombre a sus bebés porque no quieren encariñarse con ellos: la probabilidad de que mueran durante esas primeras semanas de vida es demasiado elevada. Cuando oigo esos relatos, de golpe me doy cuenta de que estoy en el otro lado de la estera. ¿Cómo puede una tragedia así ser tan habitual en los países en desarrollo?

En mi lado de la estera, cuando mis hijos caen enfermos tienen antibióticos; al otro lado de la estera, el que sus hijos enfermen puede significar una sentencia de muerte. Los que tenemos la suerte de vivir en países ricos deberíamos intentar situarnos al otro lado de la estera.

Afortunadamente las cosas comienzan a cambiar. Los gobiernos de todo el mundo cada vez están haciendo más en pro de la salud infantil. Los esfuerzos que se realizan para tratar y prevenir las enfermedades más devastadoras del mundo están contribuyendo a mejorar las vidas de millones de niños y niñas.

Para que esta tendencia continúe, debemos recordar que estas madres aman a sus hijos e hijas tanto como nosotros a los nuestros. Debemos darnos cuenta de que estos niños y niñas poseen un potencial ilimitado, y hemos de ayudarles a que lo realicen consiguiendo que cada vez sean más los gobiernos, las empresas y las personas que participan en la tarea de unirse en pro de la supervivencia y la salud materna, neonatal e infantil. Cuando hagamos esto, todas las madres tendrán la oportunidad de ver cómo sus hijos e hijas crecen felices y fuertes, y todos los niños y niñas tendrán la oportunidad de hacer realidad sus sueños.

Como resultado de éstas y otras alianzas, la atención pública se ha centrado como nunca antes en los problemas que afectan a la salud mundial. Las labores de investigación y desarrollo que se realizan bajo sus auspicios comienzan a dar sus frutos, con 25 medicamentos, 8 microbicidas y 50 vacunas en proyecto, destinados a combatir enfermedades que principalmente afectan a las poblaciones pobres. Algunas de estas alianzas han resultado notablemente eficaces como medio para proveer a las comunidades –gratuitamente o a

precio reducido– de medicamentos y vacunas de calidad garantizada. Otras dedican sus esfuerzos a mejorar las políticas nacionales y a colaborar en reformas institucionales. Y algunas otras colaboran en la creación de normas y medidas en relación con los protocolos de tratamiento¹³.

No obstante, se ha señalado también que las alianzas mundiales, en su determinación inmovible por obtener resultados, a menudo se centran más en los donantes y productos que en los países y las personas. Asimismo, el hecho de

que con frecuencia los esfuerzos se dediquen a enfermedades concretas, en ocasiones ha dado como resultado una excesiva dependencia de las intervenciones verticales en detrimento de la integración de los servicios y del fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud¹⁴. El mensaje difundido ampliamente –y del que se está cobrando conciencia– es que los países en desarrollo deben tomar la delantera y asumir el mando de las soluciones a sus problemas de salud. Esto exigirá una mayor armonización y alineación con sus propias prioridades, sistemas y procedimientos. De

hecho, esta es la posición adoptada en la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda, de marzo de 2005, que aporta un marco de actuación mediante el cual las alianzas entre los donantes y los países participantes puedan aprovechar su potencial al máximo.

¿En qué situación se encuentra pues el mundo, justo cuando nos hallamos a mitad del trayecto de la fecha límite fijada para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio? En su conjunto, la mitad de las regiones del mundo están camino de alcanzar el ODM 4 y reducir los índices de mortalidad infantil en dos terceras partes entre 1990 y 2015. Esto es sin duda un panorama sin precedentes, reflejo de los avances logrados en materia de salud materna e infantil durante el siglo pasado, así como del compromiso asumido por los donantes y los gobiernos nacionales de unirse para garantizar que los niños y niñas puedan crecer y avanzar.

Muchos países y regiones en desarrollo han conseguido grandes avances en lo que se refiere a la reducción de la mortalidad infantil, y algunos pocos han logrado reducir los índices de mortalidad a niveles cercanos a los de algunos países industrializados pese a que su nivel de renta per cápita es inferior. En tres regiones –América Latina y el Caribe, Asia Oriental y Pacífico y Europa Central y Oriental y la Comunidad de Estados Independientes– la mortalidad infantil se ha reducido de forma notable desde 1960, pese a los brotes de inestabilidad económica. Este éxito constituye una fuente de esperanza que nos permite creer que los índices de mortalidad infantil continuarán descendiendo en todo el mundo a un ritmo cada vez más rápido, si logran hallarse los medios de mejorar el acceso a una atención sanitaria de calidad para las madres, los recién

nacidos y los niños y niñas de los países en desarrollo.

El reto consiste en ampliar los progresos que, en particular durante los últimos años, se han alcanzado en los países en desarrollo en lo que se refiere a las intervenciones preventivas practicadas a través de servicios periféricos. La ampliación de las intervenciones realizadas por los servicios periféricos –en especial la ampliación de los programas de inmunización, una mejor distribución de mosquiteros tratados con insecticida, una distribución más profusa de terapias de rehidratación oral y de programas de administración de suplementos de vitamina A– ha resultado en un aumento del haber en el balance general relativo a la salud materna e infantil. El análisis de estos resultados, junto con el aumento de la frecuencia en la recogida de datos, permite prever una importante tendencia positiva durante los próximos años en relación con la supervivencia materna e infantil.

Sin perjuicio de las múltiples iniciativas, programas y políticas que han proliferado desde el primer año del nuevo milenio, la oportunidad de reducir el número de muertes entre la infancia nunca se ha visto tan clara. Está claro lo que hay que hacer para progresar en el ámbito de la supervivencia infantil. Cuándo ha de hacerse y quién ha de participar también está claro. Y lo más claro de todo es la necesidad de mantenerse *unidos* –tanto de palabra como de hecho– a fin de garantizar el derecho de las madres, los recién nacidos y los niños y niñas a una atención básica sanitaria de calidad.

El reto reside por tanto en acabar con el cinismo y el aletargamiento, dejando a un lado las promesas rotas del pasado. A mitad de camino entre la inauguración de los ODM,

en 2000, y la fecha límite propuesta para alcanzarlos, en 2015, se ha avanzado ya mucho. Los cimientos para la acción –información, inversión, evaluación– ya están tendidos y afianzados. Es el momento de dedicarse de lleno, con energías renovadas y una visión más certera, a la causa de la supervivencia y la salud materna, neonatal e infantil, y de hacer que estos objetivos ocupen el primer lugar en el temario internacional a fin de vivir conforme a los principios de la justicia social y de respetar el carácter sagrado de la vida.

Los medios se hallan a nuestro alcance. Lo que hace falta ahora es voluntad y acción. Pues no hay cometido más noble ni recompensa más gratificante que salvar la vida de un niño.

Referencias

CAPÍTULO 1

- 1 Estimación de UNICEF sobre la base de la labor del Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad.
- 2 Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Integration of Vitamin A Supplementation with Immunization: Policy and programme implications, Meeting report (OMS/EPI/GEN/98.07)' OMS, Ginebra, 1998, págs. 4-12.
- 3 Darmstadt, Gary L., et al., 'Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many newborn babies can we save?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9463, 12 de marzo de 2005, págs. 977-988.
- 4 Phillips, James F., Ayaga A. Bawah y Fred N. Binka, 'Accelerating Reproductive and Child Health Programme Impact with Community-Based Services: The Navrongo experiment in Ghana', *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 84, no. 12, dic. de 2006, págs. 949-953.
- 5 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Examen estadístico de Un mundo apropiado para la infancia, Número 6*, UNICEF, Nueva York, dic. de 2007, pág. 19.
- 6 Oficina Regional de la OMS para África, *The Health of the People: The African regional health report*, OMS Press, Ginebra, 2006, pág. 19.
- 7 Newell, Marie-Louise, et al., 'Mortality of Infected and Uninfected Infants Born to HIV-Infected Mothers in Africa: A pooled analysis', *The Lancet*, vol. 364, no. 9441, 2 de oct. de 2004, págs. 1236-1243.
- 8 De Cock, Kevin M., et al., 'Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission in Resource-Poor Countries: Translating research into policy and practice', *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, no. 9, 1 de marzo de 2000, págs. 1175-1182.
- 9 Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - Progress report*, abril de 2007, OMS, Ginebra, 2007, págs. 6, 30.
- 10 Ngongo, Ngashi, 'PMTCT Report Card 2005: Monitoring progress on the implementation of programs to prevent mother to child transmission of HIV', UNICEF, Nueva York, pág. 5.
- 11 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Examen estadístico de Un mundo apropiado para la infancia, Número 6*, UNICEF, Nueva York, dic. de 2007, pág. 36.
- 12 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Hacer retroceder el paludismo, 'Malaria & Children: Progress in intervention coverage', UNICEF y Hacer retroceder el paludismo, Nueva York, 2007, págs. 1, 7.
- 13 Fondo Mundial para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo: *The status and impact of the three diseases*, GFATM, Ginebra, 2005, pág. 39.
- 14 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Examen estadístico de Un mundo apropiado para la infancia, Número 6*, UNICEF, Nueva York, dic. de 2007, págs. 39-41.
- 15 Organización Mundial de la Salud, 'Health Status: Mortality', *World Health Statistics 2006*, OMS, Ginebra, 2007, págs. 29-31.
- 16 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Un balance sobre el agua y el saneamiento, Número 5*, UNICEF, Nueva York, sept. de 2006, pág. 3.

- 17 Black, Robert E., Saul S. Morris y Jennifer Bryce, 'Where and Why Are 10 Million Children Dying Every Year?', *The Lancet*, vol. 361, no. 9376, 28 de junio de 2003, pág. 2230.
- 18 Organización Mundial de la Salud, 'Improving Child Health in the Community', OMS, Ginebra, dic. de 2002, pág. 7.
- 19 Cuenta Regresiva para 2015, *Seguimiento de los Progresos en materia de Mortalidad Materna, Neonatal e Infantil*, Sección de Salud de UNICEF, Nueva York, 2005, pág. 9.
- 20 Estimación de UNICEF sobre la base de los datos proporcionados por el Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad.
- 21 Darmstadt, Gary L., et al., 'Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many lives of newborn babies can we save?', *The Lancet*, <www.thelancet.com>, 3 de marzo de 2005, pág. 11.
- 22 Organización Mundial de la Salud, *Making a Difference in Countries: Strategic approach to improving maternal and newborn survival and health*, OMS, Ginebra, 2006, pág. 9.
- 23 Tabla 1. Indicadores básicos, págs. 114-117 de este informe.
- 24 Pinheiro, Paulo Sérgio, *Informe Mundial sobre la Violencia contra los Niños*, Estudio del Secretario General sobre la violencia contra los niños, Nueva York, 2006, pág. 51.
- 25 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Early Marriage: Child spouses', *Innocenti Digest*, no. 7, Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, Florencia, marzo de 2001, pág. 11.
- 26 Ibid.
- 27 Ibid.
- 28 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *The 'Rights' Start to Life: A statistical analysis of birth registration*, UNICEF, Nueva York, 2005, págs. 1, 13.
- 29 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *EFA Global Monitoring Report 2007: Strong foundations - Early childhood care and education*, UNESCO, París, 2006, pág. 2.
- 30 Porterfield, Shirley L., y Timothy D. McBride, 'The Effect of Poverty and Caregiver Education on Perceived Need and Access to Health Services among Children with Special Health Care Needs', *American Journal of Public Health*, vol. 97, no. 2, feb. de 2007, pág. 323.
- 31 Ibid.
- 32 White, Howard, *Maintaining Momentum to 2015? An impact evaluation of interventions to improve maternal and child health and nutrition in Bangladesh*, Banco Mundial, Washington, D.C., sept. de 2005, pág. 25.
- 33 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2006: Excluidos e invisibles*, UNICEF, Nueva York, dic. de 2005, pág. 18.
- 34 Victora, Cesar G., et al., 'Applying an Equity Lens to Child Health and Mortality: More of the same is not enough', *The Lancet*, vol. 362, no. 9379, 19 de julio de 2003, pág. 234.
- 35 Ibid.

RECUADROS DEL CAPÍTULO 1

Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años, indicador básico de la salud infantil
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2007: La mujer y la*

infancia, el doble dividendo de la igualdad de género, UNICEF, Nueva York, dic. de 2006, págs. 137, 141.

Causas subyacentes y estructurales de la mortalidad de madres y niños

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Estrategia conjunta de salud y nutrición de UNICEF para 2006-2015 (E/ICEF/2006/8)', Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Nueva York, 15 de nov. de 2005, págs. 3-4.

Supervivencia de los recién nacidos

Darmstadt, Gary L., 'Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many newborn babies can we save?', *The Lancet*, vol. 365, no. 9463, 12 de marzo de 2005, págs. 977-988; *The Lancet Series Team*, 'Executive Summary of *The Lancet Neonatal Survival Series*', *The Lancet*, 3 de marzo de 2005, pág. 1; Lawn, Joy E., Simon Cousens y Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?', *The Lancet*, 5 de marzo de 2005, vol. 365, no. 9462, págs. 891-900; Save the Children, *State of the World's Mothers 2006: Saving the lives of mothers and newborns*, Save the Children, Westport, CT, mayo de 2006, págs. 3, 8; Tabla 8. Situación de las Mujeres', págs. 142-145 de este informe; Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡cada madre y cada niño contarán!*, OMS, Ginebra, 2005, págs. 9-10.

Causas inmediatas de las defunciones infantiles

Mulholland, Kim, 'Childhood Pneumonia Mortality: A permanent global emergency', *The Lancet*, vol. 370, no. 9583, 21 de julio de 2007, págs. 285-289; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Un balance sobre el agua y el saneamiento, Número 5*, UNICEF, Nueva York, sept. de 2006, pág. 2, y *Progreso para la Infancia: Examen estadístico de Un mundo apropiado para la infancia, Número 6*, dic. de 2007, págs. 19, 24; UNICEF y Organización Mundial de la Salud, *Pneumonia: The forgotten killer of children*, UNICEF y OMS, Nueva York y Ginebra, 2006, pág. 5.

Neumonía: el asesino olvidado de los niños

Mulholland, Kim, 'Childhood Pneumonia Mortality: A permanent global emergency', *The Lancet*, vol. 370, no. 9583, 21 de julio de 2007, págs. 285-289; Sazawal, Sunil, y Robert E. Black, 'Effect of Pneumonia Case Management on Mortality in Neonates, Infants, and Preschool Children: A meta-analysis of community-based trials', *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 3, no. 9, sept. de 2003, págs. 547-556; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud, *Pneumonia: The forgotten killer of children*, UNICEF y OMS, Nueva York y Ginebra, 2006, pág. 5, 7-9, 14, 26, 27; Organización Mundial de la Salud, 'Evidence Base for the Community Management of Pneumonia (OMS/FCH/CAH/02.23)', Dept. de la OMS de Salud y Desarrollo del Adolescente, Estocolmo, junio de 2002, págs. 2, 5-6.

Atención continua a la salud de la madre, del recién nacido y del niño a través del tiempo y el espacio

Lawn, Joy, y Kate Kerber, editoras, *Opportunities for Africa's Newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa*, Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, Ginebra, 2006, págs. 3, 5, 9, 24; Le Galès-Camus, Catherine, 'Estrategia conjunta de salud y nutrición de UNICEF para 2006-2015', declaración durante el primer período ordinario de sesiones de la Junta Ejecutiva, Nueva York, 17 de enero de 2006, págs. 3-4; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Estrategia conjunta de salud y nutrición de UNICEF para 2006-2015' (E/ICEF/2006/8), Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Nueva York, 15 de nov. de 2005, pág. 3.

Salud infantil en situaciones complejas de emergencia

Grupo de Trabajo CIEDRS, 'Building the Evidence Base on the Provision of Health Care to Children in Complex Emergencies, Draft 4.0', Center for International Emergency, Disaster and Refugee Studies, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, sept. de 2003, págs. 3-4, 11, 14-15; Collins, Steve, 'Community-Based Therapeutic Care: A new paradigm for selective feeding in nutritional crises - Network paper no. 48', *Humanitarian Practice Network*, Overseas Development Institute, Londres, nov. de 2004, pág. 24; Collins, Steve, et al., 'Key Issues in the Success of Community-Based Management of Severe Malnutrition', *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 27, no. 3 (suppl.), sept. de 2006, pág. 58; Grupo de Trabajo sobre la Salud del Niño y de la Madre del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, *Who's Got the Power? Transforming health systems for women and children*, Earthscan, Londres, 2005, pág. 77; Organización Mundial de la Salud, *Guide to Health Work-Force Development in Post-Conflict Environments*, OMS, Ginebra, 2005, pág. 2.

La importancia de dotar a las mujeres de medios para impulsar la salud materna, neonatal e infantil

Perry, Henry, et al., 'Barriers to Immunization among Women and Children in Slums of Zone 3 of Dhaka City, Bangladesh: A qualitative assessment', *International Centre for Diarrhoeal Disease Research*, Dhaka, abril de 2007, págs. 16-19; Seidel, Renata, *Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival Interventions*, Academy for Educational Development y Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Washington, D.C., dic. de 2005, pág. 20; Grupo de Trabajo sobre la Salud del Niño y de la Madre del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, *Who's Got the Power? Transforming health systems for women and children*, Earthscan, Londres, 2005, pág. 36; OMS Centre for Health Development, 'A Toolkit for Women's Empowerment and Leadership in Health and Welfare', Kobe, Japan, 2005, págs. 26-28; Organización Mundial de la Salud, 'Women's Health in Afghanistan', Departamento de Género, Mujer y Salud de la OMS, Salud de la Familia y la Comunidad, Ginebra, marzo de 2002, págs. 1-2.

Inscripción de los nacimientos: una medida importante para acceder a los servicios esenciales

'Tabla 9. Protección infantil, págs. 146-147 de este informe; Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, 'Birth Registration and Armed Conflict', *Innocenti Insight*, CII de UNICEF, Florencia, 2005, pág. vii; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Birth Registration', Child Protection Information Sheets, UNICEF, Nueva York, mayo de 2007, págs. 13-14; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Examen estadístico de Un mundo apropiado para la infancia*, Número 6, UNICEF, Nueva York, dic. de 2007, pág. 42, y *The 'Rights' Start to Life: A statistical analysis of birth registration*, 2005, págs. 2, 15-16.

CAPÍTULO 2

- 1 Lee, Ronald, 'The Demographic Transition: Three centuries of fundamental change', *Journal of Economic Perspectives*, vol. 17, no. 4, 2003, págs. 167-190.
- 2 Van Lerberghe, Wim, y Vincent De Brouwere, 'Of Blind Alleys and Things that Have Worked: History's lessons on reducing maternal mortality', *Safe Motherhood Strategies: A review of the evidence*, editado por Wim Van Lerberghe y Vincent De Brouwere, *Studies in Health Services Organisation & Policy*, vol. 17, 2001, págs. 7-34.
- 3 Claeson, Mariam, y Ronald J. Waldman, 'The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people', *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 78, no. 10, 2000, pág.

1235; Oliveira-Cruz, Valeria, Christoph Kurowski y Anne Mills, 'Delivery of Priority Health Services: Searching for synergies within the vertical versus horizontal debate', *Journal of International Development*, vol. 15, 2003, pág. 68; y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *1946-2006: Sesenta años en favor de la infancia*, UNICEF, Nueva York, 2006, págs. 7-9.

- 4 Mills, Anne, Fawzia Rasheed y Stephen Tollman, 'Strengthening Health Systems', Capítulo 3, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2da ed., editado por Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press y el Banco Mundial, Washington, D.C., 2006, pág. 88.
- 5 Green, Andrew, *An Introduction to Health Planning in Developing Countries*, 2da ed., Oxford University Press, Nueva York, 1999; y Morley, David, 'Under-Five Clinics', *Medical Care in Developing Countries: A primer on the medicine of poverty and a symposium from Makerere*, editado por Maurice H. King, Oxford University Press, Nueva York, 1966.
- 6 Basch, Paul F., *Textbook of International Health*, 2da ed., Oxford University Press, Nueva York, julio de 1999.
- 7 Thieren, Michel, 'Background Paper on the Concept of Universal Access', Technical Meeting for the Development of a Framework for Universal Access to HIV/AIDS Prevention, Treatment and Care in the Health Sector, OMS, Ginebra, oct. de 2005; y Vaccine Safety Datalink Group, 'The Use of a Computerized Database to Monitor Vaccine Safety in Viet Nam', *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 83, no. 8, agosto de 2005, pág. 605.
- 8 Knippenberg, Rudolf, et al., 'Implementation of the Bamako Initiative: Strategies in Benin and Guinea', *The International Journal of Health Planning and Management*, vol. 12, no. S1, 12 de junio de 1997, págs. S29-S47.
- 9 Walsh, J. A., y K. S. Warren, 'Selective Primary Health Care: An interim strategy for disease control in developing countries', *New England Journal of Medicine*, vol. 301, no. 18, 1 nov. de 1979, págs. 967-974.
- 10 Ibid.
- 11 Claeson, Mariam, y Ronald J. Waldman, 'The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people', *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 78, no. 10, 2000, pág. 1235.
- 12 Ibid.
- 13 Black, Maggie, 'Children First: The story of UNICEF, past and present', Oxford University Press, Nueva York, 1996, pág. 19.
- 14 Claeson, Mariam, y Ronald J. Waldman, 'The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people', *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 78, no. 10, 2000, pág. 1235.
- 15 Estadísticas de UNICEF, 'Integrated Management of Childhood Illness: An initiative for effective case management', *UNICEF End Decade Databases: IMCI*, <www.childinfo.org/eddb/imci/>, consultado el 15 de nov. de 2007.
- 16 Organización Mundial de la Salud y UNICEF, 'Management of Childhood Illness in Developing Countries: Rationale for an integrated strategy', *IMCI Information (WHO/CHS/CAH/98.1A Rev. 1)*, OMS, Ginebra, 1999, pág. 3.
- 17 Bryce, Jennifer, et al., 'The Multi-Country Evaluation of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy: Lessons for the evaluation of public health interventions', *American Journal of Public Health*, vol. 94, no. 3, marzo de 2004, págs. 406-415; Lucas, Jane E., et al., *Implementing the Household and Community*

Component of IMCI in the Eastern and Southern Africa Region (ESAR): A state-of-the art review of the human-rights-based approach to programming in the context of accelerated child survival, UNICEF Nueva York y UNICEF ESARO, 2005, pág. xii.

- 18 Victora, Cesar G., et al., 'Integrated Management of the Sick Child', Capítulo 63, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2da ed., editado por Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press y el Banco Mundial, Washington, D.C., 2006, pág. 1189.
- 19 Armstrong Schellenberg, Joanna R. M., et al., 'Effectiveness and Cost of Facility-Based Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in Tanzania', *The Lancet*, vol. 364, no. 9445, 30 de oct. de 2004, pág. 1583.
- 20 Lucas, Jane E., et al., *Implementing the Household and Community Component of IMCI in the Eastern and Southern Africa Region (ESAR): A state-of-the art review of the human-rights-based approach to programming in the context of accelerated child survival*, UNICEF Nueva York y UNICEF ESARO, 2005, pág. 86.
- 21 Victora, Cesar G., et al., 'Integrated Management of the Sick Child', Capítulo 63, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2da ed., editado por Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press y el Banco Mundial, Washington, D.C., 2006, págs. 1188-1189.
- 22 Martines, Jose, et al., 'Neonatal Survival: A call for action', *The Lancet*, vol. 365, no. 9465, 26 de marzo de 2005, pág. 1191.
- 23 Chen, Shaohua, y Martin Ravallion, 'Absolute Poverty Measures for the Developing World, 1981-2004', Grupo de investigaciones sobre el desarrollo, Banco Mundial, Washington, D.C., marzo de 2007, pág. 12.
- 24 Bryce, Jennifer, et al., 'Countdown to 2015: Tracking intervention coverage for child survival', *The Lancet*, vol. 368, no. 9541, 23 sept. de 2006, págs. 1070-1071.
- 25 Jones, Gareth, et al., 'How Many Child Deaths Can We Prevent this Year?', *The Lancet*, vol. 362, no. 9377, 5 de julio de 2003, pág. 65; y Lawn, Joy E., et al., 'Newborn Survival', Capítulo 27, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2da ed., editado por Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press y el Banco Mundial, Washington, D.C., 2006, pág. 547.
- 26 Campbell, Oona M. R., y Wendy J. Graham, 'Strategies for Reducing Maternal Mortality: Getting on with what works', *The Lancet*, vol. 368, no. 9543, 28 de sept. de 2006, pág. 1297.
- 27 Hill, Zelele, Betty Kirkwood y Karen Edmond, *Family and Community Practices that Promote Child Survival, Growth and Development: A review of the evidence*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2004, pág. 1.
- 28 Wagstaff, Adam, et al., 'Millennium Development Goals for Health: What will it take to accelerate progress?', Capítulo 9, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2da ed., editado por Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press y el Banco Mundial, Washington, D.C., 2006, págs. 181-194.

RECUADROS DEL CAPÍTULO 2

La Iniciativa relativa al sarampión

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Un mundo apropiado para los niños*, UNICEF, Nueva York, 2006, pág. 29; Wolfson, Lara J., et al., 'Has the 2005 Measles Mortality Reduction Goal Been Achieved?: A natural history modelling study', *The Lancet*, vol. 369, no. 9557, 20 de enero de 2007, págs. 191-192; Organización Mundial de la Salud, 'World Health Assembly Resolution WHA 52.20: Reducing global measles mortality', OMS, Ginebra, 28 de mayo de 2003; Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Measles: Mortality Reduction and Regional*

Elimination – Strategic plan 2001-2005, OMS, Ginebra, 2001, págs. 6-7.

Días Nacionales de Inmunización y Días de la Salud Infantil

Levine, Ruth, 'Case 4: Reducing Child Mortality with Vitamin A in Nepal', Capítulo 4, *Case Studies in Global Health: Millions saved*, Jones and Bartlett Publishers, Sudbury, MA, 2007; Iniciativa Mundial para la erradicación de la poliomielitis, 'National Immunization Days', <www.polioeradication.org/content/fixated/national.shtml>, consultado el 24 de agosto de 2007; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Informe Anual*, UNICEF, Nueva York, junio de 2007, pág. 12, y 1946-2006: *Sexenta años en favor de la infancia*, nov. de 2006, págs. 18-19.

Financiación del sector de la salud: enfoque sectorial e iniciativa en favor de los países pobres muy endeudados

Gottret, Pablo, y George Schieber, *Health Financing Revisited: A practitioner's guide*, Banco Mundial, Washington, D.C., 2006; Schieber, George, et al., 'Financing Health Systems in the 21st Century', Capítulo 12, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2da ed., editado por Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press y el Banco Mundial, Washington, D.C., 2006, págs. 225-242; Banco Mundial, 'Health and Nutrition Services', Capítulo 8, *Informe Mundial sobre desarrollo 2004: Hacer que los servicios funcionen para los pobres*, Banco Mundial y Oxford University Press, Washington, D.C., 2003, págs. 133-156.

Atención integrada a las Enfermedades Neonatales y de la Infancia en la India

Ramji, Siddarth, 'Integrated Management of Neonatal and Childhood Illness (IMNCI): Implementation challenges in India', *Indian Pediatrics*, vol. 43, no. 12, 17 dic. de 2006, págs. 1029-1031; Sines, Erin, Anne Tinker y Julia Ruben, 'The Maternal-Newborn-Child Health Continuum of Care: A collective effort to save lives', *Policy Perspectives on Newborn Health*, Save the Children y Population Reference Bureau, Washington, D.C., marzo de 2006, pág. 2.

La Iniciativa de Bamako

Ebrahim, G. J., 'The Bamako Initiative', *Journal of Tropical Pediatrics*, vol. 39, no. 2, 1993, págs. 66-67; Knippenberg, Rudolf, et al., 'Implementation of the Bamako Initiative: Strategies in Benin and Guinea', *International Journal of Health Planning and Management*, vol. 12, no. S1, 1997, págs. S29-S47; Küchler, Von Felix, 'Manageable Bamako Initiative Schemes', *Bulletin von Medicus Mundi Schweiz*, no. 84, abril de 2002; Paganini, Agostino, 'The Bamako Initiative Was Not about Money', *Health Policy and Development*, vol. 2, no. 1, 2004, págs. 11-13; Banco Mundial, *Informe Mundial sobre desarrollo 2004: Hacer que los servicios funcionen para los pobres*, Banco Mundial y Oxford University Press, Washington, D.C., 2003, págs. 72-73, 76-77.

Enfoque diagonal: la fórmula de México

Frenk, Julio, 'Bridging the Divide: Comprehensive reform to improve health in Mexico', Commission on Social Determinants of Health, Nairobi, 29 de junio de 2006, págs. 4-5; Frenk, Julio, 'Bridging the Divide: Global lessons from evidence-based health policy in Mexico', *The Lancet*, vol. 368, no. 9539, 9 de sept. de 2006, págs. 954, 957; Sepúlveda, Jaime, et al., 'Improvement of Child Survival in Mexico: The diagonal approach', *The Lancet*, vol. 368, no. 9551, 2 de dic. de 2006, págs. 2017-2027.

Programa acelerado de supervivencia y desarrollo de la infancia en África Occidental

Bryce, Jennifer, et al., 'A Retrospective Evaluation of the Accelerated Child Survival and Development Project in West Africa: Inception Report', presentado a UNICEF y la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional, 15 de enero de 2007; Bryce, Jennifer, et al., 'Independent Evaluation of Accelerated Child Survival and Development (ACSD)', presentación ante la segunda Reunión Mundial de Inmunización, Nueva York, 13-15 feb. de 2007; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Accelerated Child Survival*

and Development in Ghana, UNICEF Ghana, marzo de 2005, págs. 1-2.

Repercusiones del VIH y el SIDA sobre las mujeres y los niños de África

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, *Children on the Brink 2004: A joint report of new orphan estimates and a framework for action*, USAID, Washington, D.C., 2004, pág. 10; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para el Desarrollo de la Mujer, *Women and HIV/AIDS: Confronting the crisis*, ONUSIDA, UNFPA y UNIFEM, Ginebra y Nueva York, 2004, pág. 2; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, 'AIDS Epidemic Update', ONUSIDA y OMS, Ginebra, dic. de 2006, pág. 1.

Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño

Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, <www.who.int/pmnch/en>, consultado el 24 de agosto de 2007.

CAPÍTULO 3

- 1 Declaración de Alma-Ata, artículos 6-8, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, USSR, 6-12 sept. de 1978, <www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>, consultado el 15 de oct. de 2007.
- 2 Adaptado de Claeson, Mariam, et al., 'Health, Nutrition and Population', Capítulo 18, *A Sourcebook for Poverty Reduction Strategies*, vol. 2, editado por Jeni Klugman, Banco Mundial, Washington, D.C., 2002, págs. 211-212.
- 3 Zakus, J. David L., y Catherine L. Lysack, 'Revisiting Community Participation', *Health Policy and Planning*, vol. 13, no. 1, Oxford University Press, Nueva York, 1998, págs. 1-12.
- 4 Gryboski, Kristina, et al., 'Working with the Community for Improved Health', *Health Bulletin No. 3*, Population Reference Bureau, Washington, D.C., junio de 2006, págs. 1-3.
- 5 Lehmann, Uta, y David Sanders, 'Community Health Workers: What do we know about them?', Organización Mundial de la Salud, Ginebra, enero de 2007, pág. 26.
- 6 Mason, John B., et al., 'Community Health and Nutrition Programs', Capítulo 56, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2da ed., editado por Dean T. Jamison et al., Oxford University Press y el Banco Mundial, Nueva York, 2006, págs. 1053.
- 7 BRAC, <www.brac.net/history.htm>, consultado el 22 de oct. de 2007; Comprehensive Rural Health Project: Jamkhed, <www.jamkhed.org>, consultado el 22 de oct. de 2007; y Organización Mundial de la Salud, 'Pakistan's experience in Lady Health Workers (LHWs) Programme (EM/RC51/12)', 51ª sesión, OMS Comité Regional para el Mediterráneo oriental, El Cairo, 3-6 de oct. de 2004.
- 8 Wallerstein, Nina B., y Bonnie Duran, 'Using Community-Based Participatory Research to Address Health Disparities', *Health Promotion Practice*, vol. 7, no. 3, julio de 2006, págs. 312-323.
- 9 Organización Mundial de la Salud, 'What Is the Effectiveness of Empowerment to Improve Health?' OMS Europa, Red de pruebas sobre salud, Copenhague, feb. de 2006, pág. 5.
- 10 Rifkin, Susan B., 'Paradigms Lost: Toward a new understanding of community participation in health programmes', *Acta Tropica*, vol. 61, 1996, págs. 88-90.
- 11 Bhattacharyya, Karabi, et al., Community Health Worker Incentives and Disincentives: How they

affect motivation, retention and sustainability, Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Arlington, VA, oct. de 2001, págs. 1-3, 20-21.

- 12 Haines, Andy, et al., 'Achieving Child Survival Goals: Potential contribution of community health workers', *The Lancet*, vol. 369, no. 9579, 23 de junio de 2007, pág. 2121.
- 13 Bhattacharyya, Karabi, et al., *Community Health Worker Incentives and Disincentives: How they affect motivation, retention and sustainability*, Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASICS II), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Arlington, VA, oct. de 2001, pág. 6.
- 14 Lehmann, Uta, y David Sanders, 'Community Health Workers: What do we know about them?' Organización Mundial de la Salud, Ginebra, enero de 2007, págs. 21-22.
- 15 Hensher, Martin, Max Price y Sarah Adomakoh, 'Referral Hospitals', Capítulo 66, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2da ed., editado por Dean T. Jamison et al., Oxford University Press y el Banco Mundial, Nueva York, 2006, pág. 1233.
- 16 Seidel, Renata, *Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival Interventions*, Academy for Educational Development y Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Washington, D.C., dic. de 2005.
- 17 Adventist Development and Relief Agency International, *Final Evaluation Child Survival XVII Baray-Santuk Operational District Kampong Thom Province*, ADRA, Silver Spring, MD, 2006, pág. 26.
- 18 Laughlin, Megan, *The Care Group Difference: A guide to mobilizing community-based volunteer health educators*, World Relief, Baltimore, MD, 2004, pág. 5.
- 19 Kroeger, A., et al., 'Operational Aspects of Bednet Impregnation for Community-Based Malaria Control in Nicaragua, Ecuador, Peru and Colombia', *Tropical Medicine & International Health*, vol. 2, no. 6, junio de 1997, págs. 590, 593.
- 20 Perlman, Daniel, Bertha Pooley y Alejandra Villafuerte, 'Cómo Será, Pues?: The NGO contribution to neonatal health in Bolivia', The CORE Group, Washington, D.C., abril de 2006, págs. 1-26.
- 21 Perry, Henry B., David S. Shanklin y Dirk G. Schroeder, 'Impact of a Community-based Comprehensive Primary Healthcare Programme on Infant and Child Mortality in Bolivia', *Journal of Health, Population and Nutrition*, vol. 21, no. 4, dic. de 2003, pág. 386.
- 22 England, Sarah, et al., 'Practice and Policies on User Fees for Immunization in Developing Countries', Departamento de Vacunas y otros Productos Biológicos, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2001, págs. 10-11.
- 23 Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, *Invirtiendo en el desarrollo: Un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Nueva York, pág. 34; y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goal on Child Survival in Africa', borrador preparado a petición de la Unión Africana, 27 de sept. de 2006, págs. 25, 26.
- 24 Claeson, Mariam, y Ronald J. Waldman, 'The Evolution of Child Health Programmes in Developing Countries: From targeting diseases to targeting people', *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 78, no. 10, 2000, pág. 1238.
- 25 Wagstaff, Adam, y Mariam Claeson, *The Millennium Development Goals for Health: Rising*

to the challenges, Banco Mundial, Washington, D.C., 2004, pág. 132.

- 26 Tollman, Stephen, Jane Doherty y Jo-Ann Mulligan, 'General Primary Care', Capítulo 64, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2da ed., editado por Dean T. Jamison et al., Oxford University Press y el Banco Mundial, Nueva York, 2006, pág. 1195.
- 27 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Estrategia conjunta de salud y nutrición de UNICEF para 2006-2015 (E/ICEF/2006/8)', Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, Nueva York, 15 de nov. de 2005, págs. 1-13.
- 28 Mason, John B., et al., 'Community Health and Nutrition Programs', Capítulo 56, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2da ed., editado por Dean T. Jamison et al., Oxford University Press y el Banco Mundial, Nueva York, 2006, pág. 1056.

RECUADROS DEL CAPÍTULO 3

Prácticas básicas para las intervenciones de atención de la salud en las comunidades

Organización Mundial de la Salud, *Improving Child Health in the Community*, OMS, Ginebra, 2002, págs. 7-8.

Aspectos comunes y desafíos de las alianzas comunitarias en salud y nutrición

Mason, John B., et al., 'Community Health and Nutrition Programs', Capítulo 56, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2da ed., editado por Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press y el Banco Mundial, Nueva York, 2006, págs. 1054-1055.

India: reducir la desnutrición mediante las alianzas comunitarias

UNICEF India, *Informe Anual*, págs. 46-47.

Evitar la transmisión de madre a hijo del VIH: repercusiones de los programas

mothers2mothers en África oriental y meridional
Baek, Carolyn, et al., *Key Findings from an Evaluation of mothers2mothers in KwaZulu-Natal, South Africa*, Horizons/Population Council, Washington, D.C., 2007, pág. 4; mothers2mothers, <www.m2m.org/programmes/where-we-work.html>, consultado el 11 sept. de 2007; Population Council, 'Helping Mothers Saving Babies: mothers2mothers initiative,' <www.popcouncil.org/pdfs/m2m/m2mDescription.pdf>, consultado el 15 de oct. de 2007; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *La infancia y el SIDA: un balance de la situación*, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, UNICEF y Organización Mundial de la Salud, Nueva York, 2007, pág. 6; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Los niños y las niñas: el rostro oculto del SIDA*, UNICEF, Nueva York, 2005, pág. 7.

Objetivo Mozambique: reducir la mortalidad de menores de cinco años mediante un programa basado en la comunidad

Bradbury, Kathryn, y Anbrasi Edward, 'Community-Based Solutions for Effective Malaria Control: Lessons from Mozambique', World Relief, The CORE Group y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Washington, D.C., 2005, pág. 7; Edward, Anbrasi, et al., 'Examining the Evidence of Under-Five Mortality Reduction in a Community-Based Programme in Gaza, Mozambique', *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, vol. 101, no. 8, agosto de 2007, págs. 816-819; 'Tabla 1. Indicadores básicos, 'Tabla 2. Nutrición', 'Tabla 3. Salud' y 'Tabla 6. Indicadores demográficos, págs. 114-117, 120-121, 122-125 y 134-137 de este informe.

Alianzas comunitarias en los sistemas hídricos y el saneamiento escolar

Rashid, S. M. A., 'Bangladesh: School sanitation and hygiene education – The story of its impact on one village and its school', NGO Forum, <www.schools.watsan.net/redirect/content/download/219/1923/file/Bangladesh.doc>, consultado el 2

de nov. de 2007; 'Safe Water System: A low-cost technology for safe drinking water', marzo de 2006, World Water Forum 4 update, Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, D.C., págs. 1-2; 'Safe Water System (SWS): Where has the SWS been used? – Afghanistan', Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services, <www.cdc.gov/safewater/where_pages/where_afghanistan.htm>, consultado el 23 sept. de 2007; Snel, Marielle, *The Worth of School Sanitation and Hygiene Education (SSHE)*, IRC International Water and Sanitation Centre, Delft, Países Bajos, 2004, págs. 57-64.

CAPÍTULO 4

- 1 Dormstadt, Gary, et al., 'Evidence-Based, Cost-Effective Interventions: How many newborn babies can we save?', *The Lancet*, vol. 265, no. 9463, 12 de marzo de 2005, pág. 977.
- 2 Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud, 'Building Strategies to Scale-up Access: A discussion paper for the Oslo debate on the Global Business Plan', UNFPA, UNICEF, Banco Mundial y OMS, Nueva York, 24 de marzo de 2007, págs. 4-5, 10-11.
- 3 Ibid., pág. 5.
- 4 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', borrador preparado a petición de la Unión Africana, 27 de sept. de 2006, pág. 18.
- 5 Ibid., pág. 24.
- 6 Seidel, Renata, *Behavior Change Perspectives and Communication Guidelines on Six Child Survival Interventions*, Academy for Educational Development and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Washington, D.C., dic. de 2005, pág. 10.
- 7 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', borrador preparado a petición de la Unión Africana, 27 de sept. de 2006, pág. 24.
- 8 High-Level Forum Secretariat, 'High-Level Forum on the Health MDGs', Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, Ginebra y Washington, D.C., <www.hlfhealthmdgs.org>, consultado el 16 de nov. de 2007.
- 9 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Accelerated Child Survival and Development in Ghana*, UNICEF Ghana, Accra-North, marzo de 2005, págs. 1-2.
- 10 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', borrador preparado a petición de la Unión Africana, 27 de sept. de 2006, págs. 24-28.
- 11 Mills, Anne, Fawzia Rasheed y Stephen Tollman, 'Strengthening Health Systems', Capítulo 3, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2da ed., editado por Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press y el Banco Mundial, Washington, D.C., 2006, pág. 101.
- 12 Ibid., pág. 90.
- 13 Perry, Henry, et al., 'The Census-Based Impact-Oriented Approach: Its effectiveness in promoting child health in Bolivia', *Health Policy and Planning*, vol. 13, no. 2, 1998, pág. 140.
- 14 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in

Africa', borrador preparado a petición de la Unión Africana, 27 de sept. de 2006, pág. 5.

- 15 Ibid., págs. 5, 28-30.
- 16 Haines, Andy, et al., 'Achieving Child Survival Goals: Potential contribution of community health workers', *The Lancet*, vol. 369, no. 9579, 23 de junio de 2007, pág. 2121.
- 17 Bhattacharyya, Karabi, et al., 'Community Health Worker Incentives and Disincentives: How they affect motivation, retention and sustainability', *Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project (BASIS II)* para USAID, Arlington, VA, oct. de 2001, pág. 19.
- 18 Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡cada madre y cada niño contarán!*, OMS, Ginebra, 2005, págs. 21-22.
- 19 Ibid., págs. 25-30.
- 20 Bodart, Claude, 'The Influence of Health Sector Reform and External Assistance in Burkina Faso', *Health Policy and Planning*, vol. 16, no. 1, marzo de 2001, pág. 74.
- 21 Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2005 - ¡cada madre y cada niño contarán!*, OMS, Ginebra, 2005, pág. 33.
- 22 Mills, Anne, Fawzia Rasheed y Stephen Tollman, 'Strengthening Health Systems', Capítulo 3, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, 2da ed., editado por Dean T. Jamison, et al., Oxford University Press y el Banco Mundial, Washington, D.C., pág. 91.
- 23 Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud, 'Building Strategies to Scale-up Access: A discussion paper for the Oslo debate on the Global Business Plan', UNFPA, UNICEF, Banco Mundial y OMS, Nueva York, 24 de marzo de 2007, págs. 4-8.
- 24 Banco Mundial, *The Millennium Development Goals for Health: Rising to the challenges*, Banco Mundial, Ginebra, 2004, pág. ix.
- 25 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', Borrador preparado a petición de la Unión Africana, 27 de sept. de 2006, pág. 40.
- 26 'International Health Partnership: A global 'compact' for achieving the health Millennium Development Goals', acuerdo firmado por todos los asociados al inicio del la Asociación Internacional de Salud, Londres, 5 sept. de 2007.
- 27 Soeters, Robert, Christian Habineza y Peter Bob Peerenboom, 'Performance-Based Financing and Changing the District Health System: Experience from Rwanda', *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 84, no. 11, nov. de 2006, págs. 885, 887.
- 28 Powell-Jackson, Timothy, et al., 'Countdown to 2015: Tracking donor assistance to maternal, newborn, and child health', *The Lancet*, vol. 368, no. 9541, sept. de 2006, pág. 25.
- 29 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', Borrador preparado a petición de la Unión Africana, 27 de sept. de 2006.
- 30 Center for Global Development, 'Case 15: Preventing iodine deficiency disease in China', Millions Saved: Proven successes in global health, <www.cgdev.org> consultado el 16 de nov. de 2007; y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Examen estadístico de Un mundo apropiado para los niños*, UNICEF, Nueva York, dic. de 2007, pág. 8.
- 31 Levine, Ruth, 'Case 6: Saving mothers' lives in Sri Lanka', *Case Studies in Global Health: Millions*

saved, Jones and Bartlett Publisher, Sudbury, MA, 2007, págs. 41-48; y MOST: The USAID Micronutrient Program, *Cost Analysis of the National Vitamin A Supplementation Programs in Ghana, Nepal, and Zambia: Synthesis of three studies*, USAID, Washington, D.C., 2004, pág. 4.

³² Overseas Development Institute, 'Global Health: Making partnerships work', Briefing paper no. 15, ODI, Londres, enero de 2007, pág. 1.

RECUADROS DEL CAPÍTULO 4

Ampliación de la escala: nutrición adecuada para las madres, los recién nacidos y los niños y niñas

Basic Support for Institutionalizing Child Survival Project, *Basics II Country Report: Benin, BASICS II*, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Arlington, VA, 2004, págs. 7-15; Collins, Steve, et al., 'Key Issues in the Success of Community-Based Management of Severe Malnutrition', *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 27, no. 3, 2006, págs. S49-S51; Collins, Steve, et al., 'Management of severe acute malnutrition in children', *The Lancet*, vol. 368, no. 9551, 2 dic. de 2006, pág. 1992; Banco Mundial, *Repositioning Nutrition as Central to Development: A strategy for large-scale action*, Banco Mundial, Washington, D.C., 2006, págs. 10-11; y Organización Mundial de la Salud, Programa Mundial de Alimentos, Comité Permanente de Nutrición del sistema de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition', OMS, PMA, SCN y UNICEF, Ginebra, Roma, Nueva York, mayo de 2007, pág. 2.

Presupuestación de costes marginales frente a los estrangulamientos

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', borrador preparado a petición de la Unión Africana, 27 de sept. de 2006, pág. 25.

Ampliación de la escala: agua potable, saneamiento adecuado y mejores prácticas de higiene

Black, Robert E., Saul S. Morris y Jennifer Bryce, 'Where and why are 10 million children dying every year?', *The Lancet*, vol. 361, 28 de junio de 2003, pág. 2227; Curtis, Val, y Sandy Cairncross, 'Effect of Washing Hands with Soap on Diarrhoea Risk in the Community: A systematic review', *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 3, no. 5, mayo de 2003, pág. 275; Favin, Michael, *Promoting Hygiene Behavior Change within C-IMCI: The Peru and Nicaragua experience*, *Activity Report 143*, Environmental Health Project, Washington, D.C., oct. de 2004, pág. xi; Centro Internacional de Referencia para Abastecimiento Público de Agua y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Water, Sanitation and Hygiene Education for Schools*, informe final de la Mesa Redonda de Oxford, 24-26 de enero de 2005, UNICEF y CIR, Nueva York, pág. 32; Lane, Jon, 'Ghana, Lesotho and South Africa: Regional expansion of water supply in rural areas', estudio monográfico de 'Reducing Poverty, Sustaining Growth: What works, what doesn't, and why - A global exchange for scaling up success', documento presentado en la conferencia Scaling Up Poverty Reduction en Shanghai, 25-27 de mayo de 2004, Grupo del Banco Mundial, 2004, págs. 1-10; Organización Panamericana de la Salud, 'Rotavirus Update', *Immunization Newsletter*, vol. 27, no. 3, junio de 2005, págs. 1-2; Slaymaker, Tom, y Karin Christiansen, 'Community-Based Approaches and Service Delivery: Issues and options in difficult environments and partnerships', Overseas Development Institute, Londres, feb. de 2005, pág. 26; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Un balance sobre el agua y el saneamiento*, Número 5, UNICEF, Nueva York, sept. de 2006, págs. 3, 22, 30; Water and Sanitation Program, 'Community-Led Total Sanitation in Rural Areas: An

approach that works', WSP, New Delhi, feb. de 2007, págs. 4, 6-9.

La necesidad urgente de abordar la crisis de trabajadores sanitarios en África

The Health Workforce in Africa, Challenges and Prospects, 'A Report of the Africa Working Group of the Joint Learning Initiative on Human Resources for Health and Development', sept. de 2006, pág. 3; Grupo de Trabajo sobre la Salud del Niño y de la Madre del Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, *Who's Got the Power? Transforming health systems for women and children*, Earthscan, Londres, 2005, pág. 77; Organización Mundial de la Salud, 'Guide to Health Work-Force Development in Post-Conflict Environments', OMS, Ginebra, 2005, págs. 6-13, 52-77, 119-122; Organización Mundial de la Salud, 'Working together for health', *Informe Mundial sobre la Salud 2006*, OMS, Ginebra, 2006.

Argumentos a favor de la supervivencia infantil y otros objetivos de desarrollo del milenio en África subsahariana

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals on Child Survival in Africa', borrador preparado a petición de la Unión Africana, 27 de sept. de 2006, págs. 5-6, 38-43.

Objetivo Botswana: ampliación de la prevención y el tratamiento del VIH por medio de alianzas comunitarias

Informe sobre los progresos de Botswana, 'Un mundo apropiado para los niños 2007', Gobierno de Botswana, julio de 2007, págs. 11-12, 15, 18; Kak, Lily, et al., 'Prevention of Mother-to-Child transmission of HIV/AIDS Programmes', Capítulo 7, *Opportunities for Africa's Newborns*, Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, Cape Town, 2006, págs. 113-127; y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Examen estadístico*, Número 6, UNICEF, Nueva York, dic. de 2007, págs. 30, 34, 60.

Promover la transparencia y la buena gestión de los asuntos públicos en relación con la prestación de servicios sanitarios

Banco Mundial, *Informe Mundial sobre desarrollo 2004: Hacer que los servicios funcionen para los pobres*, Banco Mundial, Washington, D.C., 2003, págs. 133-156.

Financiación basada en el rendimiento en Rwanda

Sekabaraga, Claude, Louis Rusa y Agnes Soucat, 'What it Takes to Scale up for Better Health: The experience of Rwanda 2004-2007', documento de antecedentes de 'Innovations in service delivery', 2007.

Objetivo Brasil: crear una red nacional de sistemas sanitarios de ámbito comunitario

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *The State of Brazil's Children 2006: The right to survival and development*, UNICEF, Brasilia, 2005, págs. 10-11.

Una nueva forma de colaborar para las instituciones multilaterales

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Informal Meeting of Global Health Leaders: Final summary', UNICEF, Nueva York, julio de 2007.

CAPÍTULO 5

¹ Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, *Invirtiendo en el desarrollo: Un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, Earthscan, Londres, 2005, págs. 1-2.

² Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2005: La infancia amenazada*, UNICEF, Nueva York, 2004, págs. 57-58; UNICEF, *Children Affected by Armed Conflict: UNICEF actions*, mayo de 2002, pág. 15; y UNICEF, *Outlook Special Edition: Crisis in Middle East*, agosto de 2006, pág. 2.

³ Derivado del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, bases de datos de la División de Población, *World Population Prospects: The 2006 revision and World Urbanization Prospects: The 2005 revision*, <<http://esa.un.org/unpp>>, consultado el 30 sept. de 2007.

⁴ Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo 2006 - Colaboremos por la salud*, OMS, Ginebra, 2006, pág. 119; Sines, Erin, Anne Tinker y Julia Ruben, 'The Maternal-Newborn-Child Health Continuum of Care: A collective effort to save lives', *Policy Perspectives on Newborn Health*, Save the Children y Population Reference Bureau, Washington, D.C., marzo de 2006, págs. 2-3.

⁵ Juma, Calestous, y Lee Yee-Cheong, 'Reinventing Global Health: The role of science, technology, and innovation', *The Lancet*, vol. 365, no. 9464, 19 de marzo de 2005, págs. 1105-1106; Acharya, Tara, Abdallah S. Daar y Peter A. Singer, 'Biotechnology and the UN's Millennium Development Goals', *Nature Biotechnology*, vol. 21, no. 12, dic. de 2003, págs. 1434-1436.

⁶ Departamento Esencial de las Tecnologías de la Salud, Organización Mundial de la Salud, 'Strategy for 2004-2007: eHealth for health-care delivery', OMS, Ginebra, 2004, pág. 2.

⁷ Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas, *Invirtiendo en el desarrollo: Un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, Earthscan, Londres, 2005, pág. 240; Naciones Unidas, *Informe sobre los objetivos de desarrollo del milenio 2007*, ONU, Nueva York, junio de 2007, pág. 28.

⁸ Naciones Unidas, *Informe sobre la situación social en el mundo 2005: el dilema de la desigualdad*, ONU, Nueva York, 2005, pág. 114.

⁹ Naciones Unidas, *Informe sobre los objetivos de desarrollo del milenio 2007*, ONU, Nueva York, junio de 2007, pág. 28.

¹⁰ Gautum, Kul C., 'Pre-Conference Report on Diseases of Poverty, Child Survival and MDGs', presentado en la BioVision 2007 Pre-Conference on Diseases of Poverty, Lyon, Francia, 12 de marzo de 2007.

¹¹ Naciones Unidas, *Informe sobre los objetivos de desarrollo del milenio 2007*, ONU, Nueva York, junio de 2007, pág. 29.

¹² Martines, Jose, et al., 'Neonatal Survival: A call for action', *The Lancet*, vol. 365, no. 9465, 26 de marzo de 2005, págs. 1193-1194.

¹³ Buse, Kent, y Andrew M. Harmer, 'Seven Habits of Highly Effective Global Public-Private Health Partnerships: Practice and potential', *Social Science & Medicine*, vol. 64, no. 2, enero de 2007, pág. 261.

RECUADRO DEL CAPÍTULO 5

Fortalecer los mecanismos de recopilación y vigilancia de datos para la toma de decisiones de salud pública

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Examen estadístico de Un mundo apropiado para la infancia*, Número 6, UNICEF, Nueva York, dic. de 2007, pág. 68; Health Metrics Network, *Framework and Standards for Country Health Information Systems*, 2da ed., OMS, Ginebra, 2007, págs. 5, 17, 60.

TABLAS ESTADÍSTICAS

Estadísticas económicas y sociales de los países y territorios del mundo, con especial referencia al bienestar de la infancia.

Notas generales a los datos	página 110
Explicación de los símbolos	página 112
Posición de los países y territorios según su TMM5	página 113
Datos consolidados.....	página 148
Medición del desarrollo humano	
Introducción a la tabla 10	página 149

TABLAS	1 Indicadores básicos	página 114
	2 Nutrición	página 118
	3 Salud.....	página 122
	4 VIH/SIDA	página 126
	5 Educación	página 130
	6 Indicadores demográficos	página 134
	7 Indicadores económicos	página 138
	8 Situación de las mujeres	página 142
	9 Protección infantil	página 146
	10 Ritmo de progreso	página 150

Notas generales a los datos

Los datos que figuran en las siguientes tablas estadísticas se basan en datos comparables internacionalmente y correctos desde el punto de vista estadístico, y se acompañan de definiciones, fuentes y explicaciones de símbolos. Siempre que ha sido posible se han utilizado los datos oficiales de los organismos responsables de las Naciones Unidas, como por ejemplo para los indicadores económicos y demográficos. Cuando no existen tales estimaciones internacionales normalizadas, se han utilizado otras fuentes, especialmente de las oficinas de UNICEF en el país correspondiente. En la dirección electrónica <www.childinfo.org> puede encontrarse información más detallada sobre la metodología y las fuentes de los datos presentados.

Varios de los indicadores, tales como los datos relativos a la esperanza de vida, la tasa total de fecundidad, la tasa bruta de natalidad y la tasa bruta de mortalidad, proceden de las estimaciones y proyecciones habituales que lleva a cabo la División de Población de las Naciones Unidas. Éstas y otras estimaciones internacionales se revisan periódicamente, lo que explica las posibles diferencias con los datos de anteriores publicaciones de UNICEF. Este informe incluye las últimas estimaciones y predicciones de las *Perspectivas de la Población Mundial evaluadas en 2006*.

La calidad de los datos puede haberse visto afectada en aquellos países que han sufrido desastres naturales o causados por la actividad humana. Esto es más probable allí donde se han producido importantes daños en la infraestructura básica o grandes movimientos de población.

Cálculos sobre mortalidad

Todos los años, UNICEF incluye en el *Estado Mundial de la Infancia* estimaciones sobre mortalidad en la infancia, como la tasa de mortalidad de lactantes, la tasa de mortalidad entre niños menores de cinco años, y los fallecimientos de niños menores de cinco años, durante dos años de referencia, siempre que ello es posible. Estas cifras representan las mejores estimaciones de que se dispone en el momento en que se elabora el informe y se basan en las tareas del Grupo Interorganismos sobre Estimaciones de Mortalidad Infantil, que incluye a UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Este grupo actualiza estas estimaciones cada año, emprendiendo una revisión detallada de todos los datos nuevos. En ocasiones, esta revisión se traducirá en ajustes de las estimaciones anteriormente anunciadas. Por lo tanto, las estimaciones publicadas en ediciones consecutivas del *Estado Mundial de la Infancia* pueden no ser comparables, por lo que no deben utilizarse para analizar las tendencias de la mortalidad a lo largo de un período de tiempo. Es importante señalar que en la Tabla 10 pueden consultarse estimaciones comparables de niños menores de cinco años para los períodos 1970 y 1990 y para el último año. Además, en la página de la web <www.childinfo.org> se publica la serie completa de estimaciones cronológicas referidas a todos los países. Esta serie cronológica se basa en las estimaciones más recientes elaboradas

por el Grupo Interorganismos sobre Estimaciones de Mortalidad Infantil.

Además, en este informe se presentan estimaciones actualizadas sobre mortalidad materna para el año 2005. Estas estimaciones, basadas en las tareas de un grupo interorganismos de la OMS, UNICEF, el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (FNUAP) y el Banco Mundial, fueron publicadas conjuntamente por el grupo en *Maternal Mortality in 2005*, OMS, Ginebra, 2007. Estas estimaciones basadas en modelos utilizan un doble enfoque para realizar ajustes en los datos a fin de tener en cuenta el hecho de que las muertes de madres a menudo no se notifican y se computan como fallecimientos debidos a otras causas.

Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples

Durante más de una década, UNICEF ha dado apoyo a países para la recopilación de datos estadísticamente correctos y comparables internacionalmente a través de las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS). Desde 1995 se han realizado alrededor de 200 encuestas en aproximadamente 100 países, y la última ronda de encuestas MICS se llevó a cabo en más de 50 países en 2005 y 2006, lo que permitió una valoración nueva y más global de la situación de los niños y las mujeres a nivel mundial. Las encuestas, que contaron con apoyo de UNICEF, junto con las Encuestas de Demografía y Salud, se encuentran entre las mayores fuentes de datos para supervisar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y pueden utilizarse para informar sobre 21 de los 53 indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Estos datos se utilizan también para supervisar otros compromisos convenidos internacionalmente, como el Plan de Acción relativo a "Un mundo apropiado para los niños" y los objetivos mundiales en materia de SIDA y paludismo. Estos datos se han incorporado a los cuadros estadísticos que figuran en el presente informe y se han usado también para estructurar los análisis del informe. Puede obtenerse más información sobre estos datos en la página <www.childinfo.org>.

Revisiones

Este año se han revisado diversas tablas estadísticas.

Tabla 2. Nutrición: Se incluye ahora la tasa de cobertura mediante suplementos de vitamina A en relación con los niños de entre 6 y 59 meses que reciben dos suplementos de Vitamina A de alta dosis, además del indicador, sobre el que ya se informaba anteriormente, relativo a los niños de entre 6 y 59 meses que recibieron al menos una dosis en los últimos seis meses. Se entiende que un niño tiene plena cobertura cuando ha recibido dos suplementos de vitamina A de alta dosis durante el anterior año natural.

Tabla 3. Salud: Existen dos cambios importantes en los indicadores de salud infantil este año.

Inmunización – La OMS y UNICEF han desarrollado una nueva metodología para calcular la protección contra el tétanos al nacer,

y las cifras presentadas en el informe correspondiente a este año no son por consiguiente comparables a las publicadas en anteriores ediciones.

Esta nueva metodología hace un seguimiento de las cohortes de mujeres desde la primera infancia y a lo largo de su existencia, utilizando tanto las estimaciones de cobertura de la OMS y UNICEF mediante la triple dosis de vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT3) como las estimaciones comunicadas y basadas en encuestas sobre la proporción de mujeres embarazadas que son vacunadas sistemáticamente con anatoxina tetánica. Posteriormente se realizan ajustes para tener en cuenta la proporción de mujeres que fueron tratadas con anatoxina tetánica durante operaciones adicionales de inmunización. Los datos comunicados pueden también ajustarse para tomar en consideración las pautas de vacunación en otros años y/o los resultados de que se dispone gracias a las encuestas. La duración de la predicción se calcula luego sobre la base de las estimaciones publicadas por la OMS en relación con la duración de la protección gracias a todas las dosis recibidas a lo largo de la vida. El resultado final es la probabilidad de que un niño quede protegido contra el tétanos gracias a la inmunización materna dependiendo del año concreto en que haya nacido.

Uso de antibióticos cuando se sospecha de la existencia de neumonía – Mediante los datos se calcula ahora el porcentaje de niños menores de cinco años de los que se sospecha que tienen neumonía que reciben antibióticos, además de las estimaciones que antes se incluían sobre los niños de los que se sospechaba que padecían neumonía y que eran trasladados a las entidades sanitarias competentes. Las encuestas MICS recientemente realizadas han permitido disponer de un acervo de nuevos datos sobre uso de antibióticos contra la neumonía infantil, de los que antes no se disponía.

Tabla 4. VIH y SIDA: Los datos sobre estimaciones de incidencia del VIH entre adultos y sobre el número estimado de personas que viven con el VIH se basan en las estimaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y de la OMS, elaboradas en 2005. Estas estimaciones se actualizaron a finales de 2007, pero las nuevas cifras no estaban disponibles al momento de publicarse el presente informe.

La vigilancia mundial del VIH y el SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual es una tarea conjunta de la OMS y del ONUSIDA. En países donde existe una epidemia generalizada, las estimaciones nacionales sobre la incidencia del VIH se basan en datos generados por sistemas de vigilancia que se centran en las mujeres embarazadas que asisten a determinadas clínicas de control prenatal. Más recientemente, un número creciente de países están llevando a cabo pruebas de VIH como parte de sus encuestas basadas en la población representativa a nivel nacional. Siempre que ello es posible, los resultados de esta encuesta de población se incluyen en la estimación sobre la incidencia adulta del VIH en

un país. En países con un nivel reducido o con una epidemia bien localizada, las estimaciones nacionales sobre la incidencia del VIH se basan sobre todo en datos de vigilancia recogidos de poblaciones de alto riesgo (trabajadores/as del sexo, hombres que mantienen relaciones con otros hombres, drogadictos intravenosos) y en las estimaciones sobre el tamaño de las poblaciones con riesgo elevado y reducido. Se puede encontrar más información sobre estas estimaciones en la página web <www.epidem.org>.

Tabla 5. Educación: La tasa de alfabetización adulta se ha reemplazado por la tasa de alfabetización de jóvenes adultos (de 15 a 24 años) desglosada por géneros.

Tabla 8. Situación de las mujeres: En el cuadro de este año hay tres cambios principales:

Tasa de matriculación/asistencia de alumnas a la escuela primaria y secundaria – Anteriormente, esta tabla incluía la tasa bruta de matriculación (mujeres como porcentaje de hombres) en lo que respecta tanto a la educación primaria como a la secundaria. Este año, estas cifras han sido reemplazadas por la tasa neta de asistencia (mujeres como porcentaje de hombres) en relación con ambos niveles de educación, y estos datos se presentan junto con la tasa bruta de matriculación (mujeres como porcentaje de hombres) en relación con ambos niveles. Los coeficientes matriculación/asistencia reflejan mejor los niveles de participación escolar en educación tanto primaria como secundaria.

Partos en instituciones – Además de presentar la proporción de nacimientos asistidos por personal sanitario cualificado, la tabla de este año también incluye el porcentaje de nacimientos que tienen lugar en instalaciones sanitarias.

Mortalidad materna – Tal como se dijo anteriormente, las estimaciones actualizadas sobre mortalidad materna en relación con el año 2005 que se presentan en este informe se basan en las tareas del grupo interorganismos de la OMS/UNICEF/FNUAP/Banco Mundial y se publicaron en *Maternal Mortality in 2005*, OMS, Ginebra, 2007. Estas estimaciones sobre mortalidad materna se corrigen para tener en cuenta el hecho de que las muertes de madres a menudo no se notifican y se computan como fallecimientos debidos a otras causas. En la página <www.childinfo.org> puede obtenerse más información.

Tabla 9. Protección infantil: Se han incluido tres nuevos indicadores en esta tabla, que se basa ampliamente en el acervo de nuevos datos sobre protección de la infancia recientemente disponibles gracias a las encuestas MICS, las Encuestas de Demografía y Salud y otras encuestas realizadas a nivel nacional.

Actitudes con respecto a la violencia doméstica – Este indicador se define como el porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años que consideran justificable que un marido pegue o golpee a su esposa por al menos una de las razones esgrimidas. Se preguntó a muje-

Notas generales a los datos (continúa)

res si estaba justificado que un marido pegase o golpease a su mujer en una serie de circunstancias, por ejemplo, si la mujer quema la comida, discute con él, sale sin avisarle, descuida a los niños o se niega a mantener relaciones sexuales con él.

Discapacidad infantil – Este indicador está definido como el porcentaje de niños de entre 2 y 9 años de edad que dieron positivo en al menos una de las preguntas sobre discapacidad. Las preguntas sobre discapacidad se dirigen a los padres o al cuidador del niño, a quienes se pide que ofrezcan una valoración personal sobre el desarrollo y funcionamiento mental del niño. Los datos sobre la incidencia de discapacidad se refieren por lo tanto al porcentaje de niños que dieron positivo en estas preguntas y deben considerarse una indicación sobre el porcentaje de niños que pro-

bablemente tengan una discapacidad y que puedan requerir una nueva evaluación médica y en materia de desarrollo.

Disciplina infantil – Este indicador se define como el porcentaje de niños de entre 2 y 14 años que sufren cualquier castigo psicológico o físico. El castigo psicológico incluye los gritos y chillidos dirigidos al niño, y el hecho de insultar al niño o la niña. Los castigos físicos o corporales consisten en actos que tienen por objeto causar daño físico o malestar, pero no heridas. Algunos castigos físicos leves podrían consistir en sacudir al niño y en darle palmotazos en la mano, el brazo, la pierna o el trasero. Castigo físico grave es pegar al niño en la cara, cabeza u oídos, o golpearlo con fuerza o repetidamente.

Explicación de los símbolos

Habida cuenta de que el objetivo del capítulo de estadísticas es proporcionar un panorama general sobre la situación de la infancia y las mujeres a escala mundial, se considera que la inclusión de calificaciones y notas al pie de página es más apropiada para otras secciones del informe. Los símbolos siguientes se aplican a todas las tablas; los símbolos específicos que corresponden a una tabla concreta se incluyen en las notas al pie de página de cada tabla.

- Indica que los datos no están disponibles.

x Indica los datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos no se incluyen en los datos consolidados.

y Indica los datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos se incluyen en los datos consolidados.

* Los datos se refieren al año disponible más reciente durante el período especificado en el titular de la columna.

§ Incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional figuran en una lista en la página 148.

Posición de los países y territorios según su TMM5

La lista siguiente presenta a los países y territorios en orden descendente según las estimaciones de la tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5) de 2006, un indicador fundamental para medir el bienestar de los niños. Los países y los territorios aparecen en orden alfabético en las tablas que siguen.

	TMM5 2006			TMM5 2006			TMM5 2006	
	Tasa	Posición		Tasa	Posición		Tasa	Posición
Sierra Leona	270	1	Turkmenistán	51	67	República Árabe Siria	14	130
Angola	260	2	Iraq	46	68	Santa Lucía	14	130
Afganistán	257	3	Mongolia	43	69	Belarús	13	135
Niger	253	4	Uzbekistán	43	69	Seychelles	13	135
Liberia	235	5	Guatemala	41	71	Sri Lanka	13	135
Malí	217	6	Kirguistán	41	71	Barbados	12	138
Chad	209	7	Micronesia (Estados Federados de)	41	71	Costa Rica	12	138
Guinea Ecuatorial	206	8	Surinam	39	74	Malasia	12	138
Congo, República Democrática del	205	9	Argelia	38	75	Omán	12	138
Burkina Faso	204	10	Trinidad y Tabago	38	75	Uruguay	12	138
Guinea-Bissau	200	11	Tuvalu	38	75	Antigua y Barbuda	11	143
Nigeria	191	12	Marruecos	37	78	Kuwait	11	143
Zambia	182	13	Nicaragua	36	79	Palau	11	143
Burundi	181	14	Vanuatu	36	79	Bahrein	10	146
República Centrafricana	175	15	Egipto	35	81	Montenegro	10	146
Swazilandia	164	16	México	35	81	Brunei Darussalam	9	148
Guinea	161	17	Cabo Verde	34	83	Chile	9	148
Rwanda	160	18	Indonesia	34	83	Letonia	9	148
Camerún	149	19	Irán (República Islámica de)	34	83	Emiratos Árabes Unidos	8	151
Benin	148	20	Filipinas	32	86	Eslovaquia	8	151
Somalia	145	21	Georgia	32	86	Estados Unidos	8	151
Mozambique	138	22	Jamaica	31	88	Lituania	8	151
Uganda	134	23	Libano	30	89	Serbia	8	151
Lesotho	132	24	Maldivas	30	89	Tailandia	8	151
Djibouti	130	25	Nauru	30	89	Cuba	7	157
Côte d'Ivoire	127	26	Kazajstán	29	92	Estonia	7	157
Congo	126	27	República Dominicana	29	92	Hungría	7	157
Mauritania	125	28	Samoa	28	94	Polonia	7	157
Botswana	124	29	Honduras	27	95	Australia	6	161
Etiopía	123	30	Turquía	26	96	Canadá	6	161
Kenya	121	31	Arabia Saudita	25	97	Croacia	6	161
Ghana	120	32	El Salvador	25	97	Malta	6	161
Malawi	120	32	Jordania	25	97	Nueva Zelanda	6	161
Tanzanía, República Unida de	118	34	Perú	25	97	Reino Unido	6	161
Senegal	116	35	Armenia	24	101	Austria	5	167
Madagascar	115	36	China	24	101	Corea, República de	5	167
Gambia	113	37	Ecuador	24	101	Dinamarca	5	167
Togo	108	38	Tonga	24	101	Irlanda	5	167
Zimbabwe	105	39	Ucrania	24	101	Israel	5	167
Myanmar	104	40	Panamá	23	106	Países Bajos	5	167
Yemen	100	41	Túnez	23	106	Portugal	5	167
Pakistán	97	42	Paraguay	22	108	Suiza	5	167
Santo Tomé y Príncipe	96	43	Territorio Palestino Ocupado	22	108	Alemania	4	175
Gabón	91	44	Colombia	21	110	Bélgica	4	175
Sudán	89	45	Qatar	21	110	Chipre	4	175
Azerbaiyán	88	46	Venezuela (República Bolivariana de)	21	110	Eslovenia	4	175
Camboya	82	47	Brasil	20	113	España	4	175
Haití	80	48	Granada	20	113	Finlandia	4	175
India	76	49	San Vicente y las Granadinas	20	113	Francia	4	175
República Popular Democrática Lao	75	50	Islas Cook	19	116	Grecia	4	175
Eritrea	74	51	Moldova, República de	19	116	Italia	4	175
Islas Salomón	73	52	Saint Kitts y Nevis	19	116	Japón	4	175
Papua Nueva Guinea	73	52	Fiji	18	119	Luxemburgo	4	175
Bhután	70	54	Jamahiriya Árabe Libia	18	119	Mónaco	4	175
Bangladesh	69	55	Rumania	18	119	Noruega	4	175
Sudáfrica	69	55	Albania	17	122	República Checa	4	175
Comoras	68	57	ex República Yugoslava de Macedonia	17	122	Andorra	3	189
Tayikistán	68	57	Viet Nam	17	122	Islandia	3	189
Kiribati	64	59	Argentina	16	125	Liechtenstein	3	189
Guyana	62	60	Belice	16	125	San Marino	3	189
Bolivia	61	61	Federación de Rusia	16	125	Singapur	3	189
Namibia	61	61	Bosnia y Herzegovina	15	128	Suecia	3	189
Nepal	59	63	Dominica	15	128	Santa Sede	-	-
Islas Marshall	56	64	Bahamas	14	130	Niue	-	-
República Popular Democrática de Corea	55	65	Bulgaria	14	130			
Timor-Leste	55	65	Mauricio	14	130			

TABLA 1: INDICADORES BÁSICOS

Países y territorios	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años		Tasa de mortalidad infantil (< de 1 año)		Tasa de mortalidad neonatal 2000	Población total (miles) 2006	Nacimientos anuales (miles) 2006	Muertes anuales (<5 años) (miles) 2006	INB per cápita (dólares) 2006	Esperanza de vida al nacer (años) 2006	Tasa total de alfabetización de adultos 2000-2005*	Tasa neta de matriculación/asistencia enseñanza primaria (%) 2000-2006*	Distribución familiar del ingreso (%) 1995-2004*	
		1990	2006	1990	2006									40% más bajos	20% más altos
Afganistán	3	260	257	168	165	60	26088	1272	327	250x	43	28	53s	-	-
Albania	122	45	17	37	15	12	3172	52	1	2960	76	99	94	21	40
Alemania	175	9	4	7	4	3	82641	683	3	36620	79	-	96	22	37
Andorra	189	6	3	5	3	4	74	0	0	d	-	-	80	-	-
Angola	2	260	260	154	154	54	16557	792	206	1980	42	67	58s	-	-
Antigua y Barbuda	143	-	11	-	10	8	84	0	0	11210	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	97	44	25	35	21	12	24175	612	15	12510x	72	83	78	-	-
Argelia	75	69	38	54	33	20	33351	694	26	3030	72	70	97	19	43
Argentina	125	29	16	25	14	10	39134	690	11	5150	75	97	99	11	55
Armenia	101	56	24	47	21	17	3010	36	1	1930	72	99	99s	21	43
Australia	161	10	6	8	5	3	20530	255	2	35990	81	-	97	18x	41x
Austria	167	10	5	8	4	3	8327	77	0	39590	80	-	97	22	38
Azerbaiján	46	105	88	84	73	36	8406	129	11	1850	67	99x	85	19	45
Bahamas	130	29	14	22	13	10	327	6	0	14920x	73	-	91	-	-
Bahrein	146	19	10	15	9	11	739	13	0	14370x	75	87	97	-	-
Bangladesh	55	149	69	100	52	36	155991	4013	277	480	63	48	81s	21	43
Barbados	138	17	12	15	11	8	293	3	0	d	77	-	98	-	-
Belarús	135	24	13	20	12	5	9742	91	1	3380	69	100x	89	22	38
Bélgica	175	10	4	8	4	3	10430	110	0	38600	79	-	99	21	41
Belize	125	43	16	35	14	18	282	7	0	3650	76	70x	95	-	-
Benin	20	185	148	111	88	38	8760	358	53	540	56	35	54s	19	44
Bhután	54	166	70	107	63	38	649	12	1	1410	65	-	70s	-	-
Bolivia	61	125	61	89	50	27	9354	264	16	1100	65	87	78s	7	63
Bosnia y Herzegovina	128	22	15	18	13	11	3926	35	1	2980	75	97	91s	24	36
Botswana	29	58	124	45	90	40	1858	47	6	5900	49	81	85	7x	70x
Brasil	113	57	20	48	19	15	189323	3720	74	4730	72	89	95	9	61
Brunei Darussalam	148	11	9	10	8	4	382	8	0	24100x	77	93	93	-	-
Bulgaria	130	18	14	14	12	8	7693	69	1	3990	73	98	93	22	38
Burkina Faso	10	206	204	123	122	36	14359	641	131	460	52	24	45	18	47
Burundi	14	190	181	114	109	41	8173	381	69	100	49	59	71s	15	48
Cabo Verde	83	60	34	45	25	10	519	15	1	2130	71	81	90	-	-
Camboya	47	116	82	85	65	40	14197	377	31	480	59	74	75s	17	50
Camerún	19	139	149	85	87	40	18175	649	97	1080	50	68	84s	15	51
Canadá	161	8	6	7	5	4	32577	338	2	36170	80	-	100	20	40
Chad	7	201	209	120	124	45	10468	482	101	480	50	26	36s	-	-
Chile	148	21	9	18	8	6	16465	249	2	6980	78	96	90	11	60
China	101	45	24	36	20	21	1320864	17309	415	2010	73	91	99	13	52
Chipre	175	12	4	11	3	4	846	10	0	18430x	79	97	99	-	-
Colombia	110	35	21	26	17	14	45558	884	19	2740	73	93	87	9	63
Comoras	57	120	68	88	51	29	818	28	2	660	65	-	72	-	-
Congo	27	103	126	67	79	32	3689	132	17	950x	54	85	86s	-	-
Congo, República															
Democrática del	9	205	205	129	129	47	60644	3026	620	130	46	67	52s	-	-
Corea, República de	167	9	5	8	5	3	48050	455	2	17690	78	-	100	21	37
Corea, República															
Popular Democrática de	65	55	55	42	42	22	23708	321	18	a	67	-	-	-	-
Costa Rica	138	18	12	16	11	7	4399	80	1	4980	79	95	92	12	54
Côte d'Ivoire	26	153	127	105	90	65	18914	684	87	870	48	49	62s	14	51
Croacia	161	12	6	10	5	5	4556	41	0	9330	76	98	87	21	40
Cuba	157	13	7	11	5	4	11267	121	1	1170x	78	100	97	-	-
Dinamarca	167	9	5	7	4	4	5430	62	0	51700	78	-	95	23	36
Djibouti	25	175	130	116	86	38	819	24	3	1060	54	-	79s	-	-
Dominica	128	17	15	15	13	7	68	0	0	3960	-	-	84	-	-
Ecuador	101	57	24	43	21	16	13202	285	7	2840	75	91	98	11	58
Egipto	81	91	35	67	29	21	74166	1828	64	1350	71	71	94	21	44
El Salvador	97	60	25	47	22	16	6762	159	4	2540	72	81	93	10	56
Emiratos Árabes Unidos	151	15	8	13	8	5	4248	69	1	23950x	78	89	71	-	-
Eritrea	51	147	74	88	48	25	4692	186	14	200	57	-	67s	-	-
Eslovaquia	151	14	8	12	7	5	5388	53	0	9870	74	-	92	24	35
Eslovenia	175	10	4	8	3	4	2001	18	0	18890	78	100	98	23	36
España	175	9	4	7	4	3	43887	468	2	27570	81	97x	99	19	42
Estados Unidos	151	12	8	10	6	5	302841	4248	34	44970	78	-	92	16	46
Estonia	157	16	7	12	5	6	1340	14	0	11410	71	100	95	18	43

	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años		Tasa de mortalidad infantil (< de 1 año)		Tasa de mortalidad neonatal 2000	Población total (miles) 2006	Nacimientos anuales (miles) 2006	Muertes anuales (<5 años) (miles) 2006	INB per cápita (dólares) 2006	Esperanza de vida al nacer (años) 2006	Tasa total de alfabetización de adultos 2000-2005*	Tasa neta de matriculación/ asistencia enseñanza primaria (%) 2000-2006*	Distribución familiar del ingreso (%) 1995-2004*	
		1990	2006	1990	2006									40% más bajos	20% más altos
Etiopía	30	204	123	122	77	51	81021	3159	389	180	52	36	45s	22	39
ex República Yugoslava de Macedonia	122	38	17	33	15	9	2036	23	0	3060	74	96	92	17	46
Federación de Rusia	125	27	16	23	14	9	143221	1506	24	5780	65	99	92	17	47
Fiji	119	22	18	19	16	9	833	18	0	3300	69	-	96	-	-
Filipinas	86	62	32	41	24	15	86264	2295	73	1420	71	93	94	15	51
Finlandia	175	7	4	6	3	2	5261	58	0	40650	79	-	98	24	37
Francia	175	9	4	7	4	3	61330	763	3	36550	80	-	99	20	40
Gabón	44	92	91	60	60	31	1311	34	3	5000	56	84	94s	-	-
Gambia	37	153	113	103	84	46	1663	60	7	310	59	-	61s	13	53
Georgia	86	46	32	39	28	25	4433	48	2	1560	71	-	93	16	46
Ghana	32	120	120	76	76	27	23008	700	84	520	59	58	75s	16	47
Granada	113	37	20	30	16	13	106	2	0	4420	68	-	84	-	-
Grecia	175	11	4	9	4	4	11123	103	0	21690	79	96	99	19	41
Guatemala	71	82	41	60	31	19	13029	445	18	2640	70	69	94	10	59
Guinea	17	235	161	139	98	48	9181	374	60	410	55	30	51s	18	46
Guinea Ecuatorial	8	170	206	103	124	40	496	19	4	8250	51	87	81	-	-
Guinea-Bissau	11	240	200	142	119	48	1646	82	16	190	46	-	54s	14x	53x
Guyana	60	88	62	64	46	25	739	13	1	1130	66	-	96s	14	50
Haití	48	152	80	105	60	34	9446	269	22	480	60	-	50s	9	63
Honduras	95	58	27	45	23	18	6969	199	5	1200	70	80	79s	11	58
Hungría	157	17	7	15	6	6	10058	93	1	10950	73	-	89	23	37
India	49	115	76	82	57	43	1151751	27195	2067	820	64	61	84s	19	45
Indonesia	83	91	34	60	26	18	228864	4427	151	1420	70	90	96	20	43
Irán (República Islámica de)	83	72	34	54	30	22	70270	1407	48	3000	71	82	95	15	50
Iraq	68	53	46	42	37	63	28506	937	43	2170x	58	74	88	-	-
Irlanda	167	10	5	8	4	4	4221	66	0	45580	79	-	96	20	42
Islandia	189	7	3	5	2	2	298	4	0	50580	82	-	99	-	-
Islas Cook	116	32	19	26	16	12	14	0	0	-	-	-	77	-	-
Islas Marshall	64	92	56	63	50	26	58	0	0	3000	-	-	90	-	-
Islas Salomón	53	121	73	86	55	12	484	15	1	680	63	-	63	-	-
Israel	167	12	5	10	4	4	6810	137	1	18580x	80	-	97	16	45
Italia	175	9	4	8	4	3	58779	544	2	32020	80	98	99	18	42
Jamaica	88	33	31	28	26	10	2699	55	2	3480	72	80	97s	14	52
Japón	175	6	4	5	3	2	127953	1087	4	38410	82	-	100	25x	36x
Jordania	97	40	25	33	21	17	5729	152	4	2660	72	91	99s	18	46
Kazajistán	92	60	29	51	26	32	15314	289	8	3790	66	100x	98s	19	41
Kenya	31	97	121	64	79	29	36553	1447	175	580	53	74	79	16	49
Kirguistán	71	75	41	63	36	31	5259	113	5	490	66	99x	92s	22	39
Kiribati	59	88	64	65	47	27	94	0	0	1230	-	-	97	-	-
Kuwait	143	16	11	14	9	6	2779	50	1	30630x	77	93	87	-	-
Lesotho	24	101	132	81	102	28	1995	59	8	1030	42	82	87	6	66
Letonia	148	18	9	14	8	7	2289	21	0	8100	72	100	88	18	45
Líbano	89	37	30	32	26	20	4055	74	2	5490	72	-	92	-	-
Liberia	5	235	235	157	157	66	3579	184	43	140	45	52	66	-	-
Libia, Jamahiriya Árabe	119	41	18	35	17	11	6039	144	3	7380	74	84	-	-	-
Liechtenstein	189	10	3	9	3	-	35	0	0	d	-	-	88	-	-
Lituania	151	13	8	10	7	5	3408	30	0	7870	73	100	89	18	43
Luxemburgo	175	10	4	8	4	4	461	5	0	76040	79	-	95	21	39
Madagascar	36	168	115	103	72	33	19159	714	82	280	59	59	76s	13	54
Malasia	138	22	12	16	10	5	26114	556	7	5490	74	89	95	13	54
Malawi	32	221	120	131	76	40	13571	566	68	170	47	64x	87s	18	47
Maldivas	89	111	30	78	26	37	300	7	0	2680	68	96	79	-	-
Malí	6	250	217	140	119	55	11968	579	126	440	54	24	51	16	47
Malta	161	11	6	10	5	5	405	4	0	13610x	79	88x	86	-	-
Marruecos	78	89	37	69	34	21	30853	635	23	1900	71	52	86	17	47
Mauricio	130	23	14	21	13	12	1252	19	0	5450	73	84	95	-	-
Mauritania	28	133	125	85	78	70	3044	102	13	740	64	51	72	17	46
México	81	53	35	42	29	15	105342	2109	74	7870	76	92	98	13	55
Micronesia (Estados Federados de)	71	58	41	45	33	12	111	3	0	2380	68	-	92	-	-
Moldova, República de	116	37	19	30	16	16	3833	44	1	1100	69	99	86	20	41
Mónaco	175	9	4	7	3	3	33	0	0	d	-	-	-	-	-

TABLA 1: INDICADORES BÁSICOS

	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años		Tasa de mortalidad infantil (< de 1 año)		Tasa de mortalidad neonatal 2000	Población total (miles) 2006	Nacimientos anuales (miles) 2006	Muertes anuales (<5 años) (miles) 2006	INB per cápita (dólares) 2006	Esperanza de vida al nacer (años) 2006	Tasa total de alfabetización de adultos 2000-2005*	Tasa neta de matriculación/asistencia enseñanza primaria (%) 2000-2006*	Distribución familiar del ingreso (%) 1995-2004*	
		1990	2006	1990	2006									40% más bajos	20% más altos
Mongolia	69	109	43	79	34	26	2605	49	2	880	66	98	97s	20	40
Montenegro	146	16	10	15	9	-	601	8	0	3860	74	96	97s	-	-
Mozambique	22	235	138	158	96	48	20971	856	118	340	42	39x	60s	15	54
Myanmar	40	130	104	91	74	40	48379	897	93	220x	61	90	84s	-	-
Namibia	61	86	61	60	45	25	2047	53	3	3230	52	85	72	4x	79x
Nauru	89	-	30	-	25	14	10	0	0	-	-	-	60	-	-
Nepal	63	142	59	99	46	40	27641	791	47	290	63	49	87	15	55
Nicaragua	79	68	36	52	29	18	5532	139	5	1000	72	77	87	15	49
Níger	4	320	253	191	148	43	13737	683	173	260	56	29	40	10	53
Nigeria	12	230	191	120	99	53	144720	5909	1129	640	47	69	68	15	49
Niue	-	-	-	-	-	13	2	0	-	-	-	-	90	-	-
Noruega	175	9	4	7	3	3	4669	56	0	66530	80	-	98	24	37
Nueva Zelandia	161	11	6	9	5	4	4140	57	0	27250	80	-	99	18	44
Omán	138	32	12	25	10	6	2546	57	1	9070x	75	81	73	-	-
Países Bajos	167	9	5	7	4	4	16379	188	1	42670	79	-	99	21	39
Pakistán	42	130	97	100	78	57	160943	4358	423	770	65	50	68	22	40
Palau	143	21	11	18	10	14	20	0	0	7990	-	-	96	-	-
Panamá	106	34	23	27	18	11	3288	70	2	4890	75	92	99	9	60
Papúa Nueva Guinea	52	94	73	69	54	32	6202	191	14	770	57	57	-	12	57
Paraguay	108	41	22	33	19	16	6016	153	3	1400	71	94	88	9	62
Perú	97	78	25	58	21	16	27589	584	15	2920	71	88	97	11	57
Polonia	157	18	7	16	6	6	38140	358	3	8190	75	-	96	19	42
Portugal	167	14	5	11	3	3	10579	113	1	18100	78	94	98	17	46
Qatar	110	26	21	21	18	5	821	13	0	12000x	75	89	96	-	-
Reino Unido	161	10	6	8	5	4	60512	715	4	40180	79	-	99	18	44
República Centroafricana	15	173	175	114	115	48	4265	157	27	360	44	49	59s	7x	65x
República Checa	175	13	4	11	3	2	10189	93	0	12680	76	-	92	25	36
República Democrática Popular Lao	50	163	75	120	59	35	5759	156	12	500	64	69	84	20	43
República Dominicana	92	65	29	50	25	19	9615	231	7	2850	72	87	88	12	57
Rumania	119	31	18	23	16	9	21532	213	4	4850	72	97	93	21	39
Rwanda	18	176	160	106	98	45	9464	420	67	250	46	65	86s	14	53
Saint Kitts y Nevis	116	36	19	30	17	12	50	1	0	8840	-	-	93	-	-
Samoa	94	50	28	40	23	13	185	5	0	2270	71	99	90	-	-
San Marino	189	14	3	13	3	2	31	0	0	d	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	113	25	20	20	17	11	120	2	0	3930	71	-	90	-	-
Santa Lucía	130	21	14	17	12	10	163	3	0	5110	73	-	97	15	48
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	43	100	96	65	63	38	155	5	0	780	65	85	97	-	-
Senegal	35	149	116	72	60	31	12072	435	50	750	63	39	58s	17	48
Serbia	151	-	8	-	7	-	9851	126	1	3910	74	96	96	-	-
Seychelles	135	19	13	17	12	9	86	3	0	8650	-	92	99	-	-
Sierra Leona	1	290	270	169	159	56	5743	262	71	240	42	35	69s	3x	63x
Singapur	189	9	3	7	2	1	4382	37	0	29320	80	89x	-	14	49
Siría, República Árabe	130	38	14	31	12	9	19408	529	7	1570	74	81	95	-	-
Somalia	21	203	145	121	90	49	8445	371	54	130x	47	-	22s	-	-
Sri Lanka	135	32	13	26	11	11	19207	295	4	1300	72	91	97	17	48
Sudáfrica	55	60	69	45	56	21	48282	1102	76	5390	50	82x	87	10	62
Sudán	45	120	89	74	61	29	37707	1225	109	810	58	61	58s	-	-
Suecia	189	7	3	6	3	2	9078	101	0	43580	81	-	96	23	37
Suiza	167	9	5	7	4	3	7455	69	0	57230	81	-	93	20	41
Surinam	74	48	39	35	29	18	455	9	0	3200	70	90	94	-	-
Swazilandia	16	110	164	78	112	38	1134	33	5	2430	40	80	80	13	56
Tailandia	151	31	8	26	7	13	63444	936	7	2990	70	93	98s	16	49
Tanzanía, República Unida de	34	161	118	102	74	43	39459	1589	188	350	52	69	73s	19	42
Tayikistán	57	115	68	91	56	38	6640	185	13	390	66	100	89s	20	41
Territorio Palestino Ocupado	108	40	22	34	20	-	3889	143	3	1230x	73	92	80	-	-
Timor-Leste	65	177	55	133	47	40	1114	46	3	840	60	-	75s,y	-	-
Togo	38	149	108	88	69	40	6410	242	26	350	58	53	78	-	-
Tonga	101	32	24	26	20	10	100	3	0	2170	73	99x	95	-	-

	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años		Tasa de mortalidad infantil (< de 1 año)		Tasa de mortalidad neonatal 2000	Población total (miles) 2006	Nacimientos anuales (miles) 2006	Muertes anuales (<5 años) (miles) 2006	INB per cápita (dólares) 2006	Esperanza de vida al nacer (años) 2006	Tasa total de alfabetización de adultos 2000-2005*	Tasa neta de matriculación/asistencia enseñanza primaria (%) 2000-2006*	Distribución familiar del ingreso (%) 1995-2004*	
		1990	2006	1990	2006									40% más bajos	20% más altos
		1990	2006	1990	2006									2000	2006
Trinidad y Tabago	75	34	38	30	33	13	1328	20	1	13340	69	98	98s	16x	46x
Túnez	106	52	23	41	19	14	10215	172	4	2970	74	74	97	16	47
Turkmenistán	67	99	51	81	45	35	4899	108	6	1340x	63	99x	99s	16	47
Turquía	96	82	26	67	24	22	73922	1378	36	5400	72	87	89	15	50
Tuvalu	75	54	38	42	31	22	10	0	0	-	-	-	100	-	-
Ucrania	101	25	24	22	20	9	46557	417	10	1950	68	99	97s	23	38
Uganda	23	160	134	93	78	32	29899	1406	188	300	50	67	82s	15	53
Uruguay	138	23	12	20	11	7	3331	51	1	5310	76	97x	93	14	50
Uzbekistán	69	74	43	61	38	27	26981	619	27	610	67	-	100s	19	45
Vanuatu	79	62	36	48	30	19	221	6	0	1710	70	74	94	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	110	33	21	27	18	12	27191	595	12	6070	73	93	91	12	52
Viet Nam	122	53	17	38	15	15	86206	1654	28	690	74	90x	94s	20	44
Yemen	41	139	100	98	75	37	21732	839	84	760	62	54	75	20	41
Zambia	13	180	182	101	102	40	11696	470	86	630	41	68x	57s	11	55
Zimbabwe	39	76	105	52	68	33	13228	372	39	340x	42	89	82	13	56

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	187	160	111	95	44	748886	29889	4786	851	50	58	66	13	55
África oriental y meridional	165	131	102	83	40	370361	14074	1844	1171	50	60	70	11	58
África occidental y central	208	186	119	107	48	378525	15815	2942	553	50	57	62	16	49
África del Norte y Oriente Medio	79	46	58	36	26	382048	9617	442	2104	69	73	85	17	46
Asia meridional	123	83	87	62	44	1542571	37942	3149	777	64	58	82	19	46
Asia Oriental y Pacífico	55	29	41	23	20	1968675	29764	863	2371	72	91	97	17	46
América Latina y el Caribe	55	27	43	22	15	559525	11418	308	4847	73	90	93	12	56
ECE/CEI	53	27	43	24	18	405584	5529	149	4264	68	97	92	20	42
Países industrializados [§]	10	6	9	5	4	969949	11003	66	37217	79	-	96	21	40
Países en desarrollo [§]	103	79	70	54	33	5358223	121685	9614	1967	66	76	84	15	50
Países menos adelantados [§]	180	142	113	90	43	785444	28661	4070	438	55	55	65	15	50
Mundo	93	72	64	49	30	6577236	135163	9733	7406	68	78	86	20	42

§ También incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional aparecen en la lista de la página 148.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

- Tasa de mortalidad de menores de 5 años** – Probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta la edad de 5 años, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.
- Tasa de mortalidad infantil** – Probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta la edad de 1 año, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.
- Tasa de mortalidad neonatal** – Probabilidad de morir durante los primeros 28 días completos de vida, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.
- INB per cápita** – El Ingreso Nacional Bruto (INB) es la suma del valor agregado por todos los productores residentes, más cualquier impuesto sobre productos que no haya sido incluido en la valoración de la producción (menos subsidios), más los ingresos primarios netos (remuneración de empleados y rentas de propiedades) de las personas no residentes. El INB per cápita, convertido en dólares de los Estados Unidos utilizando el método del Atlas del Banco Mundial, es el ingreso nacional bruto dividido por la población a mediados del año.
- Esperanza de vida al nacer** – El número de años que un recién nacido podría vivir si en el momento de su nacimiento está sujeto a los riesgos de mortalidad prevalentes en una muestra representativa de la población.
- Tasa total de alfabetización de adultos** – Número de personas de 15 años y más que saben leer y escribir, como porcentaje de la población de esta categoría de edad.
- Tasa neta de escolarización/asistencia a la enseñanza primaria** – Número de niños matriculados o que asisten a la escuela primaria, expresado como porcentaje del número total de niños que van a la escuela primaria. El indicador corresponde a la tasa neta de matriculación en la escuela primaria o la tasa neta de asistencia a la escuela primaria. En general, si los dos indicadores están disponibles, se prefiere la tasa neta de matriculación a menos que se considere que los datos de asistencia sean de mejor calidad. Las definiciones de las tasas netas de matriculación en la escuela primaria y de las tasas netas de asistencia a la escuela primaria se ofrecen en la Tabla 5, pág. 130.
- Distribución del ingreso** – Proporción del ingreso recibido por el 20% de los hogares con el ingreso más alto y el 40% de los hogares con el ingreso más bajo.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

- Mortalidad infantil y de menores de 5 años** – UNICEF, Organización Mundial de la Salud, División de Población de las Naciones Unidas y División de Estadísticas de las Naciones Unidas.
- Tasa de mortalidad neonatal** – Organización Mundial de la Salud, mediante sistemas de registro civil y encuestas en los hogares.
- Población total** – División de Población de las Naciones Unidas.
- Nacimientos** – División de Población de las Naciones Unidas.
- Número de muertes de menores de 5 años** – UNICEF.
- INB per cápita** – Banco Mundial.
- Esperanza de vida** – División de Población de las Naciones Unidas.
- Alfabetización de adultos** – Instituto de Estadísticas de la UNESCO (UIS), inclusive la Evaluación sobre Educación para Todos 2000.
- Matriculación/asistencia a la escuela** – UIS, Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS) y Encuestas de Demografía y Salud.
- Ingreso familiar** – Banco Mundial.

NOTAS

- a: ingresos bajos (905 dólares o menos).
- b: ingresos de bajos a medianos (de 906 dólares a 3.595 dólares).
- c: ingresos medianos altos (de 3.596 dólares a 11.115 dólares).
- d: ingresos altos (11.116 dólares o más).
- Datos no disponibles.
- x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
- y Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
- * Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.
- s Datos de las encuestas nacionales en los hogares.

TABLA 2: NUTRICIÓN

Países y territorios	Recién nacidos con bajo peso (%) 1999-2006*	% de niños lactantes (2000-2006*) que reciben:			% de menores de 5 años (2000-2006*) que padecen:				Tasa de cobertura con suplementos de vitamina A (6-59 meses) 2005		Hogares que consumen sal yodada (%) 2000-2006*
		lactancia exclusiva (<6 meses)	lactancia con alimentos complementarios (6-9 meses)	lactancia continuada (20-23 meses)	Insuficiencia ponderal moderada y grave	Emaciación moderada y grave	Cortedad de talla moderada y grave	por lo menos una dosis ² (%)	cobertura total (%) ³		
										grave	
Afganistán	-	-	29	54	39	12	7	54	95	91	28
Albania	7	2	38	20	8	1	7	22	-	-	62
Alemania	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	12	11	77	37	31	8	6	45	79	65	35
Antigua y Barbuda	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	11	31x,k	60x	30x	14x	3x	11x	20x	-	-	-
Argelia	6	7	39	22	4	1	3	11	-	-	61
Argentina	7	-	-	-	4	-	1	4	-	-	90x
Armenia	8	33	57	15	4	0	5	13	-	-	97
Australia	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Austria	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaiyán	12	7	39	16	7	1	2	13	29	29w	26
Bahamas	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahrein	8	34x,k	65x	41x	9x	2x	5x	10x	-	-	-
Bangladesh	22	37	52	89	48	13	13	43	83	82	84
Barbados	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belarús	4	9	38	4	1	0	1	3	-	-	55
Bélgica	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belice	6	24x,k	54x	23x	7	-	1	18	-	-	90x
Benin	16	70	50	57	23	5	7	38	94	92	72
Bhután	15	-	-	-	19x	3x	3x	40x	-	-	96
Bolivia	7	54	74	46	8	1	1	27	39	39	90
Bosnia y Herzegovina	5	18	29	10	2	0	3	7	-	-	62
Botswana	10	34	57	11	13	2	5	23	-	-	66
Brasil	8	-	30x	17x	6x	1x	2x	11x	-	-	88
Brunei Darussalam	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100
Burkina Faso	16	7	50	85	37	14	23	35	95	95	34
Burundi	11	45	88	-	39	14	7	53	69	17	98
Cabo Verde	13	57x,k	64x	13x	-	-	-	-	-	-	0x
Camboya	11	60	82	54	36	7	7	37	79	65	73
Camerún	11	21	64	21	19	5	6	30	95	95	49
Canadá	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chad	22	2	77	65	37	14	14	41	95	93	56
Chile	6	63	47	-	1	-	0	1	-	-	100
China	2	51	32	15	7	-	-	11	-	-	90
Chipre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	9	47	65	32	7	1	1	12	-	-	92x
Comoras	25	21	34	45	25	-	8	44	-	-	82
Congo	13	19	78	21	14	3	7	26	90	9	82
Congo, República Democrática del	12	24	79	52	31	9	13	38	92	87	72
Corea, República de	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Corea, República Popular Democrática de	7	65	31	37	23	8	7	37	95	95	40
Costa Rica	7	35x,k	47x	12x	5x	0x	2x	6x	-	-	97x
Côte d'Ivoire	17	4	54	37	20	4	7	34	95	89	84
Croacia	6	23x	-	-	1x	-	1x	1x	-	-	90x
Cuba	5	41	42	9	4	0	2	5	-	-	88
Dinamarca	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	10	1	23	18	29	10	21	33	52	0	0
Dominica	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	16	40	77	23	9	1	2	23	-	-	99x
Egipto	14	38	67	37	6	1	4	18	-	-	78
El Salvador	7	24	76	43	10	1	1	19	-	-	62
Emiratos Árabes Unidos	15	34x,k	52x	29x	14x	3x	15x	17x	-	-	-
Eritrea	14	52	43	62	40	12	13	38	57	50	68
Eslovaquia	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovenia	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
España	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estados Unidos	8	-	-	-	2	0	0	1	-	-	-
Estonia	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	Recién nacidos con bajo peso (%) 1999-2006*	% de niños lactantes (2000-2006*) que reciben:			% de menores de 5 años (2000-2006*) que padecen:				Tasa de cobertura con suplementos de vitamina A (6-59 meses) 2005		Hogares que consumen sal yodada (%) 2000-2006*
		lactancia exclusiva (<6 meses)	lactancia con alimentos complementarios (6-9 meses)	lactancia continuada (20-23 meses)	Insuficiencia ponderal		Emaciación moderada y grave	Cortedad de talla moderada y grave	por lo menos una dosis ² (%)	cobertura total (%) ³	
					moderada y grave	grave					
Etiopía	20	49	54	-	38	11	11	47	59	59	20
ex República Yugoslava de Macedonia	6	37x	8x	10x	2	0	2	9	-	-	94
Federación de Rusia	6	-	-	-	3x	1x	4x	13x	-	-	35
Fiji	10	47x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	31x
Filipinas	20	34	58	32	28	-	6	30	85	85	56
Finlandia	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Francia	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabón	14	6	62	9	12	2	3	21	-	-	36
Gambia	20	41	44	53	20	4	6	22	95	16	7
Georgia	7	18x,k	12x	12x	3x	0x	2x	12x	-	-	91
Ghana	9	54	58	56	18	3	5	22	95	95	32
Granada	9	39x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	12	51	67	47	23	4	2	49	44	36w	67
Guinea	12	27	41	71	26	7	9	35	95	95	51
Guinea Ecuatorial	13	24	-	-	19	4	7	39	-	-	33
Guinea-Bissau	24	16	35	61	19	4	7	41	-	-	1
Guyana	13	11	42	31	14	3	11	11	-	-	-
Haití	25	41	87	35	22	6	9	24	42	42	3
Honduras	10	30	69	48	11	1	1	25	40	40	80x
Hungría	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
India	30	46	56	-	43	16	20	48	64	64w	51
Indonesia	9	40	75	59	28	9	-	-	76	76	73
Irán (República Islámica de)	7	44	-	0	11x	2x	5x	15x	-	-	99
Iraq	15	25	51	36	8	1	5	21	-	-	28
Irlanda	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islandia	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Cook	3	19x,k	-	-	10x	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	12	63x,k	-	-	-	-	-	-	6	6	-
Islas Salomón	13	65k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	12	15	36	24	4	-	4	3	-	-	100x
Japón	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordania	12	27	70	12	4	1	2	9	-	-	88
Kazajstán	6	17	39	16	4	1	4	13	-	-	92
Kenya	10	13	84	57	20	4	6	30	69	69	91
Kirguistán	5	32	49	26	3	0	4	14	88	87	76
Kiribati	5	80x,k	-	-	13x	-	-	-	62	60	-
Kuwait	7	12x,k	26x	9x	10x	3x	11x	24x	-	-	-
Lesotho	13	36	79	60	20	4	4	38	9	2	91
Letonia	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Líbano	6	27k	35	11	4	-	5	11	-	-	92
Liberia	-	35	70	45	26	8	6	39	95	79	-
Libia, Jamahiriya Árabe	7	-	-	23x	5x	1x	3x	15x	-	-	90x
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxemburgo	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	17	67	78	64	42	11	13	48	95	95	75
Malasia	9	29x,k	-	12x	8	1	-	-	-	-	-
Malawi	13	56	89	73	19	3	3	46	94	86	48
Maldivas	22	10	85	-	30	7	13	25	-	-	44
Malí	23	25	32	69	33	11	11	38	66	66	74
Malta	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marruecos	15	31	66	15	10	2	9	18	-	-	59
Mauricio	14	21k	-	-	15x	2x	14x	10x	-	-	0x
Mauritania	-	20	78	57	32	10	13	35	96	57	2
México	8	38x,k	36x	21x	5	-	2	13	68	63	91
Micronesia (Estados Federados de)	18	60x,k	-	-	15x	-	-	-	89	73	-
Moldova, República de	6	46	18	2	4	1	4	8	-	-	60
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLA 2: NUTRICIÓN

	Recién nacidos con bajo peso (%) 1999-2006*	% de niños lactantes (2000-2006*) que reciben:			% de menores de 5 años (2000-2006*) que padecen:				Tasa de cobertura con suplementos de vitamina A (6-59 meses) 2005		Hogares que consumen sal yodada (%) 2000-2006*
		lactancia exclusiva (<6 meses)	lactancia con alimentos complementarios (6-9 meses)	lactancia continuada (20-23 meses)	Insuficiencia ponderal		Emaciación moderada y grave	Cortedad de talla moderada y grave	por lo menos una dosis ² (%)	cobertura total (%) ³	
					moderada y grave	grave					
Mongolia	6	57	57	65	6	1	2	21	92	92	83
Montenegro	4	19	35	13	3	1	3	5	-	-	71
Mozambique	15	30	80	65	24	6	4	41	95	16	54
Myanmar	15	15k	66	67	32	7	9	32	95	95	60
Namibia	14	19	57	37	24	5	9	24	68	0	63
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	21	53	75	95	39	11	13	49	96	96	63
Nicaragua	12	31	68	39	10	2	2	20	98	0	97
Níger	13	14	62	62	44	15	10	50	94	94	46
Nigeria	14	17	64	34	29	9	9	38	73	73	97
Niue	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nueva Zelanda	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83x
Omán	8	-	92	73	18x	1x	7x	10x	-	-	61x
Países Bajos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistán	19	16x,k	31x	56x	38	13	13	37	95	95	17
Palau	9	59x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	10	25x	38x	21x	8x	1x	1x	18x	4	4	95x
Papúa Nueva Guinea	11	59x	74x	66x	-	-	-	-	90	0	-
Paraguay	9	22	60	-	5	-	1	14	-	-	88
Perú	11	64	81	41	8	0	1	24	-	-	91
Polonia	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	10	12x,k	48x	21x	6x	-	2x	8x	-	-	-
Reino Unido	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Centroafricana	13	23	55	47	29	8	10	38	-	-	62
República Checa	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Democrática Popular Lao	14	23	10	47	40	13	15	42	63	62	75
República Dominicana	11	4	36	15	5	1	1	7	-	-	19
Rumanía	8	16	41	-	3	0	2	10	-	-	74
Rwanda	6	88	69	77	23	4	4	45	100	99	88
Saint Kitts y Nevis	9	56x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	8	60	60	18	9	1	8	23	33	28	37
Senegal	19	34	61	42	17	3	8	16	95	86	41
Serbia	5	15	39	8	2	0	3	6	-	-	73
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	24	8	52	57	30	8	9	40	95	95	45
Singapur	8	-	-	-	3	0	2	2	-	-	-
Siria, República Árabe	9	29	37	16	10	2	9	22	-	-	79
Somalia	11	9	15	35	36	12	11	38	-	-	1
Sri Lanka	22	53	-	73	29	-	14	14	64	61w	94
Sudáfrica	15	7y	46y	-	12x	2x	3x	25x	33	29	62x
Sudán	31	16	47	40	41	15	16	43	90	90	1
Suecia	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suiza	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Surinam	13	9	25	11	13	2	7	10	-	-	-
Swazilandia	9	24	60	25	10	2	1	30	59	40	59
Tailandia	9	5	43	19	9	0	4	12	-	-	58
Tanzania, República Unida de	10	41	91	55	22	4	3	38	95	95	43
Tayikistán	10	25	15	34	17	4	7	27	98	98	46
Territorio Palestino Ocupado	7	27	-	-	3	0	1	10	-	-	86
Timor-Leste	12	31	82	35	46	15	12	49	91	35	72
Togo	12	28	35	44	26	7	14	24	95	92	25
Tonga	3	62x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago	19	13	43	22	6	1	4	4	-	-	28
Túnez	7	47	-	22	4	1	2	12	-	-	97

	Recién nacidos con bajo peso (%) 1999-2006*	% de niños lactantes (2000-2006*) que reciben:			% de menores de 5 años (2000-2006*) que padecen:				Tasa de cobertura con suplementos de vitamina A (6-59 meses) 2005		Hogares que consumen sal yodada (%) 2000-2006*
		lactancia exclusiva (<6 meses)	lactancia con alimentos complementarios (6-9 meses)	lactancia continuada (20-23 meses)	Insuficiencia ponderal moderada y grave	Emaciación grave	Cortedad de talla moderada y grave	por lo menos una dosis [‡] (%)	cobertura total (%) [‡]		
Turkmenistán	4	11	54	37	11	2	6	15	-	-	87
Turquía	16	21	38	24	4	1	1	12	-	-	64
Tuvalu	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania	4	6	83	11	1	0	0	3	-	-	18
Uganda	12	60	80	54	20	5	5	32	78	78	95
Uruguay	8	-	-	-	5	1	2	11	-	-	-
Uzbekistán	5	26	45	38	5	1	3	15	82	82	53
Vanuatu	6	50x,k	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	9	7x,k	50x	31x	5	1	4	13	-	-	90x
Viet Nam	7	17	70	23	25	3	7	30	99	99w	93
Yemen	32	12	76	-	46	15	12	53	15	15w	30
Zambia	12	40	87	58	20	-	6	50	66	66	77
Zimbabwe	11	22	79	28	17	3	6	29	81	81	93x

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	14	30	67	50	28	8	9	38	79	73	64
África oriental y meridional	14	39	71	56	28	7	7	41	73	64	54
África occidental y central	14	21	63	46	28	9	10	36	85	82	72
África del Norte y Oriente Medio	16	28	57	25	17	5	8	25	-	-	64
Asia meridional	29	45	55	-	42	15	18	46	71	71	51
Asia Oriental y Pacífico	6	43	45	27	14	-	-	16	84	82**	84
América Latina y el Caribe	9	-	-	-	7	-	2	16	-	-	85
ECE/CEI	6	19	44	23	5	1	2	12	-	-	50
Países industrializados [§]	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Países en desarrollo [§]	16	38	56	40	26	10	11	32	75	72**	69
Países menos adelantados [§]	17	35	64	63	35	10	10	42	82	77	55
Mundo	15	38	56	39	25	9	11	31	75	72**	68

§ También incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional aparecen en la lista de la página 148.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Bajo peso al nacer – Recién nacidos que pesan menos de 2.500 gramos.

Insuficiencia ponderal – Moderada y grave – inferior a una desviación estándar de -2 respecto a la mediana de peso por edad de la población de referencia; grave – inferior a una desviación estándar de -3 respecto a la mediana de peso por edad de la población de referencia.

Emaciación – Moderada y grave – inferior a una desviación estándar de -2 respecto a la mediana de peso por altura de la población de referencia.

Cortedad de talla – Moderada y grave – inferior a una desviación estándar de -2 respecto a la mediana de altura por edad de la población de referencia.

Vitamina A – Porcentaje de niños y niñas de 6 a 59 meses que recibieron suplementos de vitamina A en 2005.

Consumo de sal yodada – Porcentaje de hogares que consumen sal adecuadamente yodada (15 mg/l o más)

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Bajo peso al nacer – Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), otras encuestas nacionales en los hogares y datos de los sistemas de notificación periódica.

Lactancia materna – Encuestas de Demografía y Salud, MICS y UNICEF.

Insuficiencia ponderal, emaciación y cortedad de talla – Encuestas de Demografía y Salud, MICS, Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF.

Vitamina A – UNICEF y OMS.

Yodación de la sal – Encuestas de Demografía y Salud, MICS y UNICEF.

- NOTAS**
- Datos no disponibles.
 - x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
 - y Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
 - * Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.
 - k Se refiere al amamantamiento exclusivo durante menos de 4 meses.
 - w Identifica a los países con programas nacionales de administración de suplementos de vitamina A dirigidos a una categoría reducida de edad. La cifra de cobertura se registra como seleccionada.
 - ‡ Se refiere al porcentaje de niños que recibieron por lo menos una dosis en 2005 (el punto de cobertura más reciente en el momento en que se registraron los datos).
 - Δ El porcentaje de niños a los que se llegó con dos dosis en 2005 se registra como el porcentaje más bajo de dos puntos de cobertura. '0' (cero) indica que solamente se administró una dosis en 2005.
 - ** No incluye China.

TABLA 3: SALUD

Países y territorios	% de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable 2004			% de la población que usa instalaciones adecuadas de saneamiento 2004			% de vacunas regulares del PAI financiadas por el gobierno 2006	Población inmunizada 2006							% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que fueron conducidos a un proveedor de la salud apropiado*	% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y reciben antibióticos*	% de menores de 5 años con diarrea que reciben rehidratación oral y alimentación continuada 2000-2006*	Paludismo 2003-2006*				
								Niños de 1 año vacunados contra:										% de recién nacidos protegidos contra el tétanos ^a	2000-2006*	% de menores de 5 años que duermen bajo mosquitero	% de menores de 5 años con fiebre	% de menores de 5 años con fiebre que reciben medicinas anti-palúdicas
	total	urbana	rural	total	urbana	rural		TB	DPT	Polio	sarampión	HepB3	Hib									
								vacunas correspondientes														
Afganistán	39	63	31	34	49	29	0	90	90	77	77	68	-	-	88	28	-	48	-	-	-	
Albania	96	99	94	91	99	84	-	98	98	98	97	97	98	-	87	45	38	50	-	-	-	
Alemania	100	100	100	100	100	100	-	-	96	90	96	94	86	94	-	-	-	-	-	-	-	
Andorra	100	100	100	100	100	100	-	-	97	93	93	91	84	93	-	-	-	-	-	-	-	
Angola	53	75	40	31	56	16	67	65	66	44	44	48	-	-	80	58	-	32	-	-	-	
Antigua y Barbuda	91	95	89	95	98	94	100	-	96	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	
Arabia Saudita	-	97	-	-	100	-	100	95	97	96	96	95	96	96	56	-	-	-	-	-	-	
Argelia	85	88	80	92	99	82	100	99	98	95	95	91	80	-	70	53	59	24	-	-	-	
Argentina	96	98	80	91	92	83	-	99	93	91	92	97	84	91	-	-	-	-	-	-	-	
Armenia	92	99	80	83	96	61	30	91	95	87	87	92	78	-	-	36	11	59	-	-	-	
Australia	100	100	100	100	100	100	-	-	97	92	92	94	94	94	-	-	-	-	-	-	-	
Austria	100	100	100	100	100	100	88	-	94	83	83	80	83	83	-	-	-	-	-	-	-	
Azerbaiyán	77	95	59	54	73	36	70	99	97	95	97	96	93	-	-	36	-	40	12x	1x	1x	
Bahamas	97	98	86	100	100	100	100	-	95	95	94	88	96	95	65	-	-	-	-	-	-	
Bahrein	-	100	-	-	100	-	100	-	99	98	98	99	98	97	92	-	-	-	-	-	-	
Bangladesh	74	82	72	39	51	35	63	96	96	88	88	81	88	-	92	30	22	49	-	-	-	
Barbados	100	100	100	100	99	100	100	-	81	84	85	92	84	84	-	-	-	-	-	-	-	
Belarús	100	100	100	84	93	61	100	99	99	99	97	97	98	-	-	90	67	54	-	-	-	
Bélgica	-	100	-	-	-	-	-	-	98	97	97	88	78	95	94	-	-	-	-	-	-	
Belice	91	100	82	47	71	25	100	97	96	98	98	99	98	98	80	66x	-	-	-	-	-	
Benin	67	78	57	33	59	11	10	99	99	93	93	89	93	93	84	35	-	42	47	20	54	
Bhután	62	86	60	70	65	70	-	92	98	95	96	90	95	-	88	-	-	-	-	-	-	
Bolivia	85	95	68	46	60	22	69	93	94	81	79	81	81	81	-	52	-	54	-	-	-	
Bosnia y Herzegovina	97	99	96	95	99	92	85	97	94	87	91	90	82	85	85	91	73	53	-	-	-	
Botswana	95	100	90	42	57	25	100	99	98	97	97	90	85	-	71	14	-	7	-	-	-	
Brasil	90	96	57	75	83	37	-	99	99	99	99	99	97	99	84	46x	15x	28x	-	-	-	
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	96	99	99	99	97	99	99	92	-	-	-	-	-	-	
Bulgaria	99	100	97	99	100	96	100	98	97	95	96	96	96	-	65	-	-	-	-	-	-	
Burkina Faso	61	94	54	13	42	6	17	99	99	95	94	88	76	76	-	39	15	42	18	10	48	
Burundi	79	92	77	36	47	35	1	84	86	74	64	75	74	74	84	38	26	23	13	8	30	
Cabo Verde	80	86	73	43	61	19	90	70	74	72	72	65	69	-	-	-	-	-	-	-	-	
Camboya	41	64	35	17	53	8	0	87	85	80	80	78	80	-	80	48	-	59	88	4	0	
Camerún	66	86	44	51	58	43	20	85	87	81	78	73	81	-	52	35	38	22	27	13	58	
Canadá	100	100	99	100	100	99	-	-	97	94	94	94	14	94	82	-	-	-	-	-	-	
Chad	42	41	43	9	24	4	55	40	45	20	36	23	-	-	60	12	-	27	27x	1x	32x	
Chile	95	100	58	91	95	62	100	98	95	94	94	91	94	94	-	-	-	-	-	-	-	
China	77	93	67	44	69	28	-	92	94	93	94	93	91	-	-	-	-	-	-	-	-	
Chipre	100	100	100	100	100	100	36	-	99	97	97	87	93	90	-	-	-	-	-	-	-	
Colombia	93	99	71	86	96	54	100	88	95	86	86	88	86	86	88	62	-	39	24x	-	-	
Comoras	86	92	82	33	41	29	0	84	78	69	69	66	69	-	77	49	-	31	36x	9x	63x	
Congo	58	84	27	27	28	25	75	84	81	79	79	66	-	-	84	48	-	39	68	6	48	
Congo, República Democrática del	46	82	29	30	42	25	0	87	87	77	78	73	-	-	77	36	-	17	12x	1x	52x	
Corea, República de	92	97	71	-	-	-	-	98	98	98	98	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	
Corea, República Popular Democrática de	100	100	100	59	58	60	-	96	91	89	98	96	96	-	-	93	-	-	-	-	-	
Costa Rica	97	100	92	92	89	97	-	88	89	91	91	89	90	89	-	-	-	-	-	-	-	
Côte d'Ivoire	84	97	74	37	46	29	28	77	95	77	76	73	77	-	-	35	19	45	17	6	36	
Croacia	100	100	100	100	100	100	100	98	96	96	96	96	-	96	-	-	-	-	-	-	-	
Cuba	91	95	78	98	99	95	99	99	96	89	99	96	89	97	-	-	-	-	-	-	-	
Dinamarca	100	100	100	-	-	-	100	-	93	93	93	99	-	93	-	-	-	-	-	-	-	
Djibouti	73	76	59	82	88	50	-	88	76	72	72	67	-	-	77	62	43	33	9	1	10	
Dominica	97	100	90	84	86	75	100	99	99	95	88	99	7	7	-	-	-	-	-	-	-	
Ecuador	94	97	89	89	94	82	100	99	99	98	97	97	98	98	66	-	-	-	-	-	-	
Egipto	98	99	97	70	86	58	100	99	98	98	98	98	98	-	86	63	-	27	-	-	-	
El Salvador	84	94	70	62	77	39	100	93	98	96	96	98	96	96	91	62	-	-	-	-	-	
Emiratos Árabes Unidos	100	100	100	98	98	95	-	98	97	94	94	92	92	94	-	-	-	-	-	-	-	
Eritrea	60	74	57	9	32	3	10	99	99	97	96	95	97	-	79	44	-	54	12x	4x	4x	
Eslovaquia	100	100	99	99	100	98	100	98	99	99	99	98	99	99	73	-	-	-	-	-	-	
Eslovenia	-	-	-	-	-	-	70	-	98	97	97	96	-	97	74	-	-	-	-	-	-	
España	100	100	100	100	100	100	100	-	98	98	98	97	81	98	72	-	-	-	-	-	-	
Estados Unidos	100	100	100	100	100	100	-	-	99	96	92	93	92	94	-	-	-	-	-	-	-	
Estonia	100	100	99	97	97	96	100	99	98	95	95	96	95	88	-	-	-	-	-	-	-	

	% de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable 2004			% de la población que usa instalaciones adecuadas de saneamiento 2004			% de vacunas regulares del PAI financiadas por el gobierno 2006	Población inmunizada 2006									% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que fueron conducidos a un proveedor de la salud apropiado ^a	% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y reciben antibióticos ^b	% de menores de 5 años con diarrea que reciben rehidratación oral y alimentación continuada 2000-2006 ^c	Paludismo 2003-2006 ^d		
								Niños de 1 año vacunados contra:						% de recién nacidos protegidos contra el tétanos ^e						2000-2006 ^e	% de menores de 5 años que duermen bajo mosquitero	% de menores de 5 años con fiebre que reciben medicinas anti-palúdicas
	TB	DPT	Polio	sarampión	HepB	Hib	vacunas correspondientes			2000-2006 ^e	2000-2006 ^e	2000-2006 ^e										
	BCG	DPT1 ^f	DPT3 ^g	polio3	sarampión	HepB3	Hib3															
Etiopía	22	81	11	13	44	7	0	72	80	72	69	63	-	-	80	19	-	15	2	2	3	
ex República Yugoslava de Macedonia	-	-	-	-	-	-	-	92	95	93	92	94	89	-	88	93	74	45	-	-	-	
Federación de Rusia	97	100	88	87	93	70	-	97	99	99	99	99	98	-	-	-	-	-	-	-	-	
Fiji	47	43	51	72	87	55	100	93	84	81	83	99	81	81	93	-	-	-	-	-	-	
Filipinas	85	87	82	72	80	59	100	91	90	88	88	92	77	-	57	55	-	76	-	-	-	
Finlandia	100	100	100	100	100	100	100	98	99	97	97	97	-	98	-	-	-	-	-	-	-	
Francia	100	100	100	-	-	-	-	84	98	98	98	87	29	87	-	-	-	-	-	-	-	
Gabón	88	95	47	36	37	30	100	89	69	38	31	55	38	-	63	48	-	44	-	-	-	
Gambia	82	95	77	53	72	46	35	99	95	95	95	95	95	95	94	69	61	38	63	49	63	
Georgia	82	96	67	94	96	91	71	95	99	87	88	95	83	-	87	99	-	-	-	-	-	
Ghana	75	88	64	18	27	11	-	99	87	84	84	85	84	84	-	59	33	29	33	22	61	
Granada	95	97	93	96	96	97	100	-	87	91	91	98	91	91	-	-	-	-	-	-	-	
Grecia	-	-	-	-	-	-	-	88	96	88	87	88	88	88	69	-	-	-	-	-	-	
Guatemala	95	99	92	86	90	82	-	96	93	80	81	95	80	80	91	64	-	22x	6x	1x	-	
Guinea	50	78	35	18	31	11	40	90	99	71	70	67	-	-	79	42	-	38	12	0	44	
Guinea Ecuatorial	43	45	42	53	60	46	0	73	65	33	39	51	-	-	59	-	-	36	15x	1x	49x	
Guinea-Bissau	59	79	49	35	57	23	-	87	85	77	74	60	-	-	91	57	42	25	73	39	46	
Guyana	83	83	83	70	86	60	100	96	95	93	92	90	93	93	31	78	-	40	74	6	1	
Haití	54	52	56	30	57	14	-	75	83	53	52	58	-	-	94	31	3	43	-	-	5	
Honduras	87	95	81	69	87	54	100	90	95	87	87	91	87	87	-	56	54	49	-	-	1	
Hungría	99	100	98	95	100	85	100	99	99	99	99	99	-	99	-	-	-	-	-	-	-	
India	86	95	83	33	59	22	100	78	78	55	58	59	6	-	83	69	-	32	-	-	12x	
Indonesia	77	87	69	55	73	40	87	82	88	70	70	72	70	-	87	61	-	56	32x	0x	1	
Irán (República Islámica de)	94	99	84	-	-	-	100	99	99	99	99	99	99	-	-	93	-	-	-	-	-	
Iraq	81	97	50	79	95	48	100	91	83	60	63	60	75	-	89	82	82	64	7x	0x	1x	
Irlanda	-	100	-	-	-	-	100	93	97	91	91	86	-	91	-	-	-	-	-	-	-	
Islandia	100	100	100	100	100	100	-	-	97	97	97	95	-	97	86	-	-	-	-	-	-	
Islas Cook	94	98	88	100	100	100	100	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Marshall	87	82	96	82	93	58	100	92	90	74	95	96	97	60	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Salomón	70	94	65	31	98	18	-	84	96	91	91	84	93	-	74	-	-	-	-	-	-	
Israel	100	100	100	-	100	-	-	-	98	95	93	95	95	96	-	-	-	-	-	-	-	
Italia	-	-	-	-	-	-	-	-	97	96	97	87	96	95	52	-	-	-	-	-	-	
Jamaica	93	98	88	80	91	69	100	90	86	85	86	87	87	87	72	75	52	39	-	-	-	
Japón	100	100	100	100	100	100	-	-	99	99	97	99	-	-	86	-	-	-	-	-	-	
Jordania	97	99	91	93	94	87	100	95	99	98	98	99	98	98	-	78	-	44	-	-	-	
Kazajstán	86	97	73	72	87	52	100	99	99	99	99	99	99	-	-	71	32	48	-	-	-	
Kenya	61	83	46	43	46	41	80	92	90	80	77	77	80	80	74	49	-	33	15	5	27	
Kirguistán	77	98	66	59	75	51	40	99	96	92	93	97	90	-	82	62	45	22	-	-	-	
Kiribati	65	77	53	40	59	22	100	99	98	86	86	61	88	-	-	-	-	-	-	-	-	
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	99	99	99	99	90	-	-	-	-	-	-	
Lesoto	79	92	76	37	61	32	1	96	95	83	80	85	85	-	72	59	-	53	-	-	-	
Letonia	99	100	96	78	82	71	100	99	99	98	98	95	97	99	-	-	-	-	-	-	-	
Líbano	100	100	100	98	100	87	100	-	98	92	92	96	88	92	72	74	-	-	-	-	-	
Liberia	61	72	52	27	49	7	0	89	99	88	87	94	-	-	-	70	-	-	11	3	-	
Libia, Jamahiriya Árabe	-	-	-	97	97	96	100	99	98	98	98	98	98	-	-	-	-	-	-	-	-	
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lituania	-	-	-	-	-	-	100	99	98	94	94	97	95	94	-	-	-	-	-	-	-	
Luxemburgo	100	100	100	-	-	-	-	-	99	99	99	95	95	98	-	-	-	-	-	-	-	
Madagascar	50	77	35	34	48	26	18	72	71	61	63	59	61	-	67	48	-	47	30x	0x	34	
Malasia	99	100	96	94	95	93	100	99	88	96	96	90	87	89	88	-	-	-	-	-	-	
Malawi	73	98	68	61	62	61	20	99	99	99	99	85	99	99	84	51	29	26	29	23	24	
Maldivas	83	98	76	59	100	42	75	99	99	98	98	97	98	-	85	22	-	-	-	-	-	
Malí	50	78	36	46	59	39	77	85	95	85	83	86	90	16	-	36	-	45	-	-	-	
Malta	100	100	100	-	100	-	70	-	85	85	83	94	86	83	62	-	-	-	-	-	-	
Marruecos	81	99	56	73	88	52	100	95	99	97	97	95	95	10	-	38	-	46	-	-	-	
Mauricio	100	100	100	94	95	94	100	97	96	97	98	99	97	96	-	-	-	-	-	-	-	
Mauritania	53	59	44	34	49	8	100	86	85	68	68	62	68	-	94	41	-	9	31	2	33	
México	97	100	87	79	91	41	100	99	99	98	98	96	98	98	87	-	-	-	-	-	-	
Micronesia (Estados Federados de)	94	95	94	28	61	14	100	55	86	67	81	83	84	59	-	-	-	-	-	-	-	
Moldova, República de	92	97	88	68	86	52	-	99	97	97	98	96	98	-	-	60	-	48	-	-	-	
Mónaco	100	100	-	100	100	-	-	90	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	

TABLA 3: SALUD

Países y territorios	% de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable 2004						% de la población que usa instalaciones adecuadas de saneamiento 2004						% de vacunas regulares del PAI financiadas por el gobierno 2006	Población inmunizada 2006								% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que fueron conducidos a un proveedor de la salud apropiado ^a	% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y reciben antibióticos ^a	% de menores de 5 años con diarrea que reciben rehidratación oral y alimentación continuada 2000-2006 ^a	Paludismo 2003-2006 ^a		
	total	urbana		rural		total	total	BCG	DPT1 ^b	DPT3 ^b	polio3	Niños de 1 año vacunados contra:			% de recién nacidos protegidos contra el tétanos ^c	2000-2006 ^a	% de menores de 5 años que duermen bajo mosquitero	% de menores de 5 años que duermen bajo mosquitero impregnado	% de menores de 5 años con fiebre que reciben medicinas anti-palúdicas								
		Niños de 1 año vacunados contra:			HepB							Hib		vacunas correspondientes													
	Niños de 1 año vacunados contra:			HepB		Hib	vacunas correspondientes																				
	Niños de 1 año vacunados contra:				HepB			Hib	vacunas correspondientes																		
Mongolia	62	87	30	59		75	37			-	98	99	99	98	99	98	99	87	63	71	47	-	-	-			
Montenegro	-	-	-	-	-	-	-	98	95	90	90	90	90	90	85	89	57	64	-	-	-						
Mozambique	43	72	26	32	53	19	100	87	88	72	70	77	72	-	85	55	-	47	10	-	15						
Myanmar	78	80	77	77	88	72	-	85	86	82	82	78	75	-	87	66	-	65	-	-	-						
Namibia	87	98	81	25	50	13	100	88	90	74	74	63	-	-	81	53	-	39	7x	-	14x						
Nauru	-	-	-	-	-	-	0	99	98	72	45	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-						
Nepal	90	96	89	35	62	30	18	93	93	89	91	85	69	-	83	43	25	43	-	-	-						
Nicaragua	79	90	63	47	56	34	83	99	94	87	88	99	87	87	94	57	-	49	-	-	2x						
Níger	46	80	36	13	43	4	19	64	58	39	55	47	-	-	53	27	-	43	15	7	33						
Nigeria	48	67	31	44	53	36	100	69	72	54	61	62	41	-	71	33	-	28	6	1	34						
Niue	100	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-						
Noruega	100	100	100	-	-	-	100	-	97	93	93	91	-	94	-	-	-	-	-	-	-						
Nueva Zelanda	-	100	-	-	-	-	100	-	92	89	89	82	87	80	-	-	-	-	-	-	-						
Omán	-	-	-	-	97	-	-	99	98	98	98	96	99	98	94	-	-	-	-	-	-						
Países Bajos	100	100	100	100	100	100	100	-	98	98	98	96	-	97	-	-	-	-	-	-	-						
Pakistán	91	96	89	59	92	41	100	89	90	83	83	80	83	-	80	66x	16x	-	-	-	-						
Palau	85	79	94	80	96	52	100	-	98	98	98	98	98	98	-	-	-	-	-	-	-						
Panamá	90	99	79	73	89	51	100	99	99	99	99	94	99	99	-	-	-	-	-	-	-						
Papúa Nueva Guinea	39	88	32	44	67	41	100	75	85	75	75	65	70	-	81	75x	-	-	-	-	-						
Paraguay	86	99	68	80	94	61	100	75	90	73	72	88	73	73	82	51x	29x	-	-	-	-						
Perú	83	89	65	63	74	32	96	99	98	94	95	99	94	94	64	68	-	57	-	-	-						
Polonia	-	-	-	-	-	-	-	94	99	99	99	99	98	31	-	-	-	-	-	-	-						
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	89	94	93	93	93	94	93	-	-	-	-	-	-	-						
Qatar	100	100	100	100	100	100	100	99	99	96	95	99	96	96	-	-	-	-	-	-	-						
Reino Unido	100	100	100	-	-	-	100	-	97	92	92	85	-	92	-	-	-	-	-	-	-						
República Centrafricana	75	93	61	27	47	12	0	70	65	40	40	35	-	-	74	32	39	47	33	15	57						
República Checa	100	100	100	98	99	97	-	99	98	98	98	97	98	97	-	-	-	-	-	-	-						
República Democrática																											
Popular Lao	51	79	43	30	67	20	0	61	68	57	56	48	57	-	52	36	-	37	82x	18x	9x						
República Dominicana	95	97	91	78	81	73	69	95	93	81	85	99	74	69	85	63	-	42	-	-	-						
Rumania	57	91	16	-	89	-	100	99	98	97	97	95	99	-	-	-	-	-	-	-	-						
Rwanda	74	92	69	42	56	38	28	98	99	99	99	95	99	99	82	28	-	24	16	13	12						
Saint Kitts y Nevis	100	99	99	95	96	96	100	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-						
Samoa	88	90	87	100	100	100	100	84	80	56	57	54	56	-	-	-	-	-	-	-	-						
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	94	95	95	94	95	95	-	-	-	-	-	-	-						
San Vicente y las Granadinas	-	-	93	-	-	96	100	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-						
Santa Lucía	98	98	98	89	89	89	-	94	94	85	85	94	85	85	-	-	-	-	-	-	-						
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Santo Tomé y Príncipe	79	89	73	25	32	20	0	98	99	99	97	85	75	-	-	47	-	63	53	42	25						
Senegal	76	92	60	57	79	34	37	99	99	89	89	80	89	89	86	47	-	43	14	7	27						
Serbia	-	-	-	-	-	-	-	99	97	92	97	88	93	42	-	93	57	31	-	-	-						
Seychelles	88	100	75	-	-	100	100	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-						
Sierra Leona	57	75	46	39	53	30	-	82	77	64	64	67	-	-	-	48	21	31	20	5	52						
Singapur	100	100	-	100	100	-	-	98	96	95	95	93	94	-	4	-	-	-	-	-	-						
Siría, República Árabe	93	98	87	90	99	81	100	99	99	99	99	98	98	99	87	77	71	34	-	-	-						
Somalia	29	32	27	26	48	14	0	50	40	35	35	35	-	-	-	13	32	7	18	9	8						
Sri Lanka	79	98	74	91	98	89	68	99	99	99	98	99	98	-	93	-	-	-	-	-	-						
Sudáfrica	88	99	73	65	79	46	100	97	99	99	99	85	99	99	88	75x	-	37x	-	-	-						
Sudán	70	78	64	34	50	24	0	77	91	78	77	73	60	-	-	57	-	38	23x	0x	50x						
Suecia	100	100	100	100	100	100	-	17	99	99	99	95	-	99	86	-	-	-	-	-	-						
Suiza	100	100	100	100	100	100	5	-	98	95	94	86	-	92	93	-	-	-	-	-	-						
Surinam	92	98	73	94	99	76	-	-	94	84	84	83	84	84	-	58	-	43	77x	3x	-						
Swazilandia	62	87	54	48	59	44	100	78	73	68	67	57	68	-	-	60	-	24	0x	0x	26x						
Tailandia	99	98	100	99	98	99	100	99	99	98	98	96	96	-	-	84	65	46	-	-	-						
Tanzania, República																											
Unida de	62	85	49	47	53	43	83	99	94	90	91	93	90	-	-	59	-	53	31	16	58						
Tayikistán	59	92	48	51	70	45	5	94	93	86	81	87	86	-	88	64	41	22	2	1	2						
Territorio Palestino Ocupado	92	94	88	73	78	61	-	99	98	96	96	99	97	-	-	65	-	-	-	-	-						
Timor-Leste	58	77	56	36	66	33	0	72	75	67	66	64	-	-	63	24	-	-	48x	8x	47x						
Togo	52	80	36	35	71	15	100	96	91	87	87	83	-	-	84	23	26	22	41	38	48						
Tonga	100	100	100	96	98	96	75	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-						
Trinidad y Tabago	91	92	88	100	100	100	100	-	93	92	89	89	89	89	-	74	34	32	-	-	-						
Túnez	93	99	82	85	96	65	100	99	99	99	99	98	99	-	89	43	-	-	-	-	-						

	% de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable 2004						% de la población que usa instalaciones adecuadas de saneamiento 2004						% de vacunas regulares del PAI financiadas por el gobierno 2006	Población inmunizada 2006						% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que fueron conducidos a un proveedor de la salud apropiado ^a	% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y reciben antibióticos ^a	% de menores de cinco años con diarrea que reciben rehidratación oral y alimentación continuada 2000-2006 ^a	Paludismo 2003-2006 ^a		
														Niños de 1 año vacunados contra:									% de recién nacidos protegidos contra el tétanos ^a	2000-2006 ^a	% de menores de 5 años que duermen bajo mosquitero
	TB	DPT	Polio	sarampión	HepB3	Hib	vacunas correspondientes																		
	total	urbana	rural	total	urbana	rural	total	BCG	DPT1 ^b	DPT3 ^b	polio3	sarampión	HepB3	Hib3	2000-2006 ^a										
Turkmenistán	72	93	54	62	77	50	-	99	99	98	98	99	98	-	-	83	50	25	-	-	-				
Turquía	96	98	93	88	96	72	-	88	92	90	90	98	82	-	67	41	-	19x	-	-	-				
Tuvalu	100	94	92	90	93	84	10	99	99	97	97	84	97	-	-	-	-	-	-	-	-				
Ucrania	96	99	91	96	98	93	99	97	98	98	99	98	96	11	-	-	-	-	-	-	-				
Uganda	60	87	56	43	54	41	8	85	89	80	81	89	80	80	88	67	-	29	22	10	62				
Uruguay	100	100	100	100	100	99	100	99	99	95	95	94	95	95	-	-	-	-	-	-	-				
Uzbekistán	82	95	75	67	78	61	64	98	96	95	94	95	97	-	87	68	56	28	-	-	-				
Vanuatu	60	86	52	50	78	42	100	92	90	85	85	99	85	-	52	-	-	-	-	-	-				
Venezuela																									
(República Bolivariana de)	83	85	70	68	71	48	-	83	78	71	73	55	71	71	88	72	-	51	-	-	-				
Viet Nam	85	99	80	61	92	50	80	95	94	94	94	93	93	-	61	71	-	65	94	5	3				
Yemen	67	71	65	43	86	28	100	70	92	85	85	80	85	85	-	47	-	18x	-	-	-				
Zambia	58	90	40	55	59	52	85	94	94	80	80	84	80	80	90	69	-	48	27	23	58				
Zimbabwe	81	98	72	53	63	47	0	99	95	90	90	90	90	-	80	50x	-	80x	7	3	5				

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	55	81	41	37	53	28	49	82	83	72	74	72	48	24	77	40	-	30	15	8	34
África oriental y meridional	55	76	40	36	49	26	43	85	86	78	77	76	58	36	81	44	-	32	15	9	28
África occidental y central	56	86	42	38	58	30	55	79	81	67	70	68	38	13	72	36	-	29	16	7	40
África del Norte y Oriente Medio	88	95	78	74	90	53	88	92	95	91	91	89	88	24	81	66	-	38	-	-	-
Asia meridional	85	94	81	37	63	27	91	82	82	63	66	65	25	-	84	62	-	35	-	-	-
Asia Oriental y Pacífico	79	92	70	51	73	36	-	91	92	89	89	89	86	2	-	64**	-	61**	-	-	-
América Latina y el Caribe	91	96	73	77	86	49	96	96	96	92	92	93	89	90	84	-	-	-	-	-	-
ECE/CEI	91	98	79	84	93	70	-	95	96	95	95	97	92	3	-	57	-	-	-	-	-
Países industrializados ⁵	100	100	100	100	100	99	-	98	96	94	93	64	82	-	-	-	-	-	-	-	-
Países en desarrollo ⁵	80	92	70	50	73	33	78	86	88	78	79	78	59	17	80	56**	-	38**	-	-	-
Países menos adelantados ⁵	59	79	51	36	55	29	33	85	87	77	77	74	50	17	82	40	-	37	-	-	-
Mundo	83	95	73	59	80	39	78	87	89	79	80	80	60	22	80	56**	-	38**	-	-	-

§ También incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional aparecen en la lista de la página 148.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

- Vacunas financiadas por el gobierno** – Porcentaje de vacunas que se administran sistemáticamente en un país para proteger a la infancia y que son financiadas por el gobierno nacional (incluidos préstamos).
- PAI** – Programa Ampliado de Inmunización: Las vacunas que se administran mediante este programa incluyen la tuberculosis (TB), la difteria, la tosferina y el tétanos (DPT), la poliomielitis y el sarampión, así como la vacunación de mujeres embarazadas para proteger a los lactantes contra el tétanos neonatal. Puede que en algunos países se incluyan en el programa otras vacunas, como por ejemplo la de la hepatitis B (HepB), la *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) o la fiebre amarilla.
- BCG** – Porcentaje de recién nacidos que recibieron el bacilo Calmette-Guérin (vacuna contra la tuberculosis).
- DPT1** – Porcentaje de recién nacidos que recibieron su primera dosis de la vacuna contra la difteria, la tosferina y el tétanos.
- DPT3** – Porcentaje de recién nacidos que recibieron tres dosis de la vacuna contra la difteria, la tosferina y el tétanos.
- HepB3** – Porcentaje de recién nacidos que recibieron tres dosis de la vacuna contra hepatitis B.
- Hib3** – Porcentaje de recién nacidos que recibieron tres dosis de la vacuna contra la *Haemophilus influenzae* tipo b.
- % de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que reciben antibióticos** – Porcentaje de niños (de 0 a 4 años) de quienes se sospecha que han padecido neumonía en las últimas dos semanas antes de la encuesta y que reciben antibióticos.
- % de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que fueron conducidos a un proveedor de atención de la salud apropiado** – Porcentaje de niños (de 0 a 4 años) de quienes se sospecha que han padecido neumonía en las últimas dos semanas y que fueron conducidos a un proveedor apropiado de atención de la salud.
- % de menores de cinco años con diarrea que reciben rehidratación oral y alimentación continuada** – Porcentaje de niños (de 0 a 4 años) con diarrea (durante las dos semanas que precedieron a la encuesta) que recibieron terapia de rehidratación oral (soluciones de rehidratación oral o fluidos caseros recomendados) o un aumento de fluidos y alimentación continuada.
- Paludismo:**
 - % de menores de 5 años que duermen bajo mosquitero** – Porcentaje de niños (de 0 a 4 años) que dormían bajo un mosquitero.
 - % de menores de cinco años que duermen bajo un mosquitero tratado con insecticida** – Porcentaje de niños (de 0 a 4 años) que duermen bajo un mosquitero tratado con insecticida.
 - % de menores de cinco años que reciben medicamentos antipalúdicos** – Porcentaje de niños (de 0 a 4 años) que padecieron fiebre en las últimas dos semanas y recibieron cualquier medicamento antipalúdico apropiado (definido a nivel local).

NOTAS

- Datos no disponibles.
- x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
- * Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.
- β La cobertura de la DPT1 debe ser por lo menos tan elevada como la de la DPT3. Las discrepancias donde la cobertura de la DPT1 sea menor que la de la DPT3 reflejan carencias en la recopilación de datos y el proceso de presentación de informes. UNICEF y la OMS trabajan con los sistemas nacionales y territoriales para eliminar estas discrepancias.
- ± En el informe de este año, como en el del año pasado, utilizamos el término “se sospecha que padecen neumonía” en lugar de “infecciones agudas de las vías respiratorias”, que fue empleado en ediciones previas. Sin embargo, la metodología para la recopilación de datos no ha cambiado, y los cálculos que se presentan aquí son comparables a los de informes anteriores. Para un análisis más minucioso acerca de esta actualización, véase la Nota General sobre los Datos en la página 110.
- λ En el informe de este año, la OMS y UNICEF han seguido un modelo para calcular el porcentaje de nacimientos que se pueden considerar como protegidos contra el tétanos, porque las mujeres embarazadas han recibido al menos dos dosis de la vacuna anatoxina tetánica. El modelo trata de mejorar la precisión de este indicador incluyendo otros escenarios potenciales en los cuales podrían estar protegidas (por ejemplo, mujeres que reciben dosis de la vacuna anatoxina tetánica durante las actividades complementarias de vacunación). Para un análisis más minucioso acerca de la metodología, véase la Nota General sobre los Datos en la página 110.
- ** No incluye China.

TABLA 4. VIH/SIDA

Países y territorios	Estimado de la tasa de prevalencia del VIH entre los adultos (15-49 años), finales de 2005	Número estimado de personas (de todas las edades) que viven con VIH, 2005 (miles)		Transmisión de la madre al hijo			Infecciones pediátricas Número estimado de niños (0 a 14 años) que viven con VIH, 2005 (miles)	Prevención entre los jóvenes				Huérfanos				
		estimado	bajo estimado - alto estimado	Número estimado de mujeres (de más de 15 años) que viven con VIH, 2005 (miles)	Tasa de prevalencia del VIH entre mujeres jóvenes embarazadas (15 a 24 años) en la capital			Tasa de prevalencia del VIH entre los jóvenes (15 a 24 años), 2005	% que tiene un conocimiento amplio del VIH, 2000-2006*		% que utilizó un preservativo durante las últimas relaciones sexuales con riesgo, 2000-2006*		Niños (0-17 años)		Tasa de asistencia escolar de los huérfanos 2000-2006*	
					Año	mediana			hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer		estimado (miles)
Afganistán	<0.1	<1.0	<2.0	<0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1600	-
Albania	-	-	<1.0	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	-
Alemania	0.1	49	29 - 81	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	3.7	320	200 - 450	170	2004	2.8	35	0.9	2.5	-	-	-	-	160	1200	90
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argelia	0.1	19	9.0 - 59	4.1	-	-	-	-	-	-	13	-	-	-	-	-
Argentina	0.6	130	80 - 220	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	690	-
Armenia	0.1	2.9	1.8 - 5.8	<1.0	-	-	-	-	-	15	23	86	-	-	-	-
Australia	0.1	16	9.7 - 27	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Austria	0.3	12	7.2 - 20	2.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaiyán	0.1	5.4	2.6 - 17	<1.0	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
Bahamas	3.3	6.8	3.3 - 22	3.8	-	-	<0.5	-	-	-	-	-	-	-	8	-
Bahrein	-	<1.0	<2.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	<0.1	11	6.4 - 18	1.4	-	-	-	-	-	-	16	-	-	-	4400	-
Barbados	1.5	2.7	1.5 - 4.2	<1.0	-	-	<0.1	-	-	-	-	-	-	-	3	-
Belarús	0.3	20	11 - 47	5.1	-	-	-	-	-	-	34	-	-	-	-	-
Bélgica	0.3	14	8.1 - 22	5.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belice	2.5	3.7	2.0 - 5.7	1.0	-	-	<0.1	-	-	-	-	-	-	-	5	-
Benin	1.8	87	57 - 120	45	2003	1.7 - 2.1	9.8	0.4	1.1	14	8	44	17	62	370	-
Bhután	<0.1	<0.5	<2.0	<0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78	-
Bolivia	0.1	7.0	3.8 - 17	1.9	-	-	-	-	-	18	15	37	20	-	310	74
Bosnia y Herzegovina	<0.1	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	48	-	71	-	-	-
Botswana	24.1	270	260 - 350	140	2005	33.5	14	5.7	15.3	33	40	88	75	120	150	99
Brasil	0.5	620	370 - 1000	220	-	-	-	-	-	67	67	71	58	-	3700	-
Brunei Darussalam	<0.1	<0.1	<0.2	<0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-
Bulgaria	<0.1	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	15	17	70	57	-	-	-
Burkina Faso	2.0	150	120 - 190	80	2005	1.8	17	0.5	1.4	23	19r	67	64r	120	710	71
Burundi	3.3	150	130 - 180	79	2004	8.6	20	0.8	2.3	30	-	25	-	120	600	86
Cabo Verde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cambodia	1.6	130	74 - 210	59	2002	2.7	-	0.1h	0.3h	45	50	84	-	-	470	80
Camerún	5.4	510	460 - 560	290	2002	7.0	43	1.4h	4.8h	34	32r	57	62r	240	1000	87
Canadá	0.3	60	48 - 72	9.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chad	3.5	180	88 - 300	90	2005	3.6	16	0.9	2.2	20	8	25	17	57	600	105
Chile	0.3	28	17 - 56	7.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	200	-
China	0.1	650	390 - 1100	180	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20600	-
Chipre	-	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	0.6	160	100 - 320	45	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	870	-
Comoras	<0.1	<0.5	<1.0	<0.1	-	-	<0.1	<0.1	<0.1	-	10	-	-	-	33	59
Congo	5.3	120	75 - 160	61	2002	3.0	15	1.2	3.7	22	10	38	20	110	270	90
Congo, República Democrática del	3.2	1000	560 - 1500	520	2003	3.2	120	0.8	2.2	-	-	-	-	680	4200	72
Corea, República de	<0.1	13	7.9 - 25	7.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	450	-
Corea, República Popular Democrática de	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa Rica	0.3	7.4	3.6 - 24	2.0	2002	5.2	-	-	-	-	-	-	-	-	44	-
Côte d'Ivoire	7.1	750	470 - 1000	400	2002	5.2	74	0.3h	2.4h	28	18	53	39	450	1400	121
Croacia	<0.1	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	0.1	4.8	2.3 - 15	2.6	-	-	-	-	-	-	52	-	-	-	120	-
Dinamarca	0.2	5.6	3.4 - 9.3	1.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	3.1	15	3.9 - 34	8.4	-	-	1.2	0.7	2.1	22	18	50	26	6	48	82
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	0.3	23	11 - 74	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	230	-
Egipto	<0.1	5.3	2.9 - 13	<1.0	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-	-	-
El Salvador	0.9	36	22 - 72	9.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150	-
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	2.4	59	33 - 95	31	-	-	6.6	0.6	1.6	-	37	-	-	36	280	83
Eslovaquia	<0.1	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovenia	<0.1	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
España	0.6	140	84 - 230	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estados Unidos	0.6	1200	720 - 2000	300	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonia	1.3	10	4.8 - 32	2.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

País	Estimado de la tasa de prevalencia del VIH entre los adultos (15-49 años), finales de 2005			Transmisión de la madre al hijo			Infecciones pediátricas						Prevención entre los jóvenes				Huérfanos		
	Número estimado de personas (de todas las edades) que viven con VIH, 2005 (miles)	bajo estimado	alto estimado	Número estimado de mujeres (de más de 15 años) que viven con VIH, 2005 (miles)	Tasa de prevalencia del VIH entre mujeres jóvenes embarazadas (15 a 24 años) en la capital		Número estimado de niños (0 a 14 años) que viven con VIH, 2005 (miles)	Tasa de prevalencia del VIH entre los jóvenes (15 a 24 años), 2005		% que tiene un conocimiento amplio del VIH, 2000-2006*		% que utilizó un preservativo durante las últimas relaciones sexuales con riesgo, 2000-2006*		Niños (0-17 años)		Tasa de asistencia escolar de los huérfanos 2000-2006*			
					Año	mediana		hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	Huérfanos debido al SIDA, 2005 (estimado (miles))	Huérfanos debido a todas las causas, 2005 (estimado (miles))				
	2005	2005	2005	2005	2003	2003	2003	2003	2003	2003	2003	2003	2003	2003	2003	2003	2003	2003	
Etiopía	-	-	420 - 1300	-	2003	11.5	-	0.3h	1.2h	33	21	50	28	-	4800	60	-		
ex República Yugoslava de Macedonia	<0.1	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	27	-	70	-	-	-	-		
Federación de Rusia	1.1	940	560 - 1600	210	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Fiji	0.1	<1.0	0.3 - 2.1	<0.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	-	-		
Filipinas	<0.1	12	7.3 - 20	3.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2000	-	-		
Finlandia	0.1	1.9	1.1 - 3.1	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Francia	0.4	130	78 - 210	45	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Gabón	7.9	60	40 - 87	33	-	-	3.9	1.8	5.4	22	24	48	33	20	65	98	-		
Gambia	2.4	20	10 - 33	11	-	-	1.2	0.6	1.7	-	39	-	54	4	64	87	-		
Georgia	0.2	5.6	2.7 - 18	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Ghana	2.3	320	270 - 380	180	2003	3.9	25	0.1h	1.2h	44	34r	52	42r	170	1000	79p	-		
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Grecia	0.2	9.3	5.6 - 15	2.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Guatemala	0.9	61	37 - 100	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	370	98	-		
Guinea	1.5	85	69 - 100	53	2004	4.4	7.0	0.6h	1.2h	23	17	37	26	28	370	73	-		
Guinea Ecuatorial	3.2	8.9	7.3 - 11	4.7	-	-	<1.0	0.7	2.3	-	4	-	-	5	29	95	-		
Guinea-Bissau	3.8	32	18 - 50	17	-	-	3.2	0.9	2.5	-	18	-	39	11	100	97	-		
Guyana	2.4	12	4.7 - 23	6.6	-	-	<1.0	-	-	47	53	68	62	-	26	-	-		
Haití	3.8	190	120 - 270	96	2000	3.7	17	0.6h	1.5h	40	32	43	29	-	490	86	-		
Honduras	1.5	63	35 - 99	16	-	-	2.4	-	-	-	30	-	24	-	180	-	-		
Hungría	0.1	3.2	1.9 - 5.3	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
India#	0.9	2500	2000 - 3100	1600	-	-	-	-	-	43	24	37	22	-	25700	84	-		
Indonesia	0.1	170	100 - 290	29	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	5300	82	-		
Irán (República Islámica de)	0.2	66	36 - 160	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1500	-	-		
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	84		
Irlanda	0.2	5.0	3.0 - 8.3	1.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Islandia	0.2	<0.5	<1.0	<0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Islas Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Islas Salomón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Israel	-	4.0	2.2 - 9.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Italia	0.5	150	90 - 250	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Jamaica	1.5	25	14 - 39	6.9	-	-	<0.5	-	-	-	60	-	-	-	55	101	-		
Japón	<0.1	17	10 - 29	9.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Jordania	-	<1.0	<2.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Kazajstán	0.1	12	11 - 77	6.8	-	-	-	-	-	-	22	65	32	-	-	98	-		
Kenya	6.1	1300	1100 - 1500	740	-	-	150	1.3h	5.9h	47	34	47	25	1100	2300	95	-		
Kirguistán	0.1	4.0	1.9 - 13	<1.0	-	-	-	-	-	-	20	-	56	-	-	-	-		
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Kuwait	-	<1.0	<2.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Lesotho	23.2	270	250 - 290	150	2004	27.3	18	6.0h	15.4h	18	26	53	53	97	150	95	-		
Letonia	0.8	10	6.1 - 17	2.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Líbano	0.1	2.9	1.4 - 9.2	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Liberia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	250	-	-		
Libia, Jamahiriya Árabe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Lituania	0.2	3.3	1.6 - 10	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Luxemburgo	0.2	<1.0	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Madagascar	0.5	49	16 - 110	13	-	-	1.6	0.6	0.3	16	19	12	5	13	900	76	-		
Malasia	0.5	69	33 - 220	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	480	-	-		
Malawi	14.1	940	480 - 1400	500	2001	15.0	91	2.1h	9.1h	36	41r	47	40r	550	950	96	-		
Maldivas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Malí	1.7	130	96 - 160	66	2002	2.5	16	0.4	1.2	15	9	35	17	94	710	104	-		
Malta	0.1	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Marruecos	0.1	19	12 - 38	4.0	-	-	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-	-		
Mauricio	0.6	4.1	1.9 - 13	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23	-	-		
Mauritania	0.7	12	7.3 - 23	6.3	-	-	1.1	0.2	0.5	-	-	-	-	7	170	-	-		
México	0.3	180	99 - 440	42	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1600	-	-		
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Moldova, República de	1.1	29	15 - 69	16	-	-	-	-	-	54	42	63	44	-	-	-	-		
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

TABLA 4. VIH/SIDA

	Estimado de la tasa de prevalencia del VIH entre los adultos (15-49 años), finales de 2005			Transmisión de la madre al hijo			Infecciones pediátricas	Prevención entre los jóvenes						Huérfanos			
				Número estimado de personas (de todas las edades) que viven con VIH, 2005 (miles)				Número estimado de mujeres (de más de 15 años) que viven con VIH, 2005 (miles)	Tasa de prevalencia del VIH entre mujeres jóvenes embarazadas (15 a 24 años) en la capital		Número estimado de niños (0 a 14 años) que viven con VIH, 2005 (miles)	Tasa de prevalencia del VIH entre los jóvenes (15 a 24 años), 2005		% que tiene un conocimiento amplio del VIH, 2000-2006*		% que utilizó un preservativo durante las últimas relaciones sexuales con riesgo, 2000-2006*	
	estimado	bajo estimado	alto estimado	Año	mediana	hombre			mujer	hombre		mujer	hombre	mujer	estimado (miles)	estimado (miles)	
	Mongolia	<0.1	<0.5	<2.0	<0.1	-	-	-	-	-	-	35	-	-	-	79	96
	Montenegro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	66	-	-	-
Mozambique	16.1	1800	1400 - 2200	960	2002	14.7	140	3.6	10.7	33	20	33	29	510	1500	80	
Myanmar	1.3	360	200 - 570	110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1700	-	
Namibia	19.6	230	110 - 360	130	2004	7.5	17	4.4	13.4	41	31	69	48	85	140	92	
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nepal	0.5	75	41 - 180	16	-	-	-	-	-	44	28	78	-	-	970	-	
Nicaragua	0.2	7.3	3.9 - 18	1.7	-	-	-	-	-	-	-	-	17	-	130	-	
Níger	1.1	79	39 - 130	42	-	-	8.9	0.1h	0.5h	16	13	37	18	46	800	-	
Nigeria	3.9	2900	1700 - 4200	1600	-	-	240	0.9	2.7	21	18	46	24	930	8600	64p	
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Noruega	0.1	2.5	1.5 - 4.1	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nueva Zelanda	0.1	1.4	0.8 - 2.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Omán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Países Bajos	0.2	18	11 - 29	5.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Pakistán	0.1	85	46 - 210	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4400	-	
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Panamá	0.9	17	11 - 34	4.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	53	-	
Papúa Nueva Guinea	1.8	60	32 - 140	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	350	-	
Paraguay	0.4	13	6.2 - 41	3.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150	-	
Perú	0.6	93	56 - 150	26	-	-	-	-	-	-	-	-	32	-	660	85p	
Polonia	0.1	25	15 - 41	7.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Portugal	0.4	32	19 - 53	1.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Reino Unido	0.2	68	41 - 110	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
República Centroafricana	10.7	250	110 - 390	130	2002	14.0	24	2.5	7.3	-	17	-	41	140	330	96	
República Checa	0.1	1.5	0.9 - 2.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
República Democrática	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Popular Lao	0.1	3.7	1.8 - 12	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	290	-	
República Dominicana	1.1	66	56 - 77	31	-	-	3.6	0.4h	0.7h	-	36	52	29	-	220	93	
Rumania	<0.1	7.0	3.4 - 22	-	-	-	-	-	-	3	6	-	-	-	-	-	
Rwanda	3.1	190	180 - 210	91	2003	10.3	27	0.4h	1.5h	54	51	40	26	210	820	82	
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Santa Lucía	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Santo Tomé y Príncipe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	-	56	-	-	109	
Senegal	0.9	61	29 - 100	33	2005	0.9	5.0	0.2h	0.6h	24	19	52	36	25	560	83p	
Serbia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42	-	74	-	-	
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sierra Leona	1.6	48	27 - 73	26	2003	3.2	5.2	0.4	1.1	-	17	-	20	31	340	83	
Singapur	0.3	5.5	3.1 - 14	1.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26	-	
Siría, República Árabe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-	106	
Somalia	0.9	44	23 - 81	23	-	-	4.5	0.2	0.6	-	4	-	-	23	630	87	
Sri Lanka	<0.1	5.0	3.0 - 8.3	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	310	-	
Sudáfrica	18.8	5500	4900 - 6100	3100	2004	25.2	240	4.4h	16.9h	-	-	-	-	1200	2500	-	
Sudán	1.6	350	170 - 580	180	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	1700	96	
Suecia	0.2	8.0	4.8 - 13	2.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Suiza	0.4	17	9.9 - 27	5.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Surinam	1.9	5.2	2.8 - 8.1	1.4	-	-	<0.1	-	-	-	41	-	49	-	10	97	
Swazilandia	33.4	220	150 - 290	120	2004	37.3	15	7.7	22.7	52	52	70	54	63	95	97	
Tailandia	1.4	580	330 - 920	220	-	-	16	-	-	-	46	-	-	-	1200	99	
Tanzanía, República Unida de	6.5	1400	1300 - 1600	710	2003	8.2	110	3.0h	4.0h	40	45	46	34	1100	2400	102	
Tayikistán	0.1	4.9	2.4 - 16	<0.5	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	
Territorio Palestino Ocupado	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Togo	3.2	110	65 - 160	61	2004	9.3	9.7	0.8	2.2	-	28	-	50	88	280	94	
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Trinidad y Tabago	2.6	27	15 - 42	15	-	-	<1.0	-	-	-	54	-	51	-	28	101	
Túnez	0.1	8.7	4.7 - 21	1.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Turkmenistán	<0.1	<0.5	<1.0	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-	-	
Turquía	-	<2.0	<5.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

	Estimado de la tasa de prevalencia del VIH entre los adultos (15-49 años), finales de 2005	Transmisión de la madre al hijo						Prevención entre los jóvenes						Huérfanos		
		Número estimado de personas (de todas las edades) que viven con VIH, 2005 (miles)		Número estimado de mujeres (de más de 15 años) que viven con VIH, 2005 (miles)	Tasa de prevalencia del VIH entre mujeres jóvenes embarazadas (de más de 15 a 24 años) en la capital		Infecciones pediátricas Número estimado de niños (0 a 14 años) que viven con VIH, 2005 (miles)	Tasa de prevalencia del VIH entre los jóvenes (15 a 24 años), 2005		% que tiene un conocimiento amplio del VIH, 2000-2006*		% que utilizó un preservativo durante las últimas relaciones sexuales con riesgo, 2000-2006*		Niños (0-17 años)		Tasa de asistencia escolar de los huérfanos 2000-2006*
		bajo estimado	alto estimado		Año	mediana		hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	estimado (miles)	estimado (miles)	
				estimado			estimado									
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ucrania	1.4	410	250 - 680	200	-	-	-	-	-	28	-	-	-	-	98	
Uganda	6.7	1000	850 - 1200	520	2005	5.2	110	1.1h	4.3h	35	30	55	53	1000	2300	94
Uruguay	0.5	9.6	4.6 - 30	5.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55	-
Uzbekistán	0.2	31	15 - 99	4.1	-	-	-	-	-	7	31r	50	61r	-	-	-
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	0.7	110	54 - 350	31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	480	-
Viet Nam	0.5	260	150 - 430	84	-	-	-	0.8h	0h	50	42r	68	-	-	1800	84
Yemen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zambia	17.0	1100	1100 - 1200	570	2004	20.7	130	3.0h	11.1h	46	41	38	26	710	1200	103
Zimbabwe	20.1	1700	1100 - 2200	890	2004	18.6	160	4.2h	11.0h	46	44	68	42	1100	1400	95

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	6.1	24500	21600 - 27400	13200	-	9.7	2000	1.4	4.3	31	25	47	31	12000	46600	80
África oriental y meridional	8.6	17500	15800 - 19200	9400	-	13.5	1400	2.1	6.2	37	31	46	32	8700	24300	84
África occidental y central	3.5	6900	5300 - 8700	3700	-	4.0	650	0.7	2.3	24	19	47	31	3300	22200	76
África del Norte y Oriente Medio	0.2	510	320 - 830	210	-	-	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia meridional [#]	0.7	5900	3600 - 9700	1600	-	-	130	-	-	43	23	38	22	-	37500	84
Asia Oriental y Pacífico	0.2	2300	1800 - 3200	750	-	-	50	-	-	-	-	-	-	-	34800	-
América Latina y el Caribe	0.6	1900	1500 - 2800	640	-	-	54	-	-	-	-	-	47	-	10700	-
ECE/CEI	0.6	1500	1000 - 2300	450	-	-	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Países industrializados [§]	0.4	2000	1400 - 3000	530	-	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Países en desarrollo [§]	1.1	35100	30300 - 41900	16400	-	-	2300	-	-	-	25	-	-	-	-	-
Países menos adelantados [§]	2.7	11700	10100 - 13500	6000	-	7.5	1100	1.1	2.9	-	24	-	-	-	-	82
Mundo	1.0	38600	33400 - 46000	17300	-	-	2300	-	-	-	25	-	-	15200	132700	-

§ También incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional aparecen en la lista de la página 148.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

- Estimación de la tasa de prevalencia del VIH entre los adultos** – Porcentaje de adultos (de 15 a 49 años) que vivían con el VIH a finales de 2005.
- Número estimado de personas (de todas las edades) que viven con el VIH** – Número estimado de personas (de todas las edades) que vivían con el VIH a finales de 2005.
- Número estimado de mujeres (más de 15 años) que viven con VIH** – Número estimado de mujeres (más de 15 años) que vivían con VIH a finales de 2005.
- Tasa de prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas jóvenes de la capital** – Porcentaje de muestras de sangre obtenidas de mujeres embarazadas (de 15 a 24 años) que dieron un resultado positivo del VIH luego de pruebas de vigilancia centinela “anónimas no vinculadas” efectuadas en determinados hospitales de atención prenatal.
- Número estimado de niños (de 0 a 14 años) que viven con el VIH** – Número estimado de niños de 0 a 14 años que vivían con el VIH a finales de 2005.
- Tasa de prevalencia del VIH entre los hombres y las mujeres jóvenes** – Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes (15 a 24 años) que vivían con el VIH a finales de 2005.
- Conocimiento amplio del VIH** – Porcentaje de mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) que identifican correctamente los sistemas para prevenir la transmisión sexual del VIH (uso del preservativo y una pareja fiel), que rechazan los tres conceptos erróneos más comunes definidos localmente sobre la transmisión del VIH, y que saben que una persona que parece saludable puede estar infectada con el VIH.
- Usaron un preservativo en su última relación sexual de alto riesgo** – Porcentaje de los varones y mujeres jóvenes de 15 a 24 años de edad que manifestaron haber utilizado un preservativo en su última relación sexual con una pareja extramatrimonial y con la que no convivían, o aquellos que han practicado relaciones sexuales con un compañero de estas características en los 12 últimos meses.
- Niños huérfanos debido al SIDA** – Número estimado de niños de 0 a 17 años que habían perdido a uno o ambos progenitores debido al SIDA a finales de 2003.
- Niños huérfanos debido a todas las causas** – Número estimado de niños (0 a 17 años) que a finales de 2005 habían perdido por lo menos a uno de sus progenitores debido a todas las causas.
- Tasa de asistencia escolar de los huérfanos** – Porcentaje de los niños de 10 a 14 años de edad que habían perdido a sus padres y madres naturales y asistían actualmente a la escuela, como porcentaje de los niños no huérfanos de la misma edad que vivían por lo menos con uno de sus progenitores y asistían a la escuela.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- * Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.
- p La proporción de huérfanos (de 10 a 14 años) que asisten a la escuela está calculada sobre pequeños denominadores (generalmente 25 a 49 casos no ponderados).
- # Los datos revisados sobre la prevalencia del VIH entre los adultos en la India no estaban disponibles en el momento de imprimir el informe. Los datos más recientes para la India sobre “Número estimado de personas (todas las edades) que viven con el VIH” están excluidos los resúmenes regionales.
- r Indica un año de datos sobre las mujeres más recientes que sobre de los hombres.
- h Los datos son de las Encuestas de Demografía y Salud y EIS llevados a cabo entre 2001 y 2006.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

- Estimado de tasas de prevalencia del VIH entre los adultos** – Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Informe sobre la epidemia de SIDA en el mundo, 2006*.
- Número estimado de personas que viven con el VIH** – ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia de SIDA en el mundo, 2006*.
- Número estimado de mujeres (más de 15 años) que viven con VIH** – ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia de SIDA en el mundo, 2006*.
- Tasa de prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas jóvenes en la capital** – ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia de SIDA en el mundo, 2006*.
- Número estimado de personas (todas las edades) que viven con el VIH** – ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia de SIDA en el mundo, 2006*.
- Tasa de prevalencia del VIH entre los hombres y las mujeres jóvenes** – ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia de SIDA en el mundo, 2006*, Encuestas sobre los indicadores del SIDA (EIS), Encuestas de Demografía y Salud 2001-2006.
- Conocimiento amplio del VIH** – Encuestas de Demografía y Salud, EIS, Behavioural Surveillance Surveys (BSS), Reproductive Health Surveys (RHS) 2000-2006 y MICS, <www.measuredhs.com/hivdata>.
- Usaron un preservativo en su última relación sexual de alto riesgo** – Encuestas de Demografía y Salud, MICS, EIS, BSS y RHS (1998-2003) y www.measuredhs.com/hivdata.
- Niños huérfanos debido al SIDA** – UNICEF, ONUSIDA y USAID, *Las generaciones huérfanas y vulnerables de África: niños y niñas afectados por el SIDA, 2006*.
- Niños huérfanos debido a todas las causas** – UNICEF, ONUSIDA y USAID, *Las generaciones huérfanas y vulnerables de África: niños y niñas afectados por el SIDA, 2006*.
- Tasa de asistencia escolar de los huérfanos** – EIS, MICS y Encuestas de Demografía y Salud (1998-2003). ‘HIV/AIDS Survey Indicators Database’, www.measuredhs.com/hivdata.

TABLA 5. EDUCACIÓN

Países y territorios	Tasa de alfabetización de jóvenes (15-24 años) 2000-2006*		Número por cada 100 habitantes 2005*		Tasa escolarización enseñanza primaria 2000-2006*				Tasa de asistencia a la escuela primaria (2000-2006*)		Alumnos de enseñanza primaria que alcanzan el 5° grado (%) 2000-2006*		Tasa de escolarización enseñanza secundaria 2000-2006*				Tasa de asistencia a la escuela secundaria (2000-2006*)	
	hombre	mujer	teléfonos	usuarios de Internet	bruta		neta		neta		Datos administrativos	Datos de encuestas	bruta		neta		neta	
					hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer			hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer
Afganistán	51	18	4	1	108	64	-	-	66	40	-	92	24	8	-	-	18	6
Albania	99	100	60	6	106	105	94	94	92	92	90y	9	79	77	75	73	79	77
Alemania	-	-	162	43	101	101	96	96	-	-	99y	-	101	99	-	-	-	-
Andorra	-	-	149	33	89	85	82	79	-	-	-	-	84	93	73	80	-	-
Angola	84	63	11	1	69x	59x	-	-	58	59	-	75	19	15	-	-	22	20
Antigua y Barbuda	-	-	150	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	97	95	73	12	91	91	77	79	-	-	96	-	89	86	63	68	-	-
Argelia	94	86	49	6	116	107	98	95	97	96	96	95	80	86	65	68	57	65
Argentina	99	99	82	18	113	112	99	98	-	-	97	-	83	89	76	82	-	-
Armenia	100	100	30	5	92	96	77	81	99	98	-	100	87	89	83	86	93	95
Australia	-	-	142	70	104	104	96	97	-	-	-	-	152	145	86	87	-	-
Austria	-	-	152	49	106	106	96	98	-	-	99y	-	105	100	-	-	-	-
Azerbaiyán	100x	100x	40	8	97	96	85	84	91	91	98y	99	84	81	79	76	87	84
Bahamas	-	-	112	32	101	101	90	92	-	-	99	-	90	91	83	85	-	-
Bahrein	97	97	130	21	105	104	97	97	86	87	99	99	96	102	87	93	77	85
Bangladesh	67	60	7	0	107	111	93	96	79	84	65	94	47	48	44	45	36	41
Barbados	-	-	127	59	108	108	98	98	-	-	98	-	113	113	96	97	-	-
Belarús	100x	100x	76	35	103	100	91	88	93	94	99y	100	95	96	88	89	95	97
Bélgica	-	-	135	46	104	104	99	99	-	-	-	-	112	108	97	98	-	-
Belice	76x	77x	57	14	130	125	93	96	-	-	91	-	84	85	71	72	-	-
Benin	59	33	11	6	107	85	86	70	60	47	52	92	41	23	23	11	19	12
Bhután	-	-	9	3	-	-	80	79	74	67	93	-	-	-	-	-	-	-
Bolivia	99	96	33	5	113	113	94	96	78	77	85	50	90	87	73	72	57	56
Bosnia y Herzegovina	100	100	66	21	-	-	-	-	92	89	-	100	-	-	-	-	89	89
Botswana	92	96	54	3	107	105	85	84	83	86	91	96y	72	75	57	62	36	44
Brasil	96	98	68	21	146	135	95	95	95	95	81y	84x,y	101	111	75	81	42x	50x
Brunei Darussalam	99	99	85	36	108	107	93	94	-	-	100	-	94	98	85	90	-	-
Bulgaria	98	98	113	21	103	102	94	93	-	-	92y	-	106	101	89	87	-	-
Burkina Faso	40	27	5	0	64	51	50	40	49	44	76	91	16	12	13	9	17	15
Burundi	77	70	2	1	91	78	63	58	72	70	67	87	16	12	-	-	8	6
Cabo Verde	96	97	32	6	111	105	91	89	97	96	78	-	65	70	55	60	-	-
Cambodia	88	79	8	0	139	129	93	90	73	76	56	95	35	24	27	22	24	21
Camerún	-	-	14	2	126	107	-	-	86	81	64	91	49	39	-	-	45	42
Canadá	-	-	117	68	100	99	99	100	-	-	93	-	119	116	-	-	-	-
Chad	56	23	2	0	92	62	72	50	41	31	33	64y	23	8	16	5	13	7
Chile	99	99	90	29	106	101	91	89	-	-	100	-	90	91	-	-	-	-
China	99	99	57	8	114	112	99	99	-	-	-	-	74	75	-	-	-	-
Chipre	100	100	136	39	101	101	99	99	-	-	99	-	96	98	93	95	-	-
Colombia	98	98	65	10	113	111	87	87	90	92	81	89	74	82	53	58	64	72
Comoras	-	-	4	3	91	80	80	65	31	31	80	25	40	30	-	-	10	11
Congo	98	97	13	1	91	84	40	48	86	87	66	95	42	35	-	-	39	42
Congo, República Democrática del	78	63	5	0	69	54	-	-	55	49	-	54	28	16	-	-	18	15
Corea, República de	-	-	135	68	105	104	100	99	-	-	99	-	96	96	94	94	-	-
Corea, República Popular Democrática de	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa Rica	97	98	58	21	110	109	91	93	87	89	87	-	77	82	58	64	59	65
Côte d'Ivoire	71	52	14	1	80	63	62	50	66	57	88	92	32	18	26	15	32	22
Croacia	100	100	122	32	95	94	88	87	-	-	100y	-	88	89	84	86	-	-
Cuba	100	100	9	2	104	99	98	96	-	-	97	99y	94	94	87	88	-	-
Dinamarca	-	-	162	53	98	99	95	96	-	-	93	-	122	126	91	93	-	-
Djibouti	-	-	8	1	44	36	37	30	80	78	77x	96	29	19	27	18	50	42
Dominica	-	-	88	-	93	92	83	85	-	-	93	-	109	106	92	92	-	-
Ecuador	96	97	60	7	117	117	97	98	-	-	76	-	61	61	52	53	-	-
Egipto	90	79	34	7	104	97	96	91	96	94	95	99	89	82	85	79	72	67
El Salvador	87	90	49	9	115	111	93	93	-	-	69	-	62	64	52	54	-	-
Emiratos Árabes Unidos	98	96	128	29	85	82	71	70	-	-	97	-	62	66	56	59	-	-
Eritrea	-	-	2	2	71	57	51	43	69	64	79	82y	40	23	30	20	23	21
Eslovaquia	-	-	106	35	99	98	91	92	-	-	97y	-	94	95	-	-	-	-
Eslovenia	100	100	131	55	102	101	99	98	-	-	99y	-	100	100	94	95	-	-
España	100x	100x	142	40	108	105	100	99	-	-	100	-	121	127	97	100	-	-
Estados Unidos	-	-	130	66	100	99	92	93	-	-	-	-	94	96	88	90	-	-
Estonia	100	100	142	52	102	99	95	95	-	-	99	-	100	101	90	93	-	-

	Tasa de alfabetización de jóvenes (15-24 años) 2000-2006*		Número por cada 100 habitantes 2005*		Tasa escolarización enseñanza primaria 2000-2006*				Tasa de asistencia a la escuela primaria (2000-2006*)		Alumnos de enseñanza primaria que alcanzan el 5º grado (%) 2000-2006*		Tasa de escolarización enseñanza secundaria 2000-2006*				Tasa de asistencia a la escuela secundaria (2000-2006*)	
					bruta		neta		neta				bruta		neta		neta	
					hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer			hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer
Etiopía	62	39	1	0	107	94	71	66	45	45	68y	78	41	28	38	26	30	23
ex República Yugoslava de Macedonia	99	99	88	8	98	98	92	92	97	93	98y	100	85	83	83	81	79	78
Federación de Rusia	100	100	112	15	129	129	92	93	-	-	-	-	93	91	-	-	-	-
Fiji	-	-	37	8	107	105	97	96	-	-	99	-	85	91	80	85	-	-
Filipinas	94	97	45	5	113	112	93	95	88	89	75	93	81	90	55	66	55	70
Finlandia	-	-	141	53	100	99	98	98	-	-	100	-	108	113	95	95	-	-
Francia	-	-	135	43	112	110	99	99	-	-	98x	-	116	116	98	100	-	-
Gabón	97	95	50	5	130	129	77	77	94	94	69	91y	49	42	-	-	34	36
Gambia	-	-	19	4	79	84	78	77	60	62	-	97	51	42	49	41	39	34
Georgia	-	-	39	6	93	94	93	93	99y	100y	98y	-	82	83	81	81	-	-
Ghana	76	66	14	2	94	93	69	70	75	75	63	90	50	43	40	36	45	45
Granada	-	-	72	19	94	91	84	83	-	-	79	-	99	102	78	80	-	-
Grecia	99	99	149	18	101	101	99	99	-	-	99	-	103	101	90	92	-	-
Guatemala	86	78	46	8	118	109	96	92	80	76	68	73x,y	54	49	35	32	23x	24x
Guinea	59	34	3	1	88	74	70	61	55	48	76	97	39	21	31	17	27	17
Guinea Ecuatorial	95	95	21	1	117	111	85	77	61	60	33	72y	38	22	-	-	23	22
Guinea-Bissau	-	-	8	2	84	56	53	38	54	53	-	80	23	13	11	6	8	7
Guyana	-	-	52	21	133	131	-	-	96	96	64	97	101	103	-	-	66	73
Haití	-	-	8	7	-	-	-	-	48	51	-	89	-	-	-	-	18	21
Honduras	87	91	25	4	113	113	90	92	77	80	70	83	59	73	-	-	29	36
Hungría	-	-	126	30	99	97	90	88	-	-	98y	-	97	96	90	90	-	-
India	84	68	13	5	123	116	92	86	84	85	73	95y	63	50	-	-	64	58
Indonesia	99	99	27	7	119	115	97	94	94	95	90	96y	64	63	59	58	54	56
Irán (República Islámica de)	98	97	38	11	100	122	91	100	94	91	88	-	83	78	79	75	-	-
Iraq	89	81	6	0	108	89	94	81	91	80	81	95	54	36	44	31	46	34
Irlanda	-	-	152	34	108	106	96	96	-	-	100	-	108	118	85	91	-	-
Islandia	-	-	169	62	101	98	100	97	-	-	100	-	107	109	87	89	-	-
Islas Cook	-	-	-	-	83	81	78	77	-	-	-	-	72	73	62	68	-	-
Islas Marshall	-	-	9	-	105	101	90	89	-	-	-	-	75	78	72	77	-	-
Islas Salomón	-	-	3	1	99	94	65	62	-	-	-	-	32	27	28	24	-	-
Israel	-	-	155	24	109	110	97	98	-	-	100	-	93	92	89	89	-	-
Italia	100	100	167	48	103	102	99	98	-	-	100	-	100	99	92	93	-	-
Jamaica	-	-	118	46	95	94	90	90	97	98	90	99	86	89	77	80	88	92
Japón	-	-	121	67	100	100	100	100	-	-	-	-	102	102	99	100	-	-
Jordania	99	99	66	13	96	96	88	90	99	99	96	99y	87	88	77	80	85	89
Kazajstán	100x	100x	55	4	110	108	92	90	99	98	100y	100	100	97	92	91	97	97
Kenya	80	81	14	3	114	110	78	79	79	79	83	98	50	48	42	42	12	13
Kirguistán	100x	100x	19	5	98	97	87	86	91	93	97y	99	86	87	80	81	90	92
Kiribati	-	-	-	2	111	113	96	98	-	-	82	-	82	93	65	71	-	-
Kuwait	100	100	108	26	99	97	87	86	-	-	99y	-	92	98	76	80	-	-
Lesotho	-	-	17	3	132	132	84	89	82	88	73	91	34	43	19	30	16	27
Letonia	100	100	113	45	94	90	86	89	-	-	98y	-	98	99	-	-	-	-
Líbano	-	-	46	20	108	105	93	92	97	97	93	96	85	93	-	-	61	68
Liberia	65	70	-	-	115	83	74	58	-	-	-	-	37	27	22	12	-	-
Libia, Jamahiriya Árabe	100	97	20	4	106	105	-	-	-	-	-	-	96	115	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	137	63	106	107	87	89	-	-	-	-	120	104	62	69	-	-
Lituania	100	100	150	26	95	95	89	89	-	-	98y	-	97	96	91	91	-	-
Luxemburgo	-	-	207	68	100	100	95	95	-	-	92	-	91	97	79	85	-	-
Madagascar	59	57	3	1	141	136	93	92	74	77	43	93	14x	14x	11x	11x	17	21
Malasia	97	97	92	42	96	96	96	95	-	-	98	-	72	81	71	81	-	-
Malawi	82x	71x	4	0	121	124	92	97	86	88	42	87	31	25	25	22	27	26
Maldivas	98	98	-	-	95	93	79	79	-	-	92	-	68	78	60	66	-	-
Malí	32x	17x	8	1	74	59	56	45	45	33	87	93	29	18	-	-	15	11
Malta	94x	98x	131	32	101	95	88	84	-	-	99	-	98	101	84	83	-	-
Marruecos	81	61	45	15	111	99	89	83	91	87	79	86y	54	46	38	32	39	36
Mauricio	94	95	81	24	102	102	94	96	-	-	97	-	89	88	81	82	-	-
Mauritania	68	56	26	1	93	94	72	72	46	42	57	69y	22	19	17	14	15	9
México	98	98	62	17	110	108	98	98	97	97	94	-	78	83	64	66	-	-
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	24	13	116	113	-	-	-	-	-	-	83	88	-	-	-	-
Moldova, República de	100	100	48	13	93	92	86	86	84	85	91y	100	80	83	75	77	82	85
Mónaco	-	-	145	51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

TABLA 5. EDUCACIÓN

	Tasa de alfabetización de jóvenes (15-24 años) 2000-2006*		Número por cada 100 habitantes 2005*		Tasa escolarización enseñanza primaria 2000-2006*				Tasa de asistencia a la escuela primaria (2000-2006*) neta		Alumnos de enseñanza primaria que alcanzan el 5º grado (%) 2000-2006*		Tasa de escolarización enseñanza secundaria 2000-2006*				Tasa de asistencia a la escuela secundaria (2000-2006*) neta	
	hombre	mujer	teléfonos	usuarios de Internet	bruta		neta		hombre	mujer	Datos administrativos	Datos de encuestas	bruta		neta		hombre	mujer
					hombre	mujer	hombre	mujer					hombre	mujer	hombre	mujer		
Mongolia	97	98	27	10	92	94	83	85	96	98	91y	96	86	98	79	90	85	91
Montenegro	-	-	-	-	98	98	-	-	98	97	-	97	88	89	-	-	90	92
Mozambique	60x	37x	8	1	111	94	81	74	63	57	62	84	16	11	8	6	8	7
Myanmar	96	93	1	0	99	101	89	91	83	84	70	100	41	40	38	37	51	48
Namibia	91	94	31	4	99	100	69	74	78	78	86	95	52	60	33	44	29	40
Nauru	-	-	-	-	84	83	-	-	-	-	31	-	46	50	-	-	-	-
Nepal	81	60	3	1	129	123	90	83	86	82	79	95	46	40	-	-	46	38
Nicaragua	84	89	23	2	113	110	88	86	77	84	54	63	62	71	40	46	35	47
Níger	52	23	2	0	54	39	46	33	36	25	65	89	10	7	9	6	6	6
Nigeria	87	81	15	4	111	95	72	64	66	58	73	97	37	31	29	25	38	33
Niue	-	-	-	-	78	97	-	-	-	-	-	-	104	94	91x	96x	-	-
Noruega	-	-	149	58	98	98	98	98	-	-	100	-	114	114	97	97	-	-
Nueva Zelanda	-	-	131	68	102	102	99	99	-	-	-	-	119	127	90	93	-	-
Omán	98	97	62	11	81	82	73	74	-	-	100	-	90	86	77	77	-	-
Países Bajos	-	-	144	74	108	106	99	98	-	-	99	-	120	117	86	88	-	-
Pakistán	77	53	12	7	99	75	77	59	62	51	70	90	31	23	24	18	23	18
Palau	-	-	-	-	108	101	98	95	-	-	-	-	97	105	-	-	-	-
Panamá	97	96	67	6	113	109	99	98	-	-	85	-	68	73	61	67	-	-
Papúa Nueva Guinea	69	64	2	2	80	70	-	-	-	-	68	-	29	23	-	-	-	-
Paraguay	96	96	36	3	106	103	87	88	95	96	81	90x,y	63	64	-	-	81	80
Perú	98	96	28	16	113	112	96	97	94	94	90	95	91	92	70	69	70	70
Polonia	-	-	106	26	98	98	96	97	-	-	99	-	100	99	92	94	-	-
Portugal	100	100	149	27	117	112	98	98	-	-	-	-	94	104	79	87	-	-
Qatar	95	98	119	28	107	106	96	96	-	-	-	-	101	99	91	89	-	-
Reino Unido	-	-	167	54	107	107	99	99	-	-	-	-	104	107	94	97	-	-
República Centroafricana	70	47	3	0	67	44	44	37	64	54	-	73	-	-	13	9	16	10
República Checa	-	-	147	27	102	100	91	93	-	-	98	-	95	97	-	-	-	-
República Democrática Popular Lao	83	75	12	0	123	108	86	81	81	77	63	92	53	40	41	35	40	33
República Dominicana	93	95	51	17	116	110	87	88	84	88	86	91	64	78	47	59	27	39
Rumania	98	98	82	22	108	106	93	92	-	-	95y	-	85	86	79	82	-	-
Rwanda	79	77	3	1	119	121	72	75	84	87	46	84	15	13	11	10	5	5
Saint Kitts y Nevis	-	-	83	-	97	102	91	96	-	-	87	-	95	93	87	85	-	-
Samoa	99	99	24	3	100	100	90	91	-	-	94	-	76	85	62	70	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	78	8	117	105	92	88	-	-	88	-	67	83	57	71	-	-
Santa Lucía	-	-	-	34	111	107	98	96	-	-	96	-	71	85	61	76	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	96	95	12	15	135	132	97	96	94	95	76	87	43	46	30	34	39	41
Senegal	59	41	17	5	80	77	70	67	58	59	73	95	24	18	19	15	20	16
Serbia	-	-	-	-	98	98	-	-	98	98	-	100	88	89	-	-	90	93
Seychelles	99	99	97	26	115	116	99	100	-	-	99	-	106	105	94	100	-	-
Sierra Leona	60	37	-	0	171	139	-	-	69	69	-	92	35	26	-	-	22	17
Singapur	99x	99x	143	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Siría, República Árabe	95	90	31	6	127	121	97	92	97	96	92	99	70	65	64	60	64	65
Somalia	-	-	7	1	-	-	-	-	24	20	56y	92	-	-	-	-	8	4
Sri Lanka	95	96	22	2	102	101	99	98	-	-	100	-	82	83	-	-	-	-
Sudáfrica	94x	94x	82	11	106	102	87	87	80	83	82	98x,y	90	97	58	65	41x	48x
Sudán	85	71	7	8	65	56	47	39	60	57	79	71	35	33	-	-	19	20
Suecia	-	-	171	76	97	97	96	96	-	-	-	-	103	103	99	100	-	-
Suiza	-	-	161	51	102	101	93	93	-	-	-	-	98	91	87	81	-	-
Surinam	96	94	70	7	120	120	93	96	94	93	-	93	75	100	63	87	55	66
Swazilandia	87	90	23	4	111	104	80	81	73	72	77	89	46	44	31	35	24	33
Tailandia	98	98	59	11	98	94	90	86	98	98	-	99	69	72	62	66	77	84
Tanzania, República Unida de	81	76	9	1	112	109	99	97	71	75	85	96	7x	5x	-	-	8	8
Tayikistán	100	100	8	0	103	99	99	96	89	88	98y	99	89	74	86	73	89	74
Territorio Palestino Ocupado	99	99	39	7	89	88	80	80	91	92	98y	99	96	103	92	98	-	-
Timor-Leste	-	-	-	-	157	145	-	-	76y	74y	-	-	52	52	-	-	-	-
Togo	84	64	10	6	109	92	84	72	82	76	75	92	54	27	30	14	45	32
Tonga	99x	99x	44	3	118	112	97	93	-	-	89	-	94	102	61	75	-	-
Trinidad y Tabago	100	100	86	12	102	99	90	90	98	98	91	99	79	82	68	70	84	90
Túnez	96	92	69	9	111	108	97	97	95	93	97	92y	80	88	62	68	-	-

	Tasa de alfabetización de jóvenes (15-24 años) 2000-2006*		Número por cada 100 habitantes 2005*		Tasa escolarización enseñanza primaria 2000-2006*				Tasa de asistencia a la escuela primaria (2000-2006*)		Alumnos de enseñanza primaria que alcanzan el 5º grado (%) 2000-2006*		Tasa de escolarización enseñanza secundaria 2000-2006*				Tasa de asistencia a la escuela secundaria (2000-2006*)	
					bruta		neta		neta				bruta		neta		neta	
	hombre	mujer	teléfonos	usuarios de Internet	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	Datos administrativos	Datos de encuestas	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer
Turkmenistán	100x	100x	10	1	-	-	-	-	99	99	-	100	-	-	-	-	84	84
Turquía	98	93	86	15	96	91	92	87	91	87	97	97x,y	83	68	72	61	53	47
Tuvalu	-	-	-	-	95	102	-	-	-	-	70	100	87	81	-	-	-	-
Ucrania	100	100	90	10	107	107	83	83	96	98	-	100	92	85	82	77	90	93
Uganda	83	71	5	2	119	119	-	-	82	81	48	89	21	17	16	14	16	16
Uruguay	98x	99x	66	21	110	108	92	93	-	-	91	-	98	113	-	-	-	-
Uzbekistán	-	-	9	3	100	99	-	-	100	100	96y	100	96	93	-	-	91	90
Vanuatu	-	-	9	3	120	116	95	93	-	-	78	-	44	38	42	36	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	96	98	60	13	106	104	91	92	91	93	91	96	70	79	59	68	30	43
Viet Nam	94x	94x	30	13	98	91	97	92	94	94	87	98	77	75	71	68	77	78
Yemen	91	59	14	1	102	75	87	63	68	41	73	88x,y	62	31	46	21	35x	13x
Zambia	73x	66x	9	3	114	108	89	89	55	58	94	88	31	25	29	23	17	19
Zimbabwe	98	98	8	8	97	95	81	82	85	87	70	88	38	35	35	33	45	45

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	76	64	14	3	102	91	75	70	64	60	70	86	37	30	30	25	25	22
África oriental y meridional	75	64	17	3	110	104	83	81	66	67	69	87	41	35	35	30	20	19
África occidental y central	76	64	11	2	95	79	68	59	62	55	71	86	34	25	26	20	30	25
África del Norte y Oriente Medio	92	83	37	9	100	94	86	81	89	86	88	91	74	68	67	62	54	52
Asia meridional	81	65	12	5	118	109	90	83	81	79	72	94	56	46	-	-	55	50
Asia Oriental y Pacífico	99	98	52	10	112	110	98	97	91	92	84**	96**	72	72	61**	62**	60**	63**
América Latina y el Caribe	96	97	61	16	120	115	95	94	90	91	85	-	85	92	67	71	-	-
ECE/CEI	99	98	84	14	105	102	91	89	93	91	97	-	90	86	80	75	80	78
Países industrializados [§]	-	-	138	55	102	101	95	96	-	-	-	-	102	103	92	93	-	-
Países en desarrollo [§]	90	84	35	8	111	105	90	86	80	78	77**	92**	63	59	52**	50**	50**	46**
Países menos adelantados [§]	74	59	6	1	100	91	80	75	65	63	67	85	36	29	33	28	26	24
Mundo	91	85	53	15	110	104	91	87	80	78	78**	92**	68	64	59**	58**	50**	47**

§ También incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional aparecen en la lista de la página 148.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

- Tasa de alfabetización de los jóvenes** – Número de personas alfabetizadas de 15 a 24 años, expresadas como un porcentaje del total de la población en ese grupo de edad.
- Tasa bruta de escolarización en la enseñanza primaria** – El número total de niños matriculados en la enseñanza primaria, independientemente de su edad, expresado como el porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para realizar estudios primarios.
- Tasa bruta de escolarización en la enseñanza secundaria** – El número total de niños matriculados en la enseñanza secundaria, independientemente de su edad, expresado como el porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para realizar estudios secundarios.
- Tasa neta de escolarización en la enseñanza primaria** – El número total de niños matriculados en la enseñanza primaria que tienen la edad oficial para realizar estudios primarios, expresado como el porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para realizar estudios primarios.
- Tasa neta de escolarización en la enseñanza secundaria** – El número total de niños matriculados en la enseñanza secundaria que tienen la edad oficial para realizar estudios secundarios, expresado como el porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para realizar estudios secundarios.
- Tasa neta de asistencia a la escuela primaria** – El número de niños que asisten a la escuela primaria o secundaria y que tienen la edad oficial para realizar estudios primarios, expresado como el porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para realizar estudios primarios. Estos datos provienen de encuestas nacionales por hogares.
- Tasa neta de asistencia a la escuela secundaria** – El número de niños que asisten a la escuela secundaria o superior y tienen la edad oficial para realizar estudios secundarios, expresado como el porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para realizar estudios secundarios. Estos datos provienen de encuestas nacionales por hogares.
- Alumnos que ingresan en 1º grado y alcanzan el 5º grado** – Proporción de niños que ingresan en el 1º grado y alcanzan el 5º grado de la enseñanza primaria.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

- Alfabetización de los jóvenes** – Instituto para Estadísticas de la UNESCO.
- Utilización del teléfono e Internet** – Unión Internacional de Telecomunicaciones (Geneva).
- Escolarización en la escuela primaria y secundaria** – Instituto para Estadísticas de la UNESCO.
- Asistencia a la escuela primaria y secundaria** – Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS).
- Alumnos que alcanzan el 5º grado** – Datos administrativos: Instituto para Estadísticas de la UNESCO. Datos de encuestas: Encuestas de Demografía y Salud y MICS.

- NOTAS**
- Datos no disponibles.
 - x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
 - y Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
 - * Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado por el titular de la columna.
 - ** No incluye China.

TABLA 6. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Países y territorios	Población (miles) 2006		Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Tasa bruta de mortalidad			Tasa bruta de natalidad			Esperanza de vida			Tasa total de fecundidad 2006	Población urbana (%) 2006	Tasa anual del crecimiento de la población urbana (%)	
	menores de 18	menores de 5	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	2006	2006	1970-1990	1990-2006
Afganistán	13982	4823	0.3	4.5	29	23	20	52	52	49	35	41	43	7.2	23	2.9	6.0
Albania	1003	250	2.2	-0.2	8	6	6	33	24	16	67	72	76	2.1	46	2.9	1.2
Alemania	14517	3548	0.1	0.2	12	11	10	14	11	8	71	75	79	1.4	75	0.1	0.4
Andorra	14	4	3.9	2.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91	3.8	1.9
Angola	8797	3082	2.7	2.8	27	24	21	52	53	48	37	40	42	6.5	54	7.3	5.2
Antigua y Barbuda	28	8	-0.6	1.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	-0.3	2.4
Arabia Saudita	9671	2879	5.2	2.5	18	5	4	48	36	25	52	68	72	3.5	81	7.5	2.8
Argelia	11870	3213	3.0	1.7	16	7	5	49	32	21	53	67	72	2.4	64	4.4	3.0
Argentina	12277	3346	1.5	1.1	9	8	8	23	22	18	66	71	75	2.3	90	2.0	1.4
Armenia	789	164	1.7	-1.0	5	8	9	23	21	12	70	68	72	1.3	64	2.3	-1.4
Australia	4803	1267	1.4	1.2	9	7	7	20	15	12	71	77	81	1.8	88	1.4	1.4
Austria	1584	394	0.2	0.5	13	11	9	15	12	9	70	76	80	1.4	66	0.2	0.5
Azerbaiyán	2604	547	1.7	1.0	7	7	7	29	27	15	65	66	67	1.7	52	2.0	0.7
Bahamas	106	28	2.0	1.6	7	6	6	31	24	17	66	70	73	2.0	91	3.1	2.1
Bahrein	226	65	4.0	2.5	9	4	3	40	29	18	62	72	75	2.4	97	4.3	3.1
Bangladesh	64194	18951	2.4	2.0	20	12	8	45	35	26	44	54	63	2.9	25	7.2	3.6
Barbados	67	17	0.6	0.5	9	8	7	22	16	11	69	75	77	1.5	53	1.0	1.6
Belarús	1936	455	0.6	-0.3	7	11	15	16	14	9	71	71	69	1.2	73	2.7	0.2
Bélgica	2138	561	0.2	0.3	12	11	10	14	12	11	71	76	79	1.6	97	0.3	0.4
Belice	123	36	2.1	2.6	8	5	4	40	35	26	66	72	76	3.0	48	1.7	2.7
Benin	4437	1488	3.0	3.3	22	15	12	47	47	41	46	53	56	5.6	40	6.7	4.3
Bhután	252	61	3.0	1.1	23	14	7	47	38	19	41	52	65	2.3	11	6.1	4.0
Bolivia	4131	1243	2.3	2.1	20	11	8	46	36	28	46	59	65	3.6	65	4.0	3.1
Bosnia y Herzegovina	842	195	0.9	-0.6	7	7	9	23	15	9	66	72	75	1.2	46	2.8	0.5
Botswana	784	216	3.3	1.9	13	7	15	45	35	25	55	64	49	3.0	58	11.8	4.0
Brasil	62408	18092	2.2	1.5	10	7	6	35	24	20	59	66	72	2.3	85	3.7	2.3
Brunei Darussalam	131	40	3.4	2.5	7	3	3	36	28	22	67	74	77	2.4	74	3.7	3.2
Bulgaria	1331	341	0.2	-0.9	9	12	15	16	12	9	71	71	73	1.3	70	1.4	-0.5
Burkina Faso	7573	2605	2.4	3.0	24	17	15	51	49	45	42	50	52	6.1	19	6.8	4.9
Burundi	4249	1461	2.4	2.3	20	19	16	44	48	46	44	46	49	6.8	10	7.3	5.4
Cabo Verde	240	73	1.4	2.4	12	8	5	40	39	30	56	65	71	3.5	58	5.5	4.1
Camboya	6261	1690	1.7	2.4	20	12	9	42	44	26	44	55	59	3.3	20	2.0	5.4
Camerún	8791	2851	2.9	2.5	19	13	15	45	42	36	46	55	50	4.5	56	6.4	4.4
Canadá	6948	1716	1.2	1.0	7	7	7	17	14	10	73	77	80	1.5	80	1.3	1.3
Chad	5528	1943	2.5	3.4	21	16	16	46	48	46	45	52	50	6.3	26	5.5	4.7
Chile	4897	1233	1.6	1.4	10	6	5	29	23	15	62	73	78	1.9	88	2.1	1.7
China	348276	84390	1.6	0.9	8	7	7	33	21	13	62	68	73	1.7	41	3.9	3.4
Chipre	202	49	0.5	1.4	10	8	7	19	19	12	71	76	79	1.6	69	3.0	1.6
Colombia	16233	4438	2.2	1.7	9	6	6	38	27	19	61	68	73	2.3	73	3.2	2.0
Comoras	395	129	3.3	2.8	18	11	7	50	41	34	48	56	65	4.5	38	5.1	4.6
Congo	1788	587	3.0	2.6	14	11	12	44	39	36	54	57	54	4.6	61	4.7	3.3
Congo, República Democrática del	32671	11843	3.1	2.9	20	18	18	48	49	50	45	47	46	6.7	33	2.6	3.9
Corea, República de	10616	2369	1.5	0.7	9	6	6	31	16	9	60	71	78	1.2	81	4.5	1.3
Corea, República Popular Democrática de	6744	1606	1.7	1.0	7	6	10	35	21	14	62	71	67	1.9	62	2.1	1.4
Costa Rica	1490	393	2.6	2.2	7	4	4	33	27	18	67	75	79	2.1	62	4.0	3.5
Côte d'Ivoire	9179	2849	4.4	2.5	18	13	16	51	45	36	49	54	48	4.6	45	6.1	3.3
Croacia	859	205	0.4	0.1	10	11	12	15	12	9	69	72	76	1.3	57	1.9	0.4
Cuba	2630	652	1.0	0.4	7	7	8	29	17	11	70	74	78	1.5	75	2.0	0.5
Dinamarca	1210	321	0.2	0.3	10	12	10	16	12	11	73	75	78	1.8	86	0.5	0.4
Djibouti	368	107	6.2	2.4	21	14	12	49	42	29	43	51	54	4.1	87	7.3	3.2
Dominica	23	6	0.3	-0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	2.1	0.3
Ecuador	5064	1414	2.7	1.6	12	6	5	42	29	22	58	68	75	2.6	63	4.4	2.4
Egipto	29263	8634	2.2	1.9	17	9	6	41	32	25	50	62	71	3.0	43	2.4	1.8
El Salvador	2685	775	1.8	1.8	12	7	6	44	30	23	57	65	72	2.7	60	2.9	3.0
Emiratos Árabes Unidos	976	315	10.6	5.1	11	3	1	36	27	16	61	73	78	2.3	77	10.5	5.0
Eritrea	2330	808	2.7	2.5	21	16	10	47	41	40	43	48	57	5.2	20	3.8	3.9
Eslovaquia	1114	259	0.7	0.2	10	10	10	19	15	10	70	72	74	1.2	56	2.3	0.1
Eslovenia	349	89	0.7	0.2	10	10	10	17	11	9	69	73	78	1.3	51	2.3	0.3
España	7671	2268	0.7	0.8	9	8	9	20	10	11	72	77	81	1.4	77	1.4	0.9

	Población (miles) 2006		Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Tasa bruta de mortalidad			Tasa bruta de natalidad			Esperanza de vida			Tasa total de fecundidad 2006	Población urbana (%) 2006	Tasa anual del crecimiento de la población urbana (%)	
	menores de 18	menores de 5	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	2006	2006	1970-1990	1990-2006
Estados Unidos	75757	20776	1.0	1.0	9	9	8	16	16	14	71	75	78	2.1	81	1.1	1.5
Estonia	261	67	0.7	-1.0	11	13	14	15	14	11	71	69	71	1.5	69	1.1	-1.2
Etiopía	41299	13439	2.7	2.9	21	18	13	49	47	39	43	47	52	5.4	16	4.6	4.4
ex República Yugoslava de Macedonia	486	117	1.0	0.4	8	8	9	24	17	11	66	71	74	1.5	70	2.0	1.6
Federación de Rusia	27839	7195	0.7	-0.2	9	12	16	14	14	11	69	68	65	1.3	73	1.5	-0.3
Fiji	321	90	1.6	0.9	8	6	7	34	29	22	60	67	69	2.8	51	2.5	2.2
Filipinas	36430	11027	2.6	2.1	11	7	5	40	33	27	57	65	71	3.3	63	4.5	3.8
Finlandia	1097	286	0.4	0.3	10	10	10	14	13	11	70	75	79	1.8	61	1.4	0.3
Francia	13555	3834	0.6	0.5	11	9	9	17	13	12	72	77	80	1.9	77	0.8	0.7
Gabón	554	158	2.8	2.2	20	11	12	34	36	26	47	61	56	3.1	84	6.6	3.5
Gambia	784	261	3.5	3.4	28	15	11	50	43	36	37	51	59	4.8	55	6.8	5.7
Georgia	1043	237	0.7	-1.3	9	9	12	19	16	11	67	71	71	1.4	52	1.5	-1.6
Ghana	10452	3195	2.7	2.4	16	11	10	45	40	30	49	57	59	4.0	49	3.9	4.2
Granada	43	10	0.1	0.6	9	10	8	28	28	18	64	66	68	2.3	31	0.1	0.3
Grecia	1917	513	0.7	0.6	8	9	10	17	10	9	72	77	79	1.3	59	1.3	0.6
Guatemala	6463	2066	2.5	2.4	15	9	6	44	39	34	52	62	70	4.3	48	3.2	3.3
Guinea	4576	1544	2.3	2.6	27	19	12	50	47	41	38	47	55	5.6	33	5.1	3.7
Guinea Ecuatorial	241	81	0.8	2.4	25	19	15	41	42	39	40	47	51	5.4	39	2.0	3.1
Guinea-Bissau	889	322	2.8	3.0	29	23	19	49	50	50	36	42	46	7.1	30	5.9	3.3
Guyana	268	73	0.1	0.1	11	9	9	38	25	18	60	62	66	2.4	28	0.2	-0.2
Haití	4190	1244	2.1	1.8	18	13	10	39	37	28	47	54	60	3.7	39	4.1	3.6
Honduras	3235	943	3.0	2.2	15	7	6	47	38	28	52	66	70	3.4	47	4.6	3.2
Hungría	1935	475	0.0	-0.2	11	14	13	15	12	9	69	69	73	1.3	67	0.5	-0.1
India	445361	126843	2.2	1.8	16	10	8	38	32	24	49	59	64	2.9	29	3.5	2.6
Indonesia	76870	21720	2.1	1.4	17	9	6	41	26	19	48	61	70	2.2	49	5.0	4.4
Irán (República Islámica de)	24682	6270	3.4	1.3	14	7	5	43	35	20	54	64	71	2.0	67	4.9	2.5
Iraq	13691	4223	3.0	2.7	12	8	10	46	39	33	56	63	58	4.4	67	4.1	2.4
Irlanda	1047	315	0.9	1.1	11	9	7	22	15	16	71	75	79	2.0	61	1.3	1.6
Islandia	78	21	1.1	1.0	7	7	6	21	17	14	74	78	82	2.0	93	1.4	1.1
Islas Cook	5	2	-0.9	-1.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73	-0.5	-0.2
Islas Marshall	22	6	4.2	1.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67	4.3	1.5
Islas Salomón	226	70	3.3	2.7	10	12	7	46	40	31	54	57	63	4.0	17	5.5	4.2
Israel	2231	679	2.2	2.6	7	6	5	27	22	20	71	76	80	2.8	92	2.6	2.7
Italia	9886	2729	0.3	0.2	10	10	10	17	10	9	72	77	80	1.4	68	0.4	0.3
Jamaica	1011	277	1.2	0.8	8	7	7	35	25	20	68	72	72	2.5	53	2.1	1.3
Japón	21393	5622	0.8	0.2	7	7	9	19	10	9	72	79	82	1.3	66	1.7	0.5
Jordania	2460	718	3.5	3.5	16	6	4	52	36	26	54	67	72	3.2	83	4.8	4.4
Kazajstán	4595	1253	1.2	-0.5	9	9	10	26	23	19	62	67	66	2.2	58	1.7	-0.3
Kenya	18155	6161	3.7	2.8	15	10	12	51	42	39	52	60	53	5.0	21	6.5	3.7
Kirguistán	1959	504	2.0	1.1	11	8	8	31	31	21	60	66	66	2.5	36	2.0	0.8
Kiribati	35	10	2.5	1.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	4.0	4.0
Kuwait	769	236	5.3	1.6	6	2	2	48	24	18	66	75	77	2.2	98	6.0	1.6
Lesoto	952	272	2.2	1.4	17	11	19	43	36	30	49	59	42	3.5	19	5.7	2.0
Letonia	427	102	0.6	-0.9	11	13	14	14	14	9	70	69	72	1.3	68	1.3	-1.1
Líbano	1367	363	1.0	1.9	9	7	7	33	26	18	65	69	72	2.2	87	2.7	2.2
Liberia	1922	690	2.2	3.2	22	21	19	49	50	50	42	43	45	6.8	59	4.9	4.9
Libia, Jamahiriya Árabe	2154	676	3.9	2.0	16	5	4	49	26	24	51	68	74	2.8	85	6.7	2.5
Liechtenstein	7	2	1.5	1.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	1.6	1.5
Lituania	713	151	0.8	-0.5	9	11	12	17	15	9	71	71	73	1.3	66	2.4	-0.6
Luxemburgo	101	27	0.6	1.2	12	11	9	13	13	12	70	75	79	1.7	83	1.0	1.3
Madagascar	9613	3142	2.8	2.9	21	15	10	47	44	37	44	51	59	4.9	27	5.3	3.8
Malasia	9623	2758	2.6	2.3	9	5	4	37	30	21	61	70	74	2.7	68	4.5	4.3
Malawi	7286	2425	3.7	2.3	24	18	16	56	50	42	41	49	47	5.7	18	7.0	4.8
Maldivas	123	30	2.9	2.1	17	9	6	40	40	23	50	60	68	2.6	30	6.8	3.0
Malí	6528	2247	2.3	2.8	26	20	15	52	52	48	39	47	54	6.6	31	4.7	4.6
Malta	85	20	0.9	0.7	9	8	8	17	15	10	70	76	79	1.4	96	0.9	1.1
Marruecos	11135	2978	2.4	1.4	17	8	6	47	30	21	52	64	71	2.4	59	4.1	2.6
Mauricio	360	94	1.2	1.1	7	6	7	28	20	15	62	69	73	1.9	42	1.4	0.8
Mauritania	1415	456	2.6	2.8	18	11	8	45	40	33	47	57	64	4.5	41	7.6	2.9

TABLA 6. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

	Población (miles) 2006		Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Tasa bruta de mortalidad			Tasa bruta de natalidad			Esperanza de vida			Tasa total de fecundidad 2006	Población urbana (%) 2006	Tasa anual del crecimiento de la población urbana (%)	
	menores de 18	menores de 5	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	2006	2006	1970-1990	1990-2006
México	37911	10445	2.4	1.4	10	5	5	44	28	20	61	70	76	2.3	76	3.4	1.7
Micronesia (Estados Federados de)	50	14	2.2	0.9	9	7	6	41	34	27	62	66	68	3.9	22	2.4	0.0
Moldova, República de	975	213	1.0	-0.8	10	10	12	18	19	11	65	68	69	1.4	47	2.9	-0.8
Mónaco	6	2	1.2	0.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1.2	0.5
Mongolia	918	233	2.8	1.0	14	9	7	42	33	19	53	61	66	1.9	57	4.0	1.0
Montenegro	145	38	0.6	0.1	3	5	9	10	11	13	69	75	74	1.8	-	-	-
Mozambique	10674	3670	1.8	2.7	25	20	20	48	43	41	39	43	42	5.2	35	8.3	5.9
Myanmar	15772	4146	2.1	1.2	15	11	10	40	27	19	51	59	61	2.1	31	2.5	2.6
Namibia	942	248	3.0	2.3	15	9	13	43	42	26	53	62	52	3.3	36	4.1	3.9
Nauru	4	1	1.7	0.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1.7	0.6
Nepal	12487	3626	2.3	2.3	21	13	8	42	39	29	43	54	63	3.4	16	6.3	6.1
Nicaragua	2446	671	2.7	1.8	13	7	5	47	37	25	54	64	72	2.8	59	3.3	2.5
Níger	7455	2713	3.1	3.5	26	22	14	58	56	50	40	46	56	7.3	17	5.9	4.1
Nigeria	73703	24503	2.8	2.7	22	18	17	47	47	41	42	47	47	5.5	49	5.3	4.8
Niue	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37	-	-
Noruega	1092	284	0.4	0.6	10	11	9	17	14	12	74	77	80	1.8	77	0.9	1.1
Nueva Zelandia	1066	284	1.0	1.2	9	8	7	22	17	14	71	75	80	2.0	86	1.2	1.3
Omán	1014	269	4.5	2.0	17	4	3	50	38	22	49	70	75	3.1	71	9.3	2.6
Países Bajos	3592	987	0.7	0.6	8	9	9	17	13	12	74	77	79	1.7	81	1.2	1.6
Pakistán	70673	19012	3.2	2.2	16	11	7	43	42	27	51	60	65	3.6	35	4.2	3.1
Palau	8	2	1.4	1.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68	2.2	1.8
Panamá	1172	344	2.4	1.9	8	5	5	38	26	21	65	72	75	2.6	72	3.0	3.7
Papúa Nueva Guinea	2899	898	2.4	2.5	19	11	10	42	37	31	43	54	57	4.0	13	3.9	2.7
Paraguay	2522	731	2.7	2.2	7	6	6	37	33	25	65	68	71	3.2	59	4.0	3.4
Perú	10318	2815	2.5	1.5	14	7	6	42	30	21	53	65	71	2.5	73	3.4	1.8
Polonia	7684	1765	0.8	0.0	8	10	10	17	15	9	70	71	75	1.2	62	1.6	0.1
Portugal	1996	557	0.7	0.4	11	10	11	21	12	11	67	74	78	1.5	58	1.8	1.6
Qatar	204	64	7.2	3.5	13	3	2	34	23	17	60	69	75	2.7	96	7.4	3.7
Reino Unido	13155	3467	0.1	0.3	12	11	10	16	14	12	72	76	79	1.8	90	0.8	0.4
República Centroafricana	2107	668	2.4	2.2	22	16	19	42	42	37	42	50	44	4.7	38	3.9	2.4
República Checa	1857	466	0.2	-0.1	12	12	11	16	12	9	70	72	76	1.2	73	2.1	-0.2
República Democrática Popular Lao	2682	715	2.3	2.2	19	13	7	44	43	27	46	54	64	3.3	21	4.7	4.1
República Dominicana	3760	1110	2.3	1.7	11	6	6	42	29	24	58	67	72	2.9	68	3.9	3.0
Rumania	4276	1058	0.7	-0.5	9	11	12	21	14	10	68	69	72	1.3	54	2.2	-0.5
Rwanda	4844	1617	3.3	1.6	20	33	17	53	49	44	44	33	46	6.0	20	5.9	9.9
Saint Kitts y Nevis	17	5	-0.5	1.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	32	-0.4	0.7
Samoa	88	25	0.6	0.9	10	7	5	39	34	26	55	65	71	4.1	23	0.8	1.3
San Marino	6	2	1.2	1.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	3.1	1.4
San Vicente y las Granadinas	42	12	0.9	0.6	11	7	7	40	25	20	61	69	71	2.2	46	3.0	1.4
Santa Lucía	55	15	1.4	1.1	8	7	7	41	25	19	64	71	73	2.2	28	2.4	0.7
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	75	23	2.3	1.8	13	10	8	47	38	33	55	62	65	4.0	59	4.2	3.7
Senegal	5888	1913	2.9	2.7	21	12	9	48	43	36	45	57	63	4.9	42	4.2	3.1
Serbia	2222	605	0.8	0.2	9	10	11	18	15	13	68	71	74	1.8	-	-	-
Seychelles	44	15	1.6	1.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	50	4.8	1.2
Sierra Leona	2827	999	2.1	2.1	29	26	23	47	48	46	35	39	42	6.5	41	4.8	4.1
Singapur	1010	207	1.9	2.3	5	5	5	23	18	9	69	75	80	1.3	100	1.9	2.3
Siría, República Árabe	8342	2500	3.5	2.6	13	5	3	47	37	27	55	68	74	3.2	51	4.1	2.9
Somalia	4261	1507	3.1	1.4	24	22	17	51	46	44	40	42	47	6.2	36	4.5	2.6
Sri Lanka	5576	1483	1.6	0.7	8	7	7	31	21	15	65	70	72	1.9	15	1.0	-0.1
Sudáfrica	18349	5254	2.4	1.7	14	8	16	38	29	23	53	62	50	2.7	60	2.9	2.6
Sudán	17697	5483	2.9	2.3	20	14	10	47	41	32	44	53	58	4.4	42	5.3	5.1
Suecia	1925	499	0.3	0.4	10	11	10	14	14	11	74	78	81	1.8	84	0.4	0.5
Suiza	1500	362	0.5	0.5	9	9	8	16	12	9	73	78	81	1.4	76	1.6	1.2
Surinam	160	45	0.4	0.8	8	6	7	37	24	20	63	68	70	2.5	74	2.4	1.3
Swazilandia	536	147	3.2	1.7	18	10	20	50	41	29	48	59	40	3.6	24	7.5	2.1
Tailandia	16522	4514	1.9	1.0	10	7	9	37	19	15	59	67	70	1.8	33	3.6	1.6
Tanzanía, República Unida de	20171	6953	3.1	2.7	18	15	13	48	44	40	47	51	52	5.3	25	7.5	4.4
Tayikistán	3090	858	2.9	1.4	10	8	6	40	39	28	60	63	66	3.5	25	2.2	-0.2

	Población (miles) 2006		Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Tasa bruta de mortalidad			Tasa bruta de natalidad			Esperanza de vida			Tasa total de fecundidad 2006	Población urbana (%) 2006	Tasa anual del crecimiento de la población urbana (%)	
	menores de 18	menores de 5	1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	1970	1990	2006	2006	2006	1970-1990	1990-2006
Territorio Palestino Ocupado	2039	673	3.4	3.7	19	7	4	49	46	37	54	68	73	5.3	72	4.5	4.0
Timor-Leste	570	190	1.0	2.6	22	18	9	46	43	42	40	46	60	6.7	27	3.4	4.1
Togo	3192	1045	3.1	3.0	18	12	10	48	44	38	48	58	58	5.0	41	4.9	4.9
Tonga	44	12	-0.2	0.3	6	6	6	37	30	25	65	70	73	3.8	24	0.4	0.7
Trinidad y Tabago	365	93	1.2	0.5	7	7	8	27	21	15	66	70	69	1.6	13	-0.5	2.9
Túnez	3225	823	2.4	1.4	14	6	6	39	27	17	54	69	74	1.9	66	3.8	2.0
Turkmenistán	1865	491	2.6	1.8	11	8	8	37	35	22	58	63	63	2.6	47	2.3	2.0
Turquía	24632	6630	2.3	1.6	12	8	6	39	26	19	56	65	72	2.2	68	4.5	2.4
Tuvalu	4	1	1.3	0.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57	4.6	2.7
Ucrania	8676	2001	0.4	-0.6	9	13	16	15	13	9	71	70	68	1.2	68	1.4	-0.5
Uganda	16828	5840	3.2	3.2	16	15	14	49	50	47	50	51	50	6.6	13	5.7	4.1
Uruguay	943	254	0.5	0.4	10	10	9	21	18	15	69	72	76	2.1	92	0.9	0.7
Uzbekistán	10673	2861	2.7	1.7	10	7	7	36	35	23	63	67	67	2.6	37	3.1	1.2
Vanuatu	102	31	2.8	2.4	14	7	5	43	37	29	53	64	70	3.9	24	4.9	4.0
Venezuela (República Bolivariana de)	10052	2880	3.0	2.0	7	5	5	37	29	22	65	71	73	2.6	94	3.8	2.7
Viet Nam	30570	8101	2.2	1.7	18	8	5	41	31	19	49	65	74	2.2	27	2.7	3.4
Yemen	11482	3639	3.3	3.6	27	13	8	56	51	38	38	54	62	5.6	28	5.5	5.3
Zambia	6164	2012	3.2	2.3	17	16	20	49	44	40	49	49	41	5.3	35	4.5	1.6
Zimbabwe	6199	1703	3.5	1.5	13	8	19	48	37	28	55	63	42	3.3	36	6.1	2.9

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	376047	125254	2.9	2.6	20	16	15	48	45	40	45	50	50	5.3	35	4.7	4.1
África oriental y meridional	183232	60197	2.9	2.5	19	15	15	47	43	38	46	51	50	5.0	29	4.7	3.7
África occidental y central	192816	65057	2.9	2.7	22	17	16	48	47	42	43	49	50	5.6	42	4.8	4.3
África del Norte y Oriente Medio	152632	44126	3.0	2.0	16	8	6	45	35	25	51	63	69	3.1	58	4.4	2.8
Asia meridional	612647	174830	2.3	1.9	17	11	8	39	33	25	49	59	64	3.0	29	3.8	2.8
Asia Oriental y Pacífico	566804	144870	1.8	1.1	10	7	7	35	22	15	59	67	72	1.9	43	3.9	3.4
América Latina y el Caribe	197134	55715	2.2	1.5	10	7	6	37	27	20	60	68	73	2.4	78	3.3	2.1
ECE/CEI	101837	26218	1.0	0.2	9	11	12	20	18	14	67	68	68	1.7	62	2.0	0.2
Países industrializados [§]	204920	54768	0.7	0.6	10	9	9	17	13	11	71	76	79	1.7	76	1.0	0.9
Países en desarrollo ⁺	1958948	559069	2.2	1.6	13	9	8	38	29	23	55	63	66	2.8	43	3.8	2.9
Países menos adelantados [§]	376727	122114	2.5	2.5	21	16	13	47	42	36	44	51	55	4.7	27	4.9	4.1
Mundo	2212024	625781	1.8	1.4	12	9	9	32	26	21	59	65	68	2.6	49	2.7	2.2

§ También incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional aparecen en la lista de la página 148.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Esperanza de vida al nacer – Promedio de años de vida de un recién nacido según la probabilidad de muerte prevaleciente para una muestra representativa de la población en el momento de su nacimiento.

Tasa bruta de mortalidad – Número anual de defunciones por cada 1.000 habitantes.

Tasa bruta de natalidad – Número anual de nacimientos por cada 1.000 habitantes.

Tasa total de fecundidad – Número de nacimientos por mujer durante el período de procreación en el caso de que viva hasta el final de su edad de procrear y tenga hijos en los períodos correspondientes a cada grupo de edad, de acuerdo con las tasas de fecundidad prevalecientes para cada grupo de edad.

Población urbana – Proporción de población residente en zonas urbanas según las definiciones utilizadas en los censos nacionales más recientes.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Esperanza de vida – División de Población de las Naciones Unidas.

Población infantil – División de Población de las Naciones Unidas.

Tasas brutas de mortalidad y natalidad – División de Población de las Naciones Unidas.

Fecundidad – División de Población de las Naciones Unidas.

Población urbana – División de Población de las Naciones Unidas.

TABLA 7. INDICADORES ECONÓMICOS

Países y territorios	INB per cápita (dólares EEUU) 2006	Tasa media anual de crecimiento del PNB per cápita (%)		Tasa media anual de inflación (%) 1990-2006	% de la población que vive con menos de un dólar al día 1995-2005*	% de gasto del gobierno central asignado a (1995-2005*)			Flujos de AOD en millones de dólares 2005	Flujos de AOD en % INB del país receptor 2005	Servicio de la deuda como % de la exportación bienes y servicios	
		1970-1990	1990-2006			salud	educación	defensa			1990	2005
Afganistán	250x	1.6x	-	-	-	-	-	-	2775	40	-	-
Albania	2960	-0.7x	5.2	20	<2	4	2	4	319	4	4x	2x
Alemania	36620	2.2x	1.4	1	-	19	1	4	-	-	-	-
Andorra	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	1980	0.4x	2.1	361	-	6x	15x	34x	442	2	7	9
Antigua y Barbuda	11210	6.5x	1.8	2	-	-	-	-	7	1	-	-
Arabia Saudita	12510x	-2	0.1x	3x	-	6x	14x	36x	26	0	-	-
Argelia	3030	2	1.3	13	<2	4	24	17	371	0	62	19x
Argentina	5150	-1	1.3	6	7	5	5	3	100	0	30	12
Armenia	1930	-	5.2	78	<2	-	-	-	193	4	-	5x
Australia	35990	2	2.5	2	-	15	10	6	-	-	-	-
Austria	39590	2	1.9	1	-	14	10	2	-	-	-	-
Azerbaiyán	1850	-	1.5	78	4	1	4	12	223	2	-	4x
Bahamas	14920x	2	0.4x	3x	-	16	20	3	-	-	-	-
Bahrein	14370x	-1.3x	2.3x	2x	-	8	15	14	0	0	-	-
Bangladesh	480	1	3	4	41	7	17	10	1321	2	17	5
Barbados	d	2	1.5x	3x	-	-	-	-	-2	0	14	5
Belarús	3380	-	2.8	180	<2	3	4	3	54	0	-	1x
Bélgica	38600	2	1.8	2	-	16	3	3	-	-	-	-
Belice	3650	3	2.3	1	-	8	20	5	13	1	5	34
Benin	540	0	1.4	6	31	6x	31x	17x	349	8	7	6x
Bhután	1410	4.7x	4.8	8	-	9	13	-	90	11	5x	5x
Bolivia	1100	-1	1.3	7	23	10	21	5	583	6	31	13
Bosnia y Herzegovina	2980	-	11.6x	5x	-	-	-	-	546	5	-	3x
Botswana	5900	8	4.8	8	28x	5	26	8	71	1	4	1
Brasil	4730	2	1.1	81	8	6	6	3	192	0	19	26
Brunei Darussalam	24100x	-2.1x	-0.8x	0x	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	3990	3.4x	2	55	<2	12	5	6	-	-	19	28
Burkina Faso	460	1	1.5	5	27	7x	17x	14x	660	13	6	10x
Burundi	100	1	-2.6	12	55	2	15	23	365	50	41	41
Cabo Verde	2130	-	3.3	4	-	-	-	-	161	16	5	6
Camboya	480	-	5.8x	3x	34	-	-	-	538	9	-	0x
Camerún	1080	3	0.7	4	17	3	12	10	414	3	18	11x
Canadá	36170	2	2.2	2	-	9	2	6	-	-	-	-
Chad	480	-1	2.4	7	-	8x	8x	-	380	10	2	7x
Chile	6980	2	3.7	6	<2	14	17	7	152	0	20	15
China	2010	7	8.8	5	10	0	2	12	1757	0	10	3
Chipre	18430x	5.9x	2.3x	4x	-	6	12	4	-	-	-	-
Colombia	2740	2	0.8	15	7	9	20	13	511	0	39	34
Comoras	660	0.1x	-0.4	4	-	-	-	-	25	6	2	3x
Congo	950x	3	-0.8	8	-	4	4	10	1449	38	32	2
Congo, República Democrática del	130	-2	-4.7	385	-	0	0	18	1828	26	5x	0x
Corea, República de	17690	6	4.5	4	<2	0	14	10	-	-	10x	10x
Corea, República Popular Democrática de	a	-	-	-	-	-	-	-	81	0	-	-
Costa Rica	4980	1	2.4	13	3	21	22	0	30	0	21	5
Côte d'Ivoire	870	-2	-0.5	6	15	4x	21x	4x	119	1	26	4
Croacia	9330	-	2.8	37	<2	13	8	4	125	0	-	27x
Cuba	1170x	-	3.5x	4x	-	23x	10x	-	88	0	-	-
Dinamarca	51700	2	1.9	2	-	1	12	5	-	-	-	-
Djibouti	1060	-	-2.4	3	-	-	-	-	79	10	-	4x
Dominica	3960	4.7x	1.4	2	-	-	-	-	15	5	4	13
Ecuador	2840	1	1	5	18	11x	18x	13x	210	1	27	28
Egipto	1350	4	2.4	7	3	3	15	9	926	1	18	6
El Salvador	2540	-2	1.6	5	19	13	15	3	199	1	14	7
Emiratos Árabes Unidos	23950x	-4.8x	-0.9x	3x	-	7	17	30	-	-	-	-
Eritrea	200	-	0x	12x	-	-	-	-	355	47	-	13x
Eslovaquia	9870	-	2.9	8	<2	18	4	5	-	-	-	13x
Eslovenia	18890	-	3.3	16	<2	15	13	3	0	0	10x	16x
España	27570	2	2.5	4	-	15	2	4	-	-	-	-

	INB per cápita (dólares EEUU) 2006	Tasa media anual de crecimiento del PNB per cápita (%)		Tasa media anual de inflación (%) 1990-2006	% de la población que vive con menos de un dólar al día 1995-2005*	% de gasto del gobierno central asignado a (1995-2005*)			Flujos de AOD en millones de dólares 2005	Flujos de AOD en % INB del país receptor 2005	Servicio de la deuda como % de la exportación bienes y servicios	
		1970-1990	1990-2006			salud	educación	defensa			1990	2005
Estados Unidos	44970	2	2.1	2	-	24	3	20	-	-	-	-
Estonia	11410	1.5x	4.9	26	<2	16	7	5	-	-	-	15x
Etiopía	180	-	1.9	4	23	1	5	17	1937	17	33	4
ex República Yugoslava de Macedonia	3060	-	0.2	34	<2	-	-	-	230	4	-	9x
Federación de Rusia	5780	-	0.6	78	<2	9	4	13	-	-	-	9x
Fiji	3300	0.6x	1.4x	3x	-	9	18	6	64	2	12	6x
Filipinas	1420	1	1.7	7	15	2	19	5	562	1	23	16
Finlandia	40650	3	2.6	2	-	3	10	4	-	-	-	-
Francia	36550	2	1.6	1	-	16x	7x	6x	-	-	-	-
Gabón	5000	0	-1	6	-	-	-	-	54	1	4	11x
Gambia	310	1	0.3	8	59	7x	12x	4x	58	13	18	11
Georgia	1560	3	1	116	7	3	4	9	310	5	-	8x
Ghana	520	-2	2.1	25	45	7x	22x	5x	1120	11	21	6
Granada	4420	4.9x	2.3	2	-	10x	17x	-	45	9	2	6
Grecia	21690	1	2.7	6	-	7	11	8	-	-	-	-
Guatemala	2640	0	1.2	9	14	11x	17x	11x	254	1	11	5
Guinea	410	0.3x	1.3	8	-	3x	11x	29x	182	5	18	17x
Guinea Ecuatorial	8250	-	21.6	13	-	-	-	-	39	1	2	0x
Guinea-Bissau	190	0	-2.5	17	-	1x	3x	4x	79	28	21	11x
Guyana	1130	-2	3	8	<2x	-	-	-	137	18	-	5x
Haití	480	0	-2	19	54	-	-	-	515	13	5	3
Honduras	1200	1	0.6	14	15	10x	19x	7x	681	8	30	7
Hungría	10950	3	3.2	14	<2	6	5	3	-	-	30	30
India	820	2	4.4	6	34	2	2	13	1724	0	25	18x
Indonesia	1420	5	2.2	15	8	1	4	7	2524	1	31	20x
Irán (República Islámica de)	3000	-2	2.5	23	<2	6	7	14	104	0	1	4x
Iraq	2170x	-4.3x	-	-	-	-	-	-	21654	0	-	-
Irlanda	45580	3	6	4	-	16	14	3	-	-	-	-
Islandia	50580	3	2.3	4	-	26	10	-	-	-	-	-
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	8	0	-	-
Islas Marshall	3000	-	-2.2	5	-	-	-	-	57	31	-	-
Islas Salomón	680	3	-2.3	8	-	-	-	-	198	67	10	7x
Israel	18580x	2	1.5x	7x	-	13	15	19	-	-	-	-
Italia	32020	3	1.3	3	-	3	10	3	-	-	-	-
Jamaica	3480	-1	0.7	16	<2	7	15	2	36	0	20	16
Japón	38410	3	0.9	-1	-	2x	6x	4x	-	-	18	5
Jordania	2660	2.5x	1.8	2	<2	10	16	19	622	5	18x	7x
Kazajstán	3790	-	2.6	83	<2	4	4	5	229	1	-	38x
Kenya	580	1	0	11	23	7	26	6	768	4	26	4
Kirguistán	490	-	-0.9	51	<2	11	20	10	268	12	-	11x
Kiribati	1230	-5	1.9	2	-	-	-	-	28	22	-	22x
Kuwait	30630x	-6.8x	0.6x	4x	-	6	12	15	-	-	-	-
Lesoto	1030	3	2.3	8	36	6	25	5	69	4	4	5
Letonia	8100	3	4.2	23	<2	11	6	4	-	-	-	18x
Líbano	5490	-	2.5	9	-	2	7	11	243	1	1x	63x
Liberia	140	-4	2.2	44	36x	5x	11x	9x	236	54	-	0x
Libia, Jamahiriya Árabe	7380	-4.8x	-	-	-	-	-	-	24	0	-	-
Liechtenstein	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	7870	-	2.5	32	<2	10	7	4	-	-	-	13x
Luxemburgo	76040	3	3.3	2	-	13	10	1	-	-	-	-
Madagascar	280	-2	-0.5	15	61	8	13	5	929	17	32	14
Malasia	5490	4	3.2	3	<2	6	23	11	32	0	12	5
Malawi	170	0	1.1	28	21	7x	12x	5x	575	28	23	6x
Maldivas	2680	-	4.2x	1x	-	9	14	10	67	9	4	7
Malí	440	-1	2.2	5	36	2x	9x	8x	691	13	8	5x
Malta	13610x	7	2.7x	3x	-	14	13	2	0	0	0x	3x
Marruecos	1900	2	1.6	2	<2	3	18	13	652	1	18	11
Mauricio	5450	5.1x	3.7	6	-	9	16	1	32	0	6	6
Mauritania	740	-1	0.5	8	26	4x	23x	-	190	11	24	20x

TABLA 7. INDICADORES ECONÓMICOS

	INB per cápita (dólares EEUU) 2006	Tasa media anual de crecimiento del PNB per cápita (%)		Tasa media anual de inflación (%) 1990-2006	% de la población que vive con menos de un dólar al día 1995-2005*	% de gasto del gobierno central asignado a (1995-2005*)			Flujos de AOD en millones de dólares 2005	Flujos de AOD en % INB del país receptor 2005	Servicio de la deuda como % de la exportación bienes y servicios	
		1970-1990	1990-2006			salud	educación	defensa			1990	2005
México	7870	2	1.5	14	3	5	25	3	189	0	16	17
Micronesia (Estados Federados de)	2380	-	-0.2	2	-	-	-	-	106	42	-	-
Moldova, República de	1100	1.8x	-2	57	<2	13	9	1	192	6	-	10x
Mónaco	d	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	880	-	3.3x	11x	11	6	9	9	212	12	-	2x
Montenegro	3860	-	2.6x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	340	-1x	4.4	21	36	5x	10x	35x	1286	21	21	3
Myanmar	220x	2	6.6x	24x	-	5	15	22	145	0	17	3x
Namibia	3230	-2.3x	1.5	9	35x	10x	22x	7x	123	2	12	4
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	9	0	-	-
Nepal	290	1	1.9	6	24	5	18	11	428	6	12x	5x
Nicaragua	1000	-4	1.9	22	45	13x	15x	6x	740	15	2	6
Níger	260	-2	-0.5	4	61	-	-	-	515	15	12	6x
Nigeria	640	-1	0.7	22	71	1x	3x	3x	6437	9	22	16
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	21	0	-	-
Noruega	66530	3	2.6	3	-	16	6	5	-	-	-	-
Nueva Zelandia	27250	1	2.1	2	-	18	20	3	-	-	-	-
Omán	9070x	3	1.8x	1x	-	7	15	33	31	0	12	7
Países Bajos	42670	2	1.8	2	-	10	11	4	-	-	-	-
Pakistán	770	3	1.4	10	17	1	1	20	1666	2	16	9
Palau	7990	-	-	3x	-	-	-	-	23	15	-	-
Panamá	4890	0	2.3	2	7	18	16	-	20	0	3	17
Papúa Nueva Guinea	770	-1	0.2	8	-	7	22	4	266	6	37	9
Paraguay	1400	3	-0.5	11	14	7x	22x	11x	51	1	12	11
Perú	2920	-1	2.3	14	11	13	7	-	398	1	6	25
Polonia	8190	-	4.3	14	<2	11	12	4	-	-	4	28
Portugal	18100	3	1.9	4	<2x	16	16	3	-	-	-	-
Qatar	12000x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reino Unido	40180	2	2.5	3	-	15	4	7	-	-	-	-
República Centroafricana	360	-1	-0.6	3	67x	-	-	-	95	7	8	12x
República Checa	12680	-	2.1	8	<2	16	10	4	-	-	-	10x
República Democrática Popular Lao	500	-	4.1	26	27	-	-	-	296	12	8	8x
República Dominicana	2850	2	3.7	11	3	10	13	4	77	0	7	6
Rumania	4850	0.9x	2	62	<2	14	7	5	-	-	0	17
Rwanda	250	1	0.3	9	60	5x	26x	-	576	28	10	7
Saint Kitts y Nevis	8840	6.3x	2.8	3	-	-	-	-	4	1	3	23
Samoa	2270	-0.1x	2.5	6	-	-	-	-	44	12	5	5
San Marino	d	-	-	-	-	18	9	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	3930	3	1.7	3	-	12	16	-	5	1	3	11
Santa Lucía	5110	5.3x	1.1	2	-	-	-	-	11	1	2	6
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	780	-	0.5x	34x	-	-	-	-	32	47	28	31x
Senegal	750	0	1.2	4	17	3	14	7	689	8	14	9x
Serbia	3910	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Seychelles	8650	3	1.4	2	-	10	9	4	19	3	7	6
Sierra Leona	240	0	-0.8	20	57x	10x	13x	10x	343	28	8	8
Singapur	29320	6	3.7	0	-	6	22	29	-	-	-	-
Siria, República Árabe	1570	2	1.4	7	-	2	9	24	78	0	20	2
Somalia	130x	-1	-	-	-	1x	2x	38x	236	0	25x	-
Sri Lanka	1300	3	3.8	9	6	6	10	18	1189	5	10	4
Sudáfrica	5390	0	0.8	9	11	-	-	-	700	0	-	6x
Sudán	810	0	3.7	37	-	1	8	28	1829	8	4	6
Suecia	43580	2	2.2	2	-	3	6	5	-	-	-	-
Suiza	57230	1	0.7	1	-	0	4	6	-	-	-	-
Surinam	3200	-2.2x	1.4	55	-	-	-	-	44	4	-	-
Swazilandia	2430	2	0.4	11	48	8	20	8	46	2	6	2
Tailandia	2990	5	2.8	3	<2	8	20	6	-171	0	14	14
Tanzanía, República Unida de	350	-	1.6	15	58	6x	8x	16x	1505	12	25	2
Tayikistán	390	-	-3.1	109	7	2	4	9	241	11	-	6x

	INB per cápita (dólares EEUU) 2006	Tasa media anual de crecimiento del PNB per cápita (%)		Tasa media anual de inflación (%) 1990-2006	% de la población que vive con menos de un dólar al día 1995-2005*	% de gasto del gobierno central asignado a (1995-2005*)			Flujos de AOD en millones de dólares 2005	Flujos de AOD en % INB del país receptor 2005	Servicio de la deuda como % de la exportación bienes y servicios	
		1970-1990	1990-2006			salud	educación	defensa			1990	2005
Territorio Palestino Ocupado	1230x	-	-2.8x	4x	-	-	-	-	1102	25	-	-
Timor-Leste	840	-	-	-	-	-	-	-	185	31	-	-
Togo	350	-1	-0.1	4	-	5x	20x	11x	87	4	8	0x
Tonga	2170	-	1.9	4	-	7x	13x	-	32	14	2	2x
Trinidad y Tabago	13340	1	4.7	5	12x	8	17	2	-2	0	18	4x
Túnez	2970	3	3.3	4	<2	5	20	5	376	1	22	12
Turkmenistán	1340x	-	-6.8x	408x	12x	-	-	-	28	0	-	30x
Turquía	5400	2	1.9	57	3	3	10	8	464	0	27	29
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	9	0	-	-
Ucrania	1950	-	-1.5	104	<2	3	6	3	410	1	-	10x
Uganda	300	-	3.1	8	85x	2x	15x	26x	1198	15	47	7
Uruguay	5310	1	1.2	20	<2	7	8	4	15	0	31	27
Uzbekistán	610	-	0.7	117	<2	-	-	-	172	1	-	21x
Vanuatu	1710	-0.5x	-0.3	3	-	-	-	-	39	12	2	1
Venezuela (República Bolivariana de)	6070	-2	-0.6	36	19	8	21	5	49	0	22	9
Viet Nam	690	-	6	10	<2x	4	14	-	1905	4	7x	3x
Yemen	760	-	1.5	18	16	4	22	19	336	3	4	2
Zambia	630	-2	0	35	64	13	14	4	945	16	13	22x
Zimbabwe	340x	0	-2.4	76	56	8	24	7	368	8	19	6x

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	851	-	1.1	35	43	-	-	-	28779	5	11	10
África oriental y meridional	1171	-	1.2	38	34	-	-	-	12571	4	6	6
África occidental y central	553	-	1	29	52	-	-	-	16208	9	20	15
África del Norte y Oriente Medio	2104	0	2.2	15	4	5	13	15	28451	3	21	14
Asia meridional	777	2	3.9	6	32	2	3	14	9260	1	21	-
Asia Oriental y Pacífico	2371	6	6.7	5	9	1	7	11	8968	0	16	6
América Latina y el Caribe	4847	1	1.4	37	9	7	15	4	5363	0	20	18
ECE/CEI	4264	-	1.1	74	2	7	6	9	4006	0	-	18
Países industrializados [§]	37217	2	1.9	2	-	18	4	12	-	-	-	-
Países en desarrollo [§]	1967	3	4.1	19	20	3	9	10	82952	1	18	13
Países menos adelantados [§]	438	-	2.3	62	38	5	14	14	25979	10	13	8
Mundo	7406	2	2.3	8	19	14	5	11	84828	0	18	14

§ También incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional aparecen en la lista de la página 148.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

INB per cápita – El Ingreso Nacional Bruto (INB) es la suma del valor agregado por todos los productores residentes, más cualquier impuesto sobre productos que no haya sido incluido en la valoración de la producción (menos subsidios), más los ingresos primarios netos (remuneración de empleados y rentas de propiedades) de las personas no residentes. El INB per cápita, convertido en dólares de los Estados Unidos utilizando el método del Atlas del Banco Mundial, es el ingreso nacional bruto dividido por la población a mediados del año.

PIB per cápita – El Producto Interno Bruto (PIB) es la suma del valor agregado por todos los productores residentes, más cualquier impuesto sobre productos que no haya sido incluido en la valoración de la producción (menos subsidios). El PIB per cápita, convertido en dólares de los Estados Unidos utilizando el método del Atlas del Banco Mundial, es el producto interno bruto dividido por la población a mediados del año. El crecimiento se calcula sobre la base de los datos del PIB a precios constantes, en moneda local.

% de la población que vive con menos de un dólar al día – Porcentaje de la población que vive con menos de 1,08 dólar al día según los precios internacionales de 1993 (equivalente a 1 dólar al día según los precios de 1985, tras un ajuste para equiparar el poder de compra). Como resultado de las revisiones de la paridad de los tipos de cambio, las tasas de pobreza de cada uno de los países no pueden compararse con las tasas de pobreza que aparecieron en anteriores ediciones.

AOD – Asistencia oficial al desarrollo neta.

Servicio de la deuda – Suma total pagada por intereses y principal de la deuda externa con garantía pública.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

INB per cápita – Banco Mundial.

PIB per cápita – Banco Mundial.

Tasa de inflación – Banco Mundial.

Porcentaje de población que vive con menos de un dólar al día – Banco Mundial.

Gastos en salud, educación y defensa – Fondo Monetario Internacional (FMI).

AOD – Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

Servicio de la deuda – Banco Mundial.

NOTAS

- a: ingresos bajos (905 dólares o menos).
- b: ingresos de bajos a medianos (de 906 dólares a 3.595 dólares).
- c: ingresos medianos altos (3.596 dólares a 11.115 dólares).
- d: ingresos altos (11.116 dólares o más).

- Datos no disponibles.
- x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
- * Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

TABLA 8. SITUACIÓN DE LAS MUJERES

Países y territorios	Esperanza de vida: mujeres con respecto al % de hombres 2006	Tasa de alfabetización femenina: mujeres con respecto al % de hombres 2000-2006*	Tasa de matriculación y asistencia: mujeres como % de hombres					Prevalencia de anticonceptivos (%) 2000-2006*	Tasa de cobertura de la atención prenatal (%) 2000-2006*	Partos atendidos por personal cualificado (%) 2000-2006*	Partos en instituciones (%) 2000-2006*	Tasa de mortalidad derivada de la maternidad*		
			neta en la escuela primaria 2000-2006*		neta en la escuela secundaria 2000-2006*		2000-2006* registrada					2005		
			matriculados	asisten	matriculados	asisten						ajustada	Riesgo de mortalidad de la madre en su vida. 1 en:	
Afganistán	100	30	-	61	-	33	10	16	14	13	1600	1800	8	
Albania	109	99	100	100	97	97	60	97	100	98	17	92	490	
Alemania	107	-	100	-	-	-	75x	-	-	-	8x	4	19200	
Andorra	-	-	96	-	110	-	-	-	-	-	-	-	-	
Angola	108	65	-	102	-	91	6	66	45	16x	-	1400	12	
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	53x	100	100	-	0	-	-	
Arabia Saudita	106	86	103	-	108	-	32x	90x	91x	91x	-	18	1400	
Argelia	104	75	97	99	105	114	61	89	95	95	120x	180	220	
Argentina	111	100	99	-	108	-	-	99	99	99	39	77	530	
Armenia	110	99	105	99	104	102	53	93	98	97	27	76	980	
Australia	106	-	101	-	101	-	-	100x	100x	-	-	4	13300	
Austria	107	-	102	-	-	-	51x	100x	100x	-	-	4	21500	
Azerbaiyán	112	98x	99	100	96	97	55	70	100	74	26	82	670	
Bahamas	108	-	102	-	102	-	-	-	99	-	-	16	2700	
Bahrein	104	94	100	101	107	110	62x	97x	98x	98x	46x	32	1300	
Bangladesh	103	76	103	106	102	114	58	48	20	16	320	570	51	
Barbados	108	-	100	-	101	-	55x	100	100	-	0x	16	4400	
Belarús	119	99x	97	101	101	102	73	99	100	100	10	18	4800	
Bélgica	108	-	100	-	101	-	78x	-	-	-	-	8	7800	
Belice	108	100x	103	-	101	-	56x	96	84x	77	130	52	560	
Benin	104	48	81	78	48	63	17	88	78	78	500x	840	20	
Bhután	105	-	99	91	-	-	31	51	56	37	260	440	55	
Bolivia	107	87	102	99	99	98	58	79	67	57	230	290	89	
Bosnia y Herzegovina	107	95	-	97	-	100	36	99	100	100	3	3	29000	
Botswana	101	103	99	104	109	122	48	97	94	80x	330x	380	130	
Brasil	111	101	100	100x	108	119x	77x	97	88x	97	76	110	370	
Brunei Darussalam	106	95	101	-	106	-	-	100x	99x	-	0x	13	2900	
Bulgaria	110	99	99	-	98	-	86x	-	99	-	10	11	7400	
Burkina Faso	106	55	80	90	69	88	17	85	54	51	480x	700	22	
Burundi	106	78	92	97	-	75	9	92	34	29	620	1100	16	
Cabo Verde	109	86	98	99x	109	-	53x	99	89x	49x	76	210	120	
Camboya	109	75	97	104	81	88	40	69	44	22	470	540	48	
Camerún	102	78	-	94	-	93	29	82	63	61	670	1000	24	
Canadá	106	-	101	-	-	-	75x	-	98	-	-	7	11000	
Chad	106	32	69	76	31	54	3	39	14	13	1100	1500	11	
Chile	108	100	98	-	-	-	56x	95x	100	100	17	16	3200	
China	105	92	100	-	-	-	87	90	98	83	48	45	1300	
Chipre	106	96	100	-	102	-	-	-	-	-	0x	10	6400	
Colombia	111	100	100	102	109	113	78	94	96	92	78	130	290	
Comoras	107	-	81	100	-	110	26	75	62	43x	380	400	52	
Congo	105	87	120	101	-	108	44	86	83	82	780	740	22	
Congo, República Democrática del	106	67	-	89	-	83	31	68	61	-	1300	1100	13	
Corea, República de	110	-	99	-	100	-	81x	-	100x	-	20x	14	6100	
Corea, República Popular Democrática de	106	-	-	-	-	-	62x	-	97	-	110x	370	140	
Costa Rica	106	100	102	102	110	110	96	92	99	94	36	30	1400	
Côte d'Ivoire	104	64	81	86	58	69	13	85	57	54	540	810	27	
Croacia	110	98	99	-	102	-	-	-	100	-	7	7	10500	
Cuba	105	100	98	-	101	-	77	100	100	-	37	45	1400	
Dinamarca	106	-	101	-	102	-	-	-	-	-	10x	3	17800	
Djibouti	105	-	81	98	67	84	9	67	61	74	74x	650	35	
Dominica	-	-	102	-	100	-	50x	100	100	-	0	-	-	
Ecuador	108	98	101	-	102	-	73	84	99x	74	110	210	170	
Egipto	107	71	95	98	93	93	59	70	74	65	84	130	230	
El Salvador	109	96	100	-	104	-	67	86	92	69	71	170	190	
Emiratos Árabes Unidos	106	99	99	-	105	-	28x	97x	99x	99x	3x	37	1000	
Eritrea	109	-	84	93	67	91	8	70	28	26	1000x	450	44	
Eslovaquia	111	-	101	-	-	-	74x	-	100	-	6	6	13800	
Eslovenia	110	100	99	-	101	-	74x	98x	100	-	17x	6	14200	
España	109	97x	99	-	103	-	81x	-	-	-	6x	4	16400	
Estados Unidos	107	-	101	-	102	-	76x	-	99x	-	8x	11	4800	
Estonia	117	100	100	-	103	-	70x	-	100	-	29	25	2900	
Etiopía	105	46	93	100	68	77	15	28	6	5	670	720	27	

	Esperanza de vida: mujeres con respecto al % de hombres 2006	Tasa de alfabetización femenina: mujeres con respecto al % de hombres 2000-2006*	Tasa de matriculación y asistencia: mujeres como % de hombres				Prevalencia de anticonceptivos (%) 2000-2006*	Tasa de cobertura de la atención prenatal (%) 2000-2006*	Partos atendidos por personal cualificado (%) 2000-2006*	Partos en instituciones (%) 2000-2006*	Tasa de mortalidad derivada de la maternidad*		
			neta en la escuela primaria 2000-2006*		neta en la escuela secundaria 2000-2006*						2000-2006* registrada	2005	
			matriculados	asisten	matriculados	asisten						ajustada	Riesgo de mortalidad de la madre en su vida. 1 en:
ex República Yugoslava de Macedonia	107	96	100	96	98	99	-	81	99	98	13	10	6500
Federación de Rusia	123	99	101	-	-	-	-	-	99	-	23	28	2700
Fiji	107	-	99	-	106	-	44	-	99	-	38x	210	160
Filipinas	106	102	102	101	120	127	49	88	60	38	170x	230	140
Finlandia	108	-	100	-	100	-	-	100x	100x	100	6x	7	8500
Francia	109	-	100	-	102	-	75x	99x	99x	-	10x	8	6900
Gabón	102	91	100	100	-	106	33	94	86	85	520	520	53
Gambia	104	-	99	103	84	87	18	98	57	55	730	690	32
Georgia	112	-	100	101x,y	100	-	47	94	99	92	23	66	1100
Ghana	101	76	101	100	90	100	17	92	50	49	210x	560	45
Granada	105	-	99	-	103	-	54	100	100	-	0	-	-
Grecia	106	96	100	-	102	-	-	-	-	-	1x	3	25900
Guatemala	111	84	96	95	91	104x	43	84	41	42	150	290	71
Guinea	106	42	87	87	55	63	9	82	38	31	980	910	19
Guinea Ecuatorial	105	87	91	98	-	96	-	86	65	-	-	680	28
Guinea-Bissau	107	-	72	98	55	88	10	78	39	36	410	1100	13
Guyana	109	-	-	100	-	111	35	90	94	-	120	470	90
Haití	106	-	-	106	-	117	32	85	26	25	630	670	44
Honduras	111	100	102	104	-	124	65	92	67	67	110x	280	93
Hungría	112	-	98	-	100	-	77x	-	100	-	4	6	13300
India	105	66	93	101	-	91	56	74	47	41	300	450	70
Indonesia	106	93	97	101	98	104	57	92	72	40	310	420	97
Irán (República Islámica de)	105	88	110	97	95	-	74	77x	90	84	37x	140	300
Iraq	107	76	86	88	70	74	50	84	89	63	290x	300	72
Irlanda	106	-	100	-	107	-	-	-	100	100	6x	1	47600
Islandia	104	-	97	-	102	-	-	-	-	-	-	4	12700
Islas Cook	-	-	99	-	110	-	44	-	98	-	6x	-	-
Islas Marshall	-	-	99	-	107	-	34	-	95x	-	74	-	-
Islas Salomón	103	-	95	-	86	-	7	-	85x	-	140x	220	100
Israel	105	-	101	-	100	-	-	-	-	-	5x	4	7800
Italia	108	99	99	-	101	-	60x	-	-	-	7x	3	26600
Jamaica	108	116	100	101	104	105	69	91	97	94	95	170	240
Japón	109	-	100	-	101	-	56	-	100x	-	8x	6	11600
Jordania	105	92	102	100	104	105	56	99	100	97	41x	62	450
Kazajstán	118	99x	98	99	99	100	51	100	100	100	70	140	360
Kenya	104	90	101	100	100	108	39	88	42	40	410	560	39
Kirguistán	113	99x	99	102	101	102	48	97	98	97	100	150	240
Kiribati	-	-	102	-	109	-	21x	88x	85x	-	56	-	-
Kuwait	105	97	99	-	105	-	50x	95x	98x	98x	5x	4	9600
Lesoto	101	122	106	107	158	169	37	90	55	52	760	960	45
Letonia	116	100	103	-	-	-	48x	-	100	-	10	10	8500
Líbano	106	-	99	100	-	111	58	96	98x	-	100x	150	290
Liberia	104	79	78	-	55	-	10	85	51	36	580x	1200	12
Libia, Jamahiriya Árabe	107	81	-	-	-	-	45x	81x	94x	-	77x	97	350
Liechtenstein	-	-	102	-	111	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	117	100	100	-	100	-	47x	-	100	-	16	11	7800
Luxemburgo	108	-	100	-	108	-	-	-	100	-	0x	12	5000
Madagascar	106	87	99	104	100x	124	27	80	51	32	470	510	38
Malasia	107	92	99	-	114	-	55x	79	98	98	28	62	560
Malawi	101	72x	105	102	88	96	42	92	54	54	980	1100	18
Maldivas	102	100	100	-	110	-	39	81	84	-	140	120	200
Malí	109	48x	80	73	-	73	8	57	41	38	580	970	15
Malta	105	103x	95	-	99	-	-	-	98x	-	-	8	8300
Marruecos	106	61	93	96	84	92	63	68	63	61	230	240	150
Mauricio	110	92	102	-	101	-	76	-	98	98	22	15	3300
Mauritania	106	72	100	91	82	60	8	64	57	49	750	820	22
México	107	97	100	100	103	-	74	86x	86x	86	62	60	670
Micronesia (Estados Federados de)	102	-	-	-	-	-	45x	-	88	-	270x	-	-
Moldova, República de	111	99	100	101	103	104	68	98	100	99	19	22	3700
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	110	100	102	102	114	107	66	99	99	99	93	46	840
Montenegro	106	95	-	99	-	102	39	97	99	100	-	-	-
Mozambique	103	45x	91	90	75	88	17	85	48	48	410	520	45

TABLA 8. SITUACIÓN DE LAS MUJERES

	Esperanza de vida: mujeres con respecto al % de hombres 2006	Tasa de alfabetización femenina: mujeres con respecto al % de hombres 2000-2006*	Tasa de matriculación y asistencia: mujeres como % de hombres					Prevalencia de anticonceptivos (%) 2000-2006*	Tasa de cobertura de la atención prenatal (%) 2000-2006*	Partos atendidos por personal cualificado (%) 2000-2006*	Partos en instituciones (%) 2000-2006*	Tasa de mortalidad derivada de la maternidad*		
			neta en la escuela primaria 2000-2006*		neta en la escuela secundaria 2000-2006*		2000-2006* registrada					2005		
			matriculados	asisten	matriculados	asisten						ajustada	Riesgo de mortalidad de la madre en su vida. 1 en:	
Myanmar	111	91	102	101	97	94	34	76	57	16	320	380	110	
Namibia	102	97	107	100	133	138	44	91	76	75	270	210	170	
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nepal	101	56	92	95	-	83	48	44	19	18	280	830	31	
Nicaragua	109	100	98	109	115	134	69	86	67	66	87	170	150	
Níger	97	35	72	69	67	100	11	46	33	17	650	1800	7	
Nigeria	102	77	89	88	86	87	13	58	35	33	-	1100	18	
Niue	-	-	-	-	105x	-	-	-	100	-	-	-	-	
Noruega	106	-	100	-	100	-	-	-	-	-	6x	7	7700	
Nueva Zelanda	105	-	100	-	103	-	75x	95x	100x	-	15x	9	5900	
Omán	104	85	101	-	100	-	32	100	95	94	15	64	420	
Países Bajos	106	-	99	-	102	-	79x	-	100x	-	7x	6	10200	
Pakistán	101	55	77	82	75	78	28	36	31	28	530x	320	74	
Palau	-	-	97	-	-	-	17	-	100	-	0x	-	-	
Panamá	107	98	99	-	110	-	-	72	93	92	40	130	270	
Papúa Nueva Guinea	111	81	-	-	-	-	26x	78x	41	-	370x	470	55	
Paraguay	106	99	101	101	-	99	73	94	77	74	170	150	170	
Perú	107	88	101	100	99	100	71	92	73	70	190	240	140	
Polonia	112	-	101	-	102	-	49x	-	100	-	4	8	10600	
Portugal	108	96	100	-	110	-	-	-	100	-	8x	11	6400	
Qatar	102	100	100	-	98	-	43x	-	99x	98x	10x	12	2700	
Reino Unido	106	-	100	-	103	-	84	-	99x	-	7x	8	8200	
República Centroafricana	106	52	84	84	69	63	19	69	53	51	540	980	25	
República Checa	109	-	102	-	-	-	69x	99x	100	-	5	4	18100	
República Democrática Popular Lao	104	79	94	95	85	83	32	27	19	-	410	660	33	
República Dominicana	109	100	101	105	126	144	61	99	96	95	92	150	230	
Rumania	110	98	99	-	104	-	70	94	99	98	17	24	3200	
Rwanda	107	85	104	104	91	100	17	94	39	28	750	1300	16	
Saint Kitts y Nevis	-	-	105	-	98	-	54	100	100	-	0	-	-	
Samoa	109	99	101	-	113	-	43x	-	100x	-	29	-	-	
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
San Vicente y las Granadinas	106	-	96	-	125	-	48	95	100	-	0	-	-	
Santa Lucía	105	-	98	-	125	-	47x	99	100	-	35	-	-	
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Santo Tomé y Príncipe	106	85	99	101	113	105	30	97	81	78	150	-	-	
Senegal	107	57	96	102	79	80	12	87	52	62	430	980	21	
Serbia	107	95	-	100	-	103	41	98	99	99	-	-	-	
Seychelles	-	101	101	-	106	-	-	-	-	-	57	-	-	
Sierra Leona	108	51	-	100	-	77	5	81	43	19	1800	2100	8	
Singapur	105	87x	-	-	-	-	62x	-	100x	-	6x	14	6200	
Siria, República Árabe	105	84	95	99	94	102	58	84	93	70	65	130	210	
Somalia	105	-	-	83	-	50	15	26	33	9	1000	1400	12	
Sri Lanka	111	97	99	-	-	-	70	95	96	97	43	58	850	
Sudáfrica	104	96x	100	104x	112	117x	60	92	92	-	150x	400	110	
Sudán	105	73	83	95	-	105	7	60	87	-	550x	450	53	
Suecia	106	-	100	-	101	-	-	-	-	-	5x	3	17400	
Suiza	107	-	100	-	93	-	82x	-	-	-	5x	5	13800	
Surinam	110	95	103	99	138	120	42	91	85	-	150	72	530	
Swazilandia	101	96	101	99	113	138	48	90	74	-	230x	390	120	
Tailandia	114	96	96	100	106	109	77	98	97	97	24	110	500	
Tanzania, República Unida de	104	79	98	106	-	100	26	78	43	47	580	950	24	
Tayikistán	108	99	97	99	85	83	38	77	83	62	97	170	160	
Territorio Palestino Ocupado	104	91	100	101	107	-	50	99	99	97	-	-	-	
Timor-Leste	103	-	-	97y	-	-	10	61	18	10	-	380	35	
Togo	106	57	86	93	47	71	17	84	62	63	480x	510	38	
Tonga	103	100x	96	-	123	-	33	-	95	-	78	-	-	
Trinidad y Tabago	106	99	100	100	103	107	43	96	98	97	45x	45	1400	
Túnez	106	78	100	98	110	-	66	92	90	89	69x	100	500	
Turkmenistán	115	99x	-	100	-	100	48	99	100	98	14	130	290	
Turquía	107	84	95	96	85	89	71	81	83	78	29	44	880	
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	32	-	100	-	-	-	-	
Ucrania	119	99	100	102	94	103	66	99	100	100	13	18	5200	

	Esperanza de vida: mujeres con respecto al % de hombres 2006	Tasa de alfabetización femenina: mujeres con respecto al % de hombres 2000-2006*	Tasa de matriculación y asistencia: mujeres como % de hombres				Prevalencia de anticonceptivos (%) 2000-2006*	Tasa de cobertura de la atención prenatal (%) 2000-2006*	Partos atendidos por personal cualificado (%) 2000-2006*	Partos en instituciones (%) 2000-2006*	Tasa de mortalidad derivada de la maternidad [†]		
			neta en la escuela primaria 2000-2006*		neta en la escuela secundaria 2000-2006*						2000-2006* registrada	2005 ajustada	Riesgo de mortalidad de la madre en su vida. 1 en:
			matriculados	asisten	matriculados	asisten							
Uganda	102	75	-	99	88	100	24	94	42	41	510	550	25
Uruguay	110	101x	101	-	-	-	84x	94x	100x	-	26x	20	2100
Uzbekistán	110	-	-	100	-	99	65	99	100	97	28	24	1400
Vanuatu	106	-	98	-	86	-	28	-	88x	-	68x	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	108	100	101	102	115	143	77x	94	95	95	60	57	610
Viet Nam	105	93x	95	100	96	101	76	91	88	64	160	150	280
Yemen	105	48	72	60x	46	37x	23	41	27	20	370	430	39
Zambia	101	79x	100	105	79	112	34	93	43	44	730	830	27
Zimbabwe	97	92	101	102	94	100	60	95	80	68	560	880	43

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	104	72	93	95	84	87	23	69	43	36	-	920	22
África oriental y meridional	104	74	98	101	88	91	30	71	40	32	-	760	29
África occidental y central	104	69	87	89	78	85	17	67	46	39	-	1100	17
África del Norte y Oriente Medio	105	77	94	97	93	96	55	72	79	68	-	210	140
Asia meridional	104	66	92	98	-	90	53	65	41	36	-	500	59
Asia Oriental y Pacífico	106	92	99	101**	102**	105**	79	89	87	69	-	150	350
América Latina y el Caribe	109	99	99	101	106	-	70	94	-	86	-	130	280
ECE/CEI	115	96	98	98	94	97	63	90	95	89	-	46	1300
Países industrializados [§]	108	-	101	-	102	-	-	-	99	-	-	8	8000
Países en desarrollo [§]	105	83	96	98**	97**	93**	61	75	59	53	-	450	76
Países menos adelantados [§]	105	68	94	97	85	93	30	61	38	27	-	870	24
Mundo	106	86	96	98**	98**	94**	61	75	63	53	-	400	92

§ También incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional aparecen en la lista de la página 148.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

- Esperanza de vida al nacer** – Promedio de años de vida de un recién nacido según la probabilidad de muerte prevalente para una muestra representativa de la población en el momento de su nacimiento.
- Tasa de alfabetización de adultos** – Proporción de personas de 15 o más años que pueden leer y escribir.
- Tasas brutas de escolarización y asistencia: mujeres con respecto al % de hombres** – La tasa neta de matriculación y asistencia de las niñas dividida por la de los niños, expresada como porcentaje.
- Tasa neta de matriculación en la escuela primaria o secundaria** – El número de niños matriculados en la escuela primaria o secundaria con la edad oficial de acudir a la escuela primaria o secundaria, expresada como porcentaje del número total de niños en edad oficial de acudir a la escuela primaria.
- Tasa neta de asistencia a la escuela primaria** – El número de niños con la edad oficial de acudir a la escuela primaria que asisten a la escuela primaria o secundaria, expresada como porcentaje del número total de niños en edad oficial de acudir a la escuela primaria.
- Tasa neta de asistencia a la escuela secundaria** – El número de niños con la edad oficial de acudir a la escuela secundaria o terciaria, expresada como porcentaje del número total de niños en edad oficial de acudir a la escuela secundaria.
- Prevalencia de anticonceptivos** – Proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad en uniones, que utilizan en la actualidad métodos anticonceptivos.
- Atención prenatal** – Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que durante el embarazo fueron atendidas al menos una vez por personal de salud especializado (médicos, enfermeras o parteras).
- Partos atendidos por personal especializado** – Proporción de partos atendidos por médicos, enfermeras, parteras y agentes de atención primaria de salud calificados.
- Partos en instituciones** – Proporción de mujeres de 15 a 49 años que dieron a luz durante los dos años precedentes a la encuesta y lo hicieron en un centro de salud.
- Tasa de mortalidad derivada de la maternidad** – Número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100.000 nacidos vivos. La columna “registrada” indica las cifras presentadas por los países, que no han sido ajustadas para tomar en cuenta las clasificaciones erróneas y la población que ha quedado sin registrar.
- Riesgo de mortalidad de la madre en su vida** – El riesgo de mortalidad de la madre a lo largo de su vida considera la probabilidad que tiene de quedar embarazada y la probabilidad de que muera como resultado del embarazo, acumuladas a lo largo de su ciclo reproductivo.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

- Esperanza de vida** – División de Población de las Naciones Unidas.
- Adultos alfabetizados** – Instituto de Estadísticas de la UNESCO.
- Asistencia a la escuela primaria y secundaria** – Encuestas de Demografía y Salud y Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS).
- Prevalencia de anticonceptivos** – Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), División de Población de las Naciones Unidas y UNICEF.
- Atención prenatal** – Encuestas de Demografía y Salud, MICS, Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF.
- Partos atendidos por personal especializado** – Encuestas de Demografía y Salud, MICS, OMS y UNICEF.
- Partos en instituciones** – Encuestas de Demografía y Salud, MICS, OMS y UNICEF.
- Mortalidad derivada de la maternidad** – OMS y UNICEF.
- Riesgo a lo largo de la vida** – OMS y UNICEF.

† Los datos sobre la mortalidad derivada de la maternidad en la columna con el título “registrada” han sido presentados por las autoridades nacionales. UNICEF, la OMS, FNUAP y el Banco Mundial analizan periódicamente estos datos y realizan ajustes para corregir los problemas, de los que hay numerosos ejemplos, que se producen como consecuencia de la presentación de datos incompletos o clasificados erróneamente sobre la mortalidad derivada de la maternidad, y para preparar estimaciones sobre los países sin datos. La columna titulada “ajustada” presenta estimaciones del año 2005 basadas en las evaluaciones más recientes.

- NOTAS**
- Datos no disponibles.
 - x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
 - y Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
 - * Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.
 - ** No incluye China.

TABLA 9. PROTECCIÓN INFANTIL

Países y territorios	Trabajo infantil (5 a 14 años) 1999-2006*			Matrimonio precoz 1987-2006*		Inscripción del nacimiento 1999-2006*			Mutilación-excisión genital de la mujer 2000-2006*				Actitudes con respecto a la violencia doméstica 1999-2006*	Discapaci- dad infantil 1999-2006*	Disciplina infantil 2005-2006*	
	total	hombre	mujer	total	urbana	rural	total	urbana	rural	mujer* (15 a 49 años)						total
										total	urbana	rural				
Afganistán	30	28	33	43	-	-	6	12	4	-	-	-	-	-	-	-
Albania	12	14	9	8	7	8	98	97	98	-	-	-	-	30	11	49
Angola	24	22	25	-	-	-	29	34	19	-	-	-	-	-	-	-
Argelia	5	6	4	2	2	2	99	99	99	-	-	-	-	68	1y	86
Argentina	7y	8y	5y	-	-	-	91y	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Armenia	-	-	-	10	7	16	96	97	95	-	-	-	-	22	-	-
Azerbaiján	11	11	11	-	-	-	97	98	96	-	-	-	-	-	-	-
Bahrein	5	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	13	18	8	64	58	69	10	13	9	-	-	-	-	-	18	-
Belarús	5	6	4	7	6	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83
Belice	40	39	42	-	-	-	93y	92y	94y	-	-	-	-	-	-	-
Benin	26y	23y	29y	37	25	45	70	78	66	17	13	20	6	60	-	-
Bhután	19y	16y	22y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivia	22	22	22	26	22	37	82	83	79	-	-	-	-	-	-	-
Bosnia y Herzegovina	5	7	4	6	2	7	100	99	100	-	-	-	-	5	7	36
Botswana	-	-	-	10	13	9	58	66	52	-	-	-	-	-	-	-
Brasil	6y	8y	4y	24	22	30	89y	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	47y	46y	48y	48	29	61	64	86	58	73	76	71	25	71	-	83
Burundi	19	19	19	18	14	18	60	62	60	-	-	-	-	-	-	-
Cabo Verde	3y	4y	3y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cambodia	45y	45y	45y	23	-	-	66	71	66	-	-	-	-	55	-	-
Camerún	31	31	30	36	23	57	70	86	58	1	1	2	1	56	23	92
Chad	53	54	51	72	65	73	9	36	3	45	47	44	21	-	3y	-
Chile	3	3	2	-	-	-	96y	-	-	-	-	-	-	-	-	-
China	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3y	-
Colombia	5	6	4	23	19	38	90	97	77	-	-	-	-	-	-	-
Comoras	27	26	28	30	23	33	83	87	83	-	-	-	-	-	-	-
Congo	-	-	-	31	24	40	81y	88y	75y	-	-	-	-	76	-	-
Congo, República Democrática del	32	29	34	-	-	-	34	30	36	-	-	-	-	-	-	-
Corea, República Popular Democrática de	-	-	-	-	-	-	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-
Costa Rica	5	6	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Côte d'Ivoire	35	36	34	35	27	43	55	79	41	36	34	39	9	65	-	90
Cuba	-	-	-	-	-	-	100y	100y	100y	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	8	8	8	5	5	13	89	90	82	93	93	96	49	-	35	70
Ecuador	12	12	13	26y	21y	34y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Egipto	7	8	5	17	-	-	-	-	-	96	92	98	28y	50	8y	92y
El Salvador	6y	9y	4y	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	-	-	-	47	31	60	-	-	-	89	86	91	63	-	-	-
Etiopía	53	59	46	49	27	55	7	29	5	74	69	76	38	81	-	-
ex República Yugoslava de Macedonia	6	7	5	4	3	4	94	95	93	-	-	-	-	21	10	69
Filipinas	12	13	11	14	10	22	83	87	78	-	-	-	-	24	-	-
Gabón	-	-	-	34	30	49	89	90	87	-	-	-	-	-	-	-
Gambia	25	20	29	36	24	45	55	57	54	78	72	83	64	74	-	84
Georgia	-	-	-	16	-	-	93y	97y	89y	-	-	-	-	30y	-	-
Ghana	34	34	34	22	15	28	51	69	42	4	2	6	1	47	16	89
Guatemala	29	25	32	34	25	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinea	25	26	24	63	45	75	43	78	33	96	94	96	57	86	-	-
Guinea Ecuatorial	28	28	28	-	-	-	32	43	24	-	-	-	-	-	-	-
Guinea-Bissau	39	41	37	24	14	32	39	53	33	45	39	48	35	52	-	80
Guyana	19	21	17	-	-	-	97	99	96	-	-	-	-	-	-	-
Haití	-	-	-	30	-	-	81	-	-	-	-	-	-	29	-	-
Honduras	16	16	15	39	33	46	94	95	93	-	-	-	-	16	-	-
India	12	-	-	45	28	53	41	59	35	-	-	-	-	54	-	-
Indonesia	4y	5y	4y	24	15	33	55	69	43	-	-	-	-	25	-	-
Iraq	11	12	9	17	16	19	95	95	96	-	-	-	-	59	15	84
Jamaica	6	7	5	9	7	11	89	88	89	-	-	-	-	6	15	87
Jordania	-	-	-	11	11	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazajistán	2	2	2	7	6	9	99	99	99	-	-	-	-	10	-	52
Kenya	26	27	25	25	19	27	48y	64y	44y	32	21	36	21	68	-	-
Kirguistán	4	4	3	10	7	14	94	96	93	-	-	-	-	38	-	51
Lesotho	23	25	21	23	13	26	26	39	24	-	-	-	-	-	-	-
Líbano	7	8	6	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liberia	-	-	-	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	32	36	28	39	29	42	75	87	72	-	-	-	-	28	-	-
Malawi	29	28	29	51	38	53	-	-	-	-	-	-	-	28	-	-
Maldivas	-	-	-	-	-	-	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malí	34	35	33	65	46	74	47y	84y	34y	92	90	93	73	89	-	-
Marruecos	11y	13y	9y	16	12	21	85	92	80	-	-	-	-	-	-	-
Mauritania	4y	5y	3y	37	32	42	55	72	42	71	65	77	66	-	-	-
México	16y	15y	16y	28y	31y	21y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moldova, República de	32	32	33	19	16	22	98	98	98	-	-	-	-	21	-	-
Mongolia	18	19	17	9	7	12	98	98	99	-	-	-	-	20	17	79
Montenegro	10	12	8	5	5	5	98	98	99	-	-	-	-	11	13	61
Mozambique	-	-	-	56	41	66	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Myanmar	-	-	-	-	-	-	65y	66y	64y	-	-	-	-	-	-	-
Namibia	13y	15y	12y	10	9	10	71	82	64	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	31y	30y	33y	51	-	-	35	-	-	-	-	-	-	23	-	-
Nicaragua	15	18	11	43	36	55	81	90	73	-	-	-	-	17	-	-
Niger	38y	39y	38y	75	-	-	32	71	25	2	2	2	1	70	-	-
Nigeria	13y	-	-	43	27	52	33y	52y	25y	19	28	14	10	65	-	-
Pakistán	-	-	-	32	21	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	3	5	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	15	17	12	24	18	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Perú	19	20	19	17	13	30	93	93	92	-	-	-	-	-	-	-

	Trabajo infantil (5 a 14 años) 1999-2006*			Matrimonio precoz 1987-2006*		Inscripción del nacimiento 1999-2006*		Mutilación-excisión genital de la mujer 2000-2006*				Actitudes con respecto a la violencia doméstica 1999-2006*	Discapaci- dad infantil 1999-2006*	Disciplina infantil 2005-2006*
	total	hombre	mujer	total	urbana	rural	total	urbana	rural	mujer* (15 a 49 años)				
												total	total	total
Portugal	3y	4y	3y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Centroafricana	47	44	49	61	57	64	49	72	36	26	21	29	7	-
República Democrática Popular Lao	25	24	26	-	-	-	59	71	56	-	-	-	-	-
República Dominicana	10	12	7	41	-	-	78	82	70	-	-	-	9	-
Rumania	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	35	36	35	13	9	14	82	79	83	-	-	-	48	2y
Santo Tomé y Príncipe	8	8	7	33	31	37	69	70	67	-	-	-	32	16
Senegal	22	24	21	39	23	55	55	75	44	28	22	34	20	65
Serbia	4	5	4	6	4	8	99	99	99	-	-	-	6	11
Sierra Leona	48	49	48	56	34	66	48	62	44	94	86	97	35	85
Siria, República Árabe	4	5	3	13	15	12	95	96	95	-	-	-	-	-
Somalia	49	45	54	45	35	52	3	6	2	98	97	98	46	76y
Sri Lanka	8	9	7	12y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudáfrica	-	-	-	8	5	12	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudán	13	14	12	27y	19y	34y	64	82	46	90	92	88	58	-
Surinam	-	-	-	-	-	-	95	94	94	-	-	-	-	-
Swazilandia	9	9	9	-	-	-	53	72	50	-	-	-	-	-
Tailandia	8	8	8	20	12	23	99	100	99	-	-	-	-	12
Tanzania, República Unida de	36	37	34	41	23	49	8	22	4	15	7	18	4	60
Tayikistán	10	9	11	13	13	13	88	85	90	-	-	-	74y	-
Territorio Palestino Ocupado	-	-	-	19	-	-	96y	97y	96y	-	-	-	-	-
Timor-Leste	4	4	4	-	-	-	53y	-	-	-	-	-	-	-
Togo	29	29	30	24	15	36	78	93	69	6	4	7	1	53
Trinidad y Tabago	1	1	1	8	-	-	96	-	-	-	-	-	-	8
Túnez	-	-	-	10y	7y	14y	-	-	-	-	-	-	-	-
Turkmenistán	-	-	-	7	9	6	96	96	95	-	-	-	38y	-
Turquia	5	4	6	18	-	-	-	-	-	-	-	-	39	-
Ucrania	7	8	7	6	6	10	100	100	100	-	-	-	5	-
Uganda	36	37	36	54	34	59	4	11	3	-	-	-	-	77
Uzbekistán	2	2	2	7	9	7	100	100	100	-	-	-	-	70
Venezuela (República Bolivariana de)	8	9	6	-	-	-	92	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	16	15	16	10	3	13	87	94	85	-	-	-	64	-
Yemen	11y	11y	12y	37	-	-	-	-	23	26	22	20	-	-
Zambia	12y	11y	12y	42	32	49	10	16	6	1	1	1	-	85
Zimbabwe	13y	12y	14y	29	21	36	42	56	35	-	-	-	-	51

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	35	36	34	40	24	47	34	52	28	36	31	40	19	66	-	-
África oriental y meridional	36	38	33	36	20	44	24	39	21	-	-	-	-	66	-	-
África occidental y central	34	33	34	44	27	53	41	58	35	28	29	29	15	65	-	-
África del Norte y Oriente Medio	9	10	8	17	11	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia meridional	13	-	-	45	30	53	36	52	30	-	-	-	-	53	-	-
Asia Oriental y Pacífico	10**	11**	10**	19**	12**	25**	72**	80**	67**	-	-	-	-	34**	-	-
América Latina y el Caribe	11	12	10	26	24	31	89	93	83	-	-	-	-	-	-	-
ECE/CE	5	5	5	11	7	9	-	-	-	-	-	-	-	31	-	-
Países industrializados [§]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Países en desarrollo [§]	16**	19**	17**	34**	23**	45**	49**	64**	37**	-	-	-	-	51**	-	-
Países menos adelantados [§]	29	31	28	49	37	57	30	43	24	-	-	-	-	-	-	-
Mundo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

§ También incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional aparecen en la lista de la página 148.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Trabajo infantil – Porcentaje de niños de 5 a 14 años que trabajaban en el momento de la encuesta. Se considera que un niño está sometido al trabajo infantil cuando se dan las condiciones siguientes: (a) niños de 5 a 11 años que, durante la semana precedente a la encuesta, realizaron una actividad económica al menos durante una hora o realizaron trabajos domésticos por lo menos durante 28 horas y, (b) niños de 12 a 14 años que, durante la semana precedente a la encuesta, realizaron una actividad económica al menos durante 14 horas o realizaron trabajos domésticos por lo menos durante 28 horas.

Variables en el contexto del trabajo infantil – Sexo del niño; zona de residencia urbana o rural; 20% más pobre o 20% más rico de la población en relación a los ingresos de la familia (una descripción más minuciosa sobre el procedimiento para calcular los bienes familiares se puede encontrar en www.childinfo.org); la educación de las madres se refiere a las madres con algún nivel de instrucción o ninguno.

Inscripción al nacer – Porcentaje de niños y niñas menores de cinco años que fueron inscritos en el momento de la encuesta. El numerador de este indicador incluye niños y niñas cuyo certificado de nacimiento se mostró al entrevistador, o cuya madre o cuidador dijo que el nacimiento había sido registrado. Los datos de MICS se refieren a los niños vivos en el momento de la encuesta.

Matrimonio infantil – Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años de edad que ya estaban casadas o tenían algún tipo de vínculo antes de cumplir 18 años.

Mutilación/excisión genital femenina – (a) Mujer – El porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que sufrieron una mutilación/excisión. (b) Hijas – el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con una hija por lo menos que haya sufrido una mutilación/excisión. La mutilación/excisión genital femenina conlleva la excisión o alteración de los genitales femeninos por razones sociales. Por lo general, hay tres tipos reconocidos de esta actividad: clitoridectomía, excisión e infibulación. La clitoridectomía es la eliminación del prepucio con la excisión, o sin ella, de todo el clitoris o una parte del órgano. La excisión es la eliminación del prepucio y del clitoris junto a los labios menores, o una parte de ellos. La infibulación es la forma más grave y consiste en la eliminación de todos los genitales externos, o parte de ellos, que después se unen a ambos lados de los labios menores utilizando hilos, espinas u otros materiales, para reducir la apertura vaginal. Un análisis más minucioso de estos datos también se puede encontrar en www.measuredhs.com y www.prb.org.

Actitudes hacia la violencia doméstica – Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que consideran que está justificado que un marido golpee a su mujer por al menos una de las razones especificadas. A las mujeres se les preguntó si está justificado que un marido golpee a su mujer bajo una serie de circunstancias, entre ellas si la mujer quema la comida, discute con él, sale a la calle sin decirselo o se niega a tener relaciones sexuales.

Discapacidad infantil – Porcentaje de niños de 2 a 9 años con por lo menos una discapacidad registrada (por ejemplo, cognoscitiva, motora, ataques convulsivos, problemas de visión o audición).

Disciplina infantil – Porcentaje de niños de 2 a 14 años que sufren algún castigo psicológico o físico.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Trabajo infantil – Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS) y Encuestas de Demografía y Salud.

Matrimonio infantil – Encuestas de Demografía y salud y otras encuestas nacionales.

Inscripción del matrimonio – MICS, Encuestas Demográficas y de Salud, otras encuestas nacionales y sistemas del registro civil.

Ablación/excisión genital de la mujer – MICS, Encuestas Demográficas y de Salud y otras encuestas nacionales.

Actitudes hacia la violencia doméstica – MICS, Encuestas Demográficas y de Salud y otras encuestas nacionales.

Discapacidad infantil – MICS, Encuestas Demográficas y de Salud y otras encuestas nacionales.

Disciplina infantil – MICS, Encuestas Demográficas y de Salud y otras encuestas nacionales.

NOTAS – Datos no disponibles.

y Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

◊ Las estimaciones mundiales y regionales para la inscripción del nacimiento que se incluyen en esta tabla están basadas en el subconjunto de países para los que había datos disponibles para el período 1999-2006. Las estimaciones mundiales y regionales de un conjunto más amplio de países están disponibles para el período 1997-2006 y se pueden consultar en www.childinfo.org/areas/birthregistration.

** No incluye China.

Datos consolidados

Los promedios por región geográfica o categoría económica que se ofrecen al final de cada tabla se calculan utilizando datos de los países y territorios agrupados como se indica a continuación.

África subsahariana

Angola; Benin; Botswana; Burkina Faso; Burundi; Camerún; Cabo Verde; Chad; Comoras; Congo; Côte d'Ivoire; Eritrea; Etiopía; Gabón; Gambia; Ghana; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Kenya; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Malí; Mauritania; Mauricio; Mozambique; Namibia; Níger; Nigeria; República Centroafricana; República Democrática del Congo; República Unida de Tanzania; Rwanda; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Seychelles; Sierra Leona; Somalia; Sudáfrica; Swazilandia; Togo; Uganda; Zambia; Zimbabwe

Oriente Medio y África del Norte

Arabia Saudita; Argelia; Bahrein; Djibouti; Egipto; Emiratos Árabes Unidos; Iraq; Jamahiriya Árabe Libia; Jordania; Kuwait; Líbano; Marruecos; Omán; Qatar; República Árabe Siria; República Islámica de Irán; Sudán; Territorio Palestino Ocupado; Túnez; Yemen

Asia meridional

Afganistán; Bangladesh; Bhután; India; Maldivas; Nepal; Pakistán; Sri Lanka

Asia oriental y el Pacífico

Brunei Darussalam; Camboya; China; Estados Federados de Micronesia; Fiji; Filipinas; Indonesia; Islas Cook; Islas Marshall; Islas Salomón; Kiribati; Malasia; Mongolia; Myanmar; Nauru; Niue; Palau; Papua Nueva Guinea; República de Corea; República Democrática Popular de Corea; República Democrática Popular Lao; Samoa; Singapur; Tailandia; Timor-Leste; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Viet Nam

América Latina y el Caribe

Antigua y Barbuda; Argentina; Bahamas; Barbados; Belice; Bolivia; Brasil; Chile; Colombia; Costa Rica; Cuba; Dominica; Ecuador; El Salvador; Granada; Guatemala; Guyana; Haití; Honduras; Jamaica; México; Nicaragua; Panamá; Paraguay; Perú; República Dominicana; Saint Kitts y Nevis; Santa Lucía; San Vicente y las Granadinas; Suriname; Trinidad y Tabago; Uruguay; Venezuela (República Bolivariana de)

Europa central y del Este y Comunidad de Estados Independientes

Albania; Armenia; Azerbaiyán; Belarús; Bosnia y Herzegovina; Bulgaria; Croacia; ex República Yugoslava de Macedonia; Federación de Rusia; Georgia; Kazajistán; Kirguistán; Montenegro; República de Moldova; Rumania; Serbia; Tayikistán; Turquía; Turkmenistán; Ucrania; Uzbekistán

Países y territorios industrializados

Alemania; Andorra; Australia; Austria; Bélgica; Canadá; Chipre; Dinamarca; Eslovaquia; Eslovenia; Estonia; España; Estados Unidos; Finlandia; Francia; Grecia; Hungría; Irlanda; Islandia; Israel; Italia; Japón; Letonia; Liechtenstein; Lituania; Luxemburgo; Malta; Mónaco; Nueva Zelanda; Noruega; Países Bajos; Polonia; Portugal; Reino Unido; República Checa; San Marino; Santa Sede; Suecia; Suiza

Países y territorios en desarrollo

Afganistán; Arabia Saudita; Argelia; Angola; Antigua y Barbuda; Argentina; Armenia; Azerbaiyán; Bahamas; Bahrein; Bangladesh; Barbados; Belice; Benin; Bhután; Bolivia; Botswana; Brasil; Brunei Darussalam; Burkina Faso; Burundi; Camboya; Camerún; Cabo Verde; Chad; Chile; China; Chipre; Colombia; Comoras; Congo; Costa Rica; Côte d'Ivoire; Cuba; Djibouti; Dominica; Ecuador; Egipto; El Salvador; Emiratos Árabes Unidos; Estados Federados de Micronesia; Eritrea; Etiopía; Fiji; Filipinas; Gabón; Gambia;

Georgia; Ghana; Granada; Guatemala; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Guyana; Haití; Honduras; India; Indonesia; Iraq; Islas Cook; Islas Marshall; Islas Salomón; Israel; Jamahiriya Árabe Libia; Jamaica; Jordania; Kazajistán; Kenya; Kiribati; Kuwait; Kirguistán; Líbano; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Malasia; Maldivas; Malí; Mauritania; Mauricio; México; Mongolia; Marruecos; Mozambique; Myanmar; Namibia; Nauru; Nepal; Nicaragua; Níger; Nigeria; Niue; Omán; Pakistán; Palau; Panamá; Papua Nueva Guinea; Paraguay; Perú; Qatar; República Árabe Siria; República Centroafricana; República de Corea; República Democrática del Congo; República Democrática Popular Lao; República Dominicana; República Islámica de Irán; República Popular Democrática de Corea; República Unida de Tanzania; Rwanda; Saint Kitts y Nevis; Santa Lucía; San Vicente y las Granadinas; Samoa; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Seychelles; Sierra Leona; Singapur; Somalia; Sudáfrica; Sri Lanka; Sudán; Suriname; Swazilandia; Tajikistán; Tailandia; Timor-Leste; Territorio Palestino Ocupado; Togo; Tonga; Trinidad y Tobago; Túnez; Turquía; Turkmenistán; Tuvalu; Uganda; Uruguay; Uzbekistán; Vanuatu; Venezuela (República Bolivariana de); Viet Nam; Yemen; Zambia; Zimbabwe

Países y territorios menos adelantados

Afganistán; Angola; Bangladesh; Benin; Bhután; Burkina Faso; Burundi; Camboya; Cabo Verde; Chad; Comoras; Djibouti; Eritrea; Etiopía; Gambia; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Haití; Islas Salomón; Kiribati; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Maldivas; Malí; Mauritania; Mozambique; Myanmar; Nepal; Níger; República Centroafricana; República Democrática del Congo; República Democrática Popular Lao; República Unida de Tanzania; Rwanda; Samoa; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Sierra Leona; Somalia; Sudán; Timor-Leste; Togo; Tuvalu; Uganda; Vanuatu; Yemen; Zambia

Medición del desarrollo humano

Introducción a la tabla 10

Si se pretende que el desarrollo adquiera una imagen más humana, será necesario utilizar una medida indicativa del progreso tanto económico como humano. Desde el punto de vista del UNICEF, es preciso establecer un método universalmente aceptado para medir el nivel y los cambios en el estado de bienestar de la infancia.

En la tabla 10 (*págs. 150-153*) se utiliza la tasa de mortalidad de los menores de 5 años (TMM5) como el principal indicador de este tipo de progreso. En 2006, por primera vez desde que se mantienen este tipo de registros, el número de niños que murieron antes de los 5 años fue inferior a los 10 millones, 9,7 millones, un hito importante en la supervivencia infantil. Hacia 1960, aproximadamente 20 millones de niños morían anualmente, con lo que la cifra actual señala una importante reducción a largo plazo en la cifra mundial de mortalidad de menores de 5 años.

La TMM5 tiene varias ventajas. En primer lugar, este indicador mide los resultados finales del proceso de desarrollo en vez de factores intermedios (inputs) tales como el nivel de escolarización, la disponibilidad de calorías per cápita o el número de médicos por cada 1.000 habitantes, todos los cuales son medios para conseguir un fin.

En segundo lugar, la TMM5 es el resultado de una amplia variedad de factores: antibióticos para tratar la neumonía; mosquiteros tratados con insecticida para evitar el paludismo; salud nutricional y conocimientos básicos de salud de la madre; cobertura de inmunización y utilización de la TRO; acceso a servicios de atención materno-infantil (incluida la atención prenatal); nivel de ingresos y disponibilidad de alimentos de la familia; acceso a agua potable y saneamiento eficaz; y grado de seguridad del medio ambiente infantil.

En tercer lugar, la TMM5 está menos expuesta que, por ejemplo, el INB per cápita a la falacia del promedio estadístico. Esto se debe a que los límites naturales impiden que los hijos de los ricos puedan tener una probabilidad 1.000 veces mayor de sobrevivir, aunque los límites sociales establecidos los

permitan poseer un ingreso 1.000 veces más elevado. En otras palabras, es mucho más difícil que la presencia de una minoría rica afecte a la TMM5 de un país y, por tanto, este indicador representa de forma más adecuada, aunque imperfecta, el estado de salud de la mayoría de la población infantil y de la sociedad en su conjunto.

La velocidad del ritmo de reducción de la TMM5 puede medirse mediante el cálculo de la tasa media de reducción anual (TMRA). A diferencia de las comparaciones entre niveles absolutos, la TMRA refleja el hecho de que la reducción de la TMM5 es cada vez más difícil de conseguir a partir de ciertos límites. En efecto, cuanto más bajos son los niveles de mortalidad de los menores de 5 años ya alcanzados, la misma reducción absoluta representa obviamente una mayor reducción porcentual. Así pues, la TMRA indica un avance más rápido en el caso de una reducción de 10 puntos, por ejemplo, cuando ésta se logra con niveles iniciales más bajos de mortalidad de menores de 5 años. Es decir, una disminución de 10 puntos de la TMM5 desde el índice 100 al 90 representa una reducción del 10% mientras la misma disminución de 10 puntos desde el índice 20 al 10 representa una reducción del 50%. (Un valor negativo para la reducción del porcentaje indica un aumento de la TMM5 durante el período especificado).

La utilización combinada de la TMM5 y su tasa de reducción, junto con la tasa de crecimiento del PIB per cápita, permiten obtener un cuadro representativo de los avances logrados por cualquier país, territorio o región, durante un período de tiempo, en la satisfacción de las necesidades humanas más básicas.

Como muestra la tabla 10, no existe una relación fija entre la tasa anual de reducción de la TMM5 y la tasa anual de crecimiento del PIB per cápita. Estas comparaciones ayudan a destacar las relaciones entre los avances económicos y el desarrollo humano.

Finalmente, la tabla muestra la tasa global de fecundidad por países y territorios, y

su tasa media de reducción anual. Como se puede apreciar, muchos de los países y territorios que han logrado reducciones significativas de la TMM5 han alcanzado asimismo reducciones igualmente significativas en las tasas de fecundidad.

TABLA 10. RITMO DE PROGRESO

Países y territorios	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años			Tasa media anual de reducción (%) ^a		Reducción desde 1990 (%) ^a	Tasa media anual de crecimiento del PIB per cápita (%)		Tasa global de fecundidad			Tasa media anual de reducción (%)	
		1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006		1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006
Afganistán	3	320	260	257	1.0	0.1	1	1.6x	-	7.7	8.0	7.2	-0.2	0.6
Albania	122	109	45	17	4.4	6.1	62	-0.7x	5.2	4.9	2.9	2.1	2.6	2.0
Alemania	175	26	9	4	5.3	5.1	56	2.2x	1.4	2.0	1.4	1.4	1.9	0.1
Andorra	189	-	6	3	-	4.3	50	-	-	-	-	-	-	-
Angola	2	300	260	260	0.7	0.0	0	0.4x	2.1	7.3	7.2	6.5	0.1	0.6
Antigua y Barbuda	143	-	-	11	-	-	-	6.5x	1.8	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	97	185	44	25	7.2	3.5	43	-2	0.1x	7.3	5.8	3.5	1.1	3.3
Argelia	75	220	69	38	5.8	3.7	45	2	1.3	7.4	4.7	2.4	2.3	4.2
Argentina	125	71	29	16	4.5	3.7	45	-1	1.3	3.1	3.0	2.3	0.1	1.7
Armenia	101	-	56	24	-	5.3	57	-	5.2	3.2	2.5	1.3	1.2	4.0
Australia	161	20	10	6	3.5	3.2	40	2	2.5	2.7	1.9	1.8	1.9	0.3
Austria	167	33	10	5	6.0	4.3	50	2	1.9	2.3	1.5	1.4	2.3	0.2
Azerbaiyán	46	-	105	88	-	1.1	16	-	1.5	4.6	3.0	1.7	2.2	3.4
Bahamas	130	49	29	14	2.6	4.6	52	2	0.4x	3.6	2.6	2.0	1.6	1.5
Bahrein	146	82	19	10	7.3	4.0	47	-1.3x	2.3x	6.5	3.7	2.4	2.8	2.9
Bangladesh	55	239	149	69	2.4	4.8	54	1	3	6.4	4.4	2.9	1.9	2.5
Barbados	138	54	17	12	5.8	2.2	29	2	1.5x	3.1	1.7	1.5	3.1	0.7
Belarús	135	-	24	13	-	3.8	46	-	2.8	2.3	1.9	1.2	1.0	2.8
Bélgica	175	29	10	4	5.3	5.7	60	2	1.8	2.2	1.6	1.6	1.7	-0.2
Belice	125	-	43	16	-	6.2	63	3	2.3	6.3	4.5	3.0	1.7	2.4
Benin	20	252	185	148	1.5	1.4	20	0	1.4	7.0	6.8	5.6	0.2	1.2
Bhután	54	267	166	70	2.4	5.4	58	4.7x	4.8	6.7	5.9	2.3	0.6	5.8
Bolivia	61	243	125	61	3.3	4.5	51	-1	1.3	6.6	4.9	3.6	1.5	1.9
Bosnia y Herzegovina	128	82	22	15	6.6	2.4	32	-	11.6x	2.9	1.7	1.2	2.6	2.1
Botswana	29	142	58	124	4.5	-4.7	-114	8	4.8	6.6	4.7	3.0	1.7	2.9
Brasil	113	136	57	20	4.3	6.5	65	2	1.1	5.0	2.8	2.3	2.9	1.3
Brunei Darussalam	148	78	11	9	9.8	1.3	18	-2.1x	-0.8x	5.7	3.2	2.4	2.8	2.0
Bulgaria	130	32	18	14	2.9	1.6	22	3.4x	2	2.2	1.7	1.3	1.2	1.7
Burkina Faso	10	287	206	204	1.7	0.1	1	1	1.5	7.6	7.3	6.1	0.2	1.1
Burundi	14	244	190	181	1.3	0.3	5	1	-2.6	6.8	6.8	6.8	0.0	0.0
Cabo Verde	83	-	60	34	-	3.5	43	-	3.3	7.0	5.5	3.5	1.2	2.8
Camboya	47	-	116	82	-	2.2	29	-	5.8x	5.9	5.8	3.3	0.1	3.6
Camerún	19	215	139	149	2.2	-0.4	-7	3	0.7	6.2	5.9	4.5	0.2	1.7
Canadá	161	23	8	6	5.3	1.8	25	2	2.2	2.2	1.7	1.5	1.5	0.6
Chad	7	-	201	209	-	-0.2	-4	-1	2.4	6.5	6.7	6.3	-0.1	0.3
Chile	148	98	21	9	7.7	5.3	57	2	3.7	4.0	2.6	1.9	2.1	1.9
China	101	118	45	24	4.8	3.9	47	7	8.8	5.6	2.2	1.7	4.7	1.6
Chipre	175	33	12	4	5.1	6.9	67	5.9x	2.3x	2.6	2.4	1.6	0.4	2.6
Colombia	110	105	35	21	5.5	3.2	40	2	0.8	5.6	3.0	2.3	3.1	1.7
Comoras	57	215	120	68	2.9	3.5	43	0.1x	-0.4	7.1	6.1	4.5	0.7	2.0
Congo	27	142	103	126	1.6	-1.3	-22	3	-0.8	6.3	5.4	4.6	0.8	1.0
Congo, República Democrática del	9	245	205	205	0.9	0.0	0	-2	-4.7	6.4	6.7	6.7	-0.3	0.0
Corea, República de	167	54	9	5	9.0	3.7	44	6	4.5	4.5	1.6	1.2	5.2	1.9
Corea, República Popular Democrática de	65	70	55	55	1.2	0.0	0	-	-	4.0	2.4	1.9	2.6	1.6
Costa Rica	138	83	18	12	7.6	2.5	33	1	2.4	5.0	3.2	2.1	2.3	2.5
Côte d'Ivoire	26	237	153	127	2.2	1.2	17	-2	-0.5	7.4	6.6	4.6	0.5	2.2
Croacia	161	42	12	6	6.3	4.3	50	-	2.8	2.0	1.7	1.3	0.9	1.4
Cuba	157	43	13	7	6.0	3.9	46	-	3.5x	4.0	1.8	1.5	4.2	0.8
Dinamarca	167	19	9	5	3.7	3.7	44	2	1.9	2.1	1.7	1.8	1.2	-0.5
Djibouti	25	-	175	130	-	1.9	26	-	-2.4	7.4	6.2	4.1	0.9	2.5
Dominica	128	-	17	15	-	0.8	12	4.7x	1.4	-	-	-	-	-
Ecuador	101	140	57	24	4.5	5.4	58	1	1	6.3	3.7	2.6	2.7	2.0
Egipto	81	235	91	35	4.7	6.0	62	4	2.4	6.2	4.4	3.0	1.7	2.4
El Salvador	97	162	60	25	5.0	5.5	58	-2	1.6	6.4	3.7	2.7	2.7	1.9
Emiratos Árabes Unidos	151	84	15	8	8.6	3.9	47	-4.8x	-0.9x	6.6	4.4	2.3	2.1	3.9
Eritrea	51	237	147	74	2.4	4.3	50	-	0x	6.6	6.2	5.2	0.3	1.1
Eslovaquia	151	29	14	8	3.6	3.5	43	-	2.9	2.5	2.0	1.2	1.0	3.2
Eslovenia	175	29	10	4	5.3	5.7	60	-	3.3	2.3	1.5	1.3	2.0	1.1
España	175	34	9	4	6.6	5.1	56	2	2.5	2.9	1.3	1.4	3.9	-0.1

	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años			Tasa media anual de reducción (%) ^o		Reducción desde 1990 (%) ^o	Tasa media anual de crecimiento del PIB per cápita (%)		Tasa global de fecundidad			Tasa media anual de reducción (%)	
		1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006		1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006
Estados Unidos	151	26	12	8	3.9	2.5	33	2	2.1	2.2	2.0	2.1	0.6	-0.2
Estonia	157	26	16	7	2.4	5.2	56	1.5x	4.9	2.1	1.9	1.5	0.4	1.8
Etiopía	30	241	204	123	0.8	3.2	40	-	1.9	6.8	6.8	5.4	0.0	1.4
ex República Yugoslava de Macedonia	122	119	38	17	5.7	5.0	55	-	0.2	3.2	1.9	1.5	2.4	1.8
Federación de Rusia	125	40	27	16	2.0	3.3	41	-	0.6	2.0	1.9	1.3	0.3	2.1
Fiji	119	65	22	18	5.4	1.3	18	0.6x	1.4x	4.5	3.4	2.8	1.5	1.2
Filipinas	86	90	62	32	1.9	4.1	48	1	1.7	6.3	4.3	3.3	1.8	1.7
Finlandia	175	16	7	4	4.1	3.5	43	3	2.6	1.9	1.7	1.8	0.3	-0.2
Francia	175	24	9	4	4.9	5.1	56	2	1.6	2.5	1.8	1.9	1.7	-0.5
Gabón	44	-	92	91	-	0.1	1	0	-1	4.8	4.8	3.1	0.0	2.6
Gambia	37	311	153	113	3.5	1.9	26	1	0.3	6.7	6.0	4.8	0.5	1.4
Georgia	86	-	46	32	-	2.3	30	3	1	2.6	2.1	1.4	1.0	2.5
Ghana	32	183	120	120	2.1	0.0	0	-2	2.1	6.7	5.8	4.0	0.7	2.3
Granada	113	-	37	20	-	3.8	46	4.9x	2.3	4.6	3.7	2.3	1.1	3.0
Grecia	175	54	11	4	8.0	6.3	64	1	2.7	2.4	1.4	1.3	2.5	0.5
Guatemala	71	168	82	41	3.6	4.3	50	0	1.2	6.2	5.6	4.3	0.6	1.6
Guinea	17	338	235	161	1.8	2.4	31	0.3x	1.3	7.0	6.7	5.6	0.2	1.1
Guinea Ecuatorial	8	-	170	206	-	-1.2	-21	-	21.6	5.7	5.9	5.4	-0.2	0.5
Guinea-Bissau	11	-	240	200	-	1.1	17	0	-2.5	6.8	7.1	7.1	-0.2	0.0
Guyana	60	-	88	62	-	2.2	30	-2	3	5.6	2.6	2.4	3.8	0.6
Haití	48	222	152	80	1.9	4.0	47	0	-2	5.8	5.4	3.7	0.3	2.5
Honduras	95	170	58	27	5.4	4.8	53	1	0.6	7.3	5.1	3.4	1.7	2.6
Hungría	157	39	17	7	4.2	5.5	59	3	3.2	2.0	1.8	1.3	0.6	2.2
India	49	192	115	76	2.6	2.6	34	2	4.4	5.4	4.0	2.9	1.5	2.0
Indonesia	83	172	91	34	3.2	6.2	63	5	2.2	5.5	3.1	2.2	2.8	2.1
Irán (República Islámica de)	83	191	72	34	4.9	4.7	53	-2	2.5	6.6	5.0	2.0	1.3	5.6
Iraq	68	125	53	46	4.3	0.9	13	-4.3x	-	7.2	5.9	4.4	1.0	1.8
Irlanda	167	27	10	5	5.0	4.3	50	3	6	3.9	2.1	2.0	3.1	0.4
Islandia	189	14	7	3	3.5	5.3	57	3	2.3	3.0	2.2	2.0	1.6	0.4
Islas Cook	116	-	32	19	-	3.3	41	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	64	-	92	56	-	3.1	39	-	-2.2	-	-	-	-	-
Islas Salomón	52	-	121	73	-	3.2	40	3	-2.3	6.9	5.9	4.0	0.8	2.4
Israel	167	27	12	5	4.1	5.5	58	2	1.5x	3.8	3.0	2.8	1.2	0.4
Italia	175	33	9	4	6.5	5.1	56	3	1.3	2.4	1.3	1.4	3.1	-0.2
Jamaica	88	62	33	31	3.2	0.4	6	-1	0.7	5.5	2.9	2.5	3.1	1.0
Japón	175	21	6	4	6.3	2.5	33	3	0.9	2.1	1.6	1.3	1.3	1.4
Jordania	97	107	40	25	4.9	2.9	38	2.5x	1.8	7.9	5.5	3.2	1.8	3.4
Kazajstán	92	-	60	29	-	4.5	52	-	2.6	3.5	2.8	2.2	1.1	1.5
Kenya	31	156	97	121	2.4	-1.4	-25	1	0	8.1	5.9	5.0	1.6	1.1
Kirguistán	71	-	75	41	-	3.8	45	-	-0.9	4.9	3.9	2.5	1.2	2.8
Kiribati	59	-	88	64	-	2.0	27	-5	1.9	-	-	-	-	-
Kuwait	143	59	16	11	6.5	2.3	31	-6.8x	0.6x	7.2	3.5	2.2	3.6	3.0
Lesotho	24	186	101	132	3.1	-1.7	-31	3	2.3	5.8	4.9	3.5	0.8	2.2
Letonia	148	26	18	9	1.8	4.3	50	3	4.2	1.9	1.9	1.3	0.0	2.5
Libano	89	54	37	30	1.9	1.3	19	-	2.5	5.1	3.1	2.2	2.4	2.2
Liberia	5	263	235	235	0.6	0.0	0	-4	2.2	6.9	6.9	6.8	0.0	0.1
Libia, Jamahiriya Árabe	119	160	41	18	6.8	5.1	56	-4.8x	-	7.6	4.8	2.8	2.3	3.4
Liechtenstein	189	-	10	3	-	7.5	70	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	151	28	13	8	3.8	3.0	38	-	2.5	2.3	2.0	1.3	0.7	2.9
Luxemburgo	175	26	10	4	4.8	5.7	60	3	3.3	2.0	1.6	1.7	1.1	-0.4
Madagascar	36	180	168	115	0.3	2.4	32	-2	-0.5	6.8	6.2	4.9	0.4	1.5
Malasia	138	70	22	12	5.8	3.8	45	4	3.2	5.6	3.7	2.7	2.0	2.1
Malawi	32	341	221	120	2.2	3.8	46	0	1.1	7.3	7.0	5.7	0.2	1.2
Maldivas	89	264	111	30	4.3	8.2	73	-	4.2x	7.0	6.2	2.6	0.6	5.4
Malí	6	400	250	217	2.4	0.9	13	-1	2.2	7.5	7.4	6.6	0.0	0.8
Malta	161	32	11	6	5.3	3.8	45	7	2.7x	2.1	2.0	1.4	0.0	2.5
Marruecos	78	184	89	37	3.6	5.5	58	2	1.6	7.1	4.0	2.4	2.8	3.3
Mauricio	130	86	23	14	6.6	3.1	39	5.1x	3.7	3.7	2.2	1.9	2.5	1.1
Mauritania	28	250	133	125	3.2	0.4	6	-1	0.5	6.6	5.8	4.5	0.6	1.6

TABLA 10. RITMO DE PROGRESO

	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años			Tasa media anual de reducción (%) ^a		Reducción desde 1990 (%) ^a	Tasa media anual de crecimiento del PIB per cápita (%)		Tasa global de fecundidad			Tasa media anual de reducción (%)	
		1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006		1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006
México	81	110	53	35	3.7	2.6	34	2	1.5	6.7	3.4	2.3	3.4	2.5
Micronesia (Estados Federados de)	71	-	58	41	-	2.2	29	-	-0.2	6.9	5.0	3.9	1.7	1.5
Moldova, República de	116	65	37	19	2.8	4.2	49	1.8x	-2	2.6	2.4	1.4	0.3	3.3
Mónaco	175	-	9	4	-	5.1	56	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	69	-	109	43	-	5.8	61	-	3.3x	7.5	4.1	1.9	3.0	4.8
Montenegro	146	-	16	10	-	2.9	38	-	2.6x	2.4	2.0	1.8	0.9	0.6
Mozambique	22	278	235	138	0.8	3.3	41	-1x	4.4	6.6	6.2	5.2	0.3	1.1
Myanmar	40	179	130	104	1.6	1.4	20	2	6.6x	6.1	3.4	2.1	2.8	3.1
Namibia	61	135	86	61	2.3	2.1	29	-2.3x	1.5	6.5	5.8	3.3	0.5	3.6
Nauru	89	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	63	238	142	59	2.6	5.5	58	1	1.9	5.9	5.2	3.4	0.6	2.7
Nicaragua	79	165	68	36	4.4	4.0	47	-4	1.9	6.9	4.8	2.8	1.9	3.3
Níger	4	330	320	253	0.2	1.5	21	-2	-0.5	8.1	7.9	7.3	0.1	0.5
Nigeria	12	265	230	191	0.7	1.2	17	-1	0.7	6.9	6.8	5.5	0.1	1.3
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	175	15	9	4	2.6	5.1	56	3	2.6	2.5	1.9	1.8	1.5	0.1
Nueva Zelanda	161	20	11	6	3.0	3.8	45	1	2.1	3.1	2.1	2.0	2.0	0.3
Omán	138	200	32	12	9.2	6.1	63	3	1.8x	7.2	6.6	3.1	0.4	4.7
Países Bajos	167	15	9	5	2.6	3.7	44	2	1.8	2.4	1.6	1.7	2.2	-0.6
Pakistán	42	181	130	97	1.7	1.8	25	3	1.4	6.6	6.3	3.6	0.2	3.5
Palau	143	-	21	11	-	4.0	48	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	106	68	34	23	3.5	2.4	32	0	2.3	5.3	3.0	2.6	2.8	0.9
Papúa Nueva Guinea	52	158	94	73	2.6	1.6	22	-1	0.2	6.2	4.8	4.0	1.2	1.2
Paraguay	108	78	41	22	3.2	3.9	46	3	-0.5	5.7	4.5	3.2	1.2	2.2
Perú	97	174	78	25	4.0	7.1	68	-1	2.3	6.3	3.9	2.5	2.4	2.7
Polonia	157	36	18	7	3.5	5.9	61	-	4.3	2.2	2.0	1.2	0.4	3.2
Portugal	167	62	14	5	7.4	6.4	64	3	1.9	2.8	1.5	1.5	3.0	0.3
Qatar	110	65	26	21	4.6	1.3	19	-	-	6.9	4.4	2.7	2.3	3.0
Reino Unido	161	23	10	6	4.2	3.2	40	2	2.5	2.3	1.8	1.8	1.2	0.1
República Centroafricana	15	232	173	175	1.5	-0.1	-1	-1	-0.6	5.7	5.7	4.7	0.0	1.2
República Checa	175	24	13	4	3.1	7.4	69	-	2.1	2.0	1.8	1.2	0.5	2.5
República Democrática Popular Lao	50	218	163	75	1.5	4.9	54	-	4.1	6.4	6.2	3.3	0.2	4.0
República Dominicana	92	127	65	29	3.3	5.0	55	2	3.7	6.2	3.3	2.9	3.1	0.9
Rumania	119	57	31	18	3.0	3.4	42	0.9x	2	2.9	1.9	1.3	2.0	2.4
Rwanda	18	209	176	160	0.9	0.6	9	1	0.3	8.2	7.6	6.0	0.4	1.5
Saint Kitts y Nevis	116	-	36	19	-	4.0	47	6.3x	2.8	-	-	-	-	-
Samoa	94	101	50	28	3.5	3.6	44	-0.1x	2.5	6.1	4.8	4.1	1.2	1.0
San Marino	189	-	14	3	-	9.6	79	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	113	-	25	20	-	1.4	20	3	1.7	6.0	3.0	2.2	3.5	1.9
Santa Lucía	130	-	21	14	-	2.5	33	5.3x	1.1	6.1	3.3	2.2	3.0	2.6
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	43	106	100	96	0.3	0.3	4	-	0.5x	6.5	5.4	4.0	0.9	1.9
Senegal	35	276	149	116	3.1	1.6	22	0	1.2	7.0	6.6	4.9	0.3	1.9
Serbia	151	-	-	8	-	-	-	-	-	2.4	2.1	1.8	0.6	1.1
Seychelles	135	59	19	13	5.7	2.4	32	3	1.4	-	-	-	-	-
Sierra Leona	1	368	290	270	1.2	0.4	7	0	-0.8	6.5	6.5	6.5	0.0	0.0
Singapur	189	27	9	3	5.5	6.9	67	6	3.7	3.0	1.8	1.3	2.7	2.0
Siria, República Árabe	130	128	38	14	6.1	6.2	63	2	1.4	7.6	5.5	3.2	1.6	3.5
Somalia	21	-	203	145	-	2.1	29	-1	-	7.3	6.8	6.2	0.3	0.6
Sri Lanka	135	100	32	13	5.7	5.6	59	3	3.8	4.4	2.5	1.9	2.7	1.8
Sudáfrica	55	-	60	69	-	-0.9	-15	0	0.8	5.6	3.6	2.7	2.2	1.8
Sudán	45	172	120	89	1.8	1.9	26	0	3.7	6.6	6.0	4.4	0.5	1.9
Suecia	189	15	7	3	3.8	5.3	57	2	2.2	2.0	2.0	1.8	0.1	0.8
Suiza	167	18	9	5	3.5	3.7	44	1	0.7	2.0	1.5	1.4	1.4	0.5
Surinam	74	-	48	39	-	1.3	19	-2.2x	1.4	5.7	2.7	2.5	3.6	0.6
Swazilandia	16	196	110	164	2.9	-2.5	-49	2	0.4	6.9	5.7	3.6	0.9	3.0
Tailandia	151	102	31	8	6.0	8.5	74	5	2.8	5.5	2.1	1.8	4.8	0.8
Tanzania, República Unida de	34	218	161	118	1.5	1.9	27	-	1.6	6.8	6.1	5.3	0.5	0.9
Tayikistán	57	140	115	68	1.0	3.3	41	-	-3.1	6.9	5.2	3.5	1.4	2.5

	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años			Tasa media anual de reducción (%) ^o		Reducción desde 1990 (%) ^o	Tasa media anual de crecimiento del PIB per cápita (%)		Tasa global de fecundidad			Tasa media anual de reducción (%)	
		1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006		1970-1990	1990-2006	1970	1990	2006	1970-1990	1990-2006
Territorio Palestino Ocupado	108	-	40	22	-	3.7	45	-	-2.8x	7.9	6.4	5.3	1.0	1.3
Timor-Leste	65	-	177	55	-	7.3	69	-	-	6.3	5.3	6.7	0.8	-1.4
Togo	38	219	149	108	1.9	2.0	28	-1	-0.1	7.0	6.4	5.0	0.5	1.6
Tonga	101	50	32	24	2.2	1.8	25	-	1.9	5.9	4.6	3.8	1.3	1.2
Trinidad y Tabago	75	54	34	38	2.3	-0.7	-12	1	4.7	3.5	2.4	1.6	1.8	2.6
Túnez	106	201	52	23	6.8	5.1	56	3	3.3	6.6	3.6	1.9	3.0	3.9
Turkmenistán	67	-	99	51	-	4.1	48	-	-6.8x	6.3	4.3	2.6	1.9	3.3
Turquía	96	201	82	26	4.5	7.2	68	2	1.9	5.5	3.0	2.2	3.0	2.2
Tuvalu	75	-	54	38	-	2.2	30	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania	101	36	25	24	1.8	0.3	4	-	-1.5	2.1	1.9	1.2	0.6	2.8
Uganda	23	170	160	134	0.3	1.1	16	-	3.1	7.1	7.1	6.6	0.0	0.5
Uruguay	138	56	23	12	4.4	4.1	48	1	1.2	2.9	2.5	2.1	0.7	1.0
Uzbekistán	69	-	74	43	-	3.4	42	-	0.7	6.5	4.2	2.6	2.2	3.1
Vanuatu	79	155	62	36	4.6	3.4	42	-0.5x	-0.3	6.3	4.9	3.9	1.2	1.5
Venezuela (República Bolivariana de)	110	62	33	21	3.2	2.8	36	-2	-0.6	5.4	3.4	2.6	2.2	1.8
Viet Nam	122	87	53	17	2.5	7.1	68	-	6	7.0	3.7	2.2	3.2	3.2
Yemen	41	303	139	100	3.9	2.1	28	-	1.5	8.6	8.1	5.6	0.3	2.3
Zambia	13	181	180	182	0.0	-0.1	-1	-2	0	7.4	6.5	5.3	0.7	1.2
Zimbabwe	39	135	76	105	2.9	-2.0	-38	0	-2.4	7.4	5.2	3.3	1.8	2.9

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	243	187	160	1.3	1.0	14	-	1.1	6.8	6.3	5.3	0.4	1.1
África oriental y meridional	220	165	131	1.4	1.4	21	-	1.2	6.8	6.0	5.0	0.6	1.1
África occidental y central	264	208	186	1.2	0.7	11	-	1	6.8	6.6	5.6	0.1	1.1
África del Norte y Oriente Medio	195	79	46	4.5	3.4	42	0	2.2	6.8	5.0	3.1	1.5	3.1
Asia meridional	199	123	83	2.4	2.5	33	2	3.9	5.7	4.3	3.0	1.4	2.2
Asia Oriental y Pacífico	121	55	29	3.9	4.0	47	6	6.7	5.6	2.5	1.9	4.1	1.7
América Latina y el Caribe	123	55	27	4.0	4.4	51	1	1.4	5.3	3.2	2.4	2.5	1.8
ECE/CEI	91	53	27	2.7	4.2	49	-	1.1	2.8	2.3	1.7	0.9	2.1
Países industrializados [§]	27	10	6	5.0	3.2	40	2	1.9	2.3	1.7	1.7	1.3	0.2
Países en desarrollo [§]	164	103	79	2.3	1.7	23	3	4.1	5.8	3.6	2.8	2.3	1.6
Países menos adelantados [§]	244	180	142	1.5	1.5	21	-	2.3	6.7	5.8	4.7	0.7	1.3
Mundo	145	93	72	2.2	1.6	23	2	2.3	4.7	3.2	2.6	1.9	1.4

§ También incluye los territorios de cada categoría de países o grupo regional. Los países y territorios de cada categoría de países o grupo regional aparecen en la lista de la página 148.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Tasa de mortalidad de menores de 5 años – Probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta la edad de 5 años, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.

Reducción desde 1990 (%) – Porcentaje de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5) desde 1990 hasta 2006. La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas estableció en 2000 la meta de reducir en dos terceras partes (67%) la TMM5 desde 1990 a 2015. Por tanto, este indicador ofrece una evaluación actual de los progresos hacia esta meta.

PIB per cápita – El Producto Interno Bruto (PIB) es la suma del valor agregado por todos los productores residentes, más cualquier impuesto a los productos (menos subsidios) que no haya sido incluido en la valoración de la producción. El PIB per cápita es el producto interno bruto dividido por la población a mediados del año. El crecimiento se calcula sobre la base de los datos del PIB a precios constantes, en moneda local.

Tasa total de fecundidad – Número de niños que nacerían por mujer si viviera hasta el final de sus años de fecundidad y tuviera hijos a cada edad según las tasas prevalentes de fecundidad para cada edad.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Tasa de mortalidad de menores de 5 años – UNICEF, División de Población de las Naciones Unidas y División de Estadística de las Naciones Unidas.

PIB per cápita – Banco Mundial.

Fecundidad – División de Población de las Naciones Unidas.

- NOTAS**
- Datos no disponibles.
 - x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
 - o Un valor negativo indica un aumento en las tasas de mortalidad de menores de cinco años desde 1990.

Glosario

AIEP	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia	PIB	producto interno bruto
AOD	Asistencia Oficial para el Desarrollo	PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
BCG	vacuna antituberculosa (bacilo Calmette-Guérin)	SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
DHS	Encuestas de Demografía y Salud	TB	tuberculosis
EIS	Encuestas sobre los indicadores del SIDA	TMAR	Tasa media anual de reducción
GOBI	vigilancia del crecimiento, rehidratación oral, lactancia materna, inmunización	TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años
HepB	vacuna contra la hepatitis B	UIS	Instituto de Estadísticas de la UNESCO
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
INB	ingreso nacional bruto	UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
MICS	Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples	UNGEI	Iniciativa de las Naciones Unidas para la Educación de las Niñas
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio	UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
OMS	Organización Mundial de la Salud	USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
ONU	Naciones Unidas	VIH	virus de inmunodeficiencia humana
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA		



Oficinas del UNICEF

UNICEF, Sede central

UNICEF House
3 United Nations Plaza
Nueva York, NY 10017,
Estados Unidos

UNICEF, Oficina de Ginebra

Palais des Nations
CH-1211 Ginebra 10, Suiza

**Oficina Regional para Europa Central y
Oriental, la Comunidad de Estados
Independientes y los Estados Bálticos**

Palais des Nations
CH-1211 Ginebra 10, Suiza

**UNICEF, Oficina Regional para África
Oriental y Meridional**

Apartado Postal 44145-00100
Nairobi, Kenya

**UNICEF, Oficina Regional para África
Central y Occidental**

Apartado Postal 29720 Yoff
Dakar, Senegal

**UNICEF, Oficina Regional para
América Latina y el Caribe**

Avenida Morse
Ciudad del Saber Clayton
Edificio #102
Apartado 0843-03045
Ciudad de Panamá, Panamá

**UNICEF, Oficina Regional para Asia
Oriental y Pacífico**

Apartado Postal 2-154
19 Phra Atit Road
Bangkok 10200, Tailandia

**UNICEF, Oficina Regional para Oriente
Medio y Norte de África**

Apartado Postal 1551
Ammán 11821, Jordania

**UNICEF, Oficina Regional para Asia
Meridional**

Apartado Postal 5815
Lekhnath Marg
Katmandú, Nepal

**Hay más información disponible
en nuestro sitio en la Internet:
www.unicef.org/spanish**

Para toda la infancia
Salud, educación, igualdad, protección
ASÍ LA HUMANIDAD AVANZA

Fondo de las Naciones Unidas
para la Infancia

3 UN Plaza, New York, NY 10017

Estados Unidos

Correo electrónico: pubdoc@unicef.org

Internet: www.unicef.org/spanish

US \$25,00 UK £12,10 €16,80

ISBN: 978-92-806-4193-6

No. de venta: S.08.XX.1

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Diciembre 2007