Save the Children

Protegiendo a los niños desde 1919

Estado MUNDIAL DE LAS MADRES 2008

Reduciendo las desigualdades en la superviviencia de los niños menores de 5 años

ÍNDICE

3 Introducción

5 Sumario Ejecutivo

9 200 millones de niños y niñas no disponen de la atención sanitaria que les corresponde

15 Ranking de Atención Sanitaria: ¿Cómo los países estan proporcionando a la infancia cuidados médicos básicos

23 Llegar hasta los más desfavorecidos entre los pobres y disminuir labrecha de supervivencia

31 La supervivencia infantil en los países industrializados

35 ¡Emprendamos acciones ya! ¡Creemos un mundo diferente para los niños!

37 Anexo:Índice sobre la situación de las madres y ránking de países

41 Metodología y procesos de investigación utilizados en la elaboración del índice de madres

46 Notas al pie

Foto portada:
David Greedy / Save the Children

Bangladesh. Meena y su bebé de siete días Barsha recibieron asistencia de una matrona formada por Save the Children.

© Save the Children, May 2008.
Todos los derechos reservados.

ISBN 1-888393-20-3

Reduciendo las desigualdades en la supervivencia de los niños menores de 5 años

Save the Children publica su noveno Informe anual sobre el Estado Mundial de las Madres. Este año se centra en los 200 millones de niños y niñas menores de cinco años que no reciben la atención médica básica. Los niños y niñas más pobres son los más excluidos y con mayor riesgo de morir.

En el informe se muestra cuáles son los países que lo están haciendo mejor (así como los que lo están haciendo peor) para mejorar la salud infantil a través de medidas sanitarias básicas. Así mismo presta especial atención a las brechas de supervivencia que existen dentro de los países en vías de desarrollo entre los niños y niñas más pobres y los más acomodados y expone cómo millones de vidas podrían salvarse si los niños, especialmente los más pobres, recibiesen una atención sanitaria esencial y de bajo coste.

NEPAL

Sumario Ejecutivo

En el mundo, más de 200 millones de niños menores de cinco años no reciben la atención sanitaria esencial que necesitan[8]. Ello contribuye a que casi 10 millones de niños mueran cada año como consecuencia de enfermedades fácilmente prevenibles o tratables como diarrea y neumonía[9]. Un número desproporcionado de los niños sin acceso a la atención sanitaria provienen de las familias más pobres y marginadas de los países en vías de desarrollo. A pesar de que en las últimas décadas se han producido progresos muy importantes en la reducción de la mortalidad entre los niños menores de cinco años, la tasa de mortalidad entre los niños más pobres no se ha reducido tan favorablemente y, en algunos países, ha incluso empeorado. Estas enormes desigualdades en la atención sanitaria condenan injustamente a millones de los niños más pobres del mundo a una muerte temprana o a toda una vida con mala salud.

En el informe sobre el Estado Mundial de las Madres de este año se señalan los países que están registrando más éxitos (así como los que más están fracasando) en la atención sanitaria básica a las madres y los niños que más lo necesitan. Se examina también en qué lugares la brecha sanitaria entre los niños más pobres y los más acomodados es mayor y dónde es más pequeña. Así mismo, se analizan las brechas de supervivencia entre los niños peor y mejor situados económicamente dentro de los países en vías de desarrollo y se muestra cómo podrían salvarse las vidas de millones de niños en estos países si se les asegurase a todos el acceso a una atención sanitaria esencial y de bajo coste.

PRINCIPALES CONCLUSIONES

1) Un número alarmante de países están fracasando en ofrecer la atención sanitaria más básica que podría salvar millones de vidas En los 55 países en vías de desarrollo (que en conjunto representan el 83% de las muertes infantiles), más del 30% de los niños no dispone de los cuidados médicos básicos cuando los necesitan. En nuestro Ranking de Atención Sanitaria Básica se muestra que casi 200 millones de niños menores de cinco años en estos países están perdiendo la oportunidad de recibir una atención que podría salvar sus vidas, como cuidado prenatal, asistencia cualificada durante el parto e inmunizaciones y tratamiento para la diarrea y la neumonía. En 30 de los 55 países, más de la mitad de los niños no recibe una atención sanitaria básica. En Etiopía y Somalia (los dos países con los puestos más bajos en el ranking) más del 80% de los niños no recibe los cuidados médicos que podrían salvar sus vidas. (Para leer más, vaya a las páginas 15-24).

2) Los niños más pobres son los que cuentan con menos probabilidades de lograr una atención sanitaria esencial. El Ranking de Acceso muestra las grandes desigualdades existentes entre el cuidado médico recibido por los niños más pobres en comparación con el que reciben los niños más ricos en casi todos los países y esto es así tanto para los países mejor clasificados como para los peor situados en el ranking. En Filipinas y Perú, por ejemplo, los niños más pobres tienen 3,2 veces más de posibilidades de no recibir la atención sanitaria esencial. En Filipinas, el 46% de estos niños carece de cualquier cuidado médico y en Perú esta cifra asciende al 48%. En Malí y Nigeria, los niños más desfavorecidos cuentan con 2,5 más de posibilidades de no recibir la atención sanitaria básica con porcentajes que se sitúan en el 67% en el caso de Malí y de hasta el 83% en el de Nigeria (para leer más, vaya a la página 21).

3) Las tasas de mortalidad infantil más elevadas se localizan en los lugares más pobres y desfavorecidos. Casi todas las muertes de menores de cinco años (99%) se producen en el mundo en vías de desarrollo. Dentro de los países, las cifras de muertos entre los niños más pobres son las más elevadas. Como media, un niño perteneciente a la quinta parte de la población más pobre del mundo tiene el doble de posibilidades de morir que un niño en la parte correspondiente de la población más rica. En muchos países, la tasa de mortalidad de los menores de cinco años entre los niños más pobres es de hasta tres veces mayor o incluso más. En Latinoamérica, países como Brasil, Bolivia y Perú cuentan con las mayores brechas de supervivencia en el mundo. De todos los países en el Ranking de Acceso a la Atención Sanitaria, Perú cuenta con la brecha de supervivencia más grande (los niños peruanos más pobres tienen 7,4 veces más probabilidades de morir que los niños más ricos). En Asia, se observan grandes disparidades en Indonesia, Filipinas e India. En los países del Norte de África y Oriente Medio, Egipto y Marruecos son los que cuentan con las mayores diferencias y en África subsahariana, Nigeria y Sudáfrica tienen las mayores brechas de supervivencia entre los niños más ricos y los más pobres. (Para leer más, vaya a las páginas 9-21).

4) La financiación destinada a la supervivencia infantil no coincide con las necesidades. El gasto en atención sanitaria en todo el mundo beneficia desproporcionadamente a la población de los países de rentas altas y que cuentan con serios problemas que tratar, mientras que la mayoría de enfermedades y casi todas las muertes infantiles prevenibles, tienen lugar en los países en vías de desarrollo. El déficit general entre los fondos que se precisan y los fondos destinados para salvar las vidas de los niños es muy grande. Además, las causas que provocan la muerte de la mayoría de los niños no reciben el porcentaje de la financiación que les debería corresponder. (Para leer más, vaya a las páginas 12-13).

5) Reducir la brecha en la cobertura de la asistencia sanitaria podría salvar cada año la vida de más de seis millones de niños.. Se estima que, cada año, 3,9 millones más de niños menores de cinco años podrían sobrevivir si el mundo borrase definitivamente la brecha existente en cuanto a la desigualdad de la supervivencia infantil. Y si todos los niños (ricos y pobres por igual) tuviesen acceso a un programa básico de atención sanitaria, 6,1 millones de niños podrían sobrevivir cada año. Si se redujesen las brechas en la supervivencia sólo en India y Nigeria, se lograría prevenir casi el 20% de las muertes infantiles, ello supondría la supervivencia cada año de 1,1 millones de niños y niñas en India y de 660.000 en Nigeria (para leer más, vaya a la página 13).

UN BREVE RESUMEN: SALVAR LA VIDA DE LAS MADRES Y LOS NIÑOS

- En todo el mundo, más de 200 millones de niños y niñas menores de cinco años no cuentan con un cuidado médico básico cuando lo necesitan .[1]
- Cada año, 9,7 millones de niños en todo el mundo mueren antes de cumplir los cinco años de edad. Esto representa la muerte de 26.000 niños cada día[2].
- Más de una de cada seis muertes en el mundo es de un niño menor de cinco años[3].
- Cada minuto muere una mujer durante el embarazo o el parto[4].
- Dos millones de recién nacidos mueren al año en el día de su nacimiento[5].
- Las principales causas de muerte de los niños y niñas en el mundo son las complicaciones en el parto, la neumonía, la diarrea y la malaria[6].
- Con el uso de las herramientas de bajo coste y el conocimiento existente, podríamos salvar más de seis millones del total de 9,7 millones de niños y niñas que mueren cada año por causas fáciles de prevenir o tratar[7].

RECOMENDACIONES

1) Diseñar programas de asistencia sanitaria dirigidos a las madres y los niños más pobres y marginados. Si queremos solucionar el problema de la supervivencia de una vez por todas, necesitamos acortar la brecha en la cobertura sanitaria para todos los niños, pero especialmente la brecha que se abre entre ricos y pobres. El alcance de las estrategias sanitarias y el destino de los fondos deben situarse en los niveles más altos para llegar a la madres y los niños que más lo necesitan (para leer más, vaya a las páginas 23-29).

2) Fortalecer los sistemas de atención sanitaria básica. . Miles de niños mueren cada día en los países en desarrollo dado que los sistemas sanitarios cuentan con una financiación mínima y no logran atender las necesidades de la población. Se precisan más fondos para personal, transporte, equipamiento, medicinas, formación para los empleados sanitarios y los costes diarios del funcionamiento operativo de los propios sistemas.

3) Ofrecer un sistema de atención sanitaria básica para la salud de las madres, los recién nacidos y los niños que realmente tenga en cuenta la realidad de la población pobre de los países en desarrollo. Los instrumentos para salvar la vida de las madres y los niños funcionan mejor cuando se ofrecen integrados en un programa y como parte de una "atención continuada" que enlace a las comunidades, las instalaciones sanitarias locales y los hospitales. Esto supone un proceso que empieza por un buen cuidado de los niños en los hogares para prevenir y tratar las enfermedades más leves, ofrecer

ANGOLA

después los servicios en las clínicas locales para, finalmente, brindar cuidados hospitalarios en el caso de las situaciones más graves. La mayoría de los sistemas sanitarios invierte justamente en el orden opuesto, otorgando muchos recursos a la atención hospitalaria. La realidad es que la mayoría de los niños enfermos en el mundo en vías de desarrollo nunca accede a los hospitales.

4) Invertir en los trabajadores sanitarios de la comunidad para llegar hasta los más pobres con cuidados básicos que pueden salvar vidas. Millones de familias pobres y marginadas no disponen de una atención sanitaria básica simplemente porque no está disponible, está demasiado lejos o es muy cara. Muchos niños mueren por causas que no requerirían la atención de médicos o la asistencia en hospitales, y podrían salvarse si se contase con una mayor formación, equipamiento y despliegue de los trabajadores sanitarios de la propia comunidad que podrían proporcionar una asistencia básica. Estos trabajadores sanitarios (que viven dentro o cerca de las propias comunidades que más lo necesitan) podrían representar una primera línea de defensa contra las principales causas de la muerte de los niños. (Para leer más, vaya a las páginas 23-29).

5) Incrementar la ayuda a soluciones de probada eficacia para salvar la vida de los niños. Con el fin de cumplir los objetivos de desarrollo, acordados internacionalmente, de reducir la mortalidad infantil y de mejorar la salud de las madres, deberán incrementarse los servicios fundamentales para salvar vidas para todos aquellos recién nacidos y madres que más necesiten esa ayuda.

EL ÍNDICE DE 2008 SOBRE EL ESTADO DE LAS MADRES: SUECIA ENCABEZA EL RANKING, NÍGER OCUPA EL ÚLTIMO PUESTO, ESPAÑA SE SITÚA EN EL 12º LUGAR

El noveno índice anual, elaborado por Save the Children, sobre el estado de las madres establece una comparación del bienestar de madres e hijos en 146 países (más que en cualquier año anterior).

Asimismo, el Índice sobre el Estado de las Madres ofrece informaciones sobre otros 27 países, 22 de los que se disponía de datos suficientes para presentar hallazgos sobre los indicadores de niños. Si incluimos esos países, llegamos a un número total de 173 países. Suecia, Noruega e Islandia encabezan el ranking este año. Los diez primeros países alcanzan, en general, puntuaciones muy altas en cuanto al estatus económico, de salud y de educación de madres e hijos. Níger ocupa el último lugar entre los 146 países analizados. Los 10 últimos países, de los que ocho se encuentran en el África subsahariana, son la imagen opuesta de las de los 10 primeros, con unas puntuaciones muy bajas en todos los indicadores.

Este año, España ocupa el 12º puesto, tres puestos menos que el pasado año, debido fundamentalmente a la inclusión de nuevos países que ocupan puestos por delante de España, como Islandia, Irlanda y Francia.

En los países peor clasificados, las condiciones para las madres y sus hijos son realmente alarmantes. Como media, una de cada 21 madres muere por causas relacionadas con el embarazo; más de uno de cada seis niños muere antes de haber cumplido un año y uno de cada tres niños padece desnutrición.

En torno al 50% de la población carece de acceso a agua segura y sólo tres niñas por cada cuatro niños están matriculadas en la escuela primaria.

Una brecha muy dramática se abre a la hora de comparar la disponibilidad de servicios de salud materno infantil de Suecia y de Níger. Prácticamente todos los partos en Suecia cuentan con la asistencia de personal sanitario cualificado, mientras que sólo un 33% de los partos en Níger son atendidos por personal cualificado.

Casi todas las mujeres suecas han recibido educación formal durante más de 17 años y vivirán hasta los 83 años, un 72% utiliza algún medio moderno de contracepción y sólo una de cada 185 sufrirá la muerte de su hijo antes de que éste cumpla un año. En el extremo opuesto de ese panorama se encuentra Níger, donde una mujer habrá recibido como media en su vida una educación formal de tres años, sólo una de cada 10 mujeres sabe leer y escribir y tan sólo vivirá hasta los 45 años. Apenas un 4% utiliza algún método moderno de contracepción y uno de cada cuatro niños muere antes de cumplir un año. Según este índice, cada mujer en Níger verá morir a un hijo y nueve de cada 10 madres pueden perder hasta dos hijos en su vida.

Si nos centramos en la parte del índice dedicada al bienestar infantil, constatamos que Italia ocupa el primer lugar y Níger se sitúa en el último puesto de la lista de 168 países. Mientras que prácticamente cada niño y niña en Italia goza de una buena salud y educación, uno de cada cuatro niños en Níger se enfrenta al riesgo de morir antes de los cinco años de edad. El 44% de los niños en el país africano sufre desnutrición y el 54% no tiene acceso a agua segura. A penas un 47% de los niños en Níger está inscrito en la escuela primaria y sólo tres niñas por cada cuatro niños gozan de este derecho.

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

NIGER

200 millones de niños y niñas no disponen de la atención sanitaria que les corresponde

En todo el mundo, más de 200 millones de niños menores de cinco años no reciben atención médica básica cuando la necesitan[8]. Como resultado, más de 26.000 niños mueren cada día por enfermedades fácilmente tratables y prevenibles como la diarrea y la neumonía [9].

Pero, ¿quiénes son estos niños? Suelen ser los más pobres entre los pobres de los países en vías de desarrollo. Viven en comunidades donde existen muy pocas clínicas e incluso menos personal sanitario. A menudo pertenecen a grupos de minorías étnicas o religiosas que se han enfrentado a generaciones enteras de negación y discriminación. Y, la mayoría de las veces, son niñas.

El problema de la denominada "supervivencia infantil" ha estado presente durante décadas; se trata de uno de los desafíos más persistentes y duraderos a los que se enfrenta el mundo en estos tiempos. La trágica ironía es que han existido soluciones asequibles durante décadas, mejoradas y refinadas progresivamente. Lo que realmente ha faltado es la voluntad política y la financiación necesaria para ofrecer soluciones de probada eficacia a los niños y niñas que más lo necesitan.

A principios de los años 80, la comunidad internacional lanzó "la Revolución por la Supervivencia Infantil", que impulsaba el uso de intervenciones sanitarias básicas y de bajo coste para prevenir y tratar las causas fundamentales de mortalidad infantil. Desde entonces, el número de niños menores de cinco años que mueren cada año se ha reducido progresivamente: actualmente se sitúa por debajo de los 10 millones por primera vez en la historia.

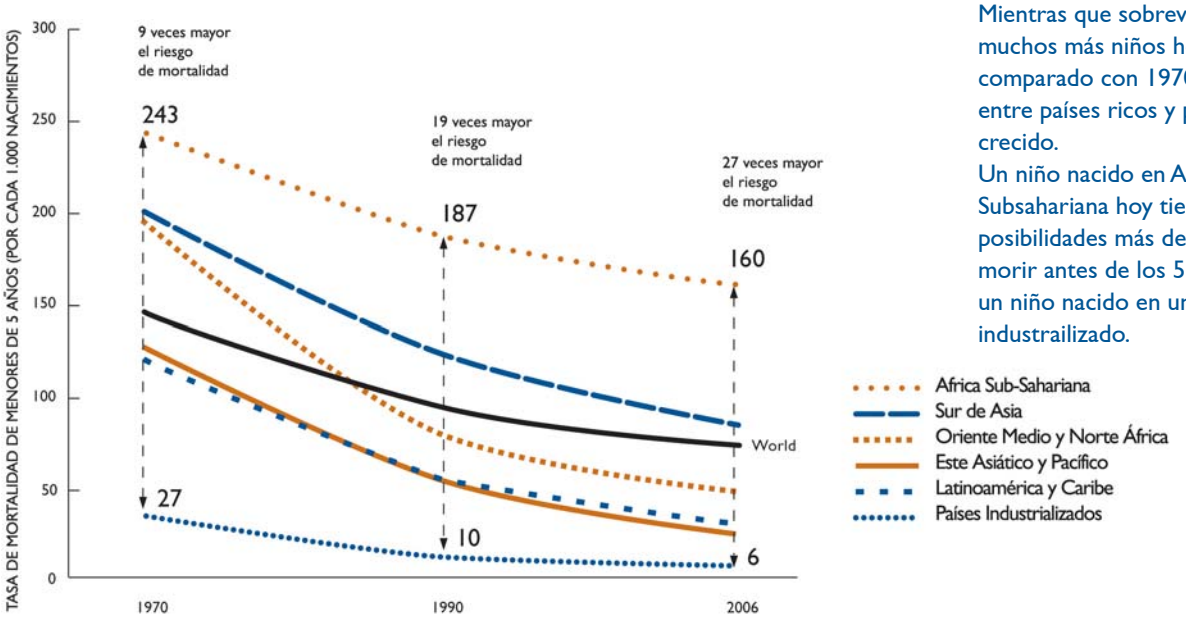
Pero la mayoría los niños y niñas que han salvado sus vidas eran en realidad los más fáciles de salvar. Los sectores más privilegiados en los países son los que más se han beneficiado[10]. Los avances en la supervivencia infantil han llegado mucho más lentamente a los países pobres, y todavía más tarde a las personas más pobres de esos países. La revolución por la supervivencia infantil, a pesar de todos sus logros, ha provocado grandes desigualdades entre ricos y pobres.

DESIGUALDADES CRECIENTES PARA LOS NIÑOS MÁS POBRES

La oportunidad de un niño para llegar a su quinto cumpleaños tiene mucho que ver con el país o la comunidad en la que nace. El centro del problema de la supervivencia infantil se encuentra en la creciente brecha que separa la salud de los pobres y los ricos en el mundo. Prácticamente todas las muertes infantiles (99%)[11] tienen lugar en contextos de pobreza dentro de países en vías de desarrollo[12]. Y la brecha en las tasas de mortalidad infantil entre las regiones más ricas y más pobres del mundo, se ha extendido en las últimas décadas.

Dentro de los países, las tasas de mortalidad son más altas entre los más pobres. Como media, un niño de la quinta parte de la población más pobre tiene más del doble de riesgo a morir que un niño perteneciente a la quinta parte de población más rica[13].

EL PROGESO VA MÁS LENTO MIENTRAS LA BRECHA DE SUPERVIVIENCIA CRECE, 1970-2006



Mientras que sobreviven muchos más niños hoy en día comparado con 1970, la brecha entre países ricos y pobres ha crecido.
Un niño nacido en Africa Subsahariana hoy tiene 27 posibilidades más de riesgo de morir antes de los 5 años que un niño nacido en un país industrailizado.

Fuente: UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. Tabla 10, p.153.

SIERRA LEONA

200 millones de niños y niñas no disponen de la atención sanitaria que les corresponde

En el primer mes de vida de los bebés (que representan el 37% de las muertes de niños menores de cinco años), aquellos cuyas madres pertenecen a esa quinta parte de la población más pobre tienen un 30% más de posibilidades de morir en comparación con los niños que nacen en la quinta parte más rica[14] . Estas estadísticas en conjunto ocultan diferencias más grandes en muchos países.

En muchos países, la tasa de mortalidad de los menores de cinco años entre los niños más pobres es tres veces mayor, o incluso más, que entre los niños más ricos. Países latinoamericanos como Brasil, Bolivia y Perú, cuentan con las mayores brechas en supervivencia. En Asia, se localizan grandes diferencias en India, Indonesia y las islas Filipinas. En Medio Oriente, Egipto y Marruecos existen grandes disparidades; mientras que en el África Subsahariana, Nigeria y Sudáfrica padecen las mayores diferencias entre la supervivencia de ricos y pobres.

Una madre en el África Subsahariana tiene hasta 83 veces más probabilidades de perder a su hijo en sus primeros cinco años de vida que una madre perteneciente a un país industrializado[15] . Cuatro de cada cinco mujeres en el África Subsahariana podrán perder a un hijo durante toda su vida[16] , algo que puede sonar como un tópico pero que es una historia de tristeza inimaginable.

En casi todos los países en vías de desarrollo, las diferencias en la salud y la atención sanitarias son enormes y siguen aumentando. Los niños de las familias más pobres y marginadas tienen considerablemente menos oportunidades de acceder a intervenciones que podrían salvar sus vidas, si lo comparamos con los niños nacidos en las familias más acomodadas.

Los niños más pobres son más vulnerables a la muerte y a enfermedades dada la mayor exposición a una higiene pobre, aguas contaminadas, contaminación y condiciones inadecuadas dentro de las casas. Tienen más probabilidades de presentar bajo peso al nacer, sufrir desnutrición y contraer enfermedades crónicas comunes. Todos estos factores hacen a los niños más pobres mucho más susceptibles a enfermedades infecciosas graves que amenazan sus vidas[17] .

Estos niños corren también mayores riesgos dado que sus padres a menudo desconocen prácticas saludables que podrían salvar sus vidas. Las madres y familias más empobrecidas son las que cuentan con menos posibilidades de acceder a los servicios que mejor podrían salvaguardar su salud.

Como es de esperar, la calidad de los servicios en las comunidades más pobres es normalmente inferior a la de las comunidades más ricas: el personal, la supervisión y la logística es mucho más difícil en zonas remotas y empobrecidas; los caminos y carreteras pueden llegar a ser intransitables en determinadas estaciones. Pero incluso en contextos en los que existen mejores infraestructuras, grupos étnicos desfavorecidos a menudo se enfrentan a unos cuidados médicos poco comprensivos o incluso hostiles que les impiden acceder a una atención inmediata.

BRECHAS EN LA SUPERVIVENCIA DE LAS NIÑAS EN INDIA Y CHINA

En la mayoría de los países, las niñas tienen tasas de supervivencia ligeramente superiores que las de los niños. Pero en India y China (los dos países más poblados del mundo) la tasa de mortalidad en las niñas es mucho mayor que la de los niños y la brecha de género sigue aumentando.

India cuenta con la brecha de género en supervivencia más grande del mundo. Allí las niñas tienen un 61% más de probabilidades que los niños de morir entre su primer y quinto año de vida. Esto significa que de cada cinco niños que mueren, perecen ocho niñas [18]. Aunque India ha recortado la media en mortalidad infantil en un 34% desde 1990, la brecha de género en la supervivencia se ha hecho más grande. Esta es más extensa en las zonas rurales pero de ninguna manera constituye un fenómeno estrictamente rural [19].

En China, las niñas pueden morir antes de su quinto cumpleaños en un porcentaje mayor del 30% en comparación con las probabilidades de los niños; es decir, por cada siete niños, mueren nueve niñas[20] . Investigaciones recientes concluyen no sólo que la brecha entre niños y niñas está creciendo, sino que ello refleja unas tasas crecientes de mortalidad entre las niñas que aún son bebés y menores de cinco años [21].

La razón fundamental para que se den estas brechas de género en India y China es la desigualdad en el acceso a los cuidados médicos entre niñas y niños. La preferencia por el hijo varón es algo muy arraigado en la cultura china e india, y ello resulta en una fuerte discriminación hacia las niñas no sólo en alimentación sino también en la prevención y atención sanitaria. En ambos países, las niñas son a menudo trasladadas al hospital cuando ya se encuentran en estados más graves que lo que respecta a los niños y se las lleva a profesionales menos cualificados[22] . Se emplea menos dinero para la salud de las niñas que para la de los niños,[23-24] y como consecuencia de ello, las niñas tienen menos posibilidades de recibir las medicinas y tratamientos que necesitan. En el estado indio de Punjab, los resultados de un estudio mostraban que el gasto en cuidados médicos durante los dos primeros años de vida era 2,3 puntos mayor en los niños que en las niñas [25].

Incluso cuando se logran progresos en la supervivencia infantil, las reducciones en mortalidad de las niñas se han equilibrado como consecuencia del infanticidio femenino o de abortos selectivos. Los investigadores aseguran que en India cada año se pierden 500.000 niñas como consecuencia de abortos selectivos e infanticidios [26]. Estas prácticas pueden suponer la "desaparición" o pérdida de 10 millones de niñas en los últimos 20 años[27] . La cifra correspondiente para China se estima entre los 35 y 41 millones de niñas "desaparecidas" o, lo que es lo mismo, más del 6% de la población china[28] .

INDIA

EL CRÍTICO VÍNCULO ENTRE MADRE E HIJO

Numerosos estudios han documentado la complicada relación entre el bienestar de la madre y el de sus hijos. Cuando las madres son pobres, no tienen educación, ni capacidad para acceder a la atención sanitaria, los riesgos a los que se enfrentan ellas y sus hijos se multiplican.

Las madres pobres a menudo no cuentan con la adecuada atención durante el embarazo y el parto y tienen muchas más probabilidades de morir durante el mismo que las mujeres más ricas. Las mujeres que se quedan embarazadas en países en vías de desarrollo se enfrentan a un riesgo de muerte materna de 6 a 600 veces mayor que las mujeres de países desarrollados[29] . El riesgo en la vida de una mujer de morir como consecuencia del embarazo es:

- o en Africa, 1 de cada 26;
- o en Asia, 1 de cada 120;
- o en Latinoamérica, 1 de cada 290;
- o en países más desarrollados, 1 de cada 7.300[30]

Se calcula que cada año, 50 millones de mujeres en países en vías de desarrollo dan a luz en sus casas sin ningún tipo de atención médica 3[1] y, en torno a 533.000 mujeres mueren en el parto o por complicaciones durante el embarazo[32].

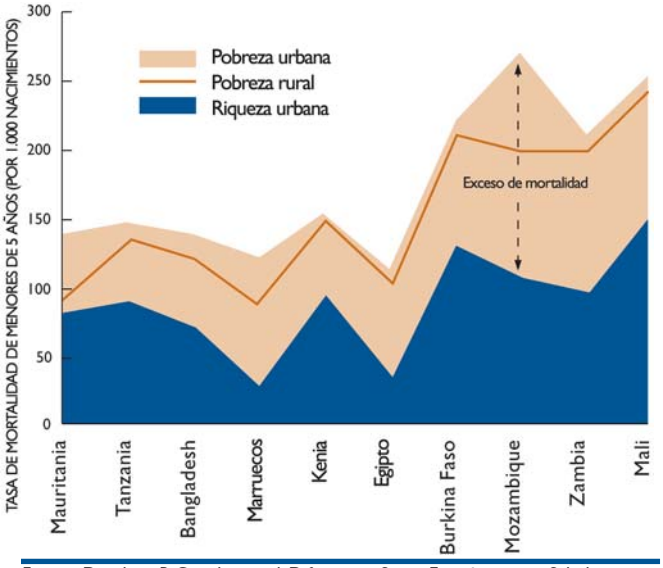
La muerte de una madre es algo más que una tragedia personal. Puede tener consecuencias muy graves, no sólo para su familia, sino también para la comunidad y la economía. Cuando una madre muere, sus hijos tienen de 3 a 10 veces más probabilidades de morir también [33]. Cada año, cerca de cuatro millones de bebés mueren durante su primer mes de vida, la mayoría por causas totalmente prevenibles. La mayoría de estas muertes se producen en contextos donde existen también tasas de mortalidad materna muy elevadas [34].

DISPARIDAD EN LA SUPERVEVIENCIA INFANTIL EN ENTORNOS URBANOS Y RURALES

En general, los niños de áreas urbanas en el mundo desarrollado gozan de una mejor salud que sus iguales de las zonas rurales y se enfrentan a un menor riesgo de morir antes de los cinco años. En general, los niños de las ciudades se encuentran mejor alimentados y, por tanto, es más difícil que sufran desnutrición crónica y de estar muy por debajo del peso que les corresponde [35].

En algunos países, sin embargo, el ambiente rural es más sano que el urbano. En Bangladesh, las tasas de malnutrición son mayores que en las ciudades [36]; en Mauritania, Marruecos y Mozambique los niños pobres de las ciudades tienen entre un 40 y un 60 más de posibilidades de morir antes de los cinco años que el más pobre de los niños en las zonas rurales; y en las barriadas de Río de Janeiro, en Brasil, la tasa de mortalidad infantil es hasta 10 veces mayor que en los vecinos suburbios ricos [37]. Los niños de estos barrios no cuentan con acceso a la atención sanitaria y otros servicios básicos.

Los altos niveles de hacinamiento en las áreas urbanas hacen a los niños pobres vulnerables ante enfermedades contagiosas como la diarrea, infecciones respiratorias graves y meningitis. Enfermedades prevenibles con vacunas como el sarampión, la difteria y la tos ferina también se extienden más rápidamente en zonas rurales muy pobladas. Del mismo modo, las malas condiciones de salubridad y alcantarillado incrementan el riesgo de padecer enfermedades transmisibles[38] .



Fuente: Davidson R.Gwatkin, et al. Diferencias Socio-Económicas en Salud, Nutrición y Población (2007).

200 millones de niños y niñas no disponen de la atención sanitaria que les corresponde

LOS POBRES EN EL ÁMBITO RURAL SUFREN LOS MAYORES RIESGOS

Los hijos de madres pobre en áreas rurales se enfrentan a retos enormes para sobrevivir. Los bebes de estas áreas tienen un 21% más de probabilidad es de morir durante su primer año de vida si lo comparamos con los niños nacidos en las ciudades[39] . Estos bebes nacen a menudo en casa, sin ningún tipo de contacto con el sistema sanitario. La madre puede ser ayudada por una vecina o un miembro de la familia o por nadie en absoluto. En el África Subsahariana y en el Sudeste Asiático, por ejemplo, tan sólo un 40% de las mujeres dan a luz con atención cualificada[40].

Las madres en zonas rurales de Burundi, Eritrea, Nepal y Pakistán tienen un 80% menos de probabilidades de dar a luz con personas cualificadas en comparación con las madres de zonas urbanas[41]. En Chad y Níger, cada 100 nacimientos en zonas urbanas asistidos por personal sanitario cualificado, se corresponden en las zonas rurales con menos de 15 nacimientos en tales circunstancias de atención [42].Y en Etiopía, menos del 3% de los partos rurales son atendidos, en comparación con el 45% de los urbanos[43].

Las madres más pobres y los recién nacidos en algunos países se encuentran incluso en peores condiciones. En Bangladesh, Chad y Nepal, menos del 4% de los nacimientos de madres pobres son atendidos por personal cualificado[44]. En Etiopía, menos del 1% dan a luz con atención profesional mientras que las madres mejor acomodadas tienen 38 veces más probabilidades de contar con asistencia durante el parto[45].

Las madres pobres tienen en general menos educación y cuentan con menos posibilidades para asegurar que sus hijos son inmunizados o para reconocer señales de peligro cuando sus hijos están enfermos o necesitan atención sanitaria.

En el África Subsahariana, los niños más pobres cuentan con una probabilidad cinco veces mayor de no disfrutar de ningún tipo de cobertura inmunológica básica que la de los niños más ricos[46]. En el Este y el Sudeste Asiático, los niños en los hogares más pobres corren un riesgo de no recibir inmunización 6,5 veces mayor[47]. En Níger, menos del cinco por ciento de los niños más pobres están totalmente inmunizados, en comparación con un 50% de los niños más ricos que sí disfrutan de esa inmunización[48] mientras que en Chad, Nigeria y Yemen, los niños con menos recursos tienen un 78% menos de posibilidades de inmunizarse contra el sarampión[49].

Cuando muestran signos de neumonía, los niños de las zonas rurales, los niños pobres y de madres con escasa educación cuentan con un 25% menos de posibilidades de que sus padres les lleven ante un asistente sanitario[50] y la probabilidad de los niños más pobres de ser atendidos por diarrea y fiebre es de entre un 20% y un 40% menor[51].

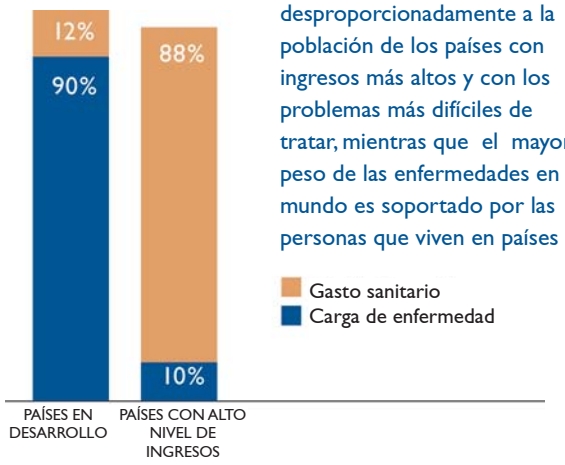
LOS FONDOS PARA LA SUPERVIVENCIA INFANTIL NO SE CORRESPONDEN CON LAS NECESIDADES

El apoyo global a la agenda de la supervivencia infantil durante los años 80 incrementó fuertemente la disponibilidad de medidas para salvar la vida de millones de niños. Sin embargo, la ayuda hacia programas de supervivencia infantil no se ha correspondido con el aumento de las necesidades y el apoyo financiero por parte de los donantes internacionales se ha estancado o ha decrecido desde 1990.

Enfermedades como el SIDA y la tuberculosis (que tienen mucha presencia en los medios y cuentan con el apoyo de numerosos activistas), son las que más financiación reciben por parte de los donantes y los gobiernos más importantes, en base a la creencia equivocada de que son las que mayor número de muertes provocan. Pero la realidad es que la mayoría de las muertes de niños en el tercer mundo se debe a enfermedades prevenibles que les han amenzado durante décadas: diarrea, neumonía, sarampión, malaria e infecciones en los recién nacidos como el tétanos.

Un análisis detallado de las prioridades en el destino de los fondos para sanidad de 42 de los donantes más importantes muestra que la mayoría del dinero concedido a la salud de los pobres en el mundo no llega a cubrir las necesidades de las

LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO PADECEN LAS MAYORES ENFERMEDADES Y SIN EMBARGO CUENTAN CON LA MENOR



En el mundo, el gasto en atención sanitaria beneficia desproporcionadamente a la población de los países con ingresos más altos y con los problemas más difíciles de tratar, mientras que el mayor peso de las enfermedades en el mundo es soportado por las personas que viven en países

Gasto sanitario
Carga de enfermedad

Fuente: WHO. World Health Statistics 2007.

madres y los niños más necesitados. En primer lugar, el déficit general entre los fondos que se necesitan y los fondos comprometidos es muy grande. En segundo lugar, las enfermedades que matan a la mayoría de los niños no cuentan con la financiación que les correspondería[52].

El estudio, que examina la financiación destinada por los donantes a 20 enfermedades transmisibles entre 1996 a 2003, concluye que el tétanos, el sarampión así como las infecciones respiratorias graves (como la neumonía) representan las tres enfermedades para las que la financiación se encuentra más descompensada[53]. Por ejemplo, la neumonía representa un cuarto de lo que se conoce como "la carga de la enfermedad" en los países en vías de desarrollo (con una importancia casi tan alta como la del SIDA), a pesar de que esta enfermedad recibe menos del 2,5% de la financiación directa, mientras que el SIDA recibe el 46,2 de esa financiación directa en asistencia de los donantes. El sarampión representa el 9% de la carga pero a penas recibe un 1,7% de los fondos. Por su parte, el tétanos supone un 3,3% de esa carga logrando tan sólo un 1% de la ayuda[54].

Las contribuciones de la Cooperación Española al sector de la salud sexual y reproductiva se han incrementado sustancialmente, y la salud ha sido uno de los sectores a los que más importancia han otorgado los créditos del Fondo de Ayuda al Desarrollo. Este año la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) de España se situará en 5.509 millones de euros, el mayor incremento nominal de la historia.[55]

Desde el año 2006 se ha presentado una nueva estrategia de salud de la Cooperación Española en la que la salud básica continúa manteniendo el mayor peso (52%) de una ayuda sanitaria que este año asciende a un 14,3% de toda la AOD. Sin embargo, España destina a este sector tres veces menos que el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) y dos veces menos que la media de la Unión Europea. No obstante, observamos que esta divergencia de la cooperación española es cada vez menor, debido a su tendencia actual a incrementar la ayuda a la salud sexual y reproductiva. Más de la mitad de la ayuda va a los Países Menos Adelantados, de los que un 63,50%, se concentra en el sector salud básica. En lo que se refiere a la contribución de los ministerios, la mayor partida a la AOD canalizada por la Administración General del Estado proviene del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación.

Las Comunidades Autónomas en conjunto destinan un 70,65 % y las Entidades Locales un 65,86 % a los países prioritarios; un porcentaje mayor que el del principal responsable del cumplimiento del Plan. Por consiguiente, el peso de las Comunidades Autónomas como agente de la cooperación en salud se mantiene constante en una media del 28% del total de la AOD española en salud. Castilla León y Navarra son las dos comunidades donde la salud tiene un mayor peso con respecto a su AOD. Cataluña, Andalucía, Castilla La Mancha y Madrid aportan cerca del 55% de la AOD autonómica. Sin embargo, aún hay 5 comunidades autónomas que no dedican siquiera el 10% de su presupuesto a los Países Menos Adelantados. Los datos generales muestran una gran heterogeneidad en cuanto al comportamiento en el sector de la salud de la cooperación entre las distintas Comunidades Autónomas pero también bastante variabilidad interanual en los presupuestos que muchas Comunidades Autónomas destinan a la salud.

EL POTENCIAL DE LA EQUIDAD PARA SALVAR VIDAS

Si queremos resolver el problema de la supervivencia infantil de una vez por todas, el mundo tiene que disminuir la brecha entre ricos y pobres y centrar los esfuerzos en materia sanitaria en los niños más difíciles de alcanzar. Se estima que cada año 3,9 millones de niños más podrían sobrevivir más allá de los 5 años si disminuyese la brecha de la desigualdad existente. Y si todos los niños (ricos y pobres por igual) recibiesen un programa completo de atención sanitaria, lograría salvarse la vida de 6,1 millones de niños cada año.

o La vida de 3,9 millones de niños se salvaría. Si cada país en el mundo cerrase su propia brecha de supervivencia, podría prevenirse el 40% de las muertes de menores de cinco años. En otras palabras, si dentro de cada país todos los niños disfrutasen de la misma tasa de supervivencia que el 20% de la población mejor situada, podría salvarse la vida de 3,9 millones de niños . Cerca del 20% del total de las muertes infantiles podría prevenirse disminuyendo las brechas de supervivencia de India y Nigeria, dos de los países del mundo que cuentan con mayores desigualdades y con poblaciones muy grandes. Ello supondría salvar cada año la vida de 1,1 millones de niños en India y 660.000 en Nigeria.

o La vida de 6,1 millones de niños se salvaría. Si todos los niños tuviesen acceso a intervenciones que podrían salvar su vida, podrían prevenirse el 63% de las muertes de menores de 5 años[56]. Ello supone que si los niños de países con altas tasas de mortalidad se beneficiasen de intervenciones preventivas y paliativas como atención cualificada en el parto, inmunizaciones y tratamiento para la neumonía, diarrea y malaria, podrían salvarse 6,1 millones de vidas cada año.

Establecer la atención sanitaria de las poblaciones más pobres como meta permitiría incrementar el número de niños que podríamos salvar. Desde hace mucho tiempo las historias de éxito en la supervivencia infantil muestran claramente que esto es posible. El reto ahora es el de extender los cuidados médicos que pueden salvar vidas al resto de los niños en el mundo, a aquellos que más lo necesitan.

Ranking de Atención Sanitaria: ¿Cómo los países estan proporcionando a la infancia cuidados médicos básicos?

Save the Children presenta su primer Ranking de Atención Sanitaria Básica en el que se muestra qué países lo están haciendo mejor y cuáles peor en proporcionar acceso a todos los niños los cuidados médicos básicos. Este análisis demuestra que para acabar con el problema de la supervivencia infantil de una vez por todas, debemos cerrar la brecha que separa a ricos y pobres y centrar nuestros esfuerzos en los niños a los que es más difícil llegar.

El Ranking examina 55 países que juntos suman el 59% de la población menor de 5 años y el 83% de las muertes de ese grupo de población. Analiza cómo los niños de estos países no disponen de una atención sanitaria básica cuando la necesitan y en cómo las condiciones son muy diferentes si comparamos a los niños más pobres y más ricos de un mismo país. En Ranking presenta cifras alarmantes de niños que ni siquiera reciben los servicios médicos más básicos así como desigualdades en la cobertura sanitaria y las tasas de muerte para los niños más pobres de cada país.

Los países están clasificados en función del porcentaje total de niños que no disfrutan de una atención sanitaria básica cuando la necesitan. Definimos "atención sanitaria básica" como el conjunto de intervenciones que pueden salvar vidas: cuidado prenatal, atención cualificada en el parto, inmunizaciones y tratamiento para la diarrea y la neumonía.

En cada país del Ranking, más del 30% de los niños carecen de esos servicios sanitarios esenciales. En más de la mitad de ellos, el 50% o incluso más de la población infantil no disfruta de cuidados médicos. En Etiopía y Chad (los dos países peor clasificados en el Ranking) más del 80% de los niños no reciben la atención sanitaria básica que podría salvar sus vidas.

Filipinas, con el 31% por ciento de los menores de 5 años sin acceso a un cuidado sanitario básico, es el país mejor situado en el Ranking. Etiopía, con el 84%, se clasifica en último lugar.

Dentro de los países, existen brechas alarmantes en las tasas de supervivencia entre los niños más pobres y los más acomodados. Sudáfrica y Perú cuentan con las brechas en la supervivencia más desiguales. En Sudáfrica, los niños más pobres se enfrentan a un riesgo de morir antes de cumplir los 5 años cuatro veces mayor, mientras que en Perú este riesgo se incrementa a 7,4 puntos más de probabilidad. Mientras tanto, en Brasil, Egipto e India, un niño pobre tiene una posibilidad 3 veces mayor de morir que un niño rico.

Existen también grandes desigualdades en la cobertura de los servicios de atención sanitaria en los niños más pobres en comparación con el acceso del que disfrutan los niños más ricos. Esto es así para países donde las medias son relativamente buenas, como Filipinas (donde el 46% de los niños más pobres no disfrutan de atención sanitaria en comparación con el 14% de los niños más ricos), Indonesia (el 48% de los más pobres versus el 23% de los mejor situados) y Bolivia (el 58% frente al 24%). Esto también es cierto para los países que presentan los promedios más sombríos, como Camerún, Mali y Nigeria, donde los niños más pobres corren un riesgo mayor en 2,3, 2,5 y 2,5 puntos respectivamente de no lograr la atención médica que precisan. En Malí, el 67% de los niños más pobres no tienen acceso a una atención sanitaria básica, el 76% en Camerún y el 83% en Nigeria.

PAÍSES DONDE LA MAYORÍA DE LOS NIÑOS DISFRUTAN DE ATENCIÓN SANITARIA

FILIPINAS

FILIPINAS está logrando grandes avances en la mejora de la atención sanitaria de los niños y ha conseguido reducir la mortalidad de su población menor de 5 años en un 48% desde 1990[57]. Pero tales progresos han favorecido a los niños mejor acomodados del país: entre 1998 y 2003, la brecha en la supervivencia infantil aumentó en un 18%[58]. Con el apoyo de USAID, el Departamento de Salud de Filipinas lanzó una serie de iniciativas en 1989 para promover las inmunizaciones de prevención de enfermedades, la terapia de rehidratación oral para tratar la diarrea y dar el pecho para mejorar la nutrición durante la niñez[59]. Hoy en día más de tres cuartas partes de los niños reciben terapia de rehidratación oral (el porcentaje más elevado de todos los países en el Ranking) y el 92% de los niños menores de un año están vacunados contra el sarampión[60]. Filipinas tiene una de las tasas más bajas de mortalidad de recién nacidos entre los países en vías de desarrollo (15 por cada 1.000 niños nacidos

◂ MOZAMBIQUE

vivos)[61]. El 60% de los nacimientos en Filipinas son asistidos por personal formado, pero sin embargo, pero al desglosar ese porcentaje se aprecia que la disparidad que separa a ricos y pobres es amplia, con el 92% de los nacimientos entre los más ricos disfrutando de atención médica comparada con el 25% entre los más pobres[62]. Cerca de la mitad de los niños menores de 5 años en Filipinas (46%) no disfrutan de atención sanitaria cuando lo necesitan y un niño pobre corre un riesgo 3,2 veces mayor que uno rico de morir antes de alcanzar los 5 años de edad. Filipinas podría salvar muchas más vidas si centrase la atención sanitaria en los más pobres. Si todos los niños gozasen de la misma tasa de supervivencia que la de los niños más ricos, el 35% de las muertes de los niños menores de 5 años podría haberse evitado lo que supone, la supervivencia de 26.000 niños cada año.

PERU muestra relativamente buenos niveles en la asistencia sanitaria a los niños en base a sus medias nacionales. Sin embargo, padece las desigualdades entre ricos y pobres más manifiestas de todos los países analizados en este informe. Como media, el 68% de los niños peruanos disfrutan de cuidado médico cuando lo necesitan, pero esto se corresponde con un 85% de los niños de las familias ricas que disfrutan de esa atención en contraste con más de un 50% de los más pobres que carecen de los cuidados sanitarios más básicos. Como resultado de ello, los niños con menos recursos corren un riesgo de morir 7,4 veces mayor que los niños mejor acomodados, y está brecha se ha hecho más grande en la década pasada. Aproximadamente, el 95% de los niños están inmunizados frente al sarampión, el polio y otras enfermedades, pero tan solo el 57% de los niños con diarrea reciben terapia de rehidratación oral. Cerca de un tercio de los niños que padecen neumonía no disfrutarán de ningún tipo de atención[63]. Las madres más pobres en Perú tienen un 65% menos de probabilidades de dar a luz con asistencia cualificada y la tasa de mortalidad infantil es 11,5 veces mayor entre los niños más desfavorecidos[64]. El 65% de los niños menores de 5 años que mueren en Perú cada año podrían salvarse si se lograse disminuir la brecha de supervivencia.

SUDAFRICA también cuenta con un mejor promedio en atención sanitaria si se la compara con otros países en vías de desarrollo pero la inequidad en las tasas de supervivencia entre los niños ricos y pobres es muy cruda, y las tasas de mortalidad en los menores de 5 años están empeorando. Más de un tercio de los niños sudafricanos (34%) no acceden a la atención sanitaria cuando la necesitan y los niños más pobres tienen un riesgo de morir 4 veces mayor. Desde 1990 la tasa de mortalidad infantil en Sudáfrica ha crecido un 15%[65] y el SIDA está asociado al 57% de las muertes infantiles[66]. Se estima que el 29% de las mujeres embarazadas están infectadas con el VIH[67] y 1.2 millones de niños menores de 17 años se han quedado huérfanos a consecuencia del SIDA[68]. Prevenir la transmisión del VIH de madres a hijos

INDONESIA

resulta crítico para salvar la vida de los niños menores de 5 años[69]. Después del SIDA, las complicaciones de los recién nacidos suponen la segunda causa más frecuente de muerte infantil, representando el 35% de los menores de 5 años fallecidos[70], y este es el área donde se dan las mayores disparidades entre ricos y pobres. Prácticamente el total de las madres más acomodadas en Sudáfrica gozan de asistencia cualificada durante el parto, mientras que alrededor de un tercio de las madres más pobres no lo hacen[71]. Mejorar la asistencia durante el parto de las madres más pobres podría significar mucho en la prevención de las muertes de recién nacidos. El 68% de la mortalidad infantil podría prevenirse si las tasas de supervivencia de los niños sudafricanos menores de 5 años creciesen al nivel de las de los niños más ricos. Ello significaría la supervivencia de 52.000 niños sudafricanos cada año.

INDONESIA está logrando avances importantes en la

¿Cómo los países estan proporcionando a la infancia cuidados médicos básicos?

supervivencia infantil, habiendo recortado la tasa de mortalidad entre los menores de 5 años en un 63% desde 1990[72]. Pero, todavía, mas de 7.5 millones de niños cada año (35%) no tienen acceso a la sanidad básica cuando lo necesitan. Con el apoyo de donantes internacionales, Indonesia ha hecho inversiones sustanciales en sanidad pública en los últimos años. La mayoría (92%) de las mujeres embarazadas en Indonesia reciben atención prenatal, el 87% están vacunadas frente al tétanos y el 72% de los nacimientos son atendidos por personal cualificado[73]. La terapia de rehidratación oral, que es potenciada a través de la educación sanitaria y las campañas desde los medios de comunicación[74], es recibida por el 56% de los niños con diarrea[75]. Las tasas de inmunización están por encima del 70%[76] pero este porcentaje se ha reducido recientemente. Las enfermedades en los recién nacidos representan el 38% de las muertes en menores de 5 años[77] y la situación es mucho más precaria entre las familias más pobres de la nación, entre las que el 60% de las mujeres dan a luz sin ningún tipo de asistencia en el parto (comparado con el 6% de las mujeres mejor acomodadas que no reciben esa atención). Indonesia es uno de los pocos países en los que la tasa de supervivencia infantil ha sido compartida equitativamente entre ricos y pobres. Entre 1997 y 2003, la tasa de mortalidad infantil entre los más pobres cayó al 30%, comparado con la tasa del 25% entre los más ricos[78]. Sin embargo, a pesar de este progreso en la disminución de la brecha de supervivencia, los niños indonesios más pobres corren un riesgo 3,5 veces mayor de morir antes de su quinto cumpleaños y, lo que es más grave, un riesgo de morir entre su primer día de vida y su primer cumpleaños[79]. Si todos los niños, ricos y pobres, experimentasen las mismas tasas de supervivencia, podrían prevenirse el 36% de las muertes infantiles en Indonesia. Ello supondría la supervivencia de 54.000 niños indonesios cada año.

TURKMENISTÁN ha logrado la reducción de un 48% de las muertes de menores de 5 años desde 1990[80] y muchos avances sanitarios han sido compartidos equitativamente entre los segmentos más pobres y más ricos de la población. El gobierno ha impulsado un esfuerzo a nivel nacional para establecer facilidades para los bebes en todos los hospitales y prácticamente todas las madres y recién nacidos (98% o más) reciben actualmente tratamiento prenatal y asistencia cualificada durante el parto. Turkmenistán también realiza un buen trabajo asegurándose de que todos los niños son vacunados (las tasas de inmunización frente las enfermedades infantiles más comunes se sitúan por encima del 98%). Sin embargo, más de un tercio de los niños en Turkmenistán (35%) no reciben atención sanitaria básica cuando la necesitan. Sólo la mitad de los niños con neumonía reciben tratamiento con antibióticos y a penas un 25% de los que padecen diarrea tienen acceso a la terapia de rehidratación oral[81]. De cada 2 muertes de los niños más ricos, perecen 3 en los sectores más pobres, quizás porque la diarrea azota más en las zonas rurales y con baja tasa de tratamientos. Sólo un 54% de los niños en estas áreas rurales tienen acceso a agua potable (en comparación con el 93% entre los residentes de las ciudades[82]) y los niños más pobres tienen un 25% menos de posibilidades de recibir la terapia de rehidratación oral[83].

10 PAÍSES CON EL MAYOR PORCENTAJE DE NIÑOS SIN ATENCIÓN SANITARIA BÁSICA ADECUADA

		Niños sin cuidado sanitario básico	
	País	Porcentaje(%)	Números absolutos
1	India	53	67,127,000
2	Nigeria	66	16,090,000
3	Bangladesh	62	11,656,000
4	Etiopía	84	11,317,000
5	Pakistán	55	10,478,000
6	Brasil	44	7,929,000
7	Indonesia	35	7,599,000
8	DR Congo	61	7,229,000
9	Egipto	48	4,117,000
10	Kenia	56	3,423,000
			Total: 146,965,000

PAÍSES DONDE EL MENOR NÚMERO DE NIÑOS DISFRUTAN DE ATENCIÓN SANITARIA

En NIGERIA,En NIGERIA, un 66% de los niños menores de 5 años (más de 16 millones de niños) no disponen de los cuidados sanitarios que necesitan. La brecha entre los ricos y los pobres es muy pronunciada: mientras el 33% de los niños más acomodados no tienen acceso a la atención sanitaria, esta cifra asciende al 83% entre los más pobres[84]. Como resultado de ello, el riesgo de los niños más pobres de Nigeria de morir es 3,2 veces mayor que los niños más ricos, y los datos sugieren que la brecha de supervivencia entre ricos y pobres está aumentando[85]. Con su enorme población y su alta tasa de mortalidad de menores de 5 años, Nigeria representa más de 1 millón de los casi 10 millones de muertes infantiles cada año. Actualmente, el 65% de los nacimientos tienen lugar en casa con asistencia no cualificada[86], el 67% de los niños con neumonía no reciben atención médica, el 72% de los niños con diarrea no pueden acceder a la terapia de rehidratación oral[87]. Los niños más pobres sufren el doble de riesgo de no recibir atención sanitaria que los

¿Cómo los países estan proporcionando a la infancia cuidados médicos básicos?

más ricos. Por ejemplo, el 84% de estos niños no disfrutan de la terapia de rehidratación oral cuando la necesitan (frente a un 47% que no la reciben entre los niños más ricos). Los niños más desfavorecidos tienen una probabilidad hasta nueve veces mayor de no recibir ningún tipo de inmunización que los niños mejor situados y sus madres corren un riesgo 5,6 veces superior de no tener asistencia cualificada durante el parto[88]. En Nigeria podrían salvarse millones de vidas si se mejorase la atención sanitaria para las familias más pobres y se lograse cerrar la brecha de supervivencia. Si todos los niños disfrutasen de la misma tasa de supervivencia que el 20% de población que representan los más ricos, se lograría prevenir el 59% de las muertes infantiles. Ello supone que cada año sobrevivirían 660.000 niños más en Nigeria.

En YEMEN,hasta un 71% de los niños (2.5 millones) no reciben la atención médica que necesitan. Alrededor de dos tercios de la población yemení, entre la que se incluye el 80% de la población más pobre del país, vive en zonas rurales con escaso acceso a la atención sanitaria, electricidad y otros servicios[89]. Cerca de tres cuartos de los nacimientos (73%) tienen lugar en el hogar sin ningún tipo de asistencia sanitaria y más de un tercio de las muertes infantiles tienen lugar durante el primer mes de vida[90]. La neumonía y la diarrea representan las causas fundamentales de mortalidad entre los menores de 5 años, aunque tan sólo un 47% de los niños de los que se sospecha que tienen neumonía son llevados al médico. Apenas un 18% de los niños con diarrea reciben la terapia de rehidratación oral[91] y, entre las familias más pobres, el 87% de los niños no cuentan con la atención sanitaria básica al tiempo que un niño pobre corre un riesgo a morir 2,2 veces superior que el de un niño del sector social mejor acomodado. En la misma línea, los niños más pobres tienen una posibilidad de tres a cinco veces mayor de no recibir ningún tipo de inmunización y tienen la mitad de posibilidades de recibir atención cuando sufren neumonía[92]. Pero las madres más pobres en Yemen son las que resultan más desfavorecidas dado que su posibilidad de recibir atención sanitaria prenatal y durante el parto es de un 75 y un 86% menor que la de las madres más ricas[93].

En CHAD, por su parte, el 78% de los niños no disfrutan de atención médica cuando lo necesitan. Chad se ha visto sobrecogido por la llegada de cientos y cientos de refugiados (la mayoría de los cuales son niños) huyendo de conflictos de sus países vecinos. Como resultado de ello, las tasas de mortalidad

PAÍSES DONDE SE PODRÍAN SALVAR MÁS VIDAS REDUCIENDO LA BRECHA DE LA SUPERVIVIENCIA

País	Tasa mortalidad de menores de 5 años (por 1,000 nacimiento)		Nº anual de nacimientos (miles)	Potencial para salvar vidas reduciendo la brecha de superviviencia	
	Media Nacional (2006)	El mejor 20%	2006	nº de vidas salvadas (miles)	% de muertes prenvenidas de menores de 5
India	76	34	27,195	1,142	55
Nigeria	191	79	5,909	660	59
DR Congo	205	119	3,026	260	42
Pakistán	97	74	4,358	101	24
Etiopía	123	92	3,159	98	25
Níger	253	157	683	66	38
Indonesia	34	22	4,427	54	36
Sudáfrica	69	22	1,102	52	68
Madagascar	115	49	714	47	57
Angola	260	205	792	44	21

Si todos los niños en estos 10 países disfrutaran de las mismas tasas de supervivencia que el 20% mejor en sus propios países, se salvarían más de 2.5 millones de vidas de niños en 1 año.

Fuentes: Tasa nacional de mortalidad de menores de 5 años y número de nacimientos 2006. UNICEF. Estado Mundial de las Madres 2008. Under-5 mortality rates of the best-off 20 percent of households: Davidson R. Gwatkin, et al. Diferencias Socio-Económicas en Salus, Nutrición y Población: una Descripción, completado con resultados de las recientes revisiones de DHS y MICS.

CHAD

infantil entre los menores de 5 años están empeorando llegando a situaciones en las que uno de cada cinco niños muere antes de su quinto cumpleaños[94]. Apenas un 39% de las madres embarazadas en Chad reciben asistencia prenatal y un 86% de los partos tienen lugar en las casas sin ningún tipo de ayuda profesional[95]. Las infecciones respiratorias graves, la malaria y la diarrea son las causas más comunes de las muertes infantiles, además apenas reciben atención sanitaria un 12% de los niños que se sospecha padecen neumonía, a penas un 32% de los niños con malaria reciben medicinas anti malaria y sólo un 27% de los niños con diarrea acceden a la terapia de rehidratación oral. Las tasas de inmunización entre los niños se sitúan en una media de entre el 20 y el 40% pero, entre los niños más pobres, sólo un 1% están totalmente inmunizados (la tasa más baja en el mundo)[96]. Las madres más pobres en Chad sufren tremendas carencias: sólo el 9% reciben cuidado prenatal (en comparación con el 77% que lo reciben entre las mejor acomodadas) y menos del 2% da a luz con la ayuda de atención profesional (frente a un 51% de las más ricas)[97]. Todo esto supone que una de cada 11 de estas mujeres morirá durante el embarazo o el parto.

En SOMALIA, el 82% de los niños no tienen acceso a la atención sanitaria que precisan. Somalia es uno de los países más

¿Cómo los países estan proporcionando a la infancia cuidados médicos básicos?

pobres y frágiles en el mundo y muchas familias se han visto desplazadas internamente por el conflicto y la extrema pobreza. Las mujeres tienen un estatus particularmente bajo en este país. Muchas de ellas son analfabetas o cuentan con una educación muy pobre y no reciben la atención adecuada durante el embarazo y el parto. La mutilación genital femenina está muy extendida (98%)[98] y el país cuenta con una de las tasas de mortalidad materna más alta del mundo (una de cada 12 mujeres morirán por causas relacionadas con el embarazo)[99]. Un tercio de las muertes en los niños menores de 5 años se dan durante el primer mes de vida[100]. La neumonía y la diarrea representan las principales causas de muerte infantil aunque apenas se lleva al médico a un 13% de los niños que padecen neumonía y sólo un 7% de los niños con diarrea reciben la terapia de rehidratación oral (la tasa más baja en el mundo)[101]. Sólo un 5% de los niños más pobres están totalmente inmunizados frente a la difteria, la tos ferina y el tétanos, en comparación con un 29% entre los niños más ricos[102]. Las madres más pobres se encuentran en una desventaja similar. Mientras que más del 50% de las madres más ricas reciben atención prenatal, sólo un 8% de entre las más pobres gozan de ella y es cuatro veces más probable que éstas den a luz sin ningún tipo de atención profesional (el 89% de las madres más pobres dan a luz en sus casas sin asistencia cualificada)[103].

En ETHIOPIA,el 84% de los niños (más de 11 millones) no tienen acceso a asistencia sanitaria cuando la necesitan. La gran mayoría de los nacimientos (94%) tienen lugar en casa sin atención cualificada (la tasa más alta en el mundo), las tasas de mortalidad materna son muy altas y cerca de un tercio de las muertes en los menores de cinco años se dan durante el primer mes de vida[104]. Etiopía acoge a más de 5.4 millones de huérfanos, más de 800.000 de los cuáles han perdido a sus padres como consecuencia del SIDA[105]. Las causas principales de la mortalidad infantil son la neumonía y la diarrea aunque sólo un 19% de los niños que padecen la primera son atendidos y un 15% de los que tienen diarrea acceden a la terapia de rehidratación oral[106]. La probabilidad de contar con intervenciones que podrían salvar sus vidas es aproximadamente un 60% menor entre los niños más pobres[107]. Sólo uno de cada cuatro de los niños más desfavorecidos están totalmente inmunizados contra el sarampión, la difteria, la tos ferina y el tétanos, mientras que uno de cada 2 niños ricos reciben estas vacunas[108]. Las brechas en la cobertura son mayores en la atención materna y de recién nacidos. Mientras que el 58% de las madres mejor situadas reciben cuidados prenatales, menos del 13% de las madres más pobres disfrutan de ellos[109]. Menos de un 1% de las madres más pobres reciben asistencia profesional en el parto, frente a un 27% de las madres más ricas[110]. Estas desalentadoras estadísticas no cuentan, sin embargo, la historia completa. A pesar de los numerosos retos a los que se enfrenta, Etiopía ha alcanzado esfuerzos remarcables en la mejora de la atención de los niños y ha recortado la tasa de mortalidad entre los menores de 5 años en un 40% desde 1990[111]. Pero, desafortunadamente, este avance ha beneficiado a los niños mejor situados y, por tanto, la brecha de supervivencia sigue extendiéndose. Si Etiopía lograse disminuirla (es decir, si todos los niños gozasen de la misma tasa de supervivencia que la del 20% de población mejor acomodada) una cuarta parte de las muertes infantiles en Etiopía podrían evitarse. Ello supondría la supervivencia de 98.400 niños cada año en este país africano (veáse la página 28 para más información sobre cómo Etiopía está esforzándose para asegurar una mejor atención sanitaria en el futuro).

ETHIOPIA

CUIDADO SANITARIO BÁSICO

Países prioritarios	Población de menores de 5 años (miles) (2006*)	Niños menores de 5 años sin cuidado sanitario básico(2006*)		Ranking	Brecha de Cobertura		Brecha de superviviencia		
					Niños menores de 5 años sin cuidado sanitario básico*		Ratio de mortalidad de menores de 5* (por 1.000 nacimientos)		
		porcentaje (%)	nº absolutos. (miles)		los más pobres (%)	los mejores (%)	los más pobres	los mejores	riesgo de mortalidad de niños pobres frente a ricos
Filipinas	11,027	31	3,391	1	46	14	66	21	3.2
Perú	2,815	32	912	2	48	15	59	8	7.4
Sudáfrica	5,254	34	1,807	3	44	40	87	22	4.0
Indonesia	21,720	35	7,599	4	48	23	77	22	3.5
Turkmenistán	491	35	173	4	32	32	106	70	1.5
Azerbayán	547	39	215	6	51	55	133	41	3.2
Gabón	158	39	61	6	51	34	93	55	1.7
Bolivia	1,243	40	493	8	58	24	119	37	3.2
Lesotho	272	41	112	9	51	31	114	82	1.4
Congo	587	42	245	10	52	32	135	85	1.6
Benin	1,488	44	647	11	56	32	151	83	1.8
Brasil	18,092	44	7,929	11	56	38	99	33	3.0
Gambia	261	44	116	11	54	38	158	72	2.2
Zambia	2,012	45	904	14	55	27	192	92	2.1
Camboya	1,690	46	772	15	55	36	127	43	3.0
Unión de Repúblicas de Tanzania	6,953	46	3,167	15	51	26	137	93	1.5
Marruecos	2,978	47	1,406	17	66	31	78	26	3.0
Mozambique	3,670	47	1,733	17	61	27	196	108	1.8
Tajikistán**	858	47	401	17	50	39	98	57	1.7
Egipto	8,634	48	4,117	20	54	39	75	25	3.0
Madagascar	3,142	48	1,521	20	61	25	142	49	2.9
Côte d'Ivoire	2,849	49	1,395	22	62	23	150	100	1.5
Senegal	1,913	49	931	22	63	36	183	64	2.9
Swazilandia	147	49	71	22	57	41	-	-	-
Burkina Faso	2,605	50	1,300	25	65	29	206	144	1.4
República Centro Africana	668	52	347	26	66	34	223	112	2.0
Eritrea	808	53	428	27	80	41	100	65	1.5
Ghana	3,195	53	1,686	27	65	44	118	100	1.2
India	126,843	53	67,127	27	66	31	101	34	3.0
Malawi	2,425	54	1,311	30	60	43	183	111	1.6
Uganda	5,840	54	3,133	30	56	40	172	108	1.6
Pakistán	19,012	55	10,478	32	81	45	125	74	1.7
Angola	3,082	56	1,738	33	68	43	288	205	1.4
Guinea	1,544	56	872	33	71	37	217	113	1.9
Kenia	6,161	56	3,423	33	66	40	149	91	1.6
Mali	2,247	56	1,247	33	67	27	248	148	1.7
Camerún	2,851	57	1,632	37	76	33	189	88	2.1
Sierra Leona	999	57	572	37	62	45	268	179	1.5
Guatemala	2,066	58	1,202	39	79	45	78	39	2.0
Togo	1,045	59	619	40	73	45	150	62	2.4
Guinea-Bissau**	322	60	192	41	70	39	253	166	1.5
Haití	1,244	60	744	41	77	46	125	55	2.3
República Democrática de Congo	11,843	61	7,229	43	69	50	248	119	2.1
Bangladesh	18,951	62	11,656	44	76	39	121	71	1.7
Nepal	3,626	62	2,265	44	75	38	98	47	2.1
Níger	2,713	62	1,688	44	71	41	206	157	1.3
Ruanda	1,617	63	1,017	47	69	50	211	122	1.7
Burundi	1,461	64	933	48	77	60	-	-	-
Mauritania	456	65	298	49	84	48	98	79	1.2
Nigeria	24,503	66	16,090	50	83	33	257	79	3.2
Rep Democrática Popular de Laos	715	69	491	51	76	67	-	-	-
Yemen	3,639	71	2,573	52	87	61	163	73	2.2
Chad	1,943	78	1,521	53	93	58	176	187	0.9
Somalia**	1,507	82	1,236	54	93	63	140	128	1.1
Etiopía	13,439	84	11,317	55	90	68	130	92	1.4
TOTAL:	368,171		196,485						

Metodología: el porcentaje de niños menores de 5 años sin acceso a la atención sanitaria está calculada como una media ponderada de un total de siete intervenciones sanitarias clave en tres áreas de tratamiento: cuidado de la madre y el recién nacido, inmunización y el tratamiento de los niños enfermos. Para obtener una metodología completa, véase Metodología y Notas de Investigación.

Nota: los datos sobre el tratamiento y la supervivencia proceden de los informes publicados más recientes de las encuestas DHS y MICS. En algunos casos, las cifras no reflejan los triunfos más recientes en supervivencia infantil y pueden diferir considerablemente de las estimaciones ofrecidas a nivel estatal por UNICEF.

Fuentes: los cálculos sobre el tratamiento a nivel nacional para el año 2006: UNICEF. Estado Mundial de las Madres 2008; los datos sobre Demografía y Estado de la Salud (DHS) y la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) entre 1991-2006, recogidos por el Countdown 2008 Equity Analysis Group; datos sobre la brecha de supervivencia: D.R. Gwatkin, et al. Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population, complementado con datos de los informes recientes de DHS y MICS.

Analizando la brecha de supervivencia:

- Brecha pequeña = baja inequidad en la supervivencia infantil
- Brecha moderada = inequidad moderada en la supervivencia infantil
- Brecha grande = alta inequidad en la supervivencia infantil

- Sin datos

* Los datos son del año 2006 o el más reciente para el que existan datos

"Los más pobres" y "mejor situados" se refiere al 20% de las familias más pobres y el 20% más ricas respectivamente.

** Las tasas de mortalidad en los menores de 5 años se refieren al 60% más pobre y al 40% más rico respectivamente.

Llegar hasta los más desfavorecidos entre los pobres y disminuir la brecha de supervivencia

Millones de familias pobres y marginadas no tienen acceso a una atención sanitaria básica simplemente porque ésta no se encuentra disponible, está demasiado lejos o resulta muy cara. Esta sigue siendo la razón principal por la que cada año 9.7 millones de niños menores de 5 años mueren por causas prevenibles o tratables.

La vida de millones de niños podría salvarse a través de un esfuerzo coordinado para entrenar, equipar y disponer de un mayor número de trabajadores sanitarios que lograsen llegar hasta esas comunidades más pobres y marginadas. Cada año, un esfuerzo como este podría salvar la vida de hasta tres millones de niños y mejorar la salud y el bienestar de muchos millones más. Un cuidado continuo desde el embarazo a la infancia, a través de la unión de los trabajadores sanitarios de la comunidad con un reforzamiento de los sistemas sanitarios en los países en vías de desarrollo, podría prevenir la muertes de seis millones de niños cada año[112].

SOLUCIONES PROBADAS PARA SALVAR LA VIDA DE LOS NIÑOS

Salvar la vida de los niños de los países en vías de desarrollo, donde millones mueren cada año por causa de enfermedades menores como la neumonía, diarrea o sarampión, es muy simple y poco costoso. Existen soluciones de éxito asegurado y bajo coste pero trágicamente no llegan a los más de 200 millones de niños cuyas vidas están en riesgo cada día porque sus familias no cuentan con la atención sanitaria más esencial.

Tratamiento de la neumonía – esta es la enfermedad que causa el mayor número de muertes entre los menores de 5 años, más incluso que el SIDA, la malaria y el sarampión juntos[113]. Hasta tres millones de niños mueren de neumonía cada año, sumando un tercio de las muertes de menores de 5 años en todo el mundo[114]. Los antibióticos para tratar la neumonía pueden llegar a costar menos de 30 céntimos[115]. Sin embargo, sólo un 25% de los cuidadores conocen los signos de peligro de la enfermedad[116]: sólo la mitad de los niños enfermos con neumonía reciben el cuidado médico apropiado[117], y menos del 20% de los niños con neumonía reciben la medicación recomendada.[118]

Terapia de rehidratación oral – la diarrea causa la muerte de dos millones de niños cada año[119], lo cual representa cerca de 5.500 muertes cada día. Las sales de rehidratación oral necesaria para prevenir la muerte por deshidratación de un niño enfermo de diarrea cuestan menos de 50 céntimos[120]. Se estima que esta sencilla solución ha salvado la vida de 40 millones de niños desde que se probó por primera vez en India en 1971[121]. Sin embargo, sigue siendo muy poco utilizada. En todo el mundo, sólo un 38% de los niños con diarrea reciben la terapia de rehidratación oral[122].

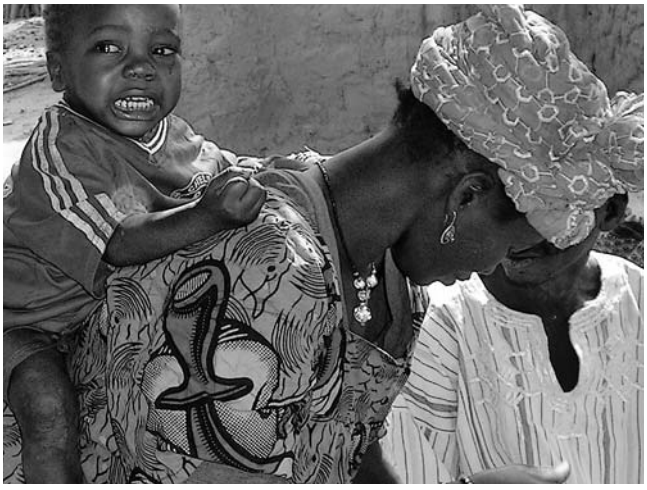
Prevención y tratamiento de la malaria – la malaria, una enfermedad transmitida a los humanos por mosquitos, mata cada año a 800.000 niños menores de 5 años sólo en el África Subsahariana[123] donde una de cada seis muertes infantiles se produce por causa de la malaria[124]. La clave para el control de la malaria y la prevención de futuras muertes infantiles surge de una combinación de los métodos tradicionales de bajo coste y de nuevos y prometedores medicamentos. Los programas para potenciar la utilización de insecticidas dentro del hogar y la utilización de mosquiteras rociadas con insecticida para dormir,

UNA SIMPLE FÓRMULA PARA SALVAR VIDAS EN MALI

Yaya, un niño de 16 meses de Malí, no sabe todavía que formó parte de una de las historias de mayor éxito de nuestro tiempo. Cuando Yaya enfermó de diarrea el año pasado, su madre le llevó al voluntario de sanidad en el poblado, que le dio sales de hidratación oral para prevenir su muerte por deshidratación. Se estima que esta simple solución de sal, azúcar y potasio junto con otros nutrientes ha salvado la vida de 40 millones de niños desde 1970.

Karim, el voluntario sanitario del poblado de Toula, recibió formación de Save the Children para tratar la diarrea y otras enfermedades comunes que afectan a los niños. Aconsejo a la madre de Yaya para que continuase dándole el pecho a su bebe y también para que evitase ciertas medicinas tradicionales que podrían dañar al bebe. La madre de Yaya siguió sus consejos y el bebé se recuperó después de tres días.

Yaya fue uno de los afortunados. En Mali, el 47% de los niños no cuentan con la atención sanitaria más básica. El coordinador de Toula ha estado controlando el registro de muertes infantiles en su poblado desde que Karim empezó a tratar a los niños y a organizar sesiones de vacunación. segura que la tasa de mortalidad en Toula ha descendido un 90%.



◂ AFGANISTAN

tienen un coste de entre 2,80 y 4 dólares por año[125] aunque apenas un 8% de los niños menores de 5 años en África Subsahariana duermen bajo mosquiteras[126] y sólo a 1 de cada 3 niños con fiebre se les ofrece medicamentos anti malaria, con un número mucho menor de niños que logran recibir la terapia completa[127].

Vacuna contra el sarampión – el sarampión provoca más de 240.000 muertes cada año, y representa una de las causas principales de las muertes de niños prevenibles con vacuna[128]. Como una de las enfermedades más contagiosas que se conocen, el sarampión puede extenderse muy rápidamente dentro del hogar y la comunidad provocando secuelas permanentes para muchos de los que sobreviven, entre las que se incluye la ceguera, alteraciones auditivas, daños cerebrales y otras complicaciones mortales como la neumonía. Con un coste de 33 céntimos aproximadamente, la vacuna contra el sarampión representa una de las intervenciones disponibles más efectivas para salvar la vida de los niños[129]. En el mundo, el tratamiento de la vacuna contra el sarampión ha crecido progresivamente desde 1990, pero en los 47 países que suman el 95% de las muertes por sarampión, casi un tercio de los niños menores de un año no están vacunados contra esta enfermedad[130].

Lactancia y vitamina A – La malnutrición es una causa subyacente de la mitad de todas las muertes de niños menores de 5 años[131]. Los niños desnutridos tienen menos resistencia frente a las infecciones y una mayor probabilidad de morir por enfermedades infantiles comunes como la diarrea y la neumonía. El problema a menudo empieza cuando las propias madres que se encuentran mal alimentadas o desnutridas dan a luz a bebés con un peso menor de lo normal. Los bebés que no se alimentan a través de lactancia materna durante los seis primeros meses de vida tienen un riesgo mucho mayor de padecer desnutrición y enfermedades. Los niños más mayores a menudo no disponen de suficientes alimentos o de los alimentos más adecuados porque sus familias no se lo pueden permitir. La pobreza severa y la escasez crónica de alimentos constituyen problemas complejos, sin embargo, una serie de soluciones de bajo coste puede significar una enorme diferencia y salvar vidas. La lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida tiene el potencial de prevenir el 13% de las muertes de menores de 5 años en los países en vías de desarrollo, convirtiéndolo en el método más efectivo para salvar la vida de los niños[132]. La lactancia no supone gasto alguno para las madres pero, en el mundo, sólo dos tercios de los niños reciben una lactancia exclusiva.[133]La vitamina A, proporcionada a los niños de dos a tres veces por año, puede prevenir la ceguera y disminuir el riesgo de mortalidad por diarrea, malaria y sarampión, con un coste de sólo dos céntimos por cápsula[134]. Se estima que la provisión de vitamina A ha salvado la vida de 2.3 millones de niños desde 1998[135] pero el 28% de los niños en vías de desarrollo todavía no reciben este tratamiento[136].

PROTEGER A LAS MADRES Y SUS BEBES CUANDO SON MÁS VULNERABLES

Cada año, 60 millones de madres de países en vías de desarrollo dan a luz en sus casas sin ningún tipo de atención cualificada[137] y cerca de cuatro millones de recién nacidos mueren en su primer mes de vida[138]. Las mujeres embarazadas y los bebés recién nacidos son especialmente vulnerables ante infecciones mortales y complicaciones. Los casos más serios requieren cuidados de emergencia en instalaciones médicas totalmente

DANDO VIDA A LOS RECIÉN NACIDOS DE GUATEMALA

Como parte de la tradición Maya, Doña Teresa recibió la llamada divina cuando tenía 16 años para servir a su gente como comadrona. Ahora, con 55 años, ha ayudado a traer al mundo a cientos de niños en su poblado situado en la región de las tierras altas en Guatemala. Doña Teresa, que tiene 15 nietos, recibió recientemente formación por parte de Save the Children para mejorar su conocimiento y destreza. Antes de su formación, una de sus nueras sufrió dos abortos; tras su preparación, la misma nuera volvió a quedarse embarazada . Teresa le animó a alimentarse bien durante el embarazo. "Le di zumo con vitaminas, huevos y plátanos. Le mandé al hospital (en la ciudad) para su revisión". Doña Teresa también aprendió como reanimar a los recién nacidos que no logran respirar durante el parto y ha comentado que muchas veces ha tenido la oportunidad de aplicar sus conocimientos para salvar la vida de los recién nacidos. Más recientemente, en enero de este año, logró reanimar a un bebé tras un parto complicado; fue imposible llevar a la madre al hospital local, pero Teresa conocía los pasos para dar al bebé la mejor oportunidad para sobrevivir. Limpió su boca con una toalla esterilizada, lo secó, lo cogió en brazos y le dio unas palmaditas en la espalda. Sopló después aire en sus labios, dando vida a su débil cuerpo. El bebé finalmente sobrevivió.

Llegar hasta los más desfavorecidos entre los pobres y disminuir la brecha de supervivencia

equipadas pero la mayoría de la muertes podrían prevenirse a través de atención sanitaria básica para las nuevas madres y sus hijos antes, durantes y después del parto.

Cuidado Prenatal – el cuidado de los bebés recién nacidos comienza con la atención a las madres embarazadas, asegurandose de que están adecuadamente alimentadas, fuera de peligro frente a infecciones y substancias dañinas y controladas frente a cualquier complicación durante el embarazo. La vacuna del tétanos y cubrir las camas con mosquiteras en áreas afectadas por malaria deberían formar parte de todos los programas de cuidado prenatal. Para los bebés que nacen en los hogares, un buen cuidado prenatal incluye también el aconsejar para que se opte por un nacimiento limpio, informar sobre los signos de peligros, un plan para acudir a personal cualificado y una lactancia inmediata y exclusiva.

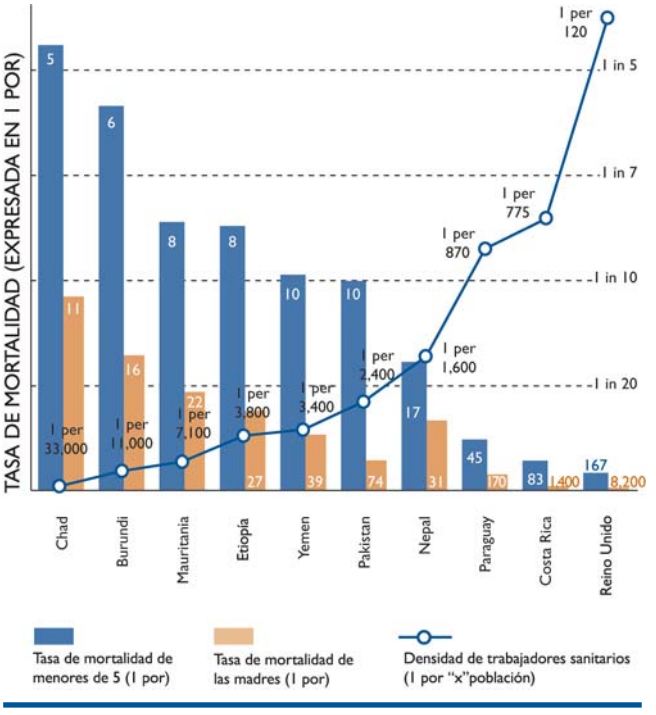
Asistencia cualificada durante el parto – los asistentes cualificados son personas con habilidades de comadronas que han sido formadas tanto para llevar a cabo partos normales como para enfrentarse a situaciones complicadas. Se aseguran de que el parto sea limpio, de que el recién nacido se mantiene seco y caliente, reconocen y reaniman inmediatamente a los bebés que no logran respirar e identifican otros signos de peligro en la madre y el niño para evitar retrasos en buscar atención médica adicional cuando la necesitan. Los asistentes cualificados pueden ejercer en instalaciones sanitaria o en las propias casas, pero necesitan siempre un sistema de apoyo para enfrentarse a posibles complicaciones. En contextos en los que todavía no se cuenta con asistentes cualificados y los nacimientos son atendidos por personal sanitario informal, éstos deberían ser formados para fomentar los partos limpios y un cuidado propicio de los recién nacidos así como estar preparados para identificar posibles complicaciones.

Cuidado postnatal – dado que muchas de las muertes se producen durante las primeras horas y días tras el nacimiento, el inmediato cuidado tras el parto es la clave para mejorar la supervivencia y la salud de los recién nacidos. El período postnatal inicial representa un momento de alta vulnerabilidad también para las madres dado que el 61% de las muertes maternas tienen lugar durante las primeras seis semanas tras el parto y casi la mitad de esas muertes ocurren el primer día después del parto[139]. Los asistentes tras el nacimiento pueden aconsejar sobre el cuidado del recién nacido, ayudar a asegurar la lactancia inmediata y exclusiva y a reconocer problemas de salud (como infecciones) en madres y recién nacidos que precisan atención inmediata. El cuidado postnatal cuesta la mitad que el cuidado cualificado durante el parto y tiene el potencial de salvar del 20 al 40% de las vidas de los recién nacidos[140]. Sin embargo, hasta la fecha, a este cuidado hacia las madres y los recién nacidos no se le ha dado la suficiente importancia en los programas de salud pública con una escasa minoría de madres y bebés en contextos de alta mortalidad recibiendo atención postnatal durante las primeras horas, días y semanas.

LOS TRABAJADORES SANITARIOS DE LA COMUNIDAD SON LA CLAVE PARA EL PROGRESO

En los países en vías de desarrollo existe una escasez de personal sanitario y los sistemas de asistencia sanitaria son insuficientes para responder a las necesidades de la población. En Malawi, Níger y Tanzania, por ejemplo, solo hay un médico por cada 50.000 personas. La Organización Mundial de la Salud recomienda un médico por cada 1.000 personas, aunque prácticamente ningún país de África Subsahariana y Asia del Sur alcanza esta meta. De hecho, normalmente están muy lejos de alcanzarla.En muchas comunidades rurales, llevar a un niño

DONDE HAY MÁS PERSONAL SANITARIO, SOBREVIVEN MÁS MADRES Y NIÑOS



Fuentes:Community health worker density: WHO. World Health Statistics 2007; Under-5 mortality rate and lifetime risk of maternal death data: UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. Tablas 1 y 8.

Llegar hasta los más desfavorecidos entre los pobres y disminuir la brecha de supervivencia

CÓMO LOS TRABAIADORES SANITARIOS DE LA COMUNIDAD PUEDEN AYUDAR A LOS NIÑOS A ALCANZAR LOS 5 AÑOS

CUIDADO PRENATAL

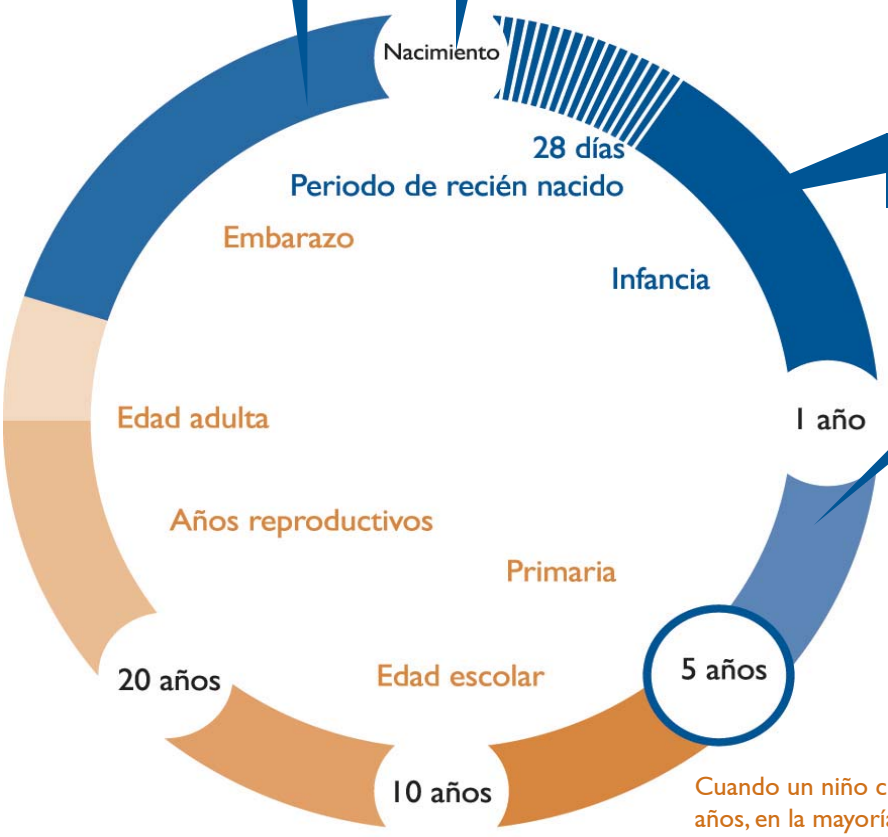
- Vacunar a las mujeres para proteger a la madre y al bebé del tétanos.
- Promover el uso de mosquiteras para prevenir malaria
- Tratar la malaria.
- Prevenir la transmisión de VIH de madres a hijos.
- Promover un plan para asistencia obstétrica de emergencia por si es necesario aplicarlo durante el parto.

ATENCIÓN EN EL PARTO

- Promover la utilización de un asistente profesional en el parto.
- Proporcionar botiquines para un parto limpio cuando este sea en casa.
- Referir las complicaciones de la madre y el recién nacido a asistencia obstétrica de emergencia cuando sea necesario.
- Prevenir la transmisión de VIH de madres a hijos.

MANTENIENDO AL BEBÉ SANO Y NUTRIDO

- Promover la lactancia inmediata y mantener el bebé caliente
- Reducir las posibilidades de infección a través de una higiene adecuada
- Animar a las madres a propocionar lactancia exclusiva durante los primeros seis meses
- Introducir comidas nuevas y sanas tras los seis meses continuando conla lactancia
- Promover el uso de vitamina A y una dieta diversa
- Promover la vacunación infantil y recordar a las madres vacunar a sus bebés
- Proveer a las madres de mosquiteras tratadas con insecticida y animarlas a dormir bajo ellas con sus bebés.



CUIDADO DE NIÑOS ENFERMOS

- Apoyar la atención en casa incluyendo el reconocimiento temprano de enfermedades y el cumplimiento con los tratamientos recomendados
- Poporcionar asistencia para infecciones como pulmonía, malaria, infecciones neonatales y diarrea
- Proporcionar asistencia a los recién nacidos de bajo peso y niños desnutridos
- Referir los niños con grave malnutrición o enfermedad infantil a una clínica cuando sea necesario

Cuando un niño cumple 5 años, en la mayoría de los países no volverá a enfrentarse al mismo riesgo de muerte hasta que cumpla 70 años[141].

COMBATIENDO LA NEUMONÍA EN BANGLADESH

Las enfermedades respiratorias son muy comunes entre los niños de Bangladesh. Tan comunes que son la primera causa de muerte en niños menores de 5 años. Aún así, cuando Rashed, de tres años, cayó enfermo con fiebre y dificultad al respirar, sus padres creyeron que había cogido un catarro. "Al principio no creíamos que estaba enfermo", dijo su padre, Kamrul. "Le llevamos al hospital, pero dos días después murió".

Por eso, cuando su hija Sweety, de dos años, desarrolló síntomas similares tres años después, Kamrul la llevó a la casa de Momtaj, la voluntaria sanitaria del pueblo. "Utilicé mi cronometro para medir la velocidad de su respiración, le diagnostiqué neumonía y la traté con un antibiótico", dijo Momtaj.

Momtaj es uno de los 7.000 voluntarios sanitarios que viven las regiones más remotas de Bangladesh. Durante los últimos cinco años, han sido formados para diagnosticar y tratar la neumonía infantil y la diarrea, dos de las principales causas de muertes infantiles en Bangladesh. Esto forma parte de un esfuerzo pionero de Save the Children, numerosas organizaciones no gubernamentales y el gobierno de Bangladesh para reducir las 277.000 muertes de niños que se producen cada año.

A la mañana siguiente de recibir tratamiento, la salud de Sweety mejoró. Momtaj visitó a la niña en su casa para comprobar su progreso y aconsejar a la familia sobre el tratamiento posterior.

Montaj se siente empoderada por sus nuevos conocimientos y habilidades. Explica a la gente del pueblo como reconocer la diferencia entre un catarro común y una neumonía. "Antes, la gente de mi pueblo no conocía la neumonía, pero una vez que recibí mi formación, les expliqué como identificar los signos de peligro como la respiración acelerada"."No soy un gran médico. Sólo fuí unos años de escuela", añade Momtaj. "Pero como puedes ver, con mi tratamiento los niños sonríen y están sanos". El padre de Sweety asiente. "Ahora creo que si Momtaj hubiese recibido antes su formación, la vida de mi hijo se hubiera salvado".

enfermo o una a mujer embarazada al asistente sanitario más cercano requiere un viaje a pie de muchas horas o incluso de un día entero. A menudo los caminos se encuentran en malas condiciones y son todavía más peligrosos por la noche o durante la estación de las lluvias. Si los padres logran llegar a la clínica con su niño todavía vivo, frecuentemente se encuentran con que no hay ni personal ni medicamentos disponibles. Y así otro niño fallece, normalmente de una enfermedad que podría haber sido prevenida fácilmente. Este escenario se repite con demasiada frecuencia en los países en vías de desarrollo.

En los lugares de difícil acceso, donde se producen la mayoría de las muertes de menores de 5 años, existe la urgente necesidad de más trabajadores sanitarios que vivan en o cerca de las comunidades que más necesitan la ayuda. Estos trabajadores sanitarios (cuidadosamente seleccionados, formados y equipados para proporcionar asistencia básica) pueden servir como defensa de primera línea contra las causas de mortalidad infantil más comunes.

Los trabajadores sanitarios de la comunidad educan a sus vecinos en hábitos sanos y tratan enfermedades comunes como la diarrea, la pulmonía y la malaria. Aconsejan a las mujeres embarazadas sobre la necesidad de una buena nutrición, un parto limpio y el cuidado apropiado para los bebés en sus primeras horas de vida. Ofreciendo sus servicios cerca de casa, estos trabajadores sanitarios de la comunidad aumentan el acceso a medidas que salvan la vida y reducen la carga de tiempo y dinero tanto en las familias como en los sistemas sanitarios.

Estos trabajadores tienen distintos grados de educación y formación, pero no necesitan poseer altos niveles de educación para ser eficientes. En muchos países la experiencia ha demostrado que estos trabajadores son capaces de dominar las habilidades necesarias para realizar intervenciones sanitarias básicas con éxito, incluso diagnosticar y tratar enfermedades comunes, movilizar la demanda de servicios de inmunización y vitamina A, y promover la salud de los recién nacidos así como buenas prácticas nutricionales. Programas a gran escala de trabajadores sanitarios comunitarios suelen ser apoyados por el Ministerio de salud, el cual proporciona material médico, formación y el respaldo clínico cuando el trabajador sanitario identifica un problema que requiere asistencia más especializada.

En algunas comunidades tiene relevancia que el trabajador sanitario sea hombre o mujer. Por ejemplo, en algunas áreas de Asia del Sur (donde las tradiciones culturales disuaden a las mujeres de acudir a trabajadores sanitarios masculinos) el aumento de los esfuerzos para reclutar y formar a trabajadoras sanitarias femeninas ha incrementado el porcentaje de mujeres y niños que reciben vacunas y otros servicios. Sin embargo, en muchas partes de África, Latina America y el Suroeste de Asia, la

asistencia sanitaria es ofrecida bienvenida tanto si la ofrecen hombres o mujeres.

Se estima que más del 60% de los 10 millones de niños que mueren cada año podrían salvarse simplemente ofreciendo los servicios básicos a través de instalaciones médicas y trabajadores sanitarios de la comunidad. Con el apoyo de los donantes internacionales varios países en desarrollo han alcanzado logros imporantes invirtiendo en trabajadores sanitarios de la comunidad. Por ejemplo:

PROVEYENDO COBERTURA DE INMUNIZACIÓN EN AFGANISTÁN

Shakila y Rahmutullah, una joven pareja de Andkhoy, una ciudad al norte de Afganistán, conocen el dolor que se siente al perder un hijo. Dos de sus hijos murieron a causa del tétanos, una infección muy común que se puede prevenir fácilmente vacunando a las mujeres antes de ser madres.

Shakila no fue vacunada porque todo el personal de la clínica local eran hombres y Rahmutullah no le permitió ir allí. Una vez que la clínica incorporó a una mujer para las vacunaciones, Rahmutullah llevó a su mujer al hospital. Ahora tiene dos hijos, una niña y un niño, y ambos gozan de buena salud.

Ahora que Shakila puede visitar a una trabajadora sanitaria, lleva a sus hijos a la clínica a revisión y se ha asegurado de que también estén vacunados.

En Afganistán, el 58% de los niños no tienen acceso a una atención sanitaria básica. Sólo el 24% de las mujeres afganas y el 27% de los niños están totalmente inmunizados[146]. Las investigaciones han concluido que cuando se dispone de una mujer para vacunar, el doble de mujeres serán inmunizadas frente al tétanos[147].

En INDIA, mientras que existen mucho médicos para la población más rica, los más pobres a menudo no reciben la asistencia médica que necesitan. En este país más de un millón de niños menores de 5 años muere cada año en su primer mes de vida[142]. La mayor parte de estos recién nacidos nacen y mueren en su casa. Pero miles de trabajadores sanitarios están siendo formados para cubrir las necesidades de áreas rurales y tribales así como de las barriadas urbanas. Los trabajadores sanitarios de las comunidades son formados para tratar infecciones, reanimar a recién nacidos con síntomas de asfixia y cuidar de bebés con bajo peso. Como resultado, la tasa de mortalidad en los recién nacidos en determinadas áreas se ha reducido en un 50-60%[143]. Ahora el Gobierno de India planea extender la asistencia en casa para recién nacidos por todo el país.

En BANGLADESH, solo hay un médico por cada 3.800 personas. La mayor parte de población (un 75%) vive en áreas rurales, pero tan solo un 20% de los trabajadores sanitarios vive en estas áreas[144]. Sin embargo, un grupo de 4.000 mujeres locales han recibido formación para tratar enfermedades infantiles lo cual ha permitido aumentar substancialmente el acceso atención cualificada ante síntomas de diarrea y pulmonía en las familias que no pueden permitirse servicios médicos. En un periodo reciente de dos años y medio, estas trabajadoras sanitarios han atendido más de dos millones de casos de diarrea e infección respiratoria[145].

NEPAL tiene tan solo un médico por cada 4.800 personas y sin embargo ha logrado recortar la tasa de muerte de menores de 5 años en casi un 60% desde 1990[148] en parte debido a la inversión en trabajadores sanitarios a nivel local. Una cuadrilla nacional de Voluntarias de la Comunidad Sanitaria (FCHVs, en sus siglas en inglés) ha ayudado a incrementar la cobertura de las vacunaciones de un 43% a un 83% desde 1996. Más del 95% de los niños menores de 5 años reciben ahora suplementos de vitamina A, la mayor parte de los cuáles son distribuidos por el FCHVs[149]. El grupo de voluntarias ha logrado situar a Nepal en el primer lugar en la provisión de vitamina A, distribuida cada seis meses a más de 3.5 millones de niños en todo el país (de edades comprendidas entre los seis meses y los cinco años). Este esfuerzo permite salvar a 12.000 niños cada año en Nepal[150].

En ETIOPIA, solo hay un médico por cada 33.000 personas y la mayor parte de estos profesionales se localizan en los centros urbanos, mientras que el 85% de la población vive en áreas rurales[151]. Los sistemas sanitarios y las infraestructuras se encuentran seriamente subdesarrollados y los problemas de transporte son severos, especialmente durante la temporada de lluvias. Casi todos los partos tienen lugar en casa (94%), uno de cada ocho niños muere antes de cumplir los 5 años, y la mayoría de los niños y madres que necesitan atención viven demasiado lejos. En la parte sur del país los trabajadores sanitarios de la comunidad fueron formados para tratar a los niños frente a diarrea, neumonía y malaria, para ofrecer educación sanitaria y para derivar los casos más serios a hospitales. Como resultado, se ha triplicado el acceso a la atención sanitaria y se ha mejorado notablemente la atención de las madres a sus hijos en los hogares[152]. Con el apoyo de numerosos donantes internacionales, el gobierno de Etiopía está trabajando ahora para formar y desplegar a unos 30.000 profesionales sanitarios para 2009. Cada uno de ellos recibirá un años de formación para poder ofrecer servicios básicos de prevención y tratamiento, entre otros, para la diarrea, la malaria, para fomentar la educación sanitaria y la seguridad en el parto[153].

PARA SALVAR A TODOS LOS NIÑOS, HAY QUE EDUCAR A LAS NIÑAS

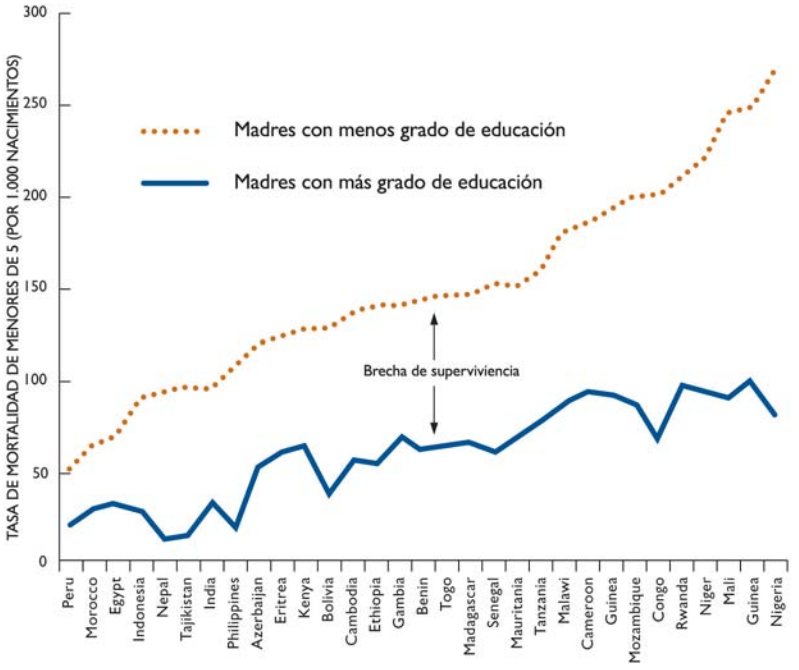
Una de las maneras más efectivas para disminuir el riesgo de muerte de las madres y sus hijos es asegurar que las niñas van a la escuela. Cuanto más tiempo pasan en el colegio, más tarde se casan y se convierten en madres. Las niñas con educación tienen más posibilidades de madurar para ser madres y gozar de salud, nutrición, poder económico y conocimientos sobre como cuidar de sí mismas y de sus hijos.

Los datos de países en desarrollo en África, Asia y Latinoamérica, demuestran que cuando el nivel de educación de las madres aumenta, la mortalidad entre los menores de 5 años decrece[154]. La tendencia de las mujeres más pobres a no recibir educación representa una de las causas principales de por qué los niños más pobres mueren antes.

En muchos países, el nivel de educación de la madre influye mucho más en las perspectivas de supervivencia del hijo que su nivel de riqueza o pobreza[155].

Las madres con educación tienen mayores posibilidades de lograr cuidados prenatales, de tener un parto seguro y lograr atención tras el mismo[156]. También tienen más posibilidades de que sus hijos sean vacunados, de llevarles a recibir tratamiento cuando están enfermos, enseñarles como tener una buena higiene y ofrecerles una dieta sana[157]. Un estudio, empleando datos de 65 países, estima que doblando la proporción de niñas con estudios de secundaria (del 19 al 38%) conllevaría un descenso del 53% de la mortalidad infantil (de 81 a 38 muertes por cada 1.000 nacimientos)[158].

CUANDO LAS MADRES RECIBEN EDUCACIÓN SOBREVIVEN MÁS NIÑOS



En cada uno de estos países, la tasa de mortalidad de menores de 5 años de madres que han recibido menos educación son al menos 2 veces más altas que las de los niños con madres que sí han percibido educación. Las diferencias mayores relacionadas con educación y superviviencia están en Nepal, Nigeria y Tajikistán.

Fuentes: Revisiones de Múltiples Indicadores del Cluster (MICS) y Revisiones Demográficas y Sanitarias (DHS) en 31 países, 2000-2006

La supervivencia infantil en los países industrializados

POBREZA Y PERTENENCIA A MINORÍAS, FACTORES CLAVE

Tanto en los países más desarrollados, como en los países menos desarrollados, son los niños más pobres y más marginados los que más sufren las consecuencias de unos cuidados sanitarios inadecuados, así como muertes prematuras[159].

Los niños que mueren en los países industrializados antes de cumplir los 5 años suelen pertenecer a clases sociales de bajos ingresos y a minorías étnicas. Sus tasas de fallecimiento están muy por encima de la mayoría de la población.

En Estados Unidos, son los afroamericanos, los indios americanos y los niños nativos de Alaska los que registran las mayores tasas de mortalidad infantil. En muchas partes de Europa, el mayor riesgo de mortalidad infantil se registra entre la etnia de los Roma. En Australia, los niños aborígenes tienen mayor probabilidad de morir antes de cumplir los 5 años.

o En Estados Unidos, los indios americanos y los niños nativos de Alaska tienen un riesgo entre 1,5 y 2 veces más elevado de morir que los niños blancos[160]. En el caso de los niños afroamericanos, ese riesgo es 2,4 veces más elevado.[161]
o En la República Checa, Eslovaquia y Hungría, la tasa de mortalidad infantil entre la etnia de los Roma es más del doble del resto de la población. [162] En Italia, las tasas de mortalidad infantil entre la etnia de los Roma supera 3 veces la del resto de los italianos.[163]
o En Rumanía, los niños roma presentan tasas de mortalidad infantil comparables a las de Madagascar y Tanzania. Los niños roma tienen un riesgo 4 veces superior de morir durante su infancia que los niños rumanos socialmente más favorecidos.[164]
o Entre los Maori de Nueva Zelanda, las tasas de mortalidad infantil son dos veces más altas que las del resto de la población.[165]
o En Australia, entre los niños aborígenes, la tasa de mortalidad es tres veces superior a la media nacional.[166]

LA MORTALIDAD INFANTIL EN ESPAÑA

La reducción de la mortalidad infantil en España ha sido asombrosa. Hasta los años 50 del siglo pasado la tasa de mortalidad infantil en España superaba el centenar por cada 1.000 nacimientos, unas cifras similares a las de algunos países del África Subsahariana en la actualidad[167]. En 1975 la tasa de mortalidad infantil en España era de 19 por 1.000 nacidos, una tasa superior a la que existe actualmente en países como Colombia, Tailandia o Libia. Gracias a la extensión de los cuidados obstétricos y perinatales, el descenso de la mortalidad neonatal desde entonces ha reducido la tasa de mortalidad infantil durante el primer año de vida a 3,53 niños por cada 1.000 nacidos vivos en 2006. En decir, en las tres últimas décadas la mortalidad infantil durante el primer año de vida se redujo en un 80%, situándose entre las más bajas del mundo.

En España no existen datos diferenciales en cuanto a mortalidad infantil por pertenencia a minorías étnicas o por país de origen de los padres, ya que estos datos no pueden ser incluidos en las estadísticas oficiales. Pero sí destacan las diferencias territoriales en cuanto a tasas de mortalidad infantil: Cantabria tiene la tasa más baja de mortalidad infantil (2,29 por 1.000) mientras que Ceuta, con 12,5 por 1.000, tiene una tasa alarmantemente alta y superior a la de años anteriores en los que se situó en el 8,45 en 2005 y en 5,66 en 2004. La renta más baja, el mayor número de hijos por mujer y la edad más temprana de maternidad son las causas de esta notable diferencia[168].

Durante los últimos 10 años, los números absolutos en cuanto a la mortalidad infantil de menores de cinco años se han más o menos estabilizado en España, situándose entre 2.000 y 2.200 fallecidos infantiles al año.[169] En 2006, último año del que se disponen de datos, 2.061 niños menores de cinco años murieron en nuestro país. La mayor parte de esas muertes, el 82,68%, se produjo en el primer año de vida.

La principal causa de muerte de menores de cinco años en nuestro país (43,43%) fueron las afecciones originadas en el período perinatal, causantes de la muerte de más de uno de

ESPAÑA

◂ USA

cada dos niños que perdieron la vida antes de cumplir su primer año de vida. La mayor parte de estas afecciones se deben al nacimiento prematuro y con bajo peso, como segunda causa estarían las cardiopatías graves.

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD DE MENORES DE CINCO AÑOS EN ESPAÑA

1. Afecciones originadas en el período perinatal 43,43%
2. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas 25,81%
3. Accidentes 4,95%
4. Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos 4,03
5. Muerte súbita 3,44%
6. Tumores 3,40%
7. Enfermedades infecciosas 3,03%

A este respecto cabe señalar un hecho preocupante: en los últimos 10 años se ha duplicado el número de partos prematuros en España. Hoy en día, uno de cada 10 niños que nacen lo hace antes de tiempo. En estas circunstancias, el neonato se enfrenta a numerosas complicaciones que requieren atención en sus primeras semanas de vida.[170] Entre los recién nacidos de 25 semanas se registra una mortalidad del 35%, que baja al 20% entre los de 26 semanas. Entre los neonatos de 30 semanas la mortalidad es de sólo el 3%.[171]

El aumento de los embarazos a edades más tardías de las españolas es uno de los principales factores que ha causado la duplicación de partos prematuros. A partir de los 30 años,[172] el índice de prematuros es mayor y hoy día la edad media de la maternidad se sitúa en todas las comunidades (con excepción de Ceuta y Melilla) por encima de los 30 años. Así mismo, se ha visto una mayor tasa de partos prematuros entre mujeres inmigrantes, entre las que se da un menor control de sus embarazos. Otra razón relacionada con este aumento es el incremento de embarazos múltiples producidos mediante técnicas de reproducción asistida. Un 30% de los niños prematuros han sido concebidos mediante estas técnicas. [173/174]

ACCIDENTES DOMÉSTICOS Y DE TRÁFICO

Aunque aparentemente el porcentaje de muertes por accidentes de menores de cinco años es bajo (4,95 %, con 102 muertes en 2006), este porcentaje se dispara cuando nos referimos a niños de entre 1 y 5 años, entre los que es causa de una de cada cuatro muertes en estas edades.

El hogar es un entorno lleno de obstáculos y peligros para nuestros niños, haciendo que los accidentes domésticos sean la primera causa de muerte por causas externas (62,38%), por delante de los accidentes de tráfico (30,27%) y los homicidios (6,42%) en los niños de menos de cinco años.

En España se producen alrededor de 32 accidentes domésticos infantiles cada hora. Entre las principales causas de muerte infantil cabe destacar los ahogamientos (el 38,23% de los accidentes mortales), accidentes por fuego o humo (5,88%) o las caídas accidentales (4,90%).

Aunque se observa un considerable descenso en la tasa de fallecimientos de menores por lesiones desde del 1990, las cifras de España siguen siendo altas y son casi el doble de las de Suecia, el país más seguro de Europa en esta materia.[175] Además, España es el décimo país de la Unión Europea en cuanto a tasas de mortalidad por lesiones en niños y adolescentes.[176/177]

Un apartado especialmente dramático, aunque represente un bajo porcentaje de las muertes de menores de cinco años, son las causadas por agresiones. El 62% de los menores que mueren por esta causa tienen menos de cinco años.

CÓMO SUECIA HA CONSEGUIDO COMBATIR LAS INJUSTICIAS Y SALVAR VIDAS

Suecia es uno de los mejores lugares del mundo para ser madre o niño, independientemente de los ingresos. Sin embargo, no siempre ha sido así. En los años 20, los niños más pobres corrían un riesgo 3,5 veces más elevado de morir durante su primer año de vida que los niños más ricos.[191] La brecha en cuanto a la supervivencia infantil se convirtió en una preocupación de la política.

En los años 30, el gobierno sueco introdujo una serie de nuevas políticas, incluidos unos servicios sanitarios gratuitos para madres y niños, un apoyo financiero para familias de renta baja, además de unas reformas generales del sistema de bienestar y de la vivienda. Los servicios preventivos para madres y niños rápidamente se extendieron a todo el territorio nacional, beneficiando especialmente a los más pobres. En 1950, los servicios de salud materna cubrieron a más del 60 por ciento de todas las embarazadas, los servicios de salud infantil llegaron a más del 80 por ciento de todos los niños.[192]

Dichas reformas llevaron a una disminución significativa de las injusticias sociales y de la mortalidad infantil.[193] En la actualidad, la mortalidad infantil está prácticamente extinguida en Suecia.[194] Los niños suecos, tanto los ricos como los pobres, disfrutan de una de las tasas de mortalidad infantil más bajas de todo el mundo. [195]

ESPAÑA

¡Emprendamos acciones ya! ¡Creemos un mundo diferente para los niños!

Cada año cerca de 10 millones de niños mueren antes de cumplir los 5 años. Dos tercios de esas muertes podrían salvarse si los servicios básicos y de bajo coste llegasen a las madres, los niños y los recién nacidos que más lo necesitan.

Ahora ha llegado el momento de que los gobiernos, el sector privado y las organizaciones humanitarias asuman conjuntamente su responsabilidad para reducir todas estas muertes innecesarias. Garantizando a madres y bebés en todas partes del mundo un acceso a unos servicios sanitarios de calidad, la comunidad internacional puede crear un futuro más prometedor para familias, comunidades y la sociedad en su conjunto.

AYÚDENOS A SALVAR LA VIDA DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS EN TODO EL MUNDO:

Apoye los programas de Save the Children e infórmese sobre ellos visitando la página web **www.savethechildren.es**

QUÉ HACE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA PARA REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL

En España, el Plan Anual de Cooperación Internacional del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación presta especial atención a las intervenciones que tiendan a reducir la mortalidad materna y a mejorar la salud infantil. Las contribuciones de la Cooperación Española al ámbito de la salud sexual y reproductiva se han incrementado sustancialmente, y la salud ha sido uno de los sectores donde mayor importancia han tenido los créditos del Fondo de Ayuda al Desarrollo. Este año la Ayuda Oficial al Desarrollo de España se situará en 5.509 millones de euros, el mayor incremento nominal de la historia.[194] Save the Children es uno de los principales agentes con los que ha colaborado la Agencia en esta modalidad.[195]

Desde el año 2006 se ha presentado una nueva estrategia de salud de la cooperación española en que la salud básica continúa manteniendo el mayor peso de la ayuda. España está incrementando de una forma más significativa su compromiso con la salud, hasta alcanzar más de un 14,3% de toda la AOD. Sin embargo, España destina a este sector tres veces menos que el CAD de la OCDE y dos veces menos que la media de la UE.

No obstante, observamos que e[illegible] cooperación española es cada vez menor, debido a la tendencia actual de la cooperación española a incrementar la ayuda a la salud sexual y reproductiva.

España, sigue destinando más fondos a la salud básica, más del 52% del total de su ayuda. Más de la mitad de este porcentaje va a los Países Menos Adelantados, de lo que un 63,50%, se concentra en el sector de la salud básica. El Plan Director marca un indicador según el cual se debe tender hacia el destino del 20% de la AOD bilateral a los Países Menos Avanzados, y un 20 % de la AOD bilateral a necesidades sociales básicas. Además un 70% de la AOD bilateral se debería concentrar en los países prioritarios de la Cooperación Española. En cuanto a lo que aporta cada ministerio, la mayor contribución a la AOD canalizada por la Administración General del Estado viene del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación.

El peso de las Comunidades Autónomas como agente de la cooperación en salud se mantiene constante con una media del 28% del total de la AOD española en salud. . Los datos generales muestran una gran heterogeneidad en cuanto al comportamiento en el sector de la salud de la cooperación entre las distintas comunidades autónomas pero también bastante variabilidad interanual en los presupuestos que muchas comunidades autónomas destinan a la salud. Castilla y León y Navarra son las dos comunidades donde la salud tiene un mayor peso con respecto a su AOD. Cataluña, Andalucía, Castilla La Mancha y Madrid aportan cerca del 55% de la AOD autonómica. Sin embargo, todavía existen cinco comunidades autónomas que no dedican siquiera el 10% de su presupuesto de AOD a la salud de los Países Menos Adelantados.

ETIOPIA

EGYPT

Anexo: Índice sobre la situación de las madres y ránking de países

La novena edición del índice sobre la situación de las madres ilustra las condiciones existentes para madres y niños en 146 países. De ellos, 41 son países industrializados196 y 105 forman parte de los países en desarrollo. Así mismo, nos muestra dónde las madres disfrutan de las mejores condiciones y dónde, en cambio, se han de enfrentar a las más grandes penurias. Todos los países para los que se disponía de datos suficientes, están incluidos en el índice.

¿Por qué se preocupa Save the Children tanto de las madres? La respuesta es muy sencilla. Casi 90 años de experiencia en el trabajo de campo nos han enseñando que la calidad de vida de los niños depende de la salud, de la seguridad y del bienestar de sus madres. Resumiendo podemos constatar que, si les proporcionamos a las madres acceso a la educación, oportunidades económicas y cuidados de salud materno-infantil, incluida la posibilidad de practicar la planificación familiar, ofrecemos a las madres y a sus hijos las mejores oportunidades para la supervivencia y el desarrollo.

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

SIERRA LEONA

LOS RÁNKINGS EN CUANTO A LA SITUACIÓN DE LAS MADRES

Los países europeos ocupan, junto con Australia y Nueva Zelanda, los primeros puestos del ránking, mientras que los países de la África subsahariana predominan entre los peor clasificados. Este año, España ocupa el 12º lugar. Aunque los países industrializados se encuentran muy seguidos y juntos a la cabeza del Índice, alcanzando la mayoría de esos países buenos resultados en todos los indicadores, los países mejor situados en ese ranking logran unas puntuaciones muy altas en cuanto al estado de salud, de educación y económico de madres y niños.

LOS 10 PRIMEROS Y LOS 10 ÚLTIMOS:

Los mejores lugares para ser madre		Los peores lugares para ser madre	
PUESTO	PAÍS	PUESTO	PAÍS
1	Suecia	137	Etiopía
2	Noruega	138	Mali
3	Islandia	139	Djibouti
4	Nueva Zelanda	140	Eritrea
5	Dinamarca	141	Guinea-Bissau
6	Australia	142	Angola
7	Finlandia	143	Sierra Leona
8	Irlanda	144	Yemen
9	Alemania	145	Chad
10	Francia	146	Níger

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

o Dos de cada tres partos no cuentan con asistencia sanitaria cualificada.

o En el promedio, una de cada 21 madres morirá como consecuencia del embarazo.

o 1 de cada 6 niños muere antes de haber cumplido los 5 años.

o 1 de cada 3 niños sufre desnutrición.

o Casi 1 de cada 3 niños no va a la escuela primaria.

o Por cada 4 niños sólo hay 3 niñas escolarizadas en la escuela primera.

o Las mujeres solo disponen de una media de 5 años de educación formal.

o Las mujeres ganan solo la mitad de lo que ganan los hombres por el mismo trabajo.

o Cualquier mujer está expuesta al riesgo de perder a un hijo en algún momento de su vida

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

En Suecia, prácticamente todos los partos cuentan con la asistencia de personal cualificado, mientras que en Níger sólo el 33% de los partos son atendidos. Una mujer sueca suele tener 17 años de educación formal y una esperanza de vida de 83 años, un 72% de ellas usa algún método moderno de contracepción. Sólo una de cada 185 tendrá que ver morir a su hijo antes de que éste cumpla los cinco años de vida. En el lado contrario, en Níger, una mujer normal suele tener de tan sólo 3 años de educación formal, siendo su esperanza de vida de 45 años. Sólo un 4% de ellas está utilizando algún método moderno de contracepción y uno de cada 4 niños muere antes de cumplir los cinco años.

Por lo tanto, cualquier madre de Níger corre el peligro de perder a un hijo. 9 de cada 10 madres incluso perderán a dos de sus hijos a lo largo de su vida.

Los datos recopilados para el Índice de sobre la situación de las Madres reflejan la gran brecha existente entre los países ricos y pobres, así como la apremiante necesidad de acelerar los progresos a favor de la salud y el bienestar de las madres y de sus hijos. Los datos subrayan, asimismo, la dimensión regional de esa tragedia. Ocho de los diez últimos países del ranking se encuentran en África subsahariana. En dicha región se sitúan, además, 17 de los 20 países peor clasificados en el ranking.

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

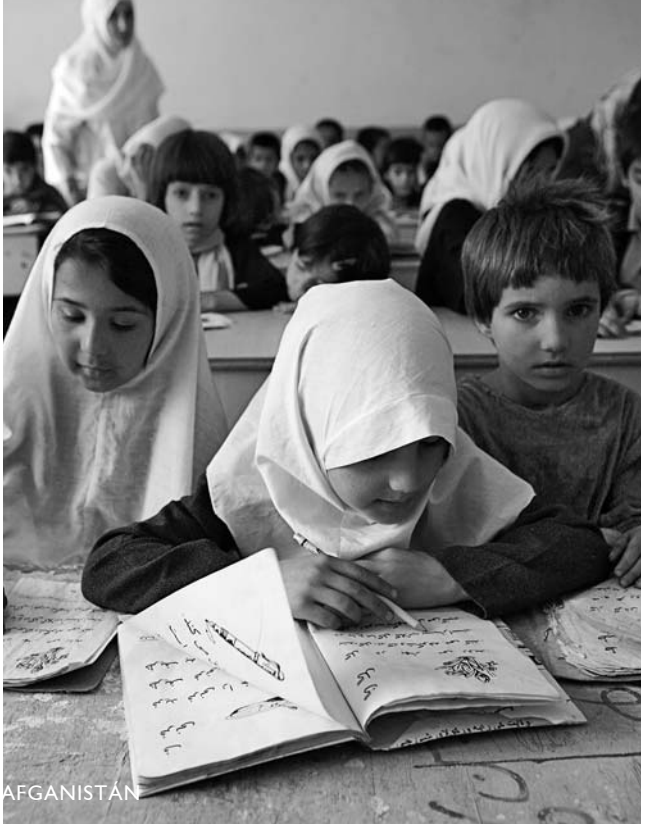
o El 15 por cien de los partos, o incluso menos, son atendidos por personal sanitario cualificado en Afganistán y Chad. En Etiopía, sólo un 6 por ciento de los partos cuentas con asistencia sanitaria, un porcentaje que contrasta con el 96 por ciento de partos atendidos en Sri Lanka y el 94 por ciento en Botswana.

o Una de cada 7 mujeres muere durante el embarazo o el parto en Níger, corriendo ese riesgo una de cada ocho mujeres en Sierra Leona y Afganistán. En Irlanda, el riesgo de mortalidad materna se sitúa en 1 de cada 47.600.

o En la República Centroafricana, Zambia y Zimbabue, las mujeres suelen morir antes de cumplir los 40 años. En Lesotho, la esperanza de vida de las mujeres se sitúa en 34 años, en Botswana, en 32.

Mientras que en Swazilandia, una mujer no suele llegar a celebrar su 30 cumpleaños, en Japón, la esperanza de vida de las mujeres alcanza los 86 años.

o Menos del 5 por ciento de las mujeres utilizan métodos modernos de contracepción en países como Afganistán, Angola,


AFGANISTÁN

Chad, la República Democrática de Congo, Guinea, Guinea-Bissau, Níger, Ruanda y Sierra Leona. En China y en Gran Bretaña, más del 80 por ciento de las mujeres utiliza algún método moderno de contracepción.

o En Egipto, Marruecos, Omán, Qatar, Sudán y en los Emiratos Árabes las mujeres ganan 16 céntimos por cada dólar ingresado por los hombres. En Kenia y Suecia, esa proporción es de 80 céntimos por cada dollar Ganado por un hombre.

o En Belice, Omán, Qatar y Arabia Saudí no hay representación femenina en el parlamento. En cambio, en Suecia y en Ruanda, un 47 y un 49 por ciento, respectivamente, de los escaños parlamentarios es ostentado por mujeres, es decir, casi el mismo porcentaje que los hombres.

o En Djibouti y Níger, el promedio de las mujeres tiene menos de 4 años de formación escolar. En esos países, más de la mitad de los niños no está escolarizado. En Australia y Nueva Zelanda, una mujer suele recibir más de 20 años de educación formal.

o En Afganistán, la República Centroafricana, Chad y Guinea-Bissau, por cada 3 niños escolarizados sólo hay 2 niñas inscritas en la escuela primaria.

o 1 de cada 4 niños no llega a celebrar su 5° cumpleaños en países como Afganistán, Angola, Níger y Sierra Leona. En Islandia y Suecia, sólo uno de cada 333 niños muere antes de cumplir los 5 años.

o Más del 40 por ciento de los niños menores de 5 años padece malnutrición severa en India, Madagascar, Níger, Sudán, Timor-Leste y Yemen. En Bangladesh, casi el 50 por ciento de los niños sufre malnutrición.

o Más del 60 por ciento de la población de Afganistán y Papua-Nueva Guinea no tiene acceso a agua potable segura. En Etiopía y Somalia, ese porcentaje supera, incluso, el 70 por ciento.

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

Anexo: Índice sobre la situación de las madres y ránking de países

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE EL ÍNDICE SOBRE LA SITUACIÓN DE LAS MADRES

¿Por qué España ocupa el puesto 12?

España ha pasado de ocupar el 9º puesto en el ránking del pasado año a ocupar el puesto 12 en 2008. Esta caída se ha debido fundamentalmente a la inclusión en el estudio de nuevos países que ocupan puestos superiores como Irlanda, Alemania o Francia. España ocupa el puesto 16 en el los indicadores que constituyen únicamente el Ranking de mujeres (en este apartado están por delante Reino Unido, Países Bajos, Eslovenia o Grecia) y el 10 en los que forman el Ránking de niños (por delante de Noruega, Dinamarca, Finlandia o Países Bajos) .

Los principales factores que sitúan a España en este puesto son:

- Una muy alta esperanza de vida femenina (84 años) similar a la de Italia y Suiza y sólo superada por Japón,
- Una baja tasa de riesgo de mortalidad materna, la décima más baja del mundo, una por cada 16.400.
- Una baja tasa de mortalidad de menores de cinco años, sólo mejorada por Islandia y Suecia.
- Asimismo, España tiene buena puntuación en cuanto a la participación de mujeres en política (35% de los escaños ocupados por mujeres en la pasada legislatura, la que se ha tenido en cuenta para la elaboración del informe) sólo superada en Europa por Suecia, Países Bajos, Finlandia y Dinamarca y a nivel mundial por Ruanda (que con un 49%) , Cuba y Argentina.

Sin embargo España está aún por debajo en otros países de su entorno en temas como la duración de las bajas por maternidad, inferior a otros países europeos y que influye en que la posición más baja de nuestro país en el Índice de mujeres. En España la baja es de 16 semanas, inferior a Eslovenia con 28 semanas, Reino Unido con 26, Italia con 21 o Portugal con 18.). Sin embargo en España las pagas por maternidad se mantienen al 100% mientras en algunos de estos países quedan reducidas en porcentaje.

En cuanto a indicadores infantiles, España sobresale en las tasas de escolarización preescolar (sólo superada por Bélgica) y de escolarización en enseñanza secundaria (la más alta junto a Dinamarca tras Australia).

USA

¿Por qué ocupa Suecia el primer puesto?

Entre todos los países incluidos en el ranking, Suecia alcanza o comparte con otros los mejores valores en todos los indicadores. Tiene la mayor tasa de ingresos femeninos, además de alcanzar, junto con Islandia, el mayor porcentaje de mujeres con escaño en el parlamento nacional. Así mismo, Suecia registra la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años más baja del mundo.

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

Los ránkings se basan en los resultados alcanzados por un país, con respecto a una serie de indicadores predeterminados, relacionados, principalmente, con la educación, salud, nutrición y el estatus económico y político. Para 146 países existían informaciones publicadas sobre los resultados alcanzados en esos indicadores, por lo que todos esos 146 países fueron incluidos en el estudio. La única razón por la exclusión de un determinado país fue la falta o la insuficiencia de datos disponibles, o un número de habitantes inferior a 250.000.

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

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

LO QUE LAS CIFRAS NO PUEDEN REFLEJAR

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

ÍNDICE DE LAS MADRES 2008

País	Índice de Madres*	Índice de Mujeres	Índice de niños **
NIVEL I: Países más desarrollados			
Suecia	1	1	4
Noruega	2	5	12
Islandia	3	3	18
Nueva Zelanda	4	2	20
Dinamarca	5	6	19
Australia	6	4	27
Finlandia	7	7	24
Irlanda	8	8	21
Alemania	9	15	2
Francia	10	12	3
Países Bajos	11	9	28
España	12	16	10
Belgica	13	18	5
Reino Unido	14	10	25
Suiza	15	17	13
Eslovenia	16	14	11
Grecia	17	13	15
Estonia	18	20	14
Italia	19	24	1
Canadá	20	11	32
Austria	21	26	7
Portugal	22	25	17
Lituania	23	19	30
Letonia	24	21	26
Hungría	25	23	23
República Checa	26	30	9
EE.UU.	27	22	33
Eslovaquia	28	31	22
Polonia	29	28	29
Malta	30	32	8
Japón	31	36	6
Bielorusia	32	29	31
Luxemburgo	33	35	16
Croacia	34	27	35
Bulgaria	35	34	34
Federación Rusa	36	37	37
Rumania	37	33	39
Macedonia	38	38	42
Moldavia	39	39	41
Ucrania	40	40	40
Albania	41	41	43
NIVEL II: Países menos desarrollados			
Israel	1	1	3
Cuba	2	3	9
Argentina	3	2	14
Chipre	4	4	1
Uruguay	5	5	4
Barbados	6	7	8
Kazakhstán	7	6	26
República de Corea	8	8	7
Costa Rica	9	10	13
Bahamas	10	9	6
Chile	11	19	2
Panamá	12	13	35
Tailandia	13	15	20
Kyrgyzstán	14	14	40
China	15	12	48
Perú	16	17	38
Brasil	17	11	49
Colombia	18	18	29
Mauricio	19	21	21
Uzbekistán	20	20	32
Jamaica	21	22	23
República Dominicana	22	24	30
Trinidad y Tobago	23	31	28
Vietnam	24	16	58
Armenia	25	29	22
Kuwait	26	28	16
México	27	32	24
Túnez	28	36	19
República Bolivariana de Venezuela	29	23	41
Sudáfrica	30	30	46
Bahrein	31	37	11
Libia	32	33	33

País	Índice de Madres*	Índice de Mujeres	Índice de niños **
NIVEL II: Países poco desarrollados (continuación)			
Líbano	33	44	10
Surinam	34	34	51
Malasia	35	42	16
Guyana	36	27	66
Mongolia	37	26	57
Filipinas	38	25	65
Qatar	39	51	5
Jordania	40	50	12
Honduras	41	41	50
Azerbayán	42	35	59
Iran, Islamic Republic of	43	45	37
El Salvador	44	43	53
Algeria	45	49	36
Belize	46	46	42
Namibia	47	39	67
Georgia	48	52	34
Paraguay	49	53	31
Gabón	50	38	69
Emiratos Árabes Unidos	51	57	43
Turquía	52	58	25
Nicaragua	53	55	55
Tajikistán	54	47	68
Indonesia	55	48	70
Arabia Saudí	56	61	39
Kenia	57	40	74
Zimbawe	58	56	71
Botswana	59	59	61
Ghana	60	54	72
Marruecos	61	66	54
Omán	62	65	60
Guatemala	63	67	64
Camerún	64	60	79
Congo	65	62	77
India	66	64	76
Swazilandia	67	68	73
Papúa Nueva Guinea	68	63	81
Pakistán	69	70	75
Nigeria	70	69	80
Côte d'Ivoire	71	71	78
NIVEL III: Los países menos desarrollados			
Maldivas	1	1	2
Cabo Verde	2	5	1
Uganda	3	2	15
Ruanda	4	6	13
Malawi	5	7	8
Lesotho	6	8	9
Mozambique	7	4	21
Camboya	8	3	32
Islas Salomón	9	10	4
Tanzania	10	11	12
Nepal	11	16	11
Comoros	12	17	3
Bangladesh	13	12	17
Burundi	14	9	22
Gambia	15	18	5
República Democrática Popular de Laos	16	13	25
Guinea	17	15	27
Mauritania	18	19	20
Madagascar	19	14	35
Zambia	20	21	18
Guinea Ecuatorial	21	20	23
Togo	22	25	19
Benin	23	26	16
Burkina Faso	24	23	37
Etiopía	25	24	36
Mali	26	22	38
Djibouti	27	29	24
Eritrea	28	30	28
Guinea-Bissau	29	32	31
Angola	30	27	40
Sierra Leona	31	31	39
Yemen	32	34	29
Chad	33	28	42
Níger	34	33	44

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

** El Ranking para los níveles I, II y III está sacado de los 43,81 y 44 países de los que existen datos suficientes como para calcular el Indice de Niños.

Metodología y procesos de investigación utilizados en la elaboración del índice de madres

ÍNDICE DE MADRES COMPLETO

1. En el primer año de publicación del Índice sobre la situación de las Madres (2000), un análisis de la literatura disponible al respecto y consultas con miembros del equipo de Save the Children fueron decisivos a la hora de identificar el estado de salud, el estado de educación, el estatus político y el bienestar de los niños como factores claves para determinar el bienestar de las madres. El año pasado (2007), el Índice de Madres fue revisado para incluir indicadores del estatus económico. Todos los países con más de 250.000 habitantes fueron situados en uno de los tres tercios de grupos de desarrollo según Naciones Unidas: países más desarrollados, países de desarrollo medio y países menos desarrollados. Se seleccionaron los indicadores para cada grupo que mejor representaran los factores del bienestar materno específico. Para facilitar comparaciones internacionales, además de su exactitud y validez, los indicadores fueron seleccionados en base a la inclusividad (disponibilidad en los países) y variabilidad (capacidad de diferenciar entre países). Para ajustar las variaciones de disponibilidad de datos a la hora de calcular el índice final, los indicadores de salud materna y bienestar infantil fueron agrupados en subíndices (véase paso 6). Dicho procedimiento permitió a los investigadores explotar la gran cantidad de informaciones útiles disponibles sobre esos temas, sin restar importancia a aquellos factores sobre los cuales existía menor cantidad de datos. Los datos presentados en este informe incluyen información disponible hasta el 1 de marzo de 2008. Fuentes: Población 2007 Fondo de Naciones Unidas para la Población, Estado de la Población Mundial 2007. (UNFPA: 2007), datos adicionales de la División de Naciones Unidas para la Población. World Population Prospects: The 2006 revision. Datos de población disponibles online en: esa.un.org/unpp/ ; Definición de regiones de desarrollo: División de Naciones Unidas para la Población Division. World Population Prospects: The 2006 Revision. Population Database.esa.un.org/unpp/index.asp?panel=5

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

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

Riesgo de mortalidad materna

El riesgo que enfrenta una mujer de morir, a lo largo de su vida, en un parto está condicionado por muchos factores, incluyendo el número de hijos y los intervalos entre dos nacimientos, las condiciones en las que da a luz, así como su propio estado de salud y de nutrición. Las estimaciones se basan en las tasas de mortalidad materna y de fertilidad dentro de un país. En el caso de algunos países, las estimaciones han sido establecidas según la metodología aplicada por la OMS/UNICEF. Los datos son de 2005. Fuente: La mortalidad materna en 2005: Estimaciones establecidas por OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial. Disponible online en: ww.who.int/whosis/mme_2005.pdf

Porcentaje de mujeres que utilizan métodos de contracepción modernos

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

De esta forma se puede garantizar que la madre esté física y psicológicamente preparada para dar a luz y para cuidar a su hijo. Los datos provienen de informes de estudios de muestreos y estiman el porcentaje de mujeres casadas (incluidas las mujeres que viven en parejas de hecho) que utilizan actualmente algún medio anticonceptivo moderno (lo que incluye la esterilización masculina y femenina, el DIU, la píldora, inyectables, implantes hormonales, preservativos y métodos femeninos de barrera). Los datos de utilización de métodos de contracepción son los más recientes disponibles, del 1 de octubre de 2005. Fuente: División de Naciones Unidas para la Población. World Contraceptive Use 2005 (wall chart).
www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2005/WCU2005.htm

Porcentaje de nacimientos atendidos por personal cualificado

La presencia de personal cualificado durante un parto reduce el riesgo de mortalidad materna e infantil. El personal cualificado puede ayudar a crear unas condiciones higiénicas adecuadas y diagnosticar complicaciones que requieran asistencia médica urgente. El porcentaje de nacimientos atendidos por personal cualificado recoge todos aquellos nacimientos que son atendidos por personal sanitario especializado, como médicos, enfermeras o comadronas. Los datos son de 2000-2006. Como casi todos los nacimientos son atendidos por personal cualificado en los países desarrollados, este indicador no está incluido en el Nivel I. Fuente: UNICEF 2008. El Estado mundial de la infancia 2008 (Tabla 8) pp.142-145.
www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08_table_8.pdf

Metodología y procesos de investigación

Esperanza de vida femenina

Los niños se benefician cuando las madres viven más y tienen vidas saludables. La esperanza de vida refleja el estado de salud, social y económico de una madre y recoge las tendencias en la reducción de la esperanza de vida asociada a la feminización del VIH/SIDA. La esperanza de vida femenina está definida como el promedio de años de vida que una mujer puede esperar vivir si experimenta las actuales tasas de mortalidad de población en cada edad. Los datos son de 2007.Fuente: Fondo de Naciones Unidas para la Población (UNFPA) 2007. Estado de la Población Mundial 2007. pp. 86-89. www.unfpa.org/swp/swpmain.htm

EL INDICADOR DEL ESTADO DE EDUCACIÓN DE LAS MUJERES ES:

Previsión de número de años de escolarización formal femenina

La educación es especialmente efectiva para mejorar la salud materna, la libertad de movimientos de las mujeres y su poder de decisión dentro de sus hogares. Las mujeres con formación tienen mayores posibilidades de ganarse la vida y apoyar a sus familias. Además, suelen garantizar en mayor medida que las mujeres sin formación que sus hijos coman saludablemente, terminen su educación y reciban atención sanitaria adecuada. La tasa de vida escolar femenina se define como el número de años que una niña en edad escolar permanece en la escuela o universidad, incluidos los años de repetición de cursos. Es la suma de las tasas de escolarización para primaria, secundaria, postsecundaria no terciaria y educación terciaria. Los datos son de 2005 o los del año más reciente disponibles. Fuente: UNESCO 2007. Education for All Global Monitoring Report 2008. Tabla 4,pp.276-283. www.efareport.unesco.org.

LOS INDICADORES DEL ESTATUS ECONÓMICO DE LA MUJER SON:

Porcentaje de ingresos estimados femeninos frente a masculinos

Las madres probablemente usarán su influencia y los recursos que controlan para cubrir las necesidades de sus hijos. Cuando las madres son capaces de obtener unos ingresos suficientes y pueden controlar los recursos económicos, los niños sobreviven y prosperan. El porcentaje de ingresos estimados de las mujeres frente a los hombres - cuánto ingresan las mujeres con respecto a los hombres por el mismo trabajo- revela la desigualdad de género en los lugares de trabajo. Los ingresos femeninos y masculinos se han estimado en el porcentaje de salario no agrícola femenino con respecto al masculino. Las estimaciones están basadas en los datos disponibles del año más reciente entre 1996 y 2005.Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 2007. Informe sobre desarrollo humano 2007/2008. Tabla 29, pp.330-333. hdrstats.undp.org/indicators/284.html

Beneficios de baja por maternidad

El indicador de baja por maternidad incluye tanto la duración de tiempo en la que se contemplan beneficios como la amplitud de la compensación. Los datos están recopilados a partir de la OCDE y de la Organización Mundial del Trabajo (OIT), basada en información proporcionada por los países en 2005-2006 y 2004-2006, respectivamente. Los datos de beneficios de baja por maternidad sólo aparecen en los países del Nivel I donde las mujeres constituyen una parte considerable de la fuerza laboral no agrícola y donde la mayor parte de las mujeres pueden disfrutar de beneficios de la baja por maternidad.
Fuentes: OECD Base de datos de Familias. Características claves de los sistemas de baja parental.Tabla PF7.1 10 de enero de 2007. Disponible online en:
www.oecd.org/dataoecd/45/26/37864482.pdf, datos adicionales de la División Estadística de Naciones Unidas. Estadísticas e indicadores sobre mujeres y hombres.
Tabla 5g. Actualización 28 de agosto de 2006.
unstats.un.org/unsd/demographic/products/indwm/tab5g.htm

EL INDICADOR DEL ESTATUS POLÍTICO DE LAS MUJERES ES:

Participación de mujeres en el Gobierno nacional

La participación de mujeres en el Gobierno nacional
Cuando las mujeres tienen voz en instituciones públicas, pueden participar directamente en los procesos de gobierno y abogar por asuntos de especial importancia para mujeres y niños. Ese indicador refleja el porcentaje de escaños en asambleas legislativas o parlamentos nacionales ocupados por mujeres. Para países con asambleas legislativas y parlamentos bicamerales, se ha utilizado una media ponderada de los escaños de la Cámara Alta y de la Cámara Baja, ocupados por mujeres. Los datos son del 29 de febrero de 2008.Fuente: Mujeres en parlamentos nacionales Unión Interparlamentaria. Situación al 29 de febrero de 2008www.ipu.org/wmn-e/classif.htm.

LOS INDICADORES DEL BIENESTAR DE LOS NIÑOS SON:

Tasa de mortalidad de menores de 5 años

La tasa de mortalidad de menores de 5 años tiende a aumentar dramáticamente cuando las madres no reciben cuidados prenatales, o no los reciben de forma suficiente, y dan a luz en circunstancias difíciles, cuando los niños no se alimentan de exclusivamente de lactancia materna, cuando pocos niños son inmunizados o cuando pocos reciben tratamientos preventivos o curativos para las enfermedades infantiles más comunes. La tasa de mortalidad de menores de 5 años indica la probabilidad, por cada 1.000 nacimientos vivos, de que un niño muera entre su nacimiento y su quinto año de vida. Los datos provienen del año 2006.Fuente: UNICEF 2008. El Estado Mundial de la Infancia 2008. Tabla 1, pp.114-117.www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08_table_1.pdf

Porcentaje de niños menores de cinco años por debajo del peso normal de forma moderada o severa.

Una alimentación pobre afecta a los niños de múltiples maneras. Entre otras cosas, puede hacerles más susceptibles de padecer una serie de enfermedades y perjudicar su desarrollo cognitivo. Los niños con bajo peso de forma moderada o severa tienen una desviación de más de dos o tres veces, respectivamente, en comparación con los estándares de peso de la población de referencia. Los datos son entre 2000 y 2006. Fuente: UNICEF 2084.Estado Mundial de la Infancia 2008 (Tabla 2, pp.118-12)1. www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08_table_2.pdf

Tasa bruta de escolarización preescolar

La atención y educación infantil incluye la escolarización en educación preescolar, el apoyo al crecimiento, desarrollo, aprendizaje y supervivencia infantil. También contribuye a una salud adecuada, a la reducción de la pobreza y puede proporcionar apoyo para los padres trabajadores, especialmente las madres. La tasa bruta de escolarización preescolar es el número total de niños escolarizados en educación preescolar, independientemente de su edad, expresada como un porcentaje del número total de niños en edad de enseñanza oficial preescolar. Esta tasa puede ser superior al 100% cuando los niños entran en la escuela más tarde de la edad oficial de ingreso o no avanzan en los cursos según las tasas esperadas. Los datos proceden del final del curso 2005 o los más recientes disponibles. La tasa de escolarización preescolar sólo se analiza en los países del Nivel I. Fuente: UNESCO 2007. Education for All Global Monitoring Report 2008. Tabla 3b, pp. 268-275. www.efareport.unesco.org.

Tasa bruta de escolarización primaria

La tasa bruta de escolarización primaria refleja el número total de niños inscritos en la escuela primaria, independientemente de su edad, expresado como porcentaje del total de niños en edad de enseñanza primaria. Los datos son de los años académicos 2005 o los más recientes disponibles. Fuente: UNESCO, 2007. Education for All Global Monitoring Report 2008. Tabla 5, pp.284-291. www.efareport.unesco.org.

Índice de paridad de género

Educar a las niñas es una de las formas más efectivas de mejorar el bienestar de mujeres, niños y niñas. El porcentaje de escolarización de niñas con respecto a niños en la enseñanza primaria - o índice de paridad de género- mide las disparidades de género en la escuela primaria. Se calcula a partir del número de niñas inscritas en la enseñanza primaria por cada 100 niños, independientemente de su edad. Una puntuación de 1 equivale a igual número de niños y niñas escolarizados, una puntuación entre 0 y 1 indica una disparidad a favor de los niños, una puntuación más alta de 1 indica una disparidad a favor de las niñas. Los datos corresponden al curso académico finalizado en 2005 o al más reciente disponible. Este indicador se incluye en el Nivel III, en el que la brecha de igualdad de las niñas en el acceso a la educación es la mayor del mundo.Fuente: UNESCO 2007. Education for All Global Monitoring Report 2008. Tabla 5,pp.284-291. www.efareport.unesco.org.

Porcenaje bruto de escolarización secundaria

La tasa bruta de escolarización primaria refleja el número total de niños inscritos en la escuela secundaria, independientemente de su edad, expresado como porcentaje del total de niños en edad de enseñanza secundaria. Los datos son del curso académico finalizado en 2005 o los más recientes disponibles. Este indicador no es tenido en cuenta en el Nivel III, donde muchos niños todavía no asisten a la escuela primaria y no hay transición a niveles más altos.Fuente: UNESCO 2007. Education for All Global Monitoring Report 2008. Tabla 8,pp.308-315. www.efareport.unesco.org.

Porcentaje de población con acceso a agua segura

El agua segura es primordial para un buen estado de salud. Las familias necesitan un suministro adecuado de agua potable para beber y de agua para cocinar y lavar. Este indicador refleja el porcentaje de la población que tiene acceso a una cantidad adecuada de agua proveniente de una fuente acondicionada y dentro de unas distancias admisibles desde la vivienda del consumidor, de acuerdo con los estándares definidos a nivel nacional. Fuentes de agua "acondicionadas" son conexiones en los hogares, tubos verticales públicos, perforaciones, pozos protegidos, manantiales protegidos y recolecciones de aguas de lluvia. Un "acceso razonable" implica, en general, al menos 20 litros (5,3 galones) por persona y día, proveniente de una fuente situada dentro de una circunferencia de un kilómetro (0,62 millas) del hogar del consumidor .Datos del año 2004.Fuente: UNICEF 2005.Estado Mundial de la Infancia 2008 (Tabla 3) pp.122-125. www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08_table_3.pdf

3. La falta de datos fue cubierta, cuando era possible, con datos de la misma fuente publicados un año anterior, como señala la tabla desplegable en este apéndice, con la excepción de los datos educativos proporcionados la base de datos online del Instituto estadístico de la UNESCO, disponible en: stats.uis.unesco.org

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

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

Z =el estándar, o puntuación Z
$\overline{X}$= la puntuación a convertir
X= el medio de la distribución
S = la desviación estándar de la distribución

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

Nota sobre algunos indicadores específicos
o Para facilitar las comparaciones entre países, la duración de la baja por maternidad fue convertida a días y la compensación fue establecida en la media del período completo de paga.
o Con el fin de evitar que se premien sistemas escolares en los que los alumnos no empiezan a tiempo o no pasan todo el sistema, las tasas brutas de escolarización de entre un 100 y un 105% han sido rebajadas al 100%. Las tasas brutas de escolarización superiores al 105% han sido rebajadas al 100% y cualquier cantidad por encima del 105% ha sido restada de 100 (por ejemplo, un país con una tasa bruta de escolarización del 107% sería rebajado a 100-(107-105), alcanzando un resultado de 98).
o A los países industrializados que carecen de datos relativos al porcentaje de mujeres embarazadas con anemia o al porcentaje de niños menores de 5 años con cuadros de desnutrición moderada o severa, se atribuyeron puntuaciones ficticias, basadas en el promedio alcanzado por los países industrializados, con el fin de no penalizar a países industrializados por la falta de datos frente a países en desarrollo bien clasificados.
o Para evitar que se premien países en los que los progresos en la educación de las niñas se hace a expensas de los niños, países con paridad de género superior a 1.02 (un indicador de desigualdad de género que desfavorece a los niños) la puntuación se descontó a 1.00.

6. Con las puntuaciones Z de los cuatro indicadores relativos a salud de mujeres se ha hecho un promedio para crear un índice de puntuación del estado de salud de las mujeres. En el Nivel I, una puntuación del estatus económico de las mujeres fue calculado como un promedio ponderado del porcentaje de ingresos femeninos respecto a masculinos (75%), amplitud de la baja por maternidad (12,5%) y porcentaje de salario pagado (12,5%). Un Índice de bienestar de Niños -el Índice de niños- fue también creado primero calculando la media de los indicadores de educación, y realizando después un promedio de todas las puntaciones Z. En esta etapa, los países que no disponían de más de un indicador en cada índice fueron eliminados de la muestra. Los países que carecían de cualquiera de los otros indicadores (como del estatus educativo, económico o político) fueron también eliminados. Un Índice de mujeres fue después calculado como una media ponderada del estatus de salud (30%), estatus educativo (30%), estatus económico (30%) y estatus político (10%).

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

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

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

RANKING DEL INFORME SOBRE ATENCIÓN SANITARIA BÁSICA

El ranking del informe sobre atención sanitaria básica analiza las tasas de cobertura de las más importantes intervenciones, efectivas y asequibles, que se encuentran a nuestro alcance para la prevención o el tratamiento de las principales causas de muerte de niños menores de 5 años en 55 de los 68 países definidos como prioritarios para luchar por la supervivencia materno-infantil. La clasificación de los países se ha llevado a cabo en función de un índice de cobertura nacional, calculado, a su vez, a través de la media alcanzada en siete indicadores establecidos para tres áreas de intervención: la asistencia a madres y recién nacidos, la inmunización y el tratamiento proporcionado a niños enfermos (para la definición de los indicadores, véase la siguiente tabla). El promedio de los niveles de cobertura para esas tres intervenciones fueron calculados, de forma comparativa, para los niños más pobres y los niños más ricos de cada país(el grupos de los más desfavorecidos y los más favorecidos, respectivamente). En el presente estudio únicamente se incluyeron países de intervención prioritaria para los que existían datos suficientes para el análisis de la brecha de cobertura entre ricos y pobres. Todas las estimaciones nacionales utilizadas para el cálculo del índice de cobertura proceden del informe "Estado Mundial de la Infancia 2008", publicado por UNICEF. (www.unicef.org/sowc08/index.php). Los datos relativos al bienestar son extraídos de Demographic and Health Surveys (DHS) y Multiple Indicator Cluster Surveys de entre 1991 y 2006, recopilados por el Countdown 2008 Equity Analysis Group, cortesía de Dr. Ties Boerma (OMS: Ginebra).

INTERVENCIONES ANALIZADAS COMO PARTE DEL PROGRAMA DE CUIDADO SANITARIO BÁSICO, POR ÁREA DE INTERVENCIÓN

	Definición de los indicadores
Indicadores de los cuidados de madres y recién nacidos	
Cobertura de cuidados prenatales (ANC)	El porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años que fueron atendidas, al menos una vez, durante su embarazo por personal sanitario cualificado (médicos, enfermeras o comadronas).
Asistencia cualificado de partos (SBA)	Porcentaje de partos atendidos por personal sanitario cualificado (médicos, enfermeras o comadronas).
Indicadores de inmunización	
Vacunación contra el sarampión (MSL)	Porcentaje de niños vacunados contra el sarampión.
Vacunación contra difteria, tétanos y tos ferina.(DPT3)	Porcentaje de niños que recibieron tres dosis de la vacuna DPT.
Vacunación BCG	Porcentaje de niños actualmente vacunados contra la tuberculosis.
Indicadores relativos al tratamiento de niños enfermos	
Rehidratación oral en caso de diarrea (ORT)	Porcentaje de niños (de entre 0 y 4 años) con diarrea (durante las dos semanas previas a la encuesta) que recibieron una terapia de rehidratación oral (sales de rehidratación oral, disoluciones caseras recomendadas o mayor aportación de líquidos) y alimentación continuada.
Tratamiento de la neumonía (ARI)	Porcentaje de niños (de entre 0 y 4 años) con sospecha de padecer neumonía (durante las dos semanas previas a la encuesta) que fueron llevados a un centro sanitario apropiado.

Fuente: UNICEF. Estado mundial de la Infancia 2008

Nota: El análisis de la cobertura de cuidados básicos de salud, elaborado por Save the Children, ha sido inspirado, propuesto y, a continuación, dirigido por Countdown 2008 Equity Analysis Group (véase Countdown 2008 Equity Analysis Group. "Mind the Gap: Equity and Trends in Coverage of Maternal, Newborn, and Child Health Services in 54 Countdown Countries." The Lancet. Vol. 371. 12 de abril de 2008. pp.1259-1267). No obstante, los datos recogidos por Countdown y los reflejados en la ficha sobre los cuidados básicos de salud difieren en cierta medida, debido a variaciones en las fuentes de datos a nivel nacional, a las intervenciones seleccionadas y a los esquemas de ponderación utilizados para el cálculo del índice de cobertura.

Esos siete indicadores fueron ponderados por su potencial de reducción de la mortalidad (véase Jones et al. "How Many Child Deaths Can We Prevent This Year?" The Lancet. Vol. 362.

July 2003, pp.65-71) en relación con un porcentaje estimado de muertes de menores de 5 años que hubieran podido evitarse si se hubiera alcanzado la cobertura universal de intervenciones individuales en tan sólo 42 de los países definidos en 2000 como prioritarios para la supervivencia infantil. Suponiendo que las intervenciones de las que se espera que ayuden a salvar la gran mayoría de las vidas de los niños, deberían ser las más accesibles, las intervenciones curativas fueron ponderadas en mayor medida que las preventivas, a la hora de calcular el índice de cobertura.

La formula utilizada para el cálculo del porcentaje de niños sin cuidados sanitarios básicos, es la siguiente:

$$100\% - \left[\frac{15}{35}ORT + \frac{6}{35}ARI + \frac{3}{35}ANC + \frac{10}{35}SBA + \frac{1}{35}\left(\frac{MSL + 2DPT3 + BCG}{4}\right)\right]$$

La ponderación del indicador refleja el potencial de reducción de la mortalidad de cada intervención. Si, por ejemplo, todos los niños menores de 5 años recibieran una terapia de rehidratación oral, el 15 por ciento de las muertes de menores de 5 años podrían evitarse.

Nota: La inmunización global contra el sarampión podría prevenir el 1 por ciento de todas las muertes de menores de 5 años en el mundo. En vez de utilizar, en este análisis, únicamente la cobertura de vacuna contra el sarampión, a menudo sobreestimada, calculamos unos resultados ponderados de vacunación, con el fin de reflejar mejor los niveles actuales de cobertura. Además, la estimación de las muertes prevenibles de menores de 5 años gracias a una asistencia cualificada en los partos, fue considerada, en el cálculo, como potencial para la reducción de la mortalidad conjuntamente con varios de sus componentes: Parto en condiciones higiénicas (4 %), reanimación (4%) y control de la temperatura de recién nacidos (2%).

Las tasas de mortalidad de menores de 5 años, diferenciadas entre los niños más pobres y más ricos, la llamada brecha de supervivencia, fue analizada en 52 de los 54 países considerados como prioritarios e incluidos en la ficha de Cuidados básicos de salud, para los cuales se disponía de los datos correspondientes. Los datos provienen de un estudio realizado por Gwatkin y colaboradores (Davidson R. Gwatkin, et al. Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population: An Overview. World Bank: Washington: 2007) y fueron completados por los resultados de recientes Estudios demográficos y de salud (DHS) y Estudios de indicadores múltiples (MICS), disponibles en Internet bajo la dirección www.measuredhs.com y www.childinfo.org respectivamente.

Notas de pie

1 Calculaciones extraídas de estimaciones en nivel nacional del porcentaje y número absoluto de niños menores de 5 años sin asistencia médica básica por todos países en desarrollo por lo cuales eran suficientes puntos de datos disponibles. Cuando ajuntados, el número absoluto de niños menores de 5 años en estos 81 países en desarrollo asumió más de 200 millón. Vea Notas Metodológica e investigación para las fuentes de data y la metodológica completa.

2 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. (Nueva York: 2008) Tabla 1, p.117.

3 Calculaciones basadas en la población mundial y estimaciones de la tasa de muerte de la Agencia Central de Inteligencia. The World Factbook.

www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/

4 Calculaciones basadas en las 536.000 muertes maternas mundialmente en 2005. Fuente: Mortalidad maternal en 2005: estimaciones creadas por OMS, UNICEF, FPNU y el Banco Mundial. (OMS: 2007), p.1

5 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.4

6 Ídem, p.8

7 Calculaciones basadas en el estimado 63% de las muertes de menores de 5 años mundialmente que podrían ser evitados si la cobertura universal del paquete de intervenciones que salvan vidas fuera conseguido en tan solo 42 países prioritarios de supervivencia infantil contando por 90% de las muertes infantiles anualmente. Fuente: Jones, Gareth, Richard W. Steketee, Robert E. Black, Zulfiqar A Bhutta, Saul S.

Morris y el Grupo de Estudios de Bellagio sobre la Supervivencia Infantil. "How Many Child Deaths Can We Prevent This Year?" The Lancet. Vol.362. Julio 2003, pp.65-71.

8 Calculaciones derivadas de estimaciones en nivel nacional de un porcentaje y cifra absoluta de niños menores de 5 años sin asistencia médica básica por todos en países en desarrollo por lo cuales suficientes puntos de datos eran disponibles. Cuando ajuntados, el número absoluto de niños menores de 5 años en estos 81 países en desarrollo asumió más de 200 millón. Vea Notas Metodológica e investigación para las fuentes de data y la metodológica completa.

9 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.1.

10 Cornia, Giovanni Andrea y Leonardo Menchini. The Pace and Distribution of Health Improvements During the Last 40 Years: Some Preliminary Results. PNUD-Forum sobre el Desarrollo Humano del Gobierno Francés, Paris, enero 17-19, 2005, pp.1-33.

11 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.117.

12 Grupo de Estudios de Bellagio sobre la Supervivencia Infantil

"Knowledge into Action for Child Survival," The Lancet. Vol.362. Julio 26, 2003. (Lynhurst Press Ltd.: Londres) p.325.

13 OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2007. (Ginebra: 2007) pp.74-76.

14 Lawn, Joy, 2004. Análisis no publicado de la data de la Encuesta "Measure/DHS Demographic and Health Survey" por 50 países en desarrollo. Años analizados: 1994-2002, data que refiere a un periodo de 10 años anterior a la encuesta.

15 UNICEF clasificaciones eran usadas por países "industrializados" (America Norte y Europa Occidental incluso Israel y Chipre y excluso la mayoría de los países europeos centrales y orientales).

16 Calculaciones basadas en tasas comparativas de la mortalidad de menores de 5 años y la fertilidad total publicado en el Estado Mundial de la Infancia 2008 de UNICEF. Tabla 10.

17 Victora, Cesar G., Adam Wagstaff, Joanna Armstrong Schellenberg, Davidson Gwatkin, Mariam Claeson, Jean-Pierre Habicht. "Applying an Equity Lens to Child Health and Mortality: More of the Same Is Not Enough," The Lancet. Vol.362. Julio 19, 2003. (Lynhurst Press Ltd.: Londres) p.234.

18 International Institute for Population Sciences (IIPS) y Macro International. National Family Health Survey (NFHS-3), 2005-06: India: Volume I. (Mumbai: 2007) p.183.

19 Cesar G. Victora, et al. "Applying an Equity Lens to Child Health and Mortality: More of the Same Is Not Enough." The Lancet.

20 OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2006. p.168.

21 Banco Mundial. "China's Progress Towards the Health MDGs." Rural Health in China: Briefing Note Series. Briefing Note No.2. (Marzo 2005) p.3.

22 IIPS and Macro International. National Family Health Survey, 2005-06: India: Volume I. p.183.

23 Zia, Helen. "A Great Leap Forward for Girls." Informe de la Fundación Ford. Invierno 2000.

24 Cesar G. Victora, et al. "Applying an Equity Lens to Child Health and Mortality: More of the Same Is Not Enough." The Lancet.

25 Ídem.

26 Jha, Prabhat, Rajesh Kumar, Priya Vasa, Neeraj Dhingra, Deva Thiruchelvam y Rahim Moineddin. "Low Male-to-Female Sex Ratio of Children Born in India: National Survey of 1.1 Million Households." The Lancet. Vol. 367, No. 9506. Enero 21, 2006.

pp.211-218.

27 Ídem.

28 Li, S., C. Zhu, M. Feldman. "Gender Differences in Child Survival in Contemporary Rural China: A County Study." Journal of Biosocial Science. Vol.36 (2004) pp.83-109.

28 Mortalidad materna en 2005: estimaciones creadas por OMS, UNICEF, FPNU y el Banco Mundial (OMS: 2007) pp.16, 23-27.

29 Ídem, p.16.

30 Calculación basada en la cifra total de nacimientos y la tasa media de asistencia profesional en nacimientos en países en desarrollo en 2006 como publicada en el Estado Mundial de la Infancia 2008 de UNICEF. p.117.

31 Mortalidad materna en 2005: estimaciones creadas por OMS, UNICEF, FPNU y el Banco Mundial. p.1

32 Strong, M.A. The Effects of Adult Mortality on Infant and Child Mortality. Ensayo presentado al Committee on Population Workshop on the Consequences of Pregnancy, Maternal Morbidity and Mortality for Women, their Families and Societies, Nairobi, Kenia. Octubre 19-20, 1998.

33 Lawn, Joy, Simon Cousens, y Jelka Zupan. "4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?" The Lancet. Vol. 365, No. 9462. (Lynhurst Press, Ltd.: Londres: marzo 3, 2005) pp.891-900.

34 Lawn, Joy, 2004. Análisis sin publicar de data de la Encuesta Measure/DHS Demographic and Health Survey por 50 países en desarrollo. Años analizados: 1994-2002, data que refiere a un periodo de 10 años anterior a la encuesta.

35 UNICEF. Progreso para la Infancia: Examen estadístico de un mundo apropiado para los niños y las niñas. No.6. Diciembre 2007. p.18.

36 Van de Poel, Ellen, Owen A. O'Donnell y Eddy van Doorslaer. "Are Urban Children Really Healthier?" Tinbergen Institute Discussion Paper No. 2007-035/3 (Instituto Tinbergen: Abril 10, 2007).

37 Loewenberg, Samuel. "Tackling the Causes of Ill Health in Rio's Slums." The Lancet. Vol. 365, No. 9463, Marzo 12, 2005. pp. 925-926.

38 Sclar, Elliott D, Pietro Garau y Gabriella Carolini. "The 21st Century Health Challenge of Slums and Cities." The Lancet. Vol. 365, No. 9462. pp.901-903.

39 Lawn, Joy, 2004. Análisis sin publicar de data de la Encuesta de Measure/DHS Demographic and Health Survey por 50 países en desarrollo. Años analizados: 1994-2002, data que refiere a un periodo de 10 años anterior a la encuesta.

40 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.145.

41 OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2007. pp.75-77.

42 Ídem.

43 OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2007. p.75.

44 Ídem.

45 Ídem.

46 Gwatkin, Davidson R, Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Eldaw Suliman, Adam Wagstaff, y Agbessi Amouzou. Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population: An Overview. (Banco Mundial: Washington: 2007) pp.83-84.

47 Ídem.

48 Ídem, p.82.

49 Ídem, pp.77-78.

50 UNICEF y OMS. Pneumonia: The Forgotten Killer of Children. p.18.

51 Gwatkin, et al. Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population: An Overview. pp.90, 102.

52 Shiffman, Jeremy. "Donor Funding Priorities for Communicable Disease Control in the Developing World." Health Policy and Planning. Vol.21, No.6. Septiembre 18, 2006. pp.411-420.

53 Ídem.

54 Ídem.

55 Cesar G. Victora, et al. "Applying an Equity Lens to Child Health and Mortality: More of the Same Is Not Enough." The Lancet.

56 Gareth Jones, et al. "How Many Child Deaths Can We Prevent This Year?" The Lancet.

57 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.152.

58 Gwatkin, Davidson R., Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Eldaw Suliman, Adam Wagstaff y Agbessi Amouzou. Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population in the Philippines. (Banco Mundial: Washington: 2007).

59 Manuel-Santana, R. "Philippine Campaign Boosts Child Immunizations," FrontLines. (USAID: Washington: marzo, 1993) pp.9-10.

60 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.124.

61 Ídem, p.116.

62 Davidson R. Gwatkin, et al. Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population in the Philippines.

63 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.124.

64 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y ORC Macro. Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES Continua 2004-2006. (INEI y ORC Macro: Calverton, Maryland: 2007) p.118.

65 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.152.

66 OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2007. p.29.

67 Programa conjunto de las Naciones Unidas de VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2007 Situación de la epidemia de SIDA (Ginebra: diciembre 2007) p.16.

68 ONUSIDA. Informe sobre la Situación de la epidemia de SIDA (Ginebra: 2006) p.455.

69 Bradshaw, Debbie, David Bourne y Nadine Nannan. "What are the Leading Causes of Death Among South African Children?" MRC Policy Brief. No.3 (Consejo de Investigación Médica: Sudáfrica: diciembre 2003).

70 OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2007. p.29.

71 Gwatkin, Davidson R., Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Eldaw Suliman, Adam Wagstaff y Agbessi Amouzou. Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population in South Africa. (Banco Mundial: Washington: 2007).

72 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.151.

73 Ídem, pp.123, 143.

74 ORC Macro. Indonesia Demographic and Health Survey 2002/2003. (Calverton, MD: diciembre 2003).

75 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.123.

76 Ídem.

77 OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2007. p.25.

78 Gwatkin, Davidson R., Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Eldaw Suliman, Adam Wagstaff y Agbessi Amouzou. Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population in Indonesia (Banco Mundial: Washington: 2007).

79 Badan Pusat Statistik-Statistics Indonesia (BPS) and ORC Macro. Indonesia Demographic and Health Survey 2002-2003. (BPS and ORC Macro: Calverton, Maryland: 2003) p.111.

80 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.153.

81 Ídem, p.124.

82 Ídem.

83 Countdown 2008 Equity Analysis Group, cortesía de Dr. Ties Boerma. (OMS, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza).

84 Gwatkin, Davidson R., Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Eldaw Suliman, Adam Wagstaff y Agbessi Amouzou. Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population in Turkmenistan (Banco Mundial: Washington: 2007).

85 Gwatkin, Davidson R., Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Eldaw Suliman, Adam Wagstaff y Agbessi Amouzou. Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population in Nigeria (Banco Mundial: Washington: 2007).

86 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.144.

87 Ídem, p.124.

88 Davidson R. Gwatkin, et al. Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population in Nigeria.

89 IFAD. Rural Poverty in Yemen. www.ruralpovertyportal.org/english/regions/asia/yem /index.htm.

90 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.117.

91 Ídem, p.125.

92 Gwatkin, Davidson R., Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Eldaw Suliman, Adam Wagstaff y Agbessi Amouzou. Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population in Yemen (Banco Mundial: Washington: 2007).

93 Ídem.

94 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.114.

95 Ídem, p.142.

96 Gwatkin, Davidson R., Shea Rutstein, Kiersten Johnson, Eldaw Suliman, Adam Wagstaff y Agbessi Amouzou. Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population in Chad (Banco Mundial: Washington: 2007).

97 Ídem.

98 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.147.

99 Mortalidad maternal en 2005: estimaciones creadas por OMS, UNICEF, FPNU y el Banco Mundial. p.26.

100 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.116.

101 Ídem, p.124.

102 UNICEF. Somalia Multiple Indicator Cluster Survey 2006 Report. (Nueva York: 2007) p.88.

103 Ídem, p.120.

104 OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2007. p.25.

105 Ministerio Etiópica de la Salud y la Oficina Federal del Control VIH/SIDA (FHAPCO). Single Point HIV Prevalence Estimate. Junio 2007. p.7.

106 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.122.

107 Countdown 2008 Equity Analysis Group, cortesía de Dr. Ties Boerma. (OMS, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza).

108 Agencia Central Estadística [Etiopía] y ORC Macro. Ethiopia Demographic and Health Survey 2005. (Addis Ababa, Ethiopia y Calverton, MD: 2006) p.131.

109 Ídem, p.112.

110 Ídem, p.118.

111 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.150.

112 Gareth Jones, et al. "How Many Child Deaths Can We Prevent This Year?" The Lancet.

113 UNICEF y OMS. Pneumonia: The Forgotten Killer of Children. (Nueva York y Ginebra: 2006) p.4.

114 Ídem, p.5.

115 Ídem, p.28.

116 UNICEF. Progreso para la Infancia: Examen estadístico de un mundo apropiado para los niños y las niñas. p.22.

117 Ídem.

118 UNICEF y OMS. Pneumonia: The Forgotten Killer of Children. p.4.

119 UNICEF. Progreso para la Infancia: Examen estadístico de un mundo apropiado para los niños y las niñas. p.23.

120 Bryce, Jennifer, Robert E. Black, Neff Walker, Zulfiqar A. Bhutta, Joy E. Lawn, Richard W. Steketee. "Can the World Afford to Save the Lives of 6 Million Children Each Year?" The Lancet. Vol. 365. Junio 25, 2005. pp.2193-2200.

121 Harvard School of Public Health. "Cholera: A Not-So-Simple Solution," Harvard Public Health Review. www.hsph.harvard.edu/review/summer_solution.shtml

122 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.125

123 UNICEF. Progreso para la Infancia: Examen estadístico de un mundo apropiado para los niños y las niñas. p.36.

124 OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2007. p.31.

125 Breman, Joel G., Anne Mills, Robert W. Snow, Jo-Ann Mulligan, Christian Lengeler, Kamini Mendis, Brian Sharp, Chantal Morel, Paola Marchesini, Nicholas J. White, Richard W. Steketee y Ogobara K. Doumbo. "Conquering Malaria." Disease Control Priorities in Developing Countries, 2nd edition. (Nueva York: Oxford University Press: 2006) pp.413-32.

126 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.125.

127 UNICEF. Progreso para la Infancia: Examen estadístico de un mundo apropiado para los niños y las niñas. p.36.

128 OMS. Measles Fact Sheet. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs286 /en/index.html.

129 Ídem.

130 UNICEF. Progreso para la Infancia: Examen estadístico de un mundo apropiado para los niños y las niñas. p.20.

131 Ídem, p.19.

132 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.10.

133 Ídem, p.121.

134 UNICEF. Vitamin A Supplementation: A Decade of Progress. (Nueva York: 2007) p.v.

135 UNICEF. Vitamin A Supplementation: Progress for Child Survival. Ensayo (Nueva York: 2006) p.2.

136 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.66.

137 Ídem, p.19.

138 UNICEF. Progreso para la Infancia: Examen estadístico de un mundo apropiado para los niños y las niñas. p.24.

139 X.F. Li, et al "The Postpartum Period: The Key to Maternal Mortality," International Journal of Gynecology & Obstetrics 54 (1996) pp.1-10.

140 Darmstadt, Gary, Neff Walker, Joy Lawn, Zulfiqar Bhutta, Rachel Haws y Simon Cousens. "Saving Newborn Lives in Asia and Africa: Cost and Impact of Phased Scale-Up of Interventions within the Continuum of Care." Health Policy and Planning 2008, Vol.23, No.2. pp.101-117.

141 OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2007. pp.56-62.

142 Figures are world aggregates. Fuentes: Under-5 mortality rate: UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.117; Death rates by age group: C.D. Mathers, D. Loncar. "Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030." PLoS Medicine. Vol. 3, No.11, Dataset S1. pp.2011-2030.

143 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.115.

144 Bang, Abhay T., Rani A. Bang, Sanjay B. Baitule, M. Hamini Reddy y Maheesh D. Deshmukh. "Effect of Home-Based Neonatal Care and Management of Sepsis on Neonatal Mortality: A Field Trial in Rural India." The Lancet. Vol. 354. (Lynhurst Press, Ltd.: Londres: diciembre 4, 1999) pp.1955-1961.

145 Mabud, M.A. Demographic Implications for Health Human Resources for Bangladesh. (Asia-Pacific Action Alliance on Human Resources for Health, Independent

Notas de pie

University: 2005) p.6.

146 Marsh, David, Eric Starbuck, Eric Swedberg, Kathryn Bolles, Steve Wall, Nizam Ahmed, Dixmer Rivera, Carolina Hilari, Tedbab Degefie, Naida Pasion, et al.

Community Case Management: Overview and Update. (Save the Children: Diciembre 20, 2006) (Documento sin publicar).

147 Ministerio de la Salud. Afghanistan Health Survey 2006: Estimates of Priority Health Indicators for Rural Afghanistan. pp.42, 48.

148 Vea por ejemplo: Save the Children. Provincial Strengthening in Northern Afghanistan: Capacity Building and Innovation to Support the Basic Package of Health

Services and Sustainably Improve Access, Quality and Use of Essential MCH Services through Jawzjan Province. (Westport, CT: 2005) p.6 y Fondo EE.UU por UNICEF. MNT Monitor: The Campaign to Save Mothers and Babies from Tetanus. Otoño 2004. No.8.

www.who.int/immunization_monitoring/diseases/06_fall_2004.pdf.

149 UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2008. p.115.

150 Ibid, p.120 y Ministerio de la Salud y Población (MOHP) [Nepal], New ERA y Macro International Inc. Nepal Demographic and Health Survey 2006. (Katmandú: 2007) p.260.

151 USAID. Empowering Female Community Health Volunteers.

www.usaid.gov/stories/nepal/fp_nepal_female.html.

152 Kebbede, G. Living with Urban Environmental Health Risks: The Case of Ethiopia. (Ashgate Publishing, Ltd: Aldershot, Inglaterra: 2004) p.181.

153 Marsh, David, Eric Starbuck, Eric Swedberg, Kathryn Bolles, Steve Wall, Nizam Ahmed, Dixmer Rivera, Carolina Hilari, Tedbab Degefie, Naida Pasion, et al. Community Case Management: Overview and Update. (Save the Children: diciembre 20, 2006)

(Documento sin publicar).

154 Chaya, Nada. Poor Access to Health Services: Ways Ethiopia is Overcoming It. (Population Action International: Abril 23, 2007) y la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas/IRIN. Ethiopia: New Programme Boosts Village Based Health Service Delivery. Mayo 26, 2007

www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=72371.

155 Vea por ejemplo: Giovanni Andrea Cornia y Leonardo Menchini. The Pace and Distribution of Health Improvements During the Last 40 Years: Some Preliminary Results and Michael Marmot on behalf of the Commission on Social Determinants of Health.

"Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes." The Lancet. Vol. 370, No.9593. Septiembre 29, 2007. pp.1153-1163.

156 Wirth, Meg, Deborah Balk, Enrique Delamonica, Adam Storeygard, Emma Sacks y Alberto Minujinc. "Setting the Stage for Equity-Sensitive Monitoring of the Maternal and Child Health MDGs." Bulletin of the World Health Organization. Vol.84, No.7. Julio 2006. pp.505-588.

157 Gill, Kirrin, Rohini Pande y Anju Malhotra. "Women Deliver for Development." The Lancet. Vol. 370, No.9595. Octubre 13, 2007. pp.1347-1357.

158 Marmot, Michael. "Health in an Unequal World." The Lancet. Vol.368. Diciembre 5, 2006. pp.2081-2094.

159 Grown, Caren, Geeta Rao Gupta y Rohini Pande. "Taking Action to Improve Women's Health through Gender Equality and Women's Empowerment." The Lancet. Vol. 365, No. 9458. Febrero 5, 2005. pp.541-543.

160 La serie de valores resulta de diferencias entre valores reportados y revisados de Indianos-Americanos y Nativos de Alaska. Tasas de mortalidad infantil están ajustadas para compensar una mala reportación de la raza de Indianos-Americanos y Nativos de Alaska en certificaciones de muerte del estado. Fuentes: IMR Reportado (2004): Salud, Estados Unidos, 2007 With Chartbook on Trends in the Health of Americans. Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias. (Hyattsville, MD: noviembre 2007) Tabla 19, p.159; IMR ajustado

(2002-2004): Departamento de EE.UU. de la Salud y Servicios Humanos: Servicio de Salud Indiano. Indian Health Disparities. http://info.ihs.gov/Disparities.asp.

161 Data por Afro-Americanos no hispánicos. Fuente: Centro Nacional de Estadísticas Sanitarias. Salud, Estados Unidos, 2007. Con gráfica sobre tendencias en la salud de Americanos. Tabla 19. p.159.

162 Sepkowitz, Kent A. "Health of the World's Roma Population." The Lancet. Vol 367, No.9524. Mayo 27, 2006. pp.1707-1708.

163 Ídem.

164 Ídem.

165 Anderson, Ian, Sue Crengle, Martina Leialoha Kamaka, Tai-Ho Chen, Neal Palafox y Lisa Jackson- Pulver. "Indigenous Health in Australia, New Zealand, and the Pacific." The Lancet. Vol. 367, No. 9524. Mayo 27, 2006. pp.1775-1785.

166 Ídem.

167 La educación de calidad, principal reto de Unicef en el 50 aniversario de su presencia en España.

168 http://www1.ine.es/jaxi/tabla.do?per=12&type=db&divi=IDB&idtab=5

169 http://www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/ salud/mortalidad.htm

170 CUIDADOS Y COMPLICACIONES Cada vez más prematuros

171 la Unidad de Cirugía Cardiaca Pediátrica del Hospital La Fe.

172 CUIDADOS Y COMPLICACIONES Cada vez más prematuros.

173 http://www1.ine.es/jaxi/tabla.do.

174 http://www.elmundo.es/elmundosalud/2005/05/20/pediatria/1116600142.htm

175 http://www.consumer.es/web/es/salud/2002/07/13/49338.php

176 España es el décimo país de la UE con mayor tasa de mortalidad por lesiones en menores de edad.

177 Ministerio de Sanidad y consumo.

178 Robert Wood Johnson Foundation. Going Without: America's Uninsured Children. (Washington: agosto 2005) p.11.

179 Ídem.

180 Ídem.

181 Chu, Susan Y., Lawrence E. Barker y Philip J. Smith. "Racial/Ethnic Disparities in Preschool Immunizations: United States, 1996-2001." American Journal of Public Health. Vol. 94, No. 6. Junio 2004. pp.973-977.

182 Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Child Health USA 2006.

183 Ídem.

184 Centro Nacional para Estadísticas Sanitarias, Centros para el Control de Enfermedades. Maternal Mortality and Related Concepts, Vital Health Statistics. Vol.33. Febrero 2007 pp.1-13.

185 Miniño A.M., M.P. Heron, S.L. Murphy, K.D. Kochankek, Deaths: Final Data for 2004. National Vital Statistics Reports. Vol 55, No 19. (Centro Nacional para Estadísticas Sanitarias: Hyattsville, MD: agosto 2007.). Table 34, p.103.

186 Agency for Health Care Research and Quality. National Healthcare Disparities Report, 2006. www.ahrq.gov/qual/nhdr06/nhdr06.htm.

187 Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Child Health USA 2006.

188 Ídem.

189 Susan Y. Chu, et al. "Racial/Ethnic Disparities in Preschool Immunizations: United States, 1996-2001." American Journal of Public Health.

190 Agency for Healthcare Research and Quality. 2007 National Healthcare Disparities Report. (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU: Rockville, MD: febrero 2008) p.198.

191 Burström, B. "Social Differentials in the Decline of Infant Mortality in Sweden in the Twentieth Century: The Impact of Politics and Policy." International Journal of Health Services. Vol. 33, No 4. (2003) pp.723-741.

192 Ídem.

193 Ídem.

194 PACI 2008.195 La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria - Informe 2007.

196 La categoría de naciones "más desarrolladas" incluye países en todas las regiones de Europa, incluso países europeos centrales y orientales, los estados bálticas, más America del Norte, Australia, Nueva Zelandia y Japón.

Créditos

Creditos:
Fotografía de Portada - David Greedy / Save the Children

Bangladesh. Meena y su bebé de siete días Barsha recibieron asistencia de una matrona formada por Save the Children.

Página 1 - Michael Bisceglie / Save the Children

Bolivia. Una madre adolescente que participa en un seminario de Save the Children sobre salud y educación.

Página 4 - Michael Bisceglie / Save the Children

Nepal. Una madre utiliza la técnica del "canguro" para dar calor a su bebé de 6 días nacido con bajo peso.

Página 6 - Boris Heger / Save the Children

Angola. Una enfermera formada por Save the Children examina a Berta de 19 meses. No hay ni un sólo médico en la municipalidad - un área de 28.000 km2 con una población de 277.000 personas.

Página 7 - Anna Kari / Save the Children

Níger. Harisa caminó durante dos horas con su hijo de tres años para conseguir tratamiento nutricional terapeutico de un programa de emergencia nutricional de Save the Children.

Página 8 - Anna Kari / Save the Children

Sierra Leona. Aminata con sus dos hijos, Fatmata y James. Perdió a tres hijos más de malaria y diarrea. Aminaga asiste a la clinica de Save the Chidlren donde ha aprendido los beneficios dar lactancia materna a sus hijos y de dormir bajo una mosquitera.

Página 11 - Peter Caton / Save the Children

India. Niños en un barrio deprimido de Bhagwanpura en el que viven 25.000 personas y no tiene ningún dispensario médico.

Página 13 - Kelley Lynch / Save the Children

Etiopía. Kebele juega con su bebé en el sur de Etiopía

Página 14 - Michael Bisceglie / Save the Children

Mozambique. Josefina y su hijo de dos años Junior.

Página 15 - Michael Bisceglie / Save the Children

Filipinas. Mujeres asistiendo a las sesiones de consejos prenatales de Save the Children.

Página 16 - Andrew Caballero-Reynolds / Save the Children

Indonesia. Una matrona formada por Save the Children baña a Aisyah de cinco días.

Página 19 - Amadou Mbodj / Save the Children

Chad. La madre de Abdulah le lleva todos los días a pesarle. Le ingresaron en el hospital dos semanas antes con malnutrición severa. A través de un programa de Save the Children le han tratado con antibioticos y leche terapeutica hasta que ha recuperado su peso normal.

Página 20 - Jenny Matthews / Save the Children

Etiopía. Worke lleva en brazos a su hija de dos Tsegereda en un centro sanitario en Tulla que recibe apoyo de Save the Children.

Página 22 - Linda Cullen / Save the Children. Afganistan. Masuma recibe su vacuna contra el sarampión.

Página 23 - Boubacar Sidibe / Save the Children. Mali. Yaya de 16 meses está sana después de recibir un tratamiento de rehidratación oral para la diarrea.

Página 24 - Elena Ceto de Pol / Save the Children. Guatemala. Doña Teresa (a la derecha), una comadrona formada por Save the Children, ayudó a su nuera Ana (a la izquierda) a dar a luz a un niño sano después de sufrir dos partos en los que sus bebés nacieron sin vida.

Página 27 - David Greedy / Save the Children. Bangladesh. Momtaj, trabajadora sanitaria, tiene en sus brazos a Sweety de dos años, que está sano después de haber recibido un tratamiento para la neumonía.

Página 28 - Michael Bisceglie / Save the Children. Nepal. Prembati, trabajadora sanitaria, ayuda a su una madre primeriza a alimentar a su bebé que nació con un peso bajo.

Página 30 - Susan Warner / Save the Children. Estados Unidos. Zoe de tres años juega a los médicos en un centro de día en Alabama apoyado por Save the Children.

Página 34 - Jenny Matthews/ Save the Children. Ethiopia. Milkias, un bebé de cuatro meses, espera su turno para recibir una vacuna en el centro sanitario de Tulla que recibe el apoyo de Save the Children.

Página 35 - Aubrey Wade / Save the Children. Sierra Leona. Alisan, un niño de 15 meses, es pesado como parte de una revisión mensual tras ser vacunado en una clínica que recibe el apoyo de Save the Children.

Página 36 - Ahmad El-Nemr. Egipto. Fatma y su hija de dos semanas Gihad van a clases sobre cuidados a los recién nacidos que organiza Save the Children en el pueblo de Minya.

Página 37 - Anna Kari / Save the Children. Sierra Leona. Sitta con dos de sus hijos en su casa en Bayama. Perdió a otros tres hijos a causa de la malaria y la diarrea. Sus niños ahora duermen bajo mosquiteras proporcionadas por Save the Children y desde entonces no se han infectado de Malaria.

Página 38 - Jean Chung / Save the Children. Afghanistán. Varias niñas en clase en una escuela que recibe el apoyo de Save the Children en Panjshir Valley.

Página 39 - Mike Kiernan / Save the Children. USA. Melissa, su hija de dos años Hanna, y su bebé Charity reciben una visita en casa cada dos semanas como parte de un programa de desarrollo infantil temprano en Kentucky.

Contraportada - Tom Pietrasik / Save the Children. Bangladesh. Tanjeela, de 9 años, abraza a su hermano Shohag de seis meses y con síntomas de malnutrición. Están en un hospital que recibe el apoyo de Save the Children en Dhaka y que proporciona servicio a todos los pacientes, independientemente de sus ingresos económicos.

Back Cover – Tom Pietrasik. Bangladesh. 9-year-old Tanjeela holds her malnourished 6-month-old brother Shohag at a Save the Children-supported hospital in Dhaka that provides services to all patients, regardless of income.

BANGLADESH

En el mundo, más de 200 millones de niños y niñas menores de 5 años no disfrutan de la atención sanitaria básica que necesitan. Ello contribuye a cerca de 10 millones de muertes cada año como consecuencia de enfermedades prevenibles o tratables como la diarrea y la neumonía.

Un número desproporcionado de niños y niñas sin atención médica provienen de las familias más pobres y marginadas del mundo en vías de desarrollo. Aunque se ha producido un avance significativo en la reducción de la tasa media de mortalidad entre los menores de 5 años en las últimas décadas, el progreso no ha sido igual para los niños y niñas más pobres y, en algunos países, su situación ha incluso empeorado.

Este aumento de las desigualdades condena injustamente a millones de niños y niñas en situaciones de pobreza a una muerte prematura o a toda una vida de enfermedades. El Estado Mundial de las Madres 2008 muestra qué países están teniendo éxito y cuáles no en ofrecer una atención sanitaria básica a todas las madres y los niños y niñas que más lo necesitan. En el informe se examina en qué lugares es más profunda la brecha entre niños más pobres y aquellos mejor acomodados así como los países en los que la brecha cada vez es más pequeña. Del mismo modo, se atiende a la brecha de supervivencia entre ricos y pobres en los países en vías de desarrollo, y se demuestra cómo la vida de millones de niños podría salvarse si tuviesen acceso a una atención sanitaria esencial y de bajo coste.

Como en años anteriores, el Estado Mundial de las Madres presenta un Ranking de Madres. En él se emplean los datos más recientes sobre sanidad, nutrición, educación y participación política para clasificar 146 países (tanto en el mundo industrializado como en los países en vías de desarrollo) y mostrar en qué lugares los niños, niñas y las madres disfrutan de las mejores condiciones y dónde sufren las peores privaciones.

Save the Children
Protegiendo a los niños desde 1919

Pza. Puerto Rubio, 28.
28053 Madrid

www.savethechildren.es

Impresión en español con la colaboración de:

CAM Caja Mediterráneo
OBRAS SOCIALES