

1 Salud materna y neonatal: situación actual



Todos los años, más de medio millón de mujeres mueren por causas relacionadas con el embarazo y el parto y casi 4 millones de recién nacidos mueren durante los primeros 28 días de vida. Millones más sufren incapacidad, enfermedades, infecciones y lesiones. Aunque existen soluciones rentables que podrían generar mejoras rápidas, se precisan dedicación y un sentido de urgencia para ponerlas en práctica y para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud materna e infantil. El primer capítulo del Estado Mundial de la Infancia de 2009 examina las tendencias y los niveles de la salud materna y neonatal en cada una de las principales regiones, empleando las tasas de mortalidad como indicadores de referencia. Este capítulo explora de forma somera las principales causas inmediatas y subyacentes de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal, y sienta las bases para un marco de actuación que permita acelerar el progreso.

El embarazo y el alumbramiento son por lo general motivo de alegría para los progenitores y las familias. El embarazo, el alumbramiento y la maternidad en un entorno en el que se respete a la mujer pueden contribuir de forma importante a afianzar los derechos y la condición social de la mujer sin poner en peligro su salud.

El que un entorno sea propicio para una maternidad segura depende de los cuidados y de la atención que las comunidades y familias dispensen a las mujeres embarazadas y a los recién nacidos, del grado de preparación del personal sanitario y de que se disponga de instalaciones sanitarias, equipamiento y medicamentos adecuados, así como de una atención de emergencia cuando sea preciso. Muchas mujeres de los países en desarrollo –sobre todo mujeres de los países menos adelantados– dan a luz en el hogar sin contar con ningún tipo de asistencia médica; no obstante, por lo general sus bebés nacen sanos y superan las primeras semanas de vida llegando incluso al quinto año de vida o más. A pesar de la multitud de riesgos que se asocian al embarazo y el alumbramiento, la

mayoría de las madres también sobreviven. Pero los riesgos de salud relacionados con el embarazo y el parto siguen siendo mayores en los países en desarrollo que en los países industrializados. En términos generales, son especialmente prevalentes en los países menos adelantados y que tienen un nivel de renta inferior, y entre las familias y comunidades marginadas y menos prósperas. Los esfuerzos realizados a escala mundial para reducir el número de muertes relacionadas con el embarazo y el alumbramiento entre las mujeres han sido menos fructíferos que los relacionados con otros ámbitos del desarrollo humano, de modo que el hecho de tener un hijo continúa siendo uno de los principales riesgos para la salud de la mujer. Como promedio, cada día mueren cerca de 1.500 mujeres debido a complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, la mayoría de ellas en África subsahariana y Asia meridional.

La desigualdad entre los países industrializados y las regiones en desarrollo –en particular en el caso de los países menos adelantados– es tal vez mayor en lo que se refiere a la mortalidad materna que en cualquier otro aspecto.

Las cifras hablan por sí solas: según datos referidos a 2005, el riesgo que padecen de por vida las mujeres de los países menos adelantados de morir como resultado de complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto es 300 veces mayor que en el caso de las mujeres que viven en países industrializados. No existe un índice de mortalidad más desigual.

Millones de mujeres que sobreviven al alumbramiento sufren lesiones, infecciones, enfermedades y discapacidades relacionadas con el embarazo, que a menudo acarrearán consecuencias para toda la vida. Lo cierto es que la mayoría de estas muertes y enfermedades se pueden evitar: los estudios demuestran que aproximadamente el 80% de las muertes maternas podrían evitarse si las mujeres tuvieran acceso a los servicios esenciales de salud materna y a una atención sanitaria básica¹.

La cifra de muertes de recién nacidos en los países en desarrollo tampoco ha recibido la atención merecida. Casi el 40% de las muertes de menores de cinco años –lo que equivale a 3,7 millones en 2004 según estimaciones

La disparidad en el riesgo de mortalidad materna entre el mundo industrializado y numerosos países en desarrollo, en particular los menos adelantados, se designa a menudo como “la mayor división del mundo en materia de salud”.

de la Organización Mundial de la Salud— se producen durante los primeros 28 días de vida. Tres cuartas partes de las muertes neonatales ocurren durante los primeros siete días, en el periodo neonatal temprano. La mayoría de ellas son también prevenibles².

La división que existe en el número de muertes neonatales entre los países industrializados y las regiones en desarrollo es también notable. Según datos referidos a 2004, un bebé nacido en un país menos adelantado tiene 14 veces más probabilidades de morir durante los primeros 28 días de vida que uno que nace en un país industrializado.

La salud de las madres y los recién nacidos se hallan intrínsecamente relacionadas, de modo que en numerosos casos prevenir sus muertes requiere la aplicación de las mismas intervenciones. Entre ellas figuran medidas esenciales como la atención prenatal, la asistencia en el parto de personal cualificado, el acceso a una atención obstétrica de emergencia cuando sea preciso, una alimentación adecuada, la atención posnatal, la atención al recién nacido y la educación orientada a mejorar los hábitos relativos a la salud, la higiene y la lactancia, y el cuidado del bebé. No obstante, a fin de que resulten realmente eficaces y sostenibles, estas intervenciones deben implantarse en el contexto de un marco de actuación que tenga por objeto el fortalecimiento de los programas y su integración en los sistemas de salud, así como la promoción de un entorno que proteja los derechos de la mujer.

Un planteamiento orientado a la mejora de la salud materna y neona-

tal basado en los derechos humanos se centrará en la prestación de unos mejores servicios de atención sanitaria, en abordar la discriminación por motivos de género y las desigualdades existentes en la sociedad a través de cambios culturales, sociales y conductuales, entre otras medidas, y en llegar a los países y comunidades que padecen un mayor riesgo.

El Estado Mundial de la Infancia de 2009 examina la salud materna y neonatal en todo el mundo y en particular en el mundo en desarrollo, complementando el informe del año pasado sobre supervivencia infantil. Si bien el

informe hace hincapié principalmente en la salud y la nutrición, los índices de mortalidad se emplean como indicadores de referencia. África subsahariana y Asia meridional, las regiones donde se registran las cifras e índices más elevados de mortalidad materna y neonatal, reciben una atención primordial. Los hilos conductores del informe son el imperativo de crear un entorno que favorezca la salud materna y neonatal basado en el respeto por los derechos de la mujer, y la necesidad de crear una atención continuada para las madres, los recién nacidos y los niños y niñas que integre los programas de salud de la reproducción, de materni-

Gráfico 1.1

Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud materna e infantil

Objetivo de Desarrollo del Milenio 4: Reducir la mortalidad en la infancia	
Metas	Indicadores
4.A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	4.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años
	4.2 Tasa de mortalidad infantil
	4.3 Proporción de niños de 1 año vacunados contra el sarampión
Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Mejorar la salud materna *	
Metas	Indicadores
5.A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes.	5.1 Tasa de mortalidad materna
	5.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado
5.B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva	5.3 Tasa de uso de anticonceptivos
	5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes
	5.5 Cobertura de atención prenatal (al menos una consulta y al menos cuatro consultas)
	5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar

* El marco revisado de los Objetivos de Desarrollo del Milenio aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la Cumbre Mundial de 2005, cuya nueva lista oficial de indicadores entró en vigor en enero de 2008, ha añadido una nueva meta (5.B) y cuatro nuevos indicadores para el seguimiento del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5.

Fuente: Naciones Unidas, Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Sitio web oficial de los indicadores de los ODM, <<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators%2fOfficialList.htm>>, consultado el 1 de agosto de 2008.

El riesgo de por vida que padece una mujer de morir por causas relacionadas con la maternidad en un país menos adelantado es más de 300 veces mayor que para una mujer que viva en un país industrializado.

dad segura, de atención al recién nacido y de supervivencia, crecimiento y desarrollo infantil. En este informe se analizan los modelos, políticas y programas más recientes y se describen las iniciativas y alianzas clave que facilitan la aceleración del progreso. En una serie de recuadros, escritos por colaboradores invitados, se abordan algunos de los problemas fundamentales que actualmente afectan a la nutrición y a la salud materna y neonatal.

La situación actual de la salud materna y neonatal

Desde 1990, la estimación del número de muertes maternas que se producen anualmente en todo el mundo supera la cifra de 500.000. Si bien el número de muertes de menores de cinco años ha disminuido de forma constante –desde aproximadamente 13 millones en 1990 a 9,2 millones en 2007– la cifra de muertes maternas continúa siendo persistentemente elevada. Los progresos alcanzados en relación con la primera meta del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, consistente en reducir la tasa de mortalidad materna de 1990 en tres cuartas partes para 2015, han sido limitados; y en lo que se refiere a la disminución de las tasas de mortalidad materna en África subsahariana, han sido prácticamente inexistentes³.

Las tasas de mortalidad materna son un barómetro fiable de la eficacia de los sistemas sanitarios, que en numerosos países con niveles de renta bajos adolecen de deficiencias en la capacidad administrativa, técnica y logística, de inversiones financieras inapropiadas y de una falta de personal sanitario adecuado. La ampliación de intervenciones clave –como por ejemplo la

práctica de pruebas prenatales de detección del VIH, el incremento del número de partos con asistencia de personal sanitario especializado y el acceso a una atención obstétrica de emergencia cuando se precise– podrían reducir las muertes maternas y neonatales de forma drástica. Mejorar el acceso de las mujeres a la planificación familiar, a una nutrición adecuada y a una atención sanitaria asequible podrían contribuir a una disminución de los índices de mortalidad aún mayor. Lejos de tratarse de intervenciones imposibles o impracticables, son medidas rentables y de eficacia probada que las mujeres en edad reproductiva tienen derecho a esperar. No obstante, la salud materna va más allá de la supervivencia de las mujeres embarazadas y las madres. Por cada mujer que muere por causas relacionadas con el embarazo y el parto, hay otras 20 que padecen enfermedades relacionadas con el embarazo o que experimentan otras consecuencias graves. Las cifras son alarmantes: se calcula que anualmente 10 millones de mujeres que sobreviven al embarazo experimentan estas consecuencias adversas⁴.

El que se hayan registrado pocos avances en el ámbito de la salud materna –tipificada por el riesgo de muerte o discapacidad por causas relacionadas con el embarazo y el parto– es el resultado de numerosas causas subyacentes. La principal de ellas quizás tiene que ver con la posición de desventaja en que se hallan las mujeres en diversos países y culturas, y en la falta de atención y respeto a los derechos de la mujer.

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979, actualmente

ratificada por 185 países, exige a sus signatarios “eliminar la discriminación contra la mujer en otras esferas de la vida económica y social a fin de asegurar, en condiciones de igualdad de hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia” (artículo 12.1). Asimismo estipula que “garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia” (artículo 12.2). Además, en la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados Partes se comprometen a “asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres” y a “desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres, y la educación y servicios en materia de planificación de la familia” (artículo 24). Las pruebas existentes sugieren que numerosos países no están cumpliendo con estos compromisos.

La mejora de la salud de la mujer es fundamental para que se respeten los derechos de las mujeres y las niñas proclamados en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y en la Convención sobre los Derechos del Niño, así como para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Además de alcanzar el ODM 5, la mejora de la salud de la reproducción y materna y de los servicios relacionados con ella contribuirá también de forma directa a alcanzar el ODM 4, reducir el índice de mortalidad de menores de cinco años en dos terceras partes entre 1990 y 2015.



Un sistema de remisión de pacientes eficaz y la existencia de personal sanitario capacitado y de establecimientos bien equipados son cruciales a la hora de reducir la cantidad de muertes maternas y neonatales derivadas de complicaciones durante el parto. *Trabajadores sanitarios tratan a bebés en la Unidad de Cuidados para el Recién Nacido, la India.*

La mejora de la alimentación materna favorecerá al mismo tiempo el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 1, la erradicación de la pobreza extrema y el hambre para 2015. La desnutrición es un proceso que con frecuencia da comienzo en el útero y que, en particular en el caso de las niñas y las mujeres, puede durar toda la vida: una niña que padece retraso en el crecimiento, probablemente lo padecerá también en la adolescencia y en la edad adulta. Además de suponer un riesgo para su propia salud y productividad, una nutrición precaria, que acarrea retraso en el crecimiento y un peso inferior al normal, aumenta las probabilidades de la mujer de padecer problemas durante el embarazo y el parto. Además, las madres que sufren desnutrición corren un mayor riesgo de dar a luz bebés con un peso inferior al normal, una anomalía que incrementa de forma importante el riesgo de muerte del bebé⁵.

Disminuir el riesgo de la mortalidad y morbilidad materna mejora directamente la probabilidad de supervivencia del niño o niña. Los estudios demuestran que en los países en desarrollo, los bebés cuyas madres mueren durante las seis primeras semanas después del parto tienen muchas más probabilidades de morir durante los dos primeros años de vida que los bebés cuyas

madres sobreviven. En un estudio practicado en el Afganistán, el 74% de los bebés nacidos vivos de madres que murieron por causas relacionadas con la maternidad murieron también después⁶. Además, las complicaciones que pueda sufrir la madre durante el parto incrementan el riesgo de muerte neonatal, que cada vez recibe más atención en las actividades orientadas a la supervivencia infantil, a medida que los índices generales de mortalidad de menores de cinco años disminuyen en los países desarrollados.

Tendencias de la salud materna y neonatal

Mortalidad materna

Las estimaciones interinstitucionales más recientes de las Naciones Unidas sugieren que en 2005 murieron 536.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto. No obstante, puede que esta cifra no se corresponda con la realidad, dado que medir la mortalidad materna es una tarea compleja y en muchos países en desarrollo los datos que se precisan no se registran de forma sistemática. Más allá de estimar el número de muertes maternas, determinar y registrar las causas de la muerte supone un proceso complejo. Para poder establecer de forma concluyente que una muerte guarda rela-

ción con el embarazo o el parto, es necesario que se haya consignado con precisión tanto la causa de mortalidad como el estado del embarazo y el momento de la muerte en relación con el embarazo. Los sistemas de registro de datos estadísticos de los países industrializados no suelen tener este grado de precisión, y es muy común que los países en desarrollo carezcan de ellos por completo, sobre todo los más pobres⁷.

Durante las dos últimas décadas se han realizado esfuerzos continuos para mejorar la recogida de datos sobre mortalidad materna, en los que inicialmente participaron la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), y a los que después se unió el Banco Mundial. Esta colaboración interinstitucional permite aunar recursos y analizar metodologías con el fin de lograr estimaciones más precisas y completas de la mortalidad materna. Las cifras correspondientes a 2005 son las más exactas que existen por el momento y las únicas en las que las tendencias de la mortalidad materna han sido calculadas mediante un procedimiento interinstitucional. *(En el recuadro de la página 7 se ofrecen más detalles acerca del cálculo de las tasas y los niveles de mortalidad materna).*

En los últimos años, la comunidad investigadora ha creado nuevas metodologías para calcular el estado de la salud y la mortalidad materna y neonatal y las necesidades de servicios. Los esfuerzos continúan, contribuyendo al proceso que permite llegar a unas estimaciones más precisas y completas de la mortalidad y la

En África y en Asia se registra el 97% de las muertes derivadas de la maternidad del mundo, y la carga es especialmente mayor en África subsahariana (50% del total mundial) y Asia meridional (35%).

morbilidad materna. A su vez, la mayor precisión de los datos y de los análisis relativos a la situación de la salud y los sistemas sanitarios contribuyen a mejorar las estrategias y los marcos de actuación, los programas, políticas y alianzas –en especial los que favorecen la incorporación de la problemática de género– cuyo cometido es mejorar la salud materna y neonatal.

Existe un aspecto incontrovertible en relación con la mortalidad materna: la mayor parte de las muertes maternas (más del 99%, según estimaciones interinstitucionales de las Naciones Unidas correspondientes a 2005) ocurrieron en países en desarrollo. La mitad de estas muertes (265.000) se produjeron en África subsahariana, y otro tercio (187.000) en Asia meridional. Juntas, en estas dos regiones se registra el 84% de las muertes relacionadas con el embarazo acontecidas en todo el mundo en 2005. El 22% del total de estas muertes se produjeron en la India solamente.

Las estimaciones de las tendencias relativas a la mortalidad materna apuntan un progreso insuficiente en lo que se refiere a la Meta A del ODM 5, que busca reducir la tasa de mortalidad materna en un 75% entre 1990 y 2015. Dado que en 1990 la tasa mundial de mortalidad materna se situaba en 430 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos, y en 400 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos en 2005, para alcanzar la meta deseada se precisará una reducción de más del 70% entre 2005 y 2015.

Las tendencias mundiales pueden ocultar las acusadas diferencias que existen entre las regiones, muchas de las cuales han logrado avances significativos en la

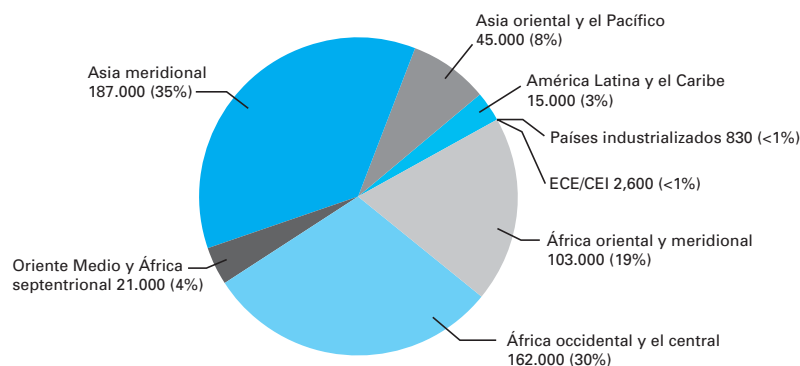
reducción de la mortalidad materna y están sentando las bases para ulteriores mejoras incrementando el acceso a servicios básicos de maternidad. En los países industrializados la tasa de mortalidad materna permaneció prácticamente invariable entre 1990 y 2005, en una cifra de sólo 8 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos. El acceso casi universal a una atención por parte de personal cualificado durante el parto y a la atención obstétrica de emergencia cuando se precisa han contribuido a lograr estos bajos niveles de mortalidad materna. Los países no industrializados para los que se dispone de datos registran un nivel de asistencia al parto de personal cualificado inferior al 98%, y la mayoría de ellos disfrutan de cobertura universal.

En todas las regiones en desarrollo fuera de África subsahariana, tanto las cifras absolutas de muertes maternas como las tasas de mortalidad materna descendieron entre 1990 y 2005. En África subsahariana, las tasas de mortalidad materna han permanecido prác-

ticamente inalteradas durante el mismo período. Dadas las elevadas tasas de fertilidad de la región, ello ha resultado en un aumento de las cifras de muertes maternas a lo largo de esos 15 años. Esta falta de progreso es especialmente preocupante dado que esta región registra las tasas y el riesgo de por vida de mortalidad materna más elevados, así como el mayor número de muertes maternas. En África occidental y central, la tasa de mortalidad materna se sitúa en la alarmante cifra de 1.100 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos, en contraste con el promedio en los países y territorios en desarrollo, de 450 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos. Esta región comprende el país que presenta la tasa más elevada de muertes maternas del mundo: Sierra Leona, con 2.100 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos.

La región de África central y occidental presenta además el índice total de fertilidad más alto, situado en 5,5 hijos en 2007. (El índice total de fertilidad es un cálculo del núme-

Gráfico 1.2
Distribución por regiones de las muertes maternas*
Muertes maternas, 2005



* Los porcentajes podrían no sumar 100% debido al redondeo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, *Mortalidad materna en 2005: estimaciones de la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco mundial*, OMS, Ginebra 2007, pág. 35.

Dificultades en el cálculo de las muertes maternas

La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el periodo del embarazo o en el plazo de 42 días después de la terminación del embarazo –con independencia de la duración del mismo o de dónde haya tenido lugar– por cualquier causa relacionada con el embarazo o con su tratamiento, o que se vea agravada como resultado de ambos. Las causas de muerte pueden dividirse en causas directas, relacionadas con complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o el periodo posparto, y causas indirectas. Existen cinco causas directas: las hemorragias (que por lo general se dan en el periodo postparto), las sepsis, la eclampsia, las obstrucciones durante el parto y las complicaciones derivadas de la práctica de abortos. Las causas obstétricas indirectas pueden ocurrir tanto como resultado de enfermedades preexistentes, o de enfermedades que surgen durante el embarazo y que no tienen una causa obstétrica directa pero que pueden agravarse debido a los efectos fisiológicos del embarazo. Entre ellas figuran el VIH y el SIDA, el paludismo, la anemia y las enfermedades cardiovasculares. El simple hecho de que una mujer presente una complicación no significa que la muerte sea inevitable; la mayor parte de las muertes maternas se deben a un tratamiento inadecuado o incorrecto o a la falta de intervenciones oportunas.

La clasificación precisa de las causas de muerte materna, sean directas o indirectas, accidentales o incidentales, es tarea compleja. Para poder afirmar con exactitud que se trata de una muerte materna, es preciso contar con información acerca de la causa de la muerte, así como del estado del embarazo o del momento de la muerte en relación con éste. Puede ocurrir que esta información no se halle disponible, que no se haya registrado correctamente o que los datos aportados al respecto fueran insuficientes, tanto en los países industrializados que cuentan con sistemas eficaces de registro de datos como en los países en desarrollo que presentan cifras elevadas de mortalidad materna. Esto puede deberse a varios motivos. En primer lugar, muchos alumbramientos tienen lugar en los hogares, especialmente en los países en desarrollo y en las zonas rurales, lo cual hace aun más difícil determinar la causa de la muerte. En segundo lugar, los mecanismos de registro civil pueden que sean incompletos o, incluso si se consideran completos, la atribución de las causas de la muerte podría ser inadecuada. En tercer lugar, la medicina moderna permite retrasar la muerte de una mujer más allá de las 42 horas del periodo posparto. Por dichas razones, en algunos casos se emplean designaciones distintas de la mortalidad materna. Un concepto se refiere a cualquier causa de muerte acontecida durante el embarazo o el periodo posparto. Otro concepto tiene en cuenta las muertes debidas a causas directas o indirectas que ocurren después del periodo posparto y hasta transcurrido un año después del embarazo.

La principal medida del riesgo de mortalidad es la tasa de mortalidad materna, que se define como el número de muertes maternas que se producen por cada 100.000 nacimientos vivos en un periodo de tiempo determinado, generalmente un año. Otra medida clave es el riesgo de por vida de sufrir una muerte relacionada con la maternidad, que se refiere a la probabilidad de la mujer de quedarse embarazada y de morir por causas relacionadas con la maternidad durante su ciclo reproductivo. En otras palabras, el riesgo de muerte materna guarda relación con dos aspectos fundamentales: el riesgo de mortalidad asociado a un embarazo o un nacimiento vivo, y el número de embarazos que las mujeres tienen durante su ciclo reproductivo.

Colaborar en aras de mejorar las estimaciones de las muertes maternas

Diversos organismos colaboran con el fin de establecer unas mediciones más exactas de los índices y los niveles de mortalidad materna en todo el mundo, y de poder evaluar el progreso alcan-

zado en relación con la meta A del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5, reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. El Grupo de Trabajo sobre mortalidad materna, que en su origen integraban la Organización Mundial de la Salud, UNICEF y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, generó unas estimaciones mundiales que permitían realizar una comparación internacional de la mortalidad materna en 1990, 1995 y 2000.

En 2006 se unieron al grupo el Banco Mundial, la División de Población de las Naciones Unidas y varios expertos técnicos independientes y, basándose en las metodologías empleadas previamente y en datos nuevos, crearon a continuación un nuevo conjunto de estimaciones mundiales que permitían realizar una comparación internacional de la mortalidad. Mediante este proceso se generaron estimaciones para países que carecían de datos nacionales y se ajustaron los datos disponibles sobre los países con el fin de compensar los casos en los que resultaban insuficientes o en que las clasificaciones eran erróneas. De los 171 países que el Grupo de Trabajo sobre mortalidad materna analizó en relación con las estimaciones referidas a 2006, no había datos adecuados a escala nacional disponibles en 61 países, lo que representaba una cuarta parte del total de nacimientos en todo el mundo. En el caso de estos países se emplearon modelos para calcular la mortalidad materna.

Para los cálculos correspondientes a 2005 se emplearon datos provenientes de ocho tipos de fuentes: sistemas de registro civil completos en los que la aportación de datos era óptima, sistemas de registro civil completos en los que la aportación de datos era incierta o escasa, mecanismos directos de las organizaciones femeninas de base, estudios de mortalidad durante la vida reproductiva, registros sobre la vigilancia de enfermedades o muestreos, censos, estudios especiales y casos en que no había datos nacionales. Las estimaciones correspondientes a cada fuente se calcularon con arreglo a una fórmula distinta, tomando en cuenta factores como la corrección de sesgos conocidos y estableciendo unos márgenes de incertidumbre realistas.

Las mediciones de la mortalidad materna se realizan con un margen de incertidumbre, haciendo hincapié en el hecho de que si bien constituyen las mejores estimaciones posibles, la tasa real puede ser mayor o menor que el promedio. Aunque es cierto que esto ocurre con cualquier estadística, el elevado grado de incertidumbre en relación con las tasas de mortalidad materna indica que todos los puntos de referencia deberían interpretarse con precaución.

A pesar de las dificultades a la hora de recabar los datos y de efectuar los cálculos, las estimaciones interinstitucionales de la mortalidad materna de 2005 fueron lo suficientemente rigurosas como para generar un análisis de tendencias que permitiera valorar los progresos registrados desde 1990, fecha de referencia del ODM 5, hasta 2005. La falta de mejoras en la reducción de la mortalidad materna que se ha detectado en muchos países en desarrollo ha contribuido a llamar la atención sobre el logro del ODM 5.

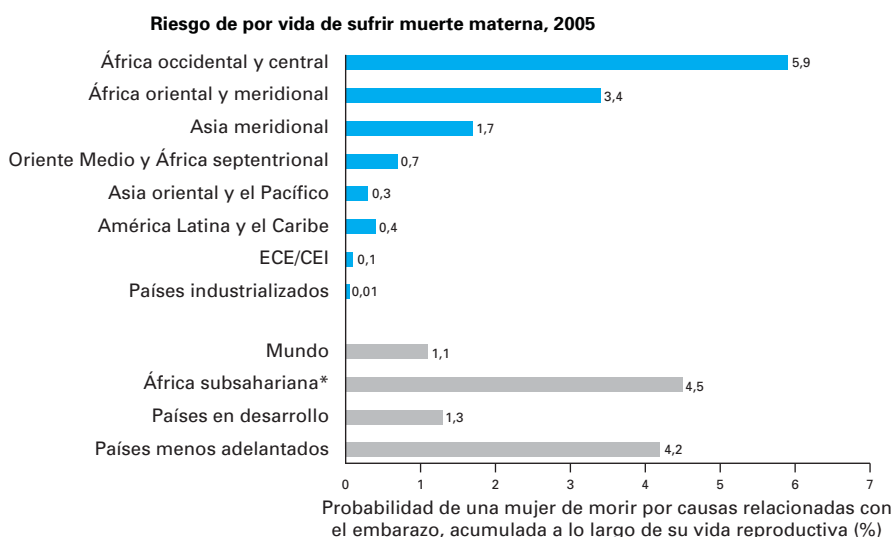
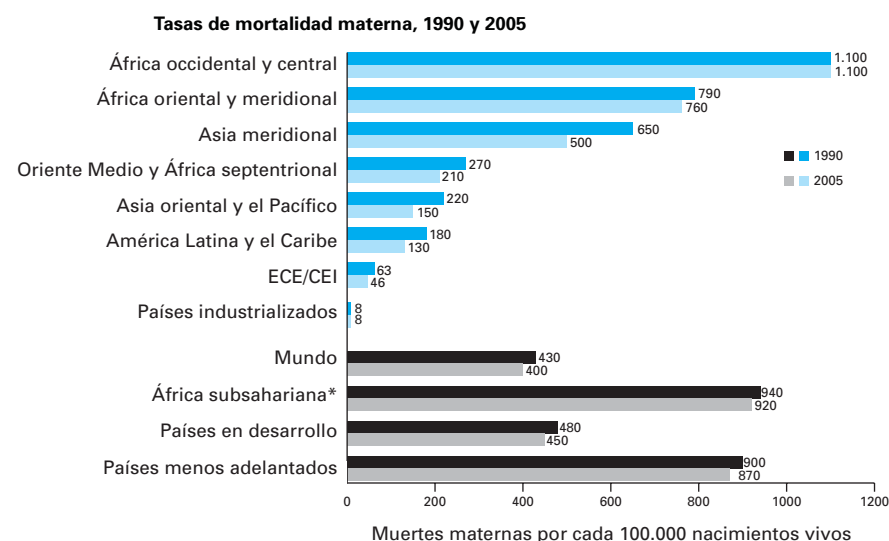
Las estimaciones de la mortalidad materna correspondientes a 2005 no son ni mucho menos perfectas, de modo que aún queda mucho por hacer para afinar los procesos de recolección de datos y el cálculo de las estimaciones. Sin embargo, sí que reflejan el firme compromiso por parte de la comunidad internacional de aspirar siempre a una mayor exactitud y precisión. Estos esfuerzos continuados respaldarán y orientarán las acciones destinadas a mejorar la salud materna y a garantizar que las mujeres sean objeto de la atención que merecen.

Véanse las referencias, pág. 107.

Si bien el número de muertes de menores de cinco años ha descendido de forma continuada –desde cerca de los 13 millones en 1990 a 9,2 millones en 2007– la cantidad de muertes maternas sigue siendo de difícil solución, y está por encima de los 500.000.

Gráfico 1.3

Tendencias, niveles y riesgo de por vida de mortalidad materna



*África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, *Mortalidad materna en 2005: Estimaciones realizadas por la OMS, UNICEF, FNUAP y el Banco Mundial*, OMS, Ginebra, 2007, pág. 35.

ro de hijos e hijas que una mujer tendría si las tasas actuales de fertilidad específicas de la edad permanecieran constantes a lo largo de su vida reproductiva y si viviera hasta finalizada ésta). Los índices de fertilidad elevados aumentan el riesgo de que la mujer muera por causas relacionadas con la maternidad. Si bien todos los embarazos conllevan riesgos de mortalidad, éstos se incrementan a medida que aumenta el número de embarazos de la mujer. Los índices de fertilidad elevados, en combinación con un acceso deficiente a servicios básicos de atención sanitaria y de maternidad, pueden acarrear consecuencias que amenazan la supervivencia de la mujer durante toda la vida. En el mundo en desarrollo en su conjunto, el riesgo que una mujer padece durante toda su vida de morir por causas relacionadas con la maternidad es de 1 entre 76, en comparación con la probabilidad de 1 entre 8.000 en el caso de las mujeres de los países industrializados. A modo de comparación, el riesgo de muerte por causas relacionadas con la maternidad a lo largo de toda la vida es de tan sólo 1 entre 47.600 para una madre de Irlanda, y de 1 entre 7 en el Níger, el país que registra el mayor riesgo de por vida de muerte materna⁸.

Mortalidad neonatal

La mortalidad neonatal es la probabilidad de que un recién nacido muera en el periodo comprendido entre el nacimiento y los primeros 28 días de vida. Según las estimaciones más recientes de la Organización Mundial de la Salud, que datan de 2004, cerca de 3,7 millones de niños y niñas murieron durante los primeros 28 días de vida en ese año. No obstante,

dentro del periodo neonatal el riesgo de mortalidad presenta enormes variaciones. El mayor riesgo existe durante el primer día después del nacimiento, cuando se calcula que ocurren entre el 25% y el 45% de las muertes neonatales. Cerca de tres cuartas partes de las muertes neonatales –lo que equivale a 2,8 millones en 2004– tienen lugar durante la primera semana, en el periodo neonatal temprano. Al igual que ocurre con las muertes maternas, casi todas las muertes neonatales (el 98% en 2004) se dan en países con niveles de renta bajos y medios. El número total de muertes perinatales, concepto que agrupa los partos mortinatos y las muertes neonatales tempranas debido a que ambas resultan de causas obstétricas similares, fue de 5,9 millones de muertes en 2004. Los partos mortinatos supusieron cerca de 3 millones de muertes perinatales en ese año⁹.

Hasta mediados o finales de la década de 1990, las cifras de mortalidad neonatal se calculaban a partir de datos históricos aproximados. Pero conforme iban surgiendo datos más fiables obtenidos a partir de encuestas en los hogares, devenía evidente que en las estimaciones previas se había subestimado de forma importante la incidencia de muertes neonatales. El índice de muertes neonatales había disminuido en una cuarta parte entre 1980 y 2000, pero la reducción había sido mucho más lenta que la registrada por el índice total de muertes de menores de cinco años, que había disminuido en una tercera parte. En consecuencia, actualmente las muertes neonatales constituyen un porcentaje mucho mayor de las muertes de menores de cinco años que en años anteriores. En particular, las muertes durante la pri-



© UNICEF Mozambique/Emilio Machiana

La amplia distribución de mosquiteros tratados con insecticida para prevenir el paludismo y la ampliación rápida de los programas para la prevención y el tratamiento de la infección por VIH están contribuyendo a salvar vidas de madres y recién nacidos. Una enfermera atiende a una madre con VIH y a su bebé recién nacido en un centro de salud de Mozambique.

mera semana de vida han pasado de representar el 23% de las muertes de menores de cinco años en 1980 al 28% en 2000¹⁰.

En parte, el aumento de la proporción de muertes neonatales refleja dos factores clave: la dificultad de llegar mediante intervenciones neonatales eficaces y oportunas a muchos bebés que nacen en el hogar, y el éxito de numerosos países en lo que se refiere a la aplicación de intervenciones como la inmunización, que han reducido enormemente el número de muertes neonatales en el conjunto del mundo en desarrollo. Esto en parte ha llevado a que se descuiden otros procedimientos rentables y sencillos de supervivencia neonatal. En consecuencia, reducir las muertes neonatales se ha convertido en uno de los principales componentes de los nuevos modelos y estrategias destinados a disminuir la mortalidad infantil y alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4.

Las pautas regionales de muertes neonatales están estrechamente relacionadas con las de las muertes maternas. Los índices más bajos se dan, como cabría esperar, en los países industrializados, donde el índice de mortalidad neonatal en 2004 fue de tan sólo 3 muertes por

cada 1.000 nacimientos vivos. Los índices más elevados de muertes neonatales de 2004 se registraron en Asia meridional (41 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos), y en África occidental y central (45 por 1.000). Asia meridional presenta la cifra más elevada de muertes neonatales de todas las regiones del mundo debido a que registra el mayor número de nacimientos¹¹.

Las principales causas de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal

Mortalidad materna

Causas directas

Las causas de la muerte materna y neonatal, así como los periodos en que suelen suceder, son bien conocidos. Las muertes maternas ocurren en su mayor parte entre el tercer trimestre y la primera semana después del nacimiento (a excepción de las muertes por complicaciones derivadas de la práctica de abortos). Los estudios revelan que el riesgo de mortalidad de las madres es particularmente alto durante los dos primeros días después del alumbramiento. La mayoría de las muertes maternas tienen que ver con complicaciones obs-

Las estimaciones interinstitucionales más recientes de las Naciones Unidas sugieren que en 2005 murieron 536.000 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto.

tétricas –entre ellas las hemorragias postparto, las infecciones, la eclampsia, las obstrucciones durante el parto o el parto prolongado– y con la práctica de abortos¹². *(Para obtener información más detallada acerca de las complicaciones durante el parto y la atención obstétrica de emergencia, consúltese el Capítulo 3.)*

Causas indirectas

Muchos de los factores que contribuyen a aumentar el riesgo de muerte de las madres no se dan exclusivamente durante el embarazo, sino que pueden ser afecciones agravadas por el embarazo y el parto. En cualquier caso, analizar las causas indirectas de las muertes maternas contribuye a determinar el tipo de estrategia y las intervenciones más adecuadas para fomentar la salud materna e infantil. La colaboración entre programas concebidos en respuesta a afecciones

concretas –como los destinados a abordar el paludismo o el SIDA– y las iniciativas de salud materna, constituyen a menudo los medios más efectivos de enfrentar algunas de estas causas indirectas, en especial las que son fácilmente prevenibles o tratables, como la anemia¹³.

La anemia materna afecta a casi la mitad de todas las mujeres embarazadas. Las adolescentes embarazadas tienen más propensión que las mujeres de más edad a padecer anemia, y a menudo reciben menos cuidados. Las enfermedades infecciosas tales como el paludismo –que afecta a cerca de 50 millones de mujeres embarazadas que cada año viven en países endémicos del paludismo–, así como los parásitos intestinales y una alimentación de mala calidad pueden exacerbar la anemia; todos estos factores aumentan el riesgo de muerte materna. La anemia

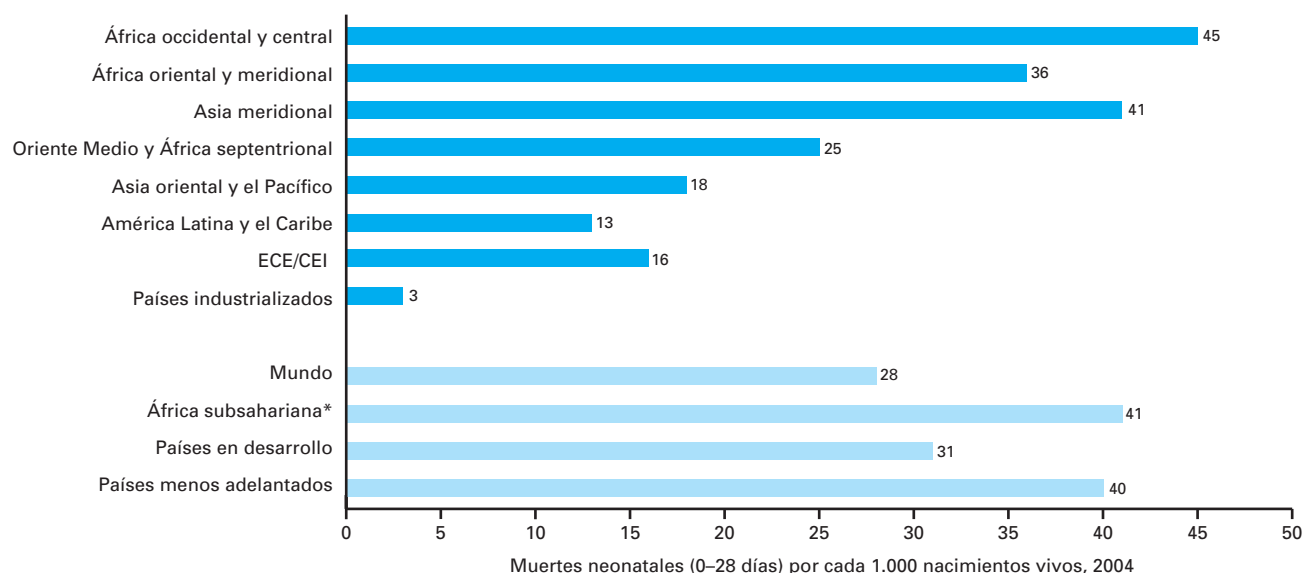
grave contribuye al riesgo de mortalidad en casos de hemorragia¹⁴.

La anemia es una afección fácil de tratar administrando suplementos de hierro a través de los programas de salud materna. No obstante, en algunos países este tipo de intervención sigue siendo limitada, tanto en términos de cobertura como de eficacia, debido casi siempre a la falta de acceso a una atención sanitaria básica y, de forma más específica, a la carencia de una atención y un apoyo prenatal de calidad. Existen indicios alentadores de que los esfuerzos destinados a abordar la anemia mediante el enriquecimiento de alimentos básicos como la harina comienzan a cobrar impulso a escala nacional en numerosos países en desarrollo¹⁵.

La deficiencia de yodo durante el embarazo se asocia a una mayor

Gráfico 1.4

Índices regionales de mortalidad infantil



* África subsahariana incluye las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, datos procedentes de los sistemas de registro de datos vitales y de encuestas por hogares.

Crear un entorno de apoyo para las madres y los recién nacidos

por S.M. la Reina Rania Al Abdullah de Jordania, Promotora Eminente de UNICEF para la infancia*

En 1631, una bella emperatriz, Mumtaz Mahal, murió dando a luz a su decimocuarto hijo. Su esposo, abrumado por el dolor, hizo construir un monumento en su honor: el Taj Mahal, uno de los edificios más conocidos del mundo en la actualidad.

Y sin embargo, si bien las cúpulas y agujas del Taj Mahal se reconocen al instante, existe mucha menos conciencia de la tragedia que inspiró su creación.

Casi 400 años después de que Mumtaz Mahal perdiera su vida dando a luz, cada minuto de cada día aún muere una mujer por causas relacionadas con el embarazo o el parto: más de 500.000 mujeres cada año, 10 millones de mujeres por cada generación. ¿Cómo es posible que en nuestra era de avances tecnológicos y de milagros de la medicina no seamos capaces de proteger a las mujeres en su labor de perpetuar la raza humana?

La respuesta, claro está, es que si bien se han logrado avances asombrosos en materia de sanidad pública, los beneficios se han distribuido de forma muy desigual entre los distintos países y zonas geográficas, así como entre los distintos grupos sociales que los integran. Pese a que las causas de las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son las mismas en todo el mundo, sus consecuencias varían drásticamente entre los distintos países y regiones. En la actualidad, la probabilidad de morir por causas relacionadas con el embarazo para una joven de Suecia es de 1 entre 17.400. Si se trata de una joven de Sierra Leone, la probabilidad pasa a ser de 1 entre 8.

Y por cada mujer que muere, hay otras 20 que se ven afectadas por infecciones o por lesiones graves. Se estima que cada año 75.000 mujeres enferman de fístula obstétrica, una afección física y psicológicamente devastadora que puede causar la exclusión social.

En términos de vidas de mujeres el coste es enorme. Pero no son ellas las únicas que sufren. Tal como un grupo de expertos manifestó durante una conferencia mundial sobre la salud de la mujer celebrada en 2007: “Durante los años de su vida reproductiva, las mujeres dan vida al mundo y a la sociedad de distintas maneras: dan a luz y crían a la siguiente generación, y son actores críticos del progreso en tanto que trabajadoras, dirigentes y activistas”. Cuando la vida de las mujeres termina prematuramente o se ven incapacitadas debido al embarazo o el parto, se precipita la tragedia. Los niños y niñas pierden a una madre. Los esposos pierden a una compañera. Y las sociedades pierden a un integrante importante y productivo.

Nuestro mundo no puede permitirse continuar sacrificando tantos seres humanos y tanto potencial. Sabemos lo que se precisa para prevenir y tratar la gran mayoría de los problemas relacionados con el embarazo, desde la eclampsia y las hemorragias hasta la sepsis, la obstrucción del parto y la anemia. De hecho, según la opinión expresada por el Banco Mundial, intervenciones básicas como la atención prenatal, la asistencia al parto por personal cualificado y el acceso de las mujeres y los recién nacidos a una atención obstétrica de emergencia podrían evitar casi tres cuartas partes de las muertes maternas.

Pero la ampliación de las intervenciones médicas no es más que una parte de la mejora de la salud materna y neonatal. Lo más importante es impulsar la promoción de la autonomía de la mujer en todo el mundo. ¿Cómo es posible que en un siglo que se caracteriza por la abundancia de información no contemos con datos precisos acerca del número de mujeres que cada año mueren dando a luz? ¿Por qué las muertes maternas se enumeran sólo parcialmente? Una razón posible es que en demasiados lugares las vidas de las mujeres no cuentan del todo.

Y mientras que la mujer continúe ocupando una posición de desventaja en el seno de la sociedad, la salud materna y neonatal continuarán resintiéndose. Pero si somos capaces de dotar a las mujeres de las herramientas necesarias para ejercer el control de sus vidas, podremos crear un entorno que brinde una mayor protección tanto a las mujeres como a la infancia.

La promoción de la autonomía de la mujer empieza con la educación, la mejor inversión que podemos hacer y que abarca desde garantizar que tanto las niñas como los niños asistan a la escuela primaria y enseñar a las mujeres a leer y escribir, hasta impartir educación pública sobre la salud. Aunque aún queda mucho por hacer, numerosos países comienzan a avanzar rápidamente en esta dirección. En Jordania, por ejemplo, estudiantes de enfermería de la Universidad de Jordania se están prestando como voluntarios para impartir formación a niñas en los colegios públicos acerca de cuestiones relacionadas con la salud femenina.

Un estudio tras otro muestra que las mujeres que han recibido una educación están más preparadas para ganar un sueldo con el que mantener a una familia, tienen más probabilidades de invertir en la atención sanitaria, la nutrición y la educación de sus hijos e hijas, y se muestran más proclives a participar en la vida ciudadana y a abogar por las mejoras en el seno de sus comunidades.

Asimismo, las madres que cuentan con una educación tienen más probabilidades de buscar atención médica adecuada para sí mismas. Según el Informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2007, “el 84% de las mujeres que han completado una educación secundaria o superior son atendidas por personal cualificado durante el parto, cifra que supone más del doble que en el caso de las madres que no han recibido educación formal”.

Los hijos e hijas de madres que cuentan con una educación tienen un 50% más de probabilidades de sobrevivir hasta la edad de cinco años y más, que los hijos e hijas de madres que no han recibido una educación o que no la han finalizado. En el caso de las niñas en particular, la educación puede significar la diferencia entre la esperanza y la desesperanza. Estudios realizados demuestran que los jóvenes que finalizan su educación primaria tienen menos probabilidades de contraer el VIH que los que no consiguen finalizar la escuela primaria.

Las niñas que cuentan con una educación tienen más probabilidades de casarse más tarde y es menos probable que se queden embarazadas cuando aún son jóvenes, reduciendo en consecuencia el riesgo de morir dando a luz siendo aún niñas ellas mismas. A medida que las niñas continúan su educación, aumenta su potencial de ganarse la vida, lo cual las capacita para romper las cadenas de la pobreza, que con demasiada frecuencia se perpetúan de una generación a otra.

En resumidas cuentas, cambiar la trayectoria de las niñas puede cambiar el curso del futuro. Y si estas niñas se convierten en mujeres que a su vez deciden convertirse en madres, contemplarán el embarazo y el alumbramiento como un motivo de celebración, y no de temor.

Véanse las referencias, en la pág. 107.

* Su Majestad la Reina Rania Al Abdullah de Jordania es Promotora Eminente de UNICEF para la infancia y una defensora infatigable de la protección de la infancia, el desarrollo en la primera infancia, la igualdad entre los géneros en materia de educación y la promoción de la autonomía de la mujer.

incidencia de partos mortinatos, de abortos espontáneos y de anomalías congénitas. Estos riesgos pueden atenuarse y prevenirse asegurándose de que la madre posea un nivel óptimo de yodo en la sangre antes o durante el embarazo. La yodación universal de la sal y, en algunos casos, la administración de suplementos de yodo, son esenciales para garantizar un aporte óptimo de yodo durante el embarazo y la infancia¹⁶.

El paludismo representa otra amenaza mortal para las madres y sus bebés. En las zonas endémicas de paludismo, esta enfermedad es causante de cerca de una cuarta parte de los casos de anemia materna aguda, aumenta el riesgo de partos mortinatos y de abortos espontáneos e incide en el bajo peso al nacer y en las muertes neonatales. La prevención del paludismo mediante el empleo de mosquiteros tratados con insecticida es, pues, fundamental a la hora de mitigar los efectos de esta enfermedad en las mujeres embarazadas y los recién nacidos. En África subsahariana, además, el tratamiento preventivo intermitente del paludismo en las mujeres embarazadas durante el segundo y el tercer trimestre de la gestación se emplea cada vez más para prevenir la anemia y el paludismo en la placenta¹⁷.

Resulta difícil valorar la incidencia del VIH y el SIDA en las muertes maternas debido a que, pese a la expansión de programas orientados a prevenir la transmisión materno-infantil del VIH, en el caso de muchas mujeres embarazadas aún no se sabe con certeza si han contraído el virus. El embarazo y el VIH pueden interactuar de distintas maneras. El virus puede aumentar el riesgo de padecer complicaciones obs-

tétricas como hemorragias, sepsis y complicaciones derivadas de la cesárea. A su vez, el embarazo puede exacerbar el riesgo de padecer enfermedades relacionadas con el VIH, como la anemia y la tuberculosis, o acelerar la evolución del VIH. Los resultados de las investigaciones actuales son indicativos más que concluyentes, de modo que es preciso investigar más a fondo a fin de determinar el grado exacto de causalidad en ambos sentidos. Se cree que en los países que presentan una elevada prevalencia del VIH, la epidemia del SIDA ha podido revertir los avances previos logrados en materia de mortalidad materna. Lo que sí puede evaluarse con más exactitud, al menos parcialmente, es el número concreto de mujeres que han dado a luz y que viven con el VIH: cerca de 1,5 millones en 108 países con niveles de renta baja y media en 2006.

Los esfuerzos para abordar la epidemia del SIDA y su repercusión en la salud materna y neonatal se están intensificando en cuatro esferas clave: la prevención de la infección entre los adolescentes y los jóvenes; el tratamiento antirretroviral para las mujeres con VIH y las madres que requieren terapia antirretroviral; la prevención de la transmisión materno-infantil; y el tratamiento pediátrico del VIH. En estas cuatro esferas se han logrado avances con resultados alentadores. Por ejemplo, la cobertura de la profilaxis antirretroviral para las madres con VIH para prevenir la transmisión materno-infantil, que en 2004 abarcaba al 10% de las mujeres embarazadas afectadas por el virus en países con un nivel de renta medio o bajo, aumentó hasta el 33% en 2007. A pesar de este progreso notable, es preciso hacer mucho más a fin

de que las mujeres puedan beneficiarse de intervenciones relacionadas con la prevención, la atención y la terapia del VIH, en especial las pruebas de detección, el asesoramiento y los servicios de salud sexual y reproductiva, además del acceso a medicamentos¹⁸.

Si bien las consecuencias de la infección conjunta por VIH y el parásito del paludismo no se conocen con exactitud, las pruebas disponibles sugieren que estas dos infecciones actúan sinérgicamente, con resultados adversos. Pruebas recientes sugieren que las mujeres con VIH que padecen paludismo en la placenta tienen más probabilidades de tener bebés con un peso inferior al normal. Los estudios revelan asimismo que los bebés que nacen con un peso inferior al normal son más susceptibles a contraer el VIH como resultado de la transmisión materno-infantil del virus que los que nacen con un peso normal. El tratamiento antirretroviral para las mujeres, niños y niñas con VIH puede disminuir aún más el riesgo de contraer paludismo¹⁹. *(Para obtener más información sobre el VIH y la coinfección con el paludismo, el recuadro en el capítulo 3, página 63.)*

Por cada mujer que muere de complicaciones relacionadas con el embarazo, cerca de 20 más –lo que supone aproximadamente 10 millones de mujeres cada año– padecen lesiones, infecciones y discapacidades. Entre los trastornos más penosos figura la fístula obstétrica, que se produce como consecuencia de los daños ocasionados en el tejido del canal del parto por la presión continua que ejerce la cabeza del bebé en los partos problemáticos y prolongados. En el periodo que sigue al alumbramiento se forman agujeros por los que



UNICEF/HQ05-1222/Roger LeMoigne

La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida protege a los recién nacidos y lactantes contra la enfermedad, reduce el riesgo de mortalidad y alienta el desarrollo sano del niño. Una mujer amamanta a un recién nacido en la clínica Uskudar Ana ve Çocuk Saglilı Klinigi, dirigida por el Ministerio de Salud en Estambul, Turquía.

se filtran fluidos de la vejiga o del recto a la vagina. La fístula es fácil de tratar por profesionales sanitarios que cuenten con los conocimientos quirúrgicos adecuados y, sin embargo, muchas de las 75.000 mujeres que se calcula que cada año padecen esta afección jamás reciben tratamiento. Así pues, no sólo tienen que hacer frente a la incomodidad física y la tensión emocional que esta afección acarrea, sino que además corren el riesgo de ser rechazadas por sus esposos y familiares.

Otra afección debilitante es el prolapso uterino, que ocurre cuando los músculos, los ligamentos y el tejido que sustentan la cavidad pélvica se relajan haciendo que el útero se desplace hacia el canal vaginal. Tres de las consecuencias del prolapso son la movilidad limitada, el dolor de espalda crónico y la incontinencia urinaria. En los casos graves, la mujer puede verse totalmente incapacitada para realizar incluso las labores normales del hogar y otras tareas habituales. Entre los factores que pueden causar el prolapso figuran los partos prolongados, las dificultades en el alumbramiento, los embarazos frecuentes, una atención obstétrica

inadecuada y el trabajo físico demasiado gravoso.

Otras causas de morbilidad materna son la anemia, la infertilidad, las infecciones crónicas y la depresión, todas las cuales pueden resultar en problemas domésticos como el maltrato físico y psicológico, la disolución del hogar y la exclusión social²⁰.

Mortalidad neonatal

Cerca del 86% de las muertes neonatales que se producen en todo el mundo son resultado directo de tres causas principales: las infecciones graves –entre ellas la sepsis/neumonía, el tétanos y la diarrea–, la asfixia y los nacimientos prematuros. Se calcula que las infecciones graves son la causa del 36% de todas las muertes neonatales. Si bien pueden ocurrir en cualquier momento durante el primer mes de vida, son la principal causa de muerte neonatal a partir de la primera semana. Las condiciones de asepsia durante el parto son importantes para prevenir la infección, pero también es necesario detectar y tratar las infecciones maternas durante el embarazo. Es esencial detectar y tratar las infecciones de los recién nacidos lo antes posible después del alumbramiento.

La asfixia (dificultades respiratorias tras el alumbramiento) es causa del 23% de las muertes neonatales, y puede prevenirse con una mejor atención durante el trabajo de parto y el parto. Esta anomalía puede mitigarse con la presencia de un trabajador sanitario cualificado que sea capaz de detectar los síntomas y de reanimar al recién nacido. Los nacimientos prematuros (el alumbramiento se produce antes de finalizadas las 37 semanas de gestación) es causa directa del 27% de

las muertes neonatales. Los bebés que nacen prematuramente experimentan más dificultades para tomar el pecho, para mantener una temperatura corporal normal y para resistir las infecciones que los bebés nacidos a término. Prevenir el paludismo en las mujeres embarazadas puede tener repercusiones positivas en la incidencia de nacimientos prematuros en las zonas endémicas de paludismo²¹.

Según las estimaciones internacionales más recientes, que abarcan el periodo comprendido entre 2000 y 2007, el 15% de todos los recién nacidos nacen con un peso inferior al normal (se considera que un bebé tiene un peso inferior al normal cuando nace con menos de 2.500 gramos). El peso inferior al normal al nacer, que puede venir originado por un nacimiento prematuro o por un crecimiento intrauterino restringido, es un factor subyacente en un 60–80% de las muertes neonatales. La mayoría de estos casos se producen en particular en Asia meridional, y también en África subsahariana, regiones que presentan los índices más elevados de desnutrición entre las mujeres y las niñas. La desnutrición materna está estrechamente vinculada con una incidencia más elevada de recién nacidos con peso inferior al normal²².

El crecimiento intrauterino restringido, que se refiere al crecimiento limitado del feto durante el embarazo, es uno de los principales factores de muerte perinatal. Al igual que el bajo peso al nacer, se asocia también a la salud deficiente y a la desnutrición de la madre, entre otros factores. Con una detección y un tratamiento adecuados, en especial el tratamiento temprano de las enfermedades

Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto constituyen una importante causa de mortalidad de las niñas de entre 15 y 19 años de todo el mundo, y representan 70.000 muertes anuales.

maternas, y una buena alimentación, esta afección puede mantenerse bajo control y no tiene por qué acarrear consecuencias de por vida²³.

La naturaleza intergeneracional de la solución al problema del crecimiento intrauterino restringido pone de relieve el hecho de que mejorar la salud materna y neonatal no es tan sólo una cuestión práctica de implantar unos servicios de salud materna mejores y más amplios. Requiere además abordar de forma directa la situación de abandono respecto de los derechos fundamentales de la mujer que impera en muchas sociedades.

Además de una alimentación adecuada para las mujeres, espaciar los nacimientos es también fundamental para evitar los nacimientos prematuros, el bajo peso al nacer y las muertes neonatales, ya que los estudios revelan que si el intervalo entre los nacimientos es inferior a 24 meses, estos riesgos aumentan de forma

significativa. Es asimismo imperativo garantizar que las niñas tengan acceso a una alimentación y una atención sanitaria adecuadas desde el momento de su nacimiento, a lo largo de la infancia y en la adolescencia, en la edad adulta y en sus años fértiles²⁴.

Por cada recién nacido que muere, otros 20 padecen lesiones derivadas del parto, complicaciones resultantes del nacimiento prematuro u otras afecciones neonatales. Por ejemplo, más de un millón de niños y niñas que cada año sobreviven a la asfixia en el parto acaban padeciendo discapacidades como la parálisis cerebral o dificultades de aprendizaje²⁵.

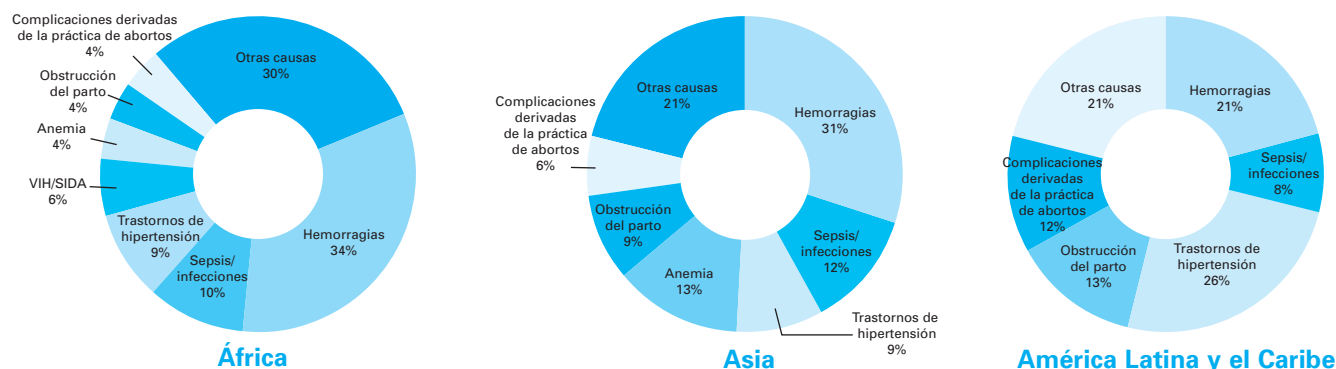
Causas subyacentes y causas básicas de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal

Además de las causas directas de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal, existe una serie de factores subyacentes en el ámbito comunita-

rio, de los distritos y del hogar que pueden también ser perjudiciales para la salud y la supervivencia de las madres y los recién nacidos. Entre ellos figuran la falta de educación y de conocimientos, los hábitos de salud materna y neonatal inadecuados y la incapacidad de buscar atención médica cuando se requiere, el acceso insuficiente a alimentos nutritivos y micronutrientes esenciales, unas instalaciones de salud medioambiental deficientes, unos servicios de atención sanitaria básica inadecuados, y el acceso limitado a servicios de maternidad, en especial a la atención obstétrica de emergencia y la atención neonatal. Existen también factores básicos, como la pobreza, la exclusión social y la discriminación por razones de género, que exacerban tanto las causas directas como las causas subyacentes de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal (*para un análisis más detallado de cómo interactúan estos factores, véase el Gráfico 1.7 de la página 17*).

Gráfico 1.5

Causas directas de muertes maternas, 1997–2002*



* Los datos se refieren al año más reciente del período especificado para el que se dispone de información. Los porcentajes podrían no sumar 100% debido al redondeo.

Fuente: Khan, Khalid S., et al., 'WHO Analysis of Causes of Maternal Death: A systematic review', *The Lancet*, vol. 367, núm. 9516, 1 de abril 2006, pág.1069.

Por cada mujer que muere por causas relacionadas con el embarazo, 20 más sufren lesiones, infecciones y discapacidades, lo que supone aproximadamente 10 millones de mujeres cada año.

Particularmente importante es la limitación en el acceso a unos servicios sanitarios de calidad, un problema que afecta a muchas mujeres. La salud materna y el acceso a unos servicios de contracepción y de salud de la reproducción de calidad constituyen también factores importantes que determinan la salud y la supervivencia neonatal. Los estudios demuestran que la salud de las mujeres a lo largo de su ciclo vital –desde la infancia, a lo largo de la adolescencia y durante la edad adulta– es un factor crítico que determina los resultados en materia de salud materna y neonatal. El acceso a establecimientos sanitarios y a personal cualificado de salud son también factores importantes: no resulta sorprendente que los países que registran los índices más elevados de mortalidad materna sean los que presentan también los índices más bajos de asistencia de personal cualificado en los partos y de alumbramientos en establecimientos sanitarios²⁶.

La pobreza puede minar la salud materna y neonatal de varias formas. Puede ocasionar un aumento en la incidencia de causas directas de mortalidad, como las infecciones y la desnutrición maternas; puede llevar a que no se busque atención médica cuando se precisa; o puede limitar el acceso a los servicios de atención sanitaria. Asimismo, puede menoscabar la calidad de los servicios prestados cuando éstos existen. Información procedente de 50 Encuestas de Demografía y Salud practicadas entre 1995 y 2002 revela, en una comparación entre regiones, que los índices de mortalidad neonatal son entre un 20 y un 50% más elevados en el 20% de los hogares más pobres que entre el quintil de los hogares más prósperos. En el caso de la mortalidad materna se registran también desigualdades similares²⁷.

Crear un entorno social que respalde los derechos de las mujeres y las niñas es también fundamental a la hora de reducir la mortalidad y la morbilidad

materna y neonatal. El resultado de los esfuerzos realizados para aumentar las intervenciones sanitarias que abordan las causas inmediatas de la mala salud y de la muerte materna y neonatal, así como para aliviar la desnutrición materna, frenar las enfermedades infecciosas y mejorar las instalaciones y la prácticas relativas a la higiene, será sólo parcial a no ser que las mujeres y las niñas vivan en un contexto social en el que se respeten sus derechos. Como muestra el Capítulo 2, ampliar la prestación de los servicios puede resultar insuficiente si las mujeres y las niñas carecen de acceso a bienes o servicios esenciales debido a impedimentos índole cultural, social o familiar.

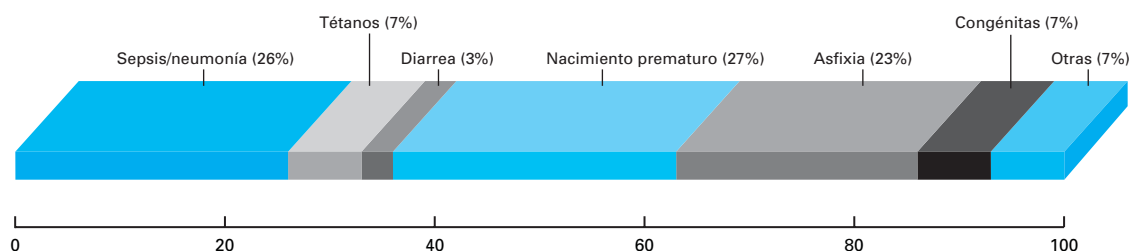
Acelerar el progreso en materia de salud materna y neonatal

Muchos de los factores causantes de la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal son bien conocidos y se hallan interrelacionados,

Gráfico 1.6

Causas directas de las muertes neonatales, 2000*

El bajo peso al nacer, que guarda relación con la desnutrición materna, es un factor causal en el 60–80% de las muertes neonatales.



*Los porcentajes podrían no sumar 100% debido al redondeo.

Fuente: Lawn, Joy E., Simon Cousens y Jelka Zupan, '4 million neonatal deaths; When? Where? Why?', *The Lancet*, vol. 365, núm. 9462, 5 de marzo 2005, pág. 895.

como ilustra el marco conceptual de el Gráfico 1.7. Si bien existen aún muchas lagunas en nuestro conocimiento sobre las causas y el alcance de las muertes maternas y neonatales, lo que sabemos es sin duda suficiente para implantar medidas que podrían salvar millones de vidas. Las principales medidas que existen para reducir la mortalidad y la morbilidad materna están perfectamente definidas y comprendidas. Entre ellas figuran:

- Promover el acceso a unos servicios de planificación familiar, sobre la base de las políticas individuales de cada país.
- Una atención antenatal de calidad que comprenda un módulo integral de servicios de salud y nutrición.
- Prevenir la transmisión materno-infantil del VIH y ofrecer tratamiento antirretroviral para las mujeres que lo necesiten.
- Intervenciones paliativas y preventivas básicas, como por ejemplo la inmunización contra el tétanos neonatal para las mujeres embarazadas, inmunizaciones habituales, y la distribución de mosquiteros tratados con insecticida y de sales de rehidratación oral, entre otras.
- El acceso a agua y sistemas de saneamiento mejorados, y la adopción de unas mejores prácticas de higiene, en especial durante el parto. Disponer de agua limpia para la higiene y el consumo es fundamental para un parto seguro.
- El acceso a personal sanitario especializado –un médico, un auxiliar



Mejorar los servicios de maternidad es clave para impulsar la salud y la supervivencia materna y neonatal. Una enfermera examina a un bebé de seis semanas durante una revisión en un centro de salud comunitario, Jamaica.

© UNICEF/HQ08-0302/Susan Markisz

de enfermería o una partera—durante el alumbramiento.

- La prestación de servicios obstétricos de emergencia en un mínimo de 4 establecimientos sanitarios por cada 500.000 habitantes –adaptándose a las circunstancias de cada país– para las mujeres que padezcan complicaciones.
- La prestación de servicios obstétricos de emergencia integrales en un mínimo de un establecimiento sanitario por distrito o por cada 500.000 habitantes.
- Realizar una visita postnatal a cada mujer y a su recién nacido tan pronto como sea posible después del parto, a poder ser antes de transcurridas 24 horas, con visitas adicionales hacia el final de la primera semana, y en la cuarta o sexta semana.
- Impartir conocimientos y preparación para la vida práctica a las mujeres embarazadas y a las familias, enseñándoles a reconocer las señales de alerta en relación con la salud materna y neonatal e informándoles sobre los mecanismos de remisión de pacientes.
- Ofrecer asesoramiento en materia de nutrición y administrar suple-

mentos cuando sea necesario, como parte de los servicios de atención antenatal, posnatal y neonatal habituales.

- El cuidado básico de los recién nacidos, que incluye, entre otras medidas, comenzar con la lactancia materna en la primera hora a partir del nacimiento, el empleo de la lactancia materna como método exclusivo de alimentación, el control de las infecciones, mantener la temperatura adecuada del recién nacido y evitar bañarlo durante las primeras 24 horas.
- Los cuidados especiales para los bebés que nacen con poco tamaño, los bebés de partos múltiples y los que nacen con anomalías congénitas.
- La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia o su equivalente, en los establecimientos sanitarios que atienden a las mujeres y a la infancia²⁸.

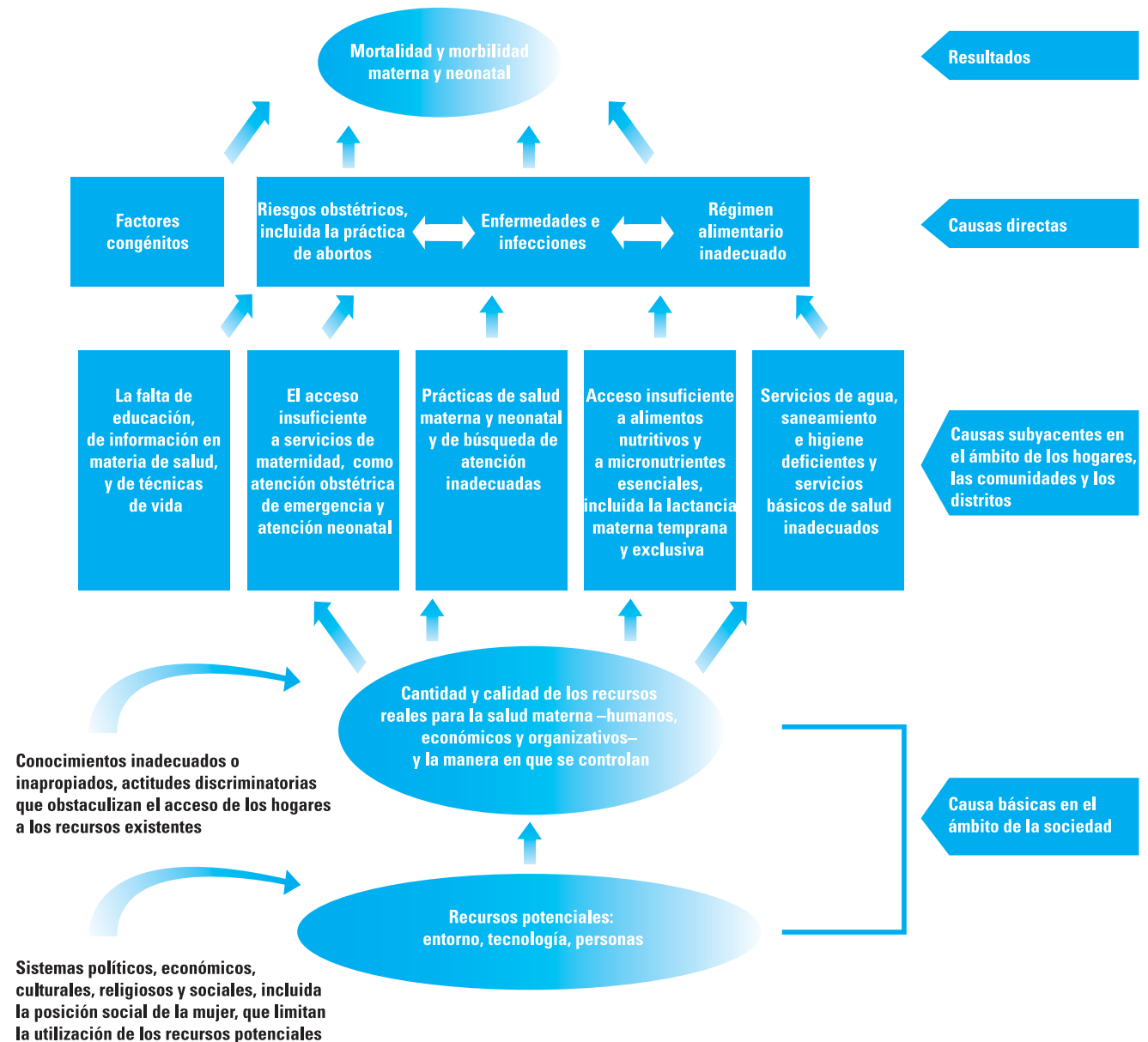
No obstante, para que estas medidas den resultado cada vez resulta más evidente que es preciso prestar unos servicios esenciales, en momentos clave del ciclo vital, a través de unos sistemas de salud dinámicos que integren la atención continuada en el hogar, en la comunidad y en los esta-

La carga de las muertes neonatales es también elevada, ya que casi 4 millones de recién nacidos mueren anualmente durante sus primeros 28 años de vida.

Gráfico 1.7

Marco conceptual de la mortalidad y morbilidad materna y neonatal

Este marco conceptual sobre las causas de la mortalidad materna y neonatal pone de manifiesto que los resultados en materia de salud están determinados por factores interrelacionados, que comprenden, entre otros, la nutrición, el agua, el saneamiento y la higiene, los servicios de atención sanitaria y la práctica de unos hábitos saludables, y el control de las enfermedades. Estos factores se definen como inmediatos (que provienen del individuo), subyacentes (que provienen de los hogares, las comunidades y los distritos) y básicos (que provienen de la sociedad). Los factores de un ámbito influyen en los ámbitos restantes. Este marco se ha concebido para que resulte de utilidad a la hora de valorar y analizar las causas de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal, así como en la planificación de acciones concretas para mejorar la salud materna y neonatal.



Fuente: UNICEF.

Un bebé nacido en un país menos adelantado tiene 14 veces más probabilidades de morir durante los primeros 28 días de vida que uno nacido en un país industrializado.

blecimientos de atención permanentes y periféricos. Este concepto de atención continuada en relación con la salud materna, neonatal e infantil ha surgido en los últimos años a partir del reconocimiento de que un enfoque integrado da mejores resultados que múltiples iniciativas separadas. En cualquier caso, esta atención continuada ha de existir en un entorno de apoyo que salvaguarde los derechos de las mujeres y que haga de la salud materna y neonatal una prioridad. En el Capítulo 2 se examinan los elementos necesarios para crear ese tipo de entorno y para mantenerlo.

Entre los elementos más importantes de una atención continuada figuran la presencia de profesionales debidamente capacitados a lo largo del embarazo, durante el parto y en el periodo posparto, y la atención neonatal, además de unos mecanismos eficaces de remisión de pacientes a establecimientos debidamente equipados para tratar las emergencias. Las nuevas funciones de los prestadores de nivel medio, como las enfermeras y las parteras, en la ampliación del acceso a la atención obstétrica de emergencia muestra también un potencial prometedor en el mundo en desarrollo.

En particular, dado que los riesgos de muerte materna y neonatal son mayores durante las primeras 24–48 horas tras el nacimiento, es urgente intensificar la atención neonatal durante este periodo, y es necesario asimismo insistir en la importancia de realizar visitas de seguimiento a los bebés y a las madres. Las visitas poco después del parto son vitales para las nuevas madres, que pueden continuar padeciendo un mayor ries-

go de mortalidad y morbilidad al menos durante un año después del parto. No obstante, esto por lo general no es posible en los países más pobres y en las comunidades en que se producen el mayor número de muertes, debido a una penosa carencia de servicios de atención materna y neonatal. Sobre todo en África subsahariana, factores como la distancia, las migraciones, la urbanización, los conflictos armados, las enfermedades y la escasez de inversiones en salud pública, han dado como resultado graves carencias de profesionales sanitarios cualificados.

Las mujeres y los recién nacidos en los estados frágiles –países donde la política institucional y la gestión de los asuntos públicos son deficientes y viven en medio de la inestabilidad política y en un estado de derecho precario– requieren una atención particular. A menudo, estos estados carecen de la capacidad institucional y de los recursos adecuados para prestar servicios sociales básicos y de infraestructura y ofrecer seguridad a sus ciudadanos. En los estados frágiles vive alrededor del 8% de la población del mundo, pero en ellos se registra el 35% de las muertes derivadas de la maternidad del mundo, y representan 8 de los 10 países con las tasas más elevadas de mortalidad derivada de la maternidad. En estos países se registra también el 21% de las muertes neonatales mundiales, y representan 9 de los 10 países con las tasas más elevadas de mortalidad neonatal²⁹.

Fortalecer la gestión de los asuntos públicos y el estado de derecho y reestablecer la paz y la seguridad son condiciones previas para acelerar los progresos en la mejora de la salud de

las madres y los recién nacidos. Los donantes y los organismos internacionales se enfrentan también el reto de avanzar más allá de la respuesta humanitaria a largo plazo y establecer un sistema de asistencia para el desarrollo a largo plazo, así como garantizar que la salud de las madres, los niños y los recién nacidos y los derechos de la mujer sean elementos importantes en las negociaciones y programas destinados a mejorar la gestión de los asuntos públicos, resolver los conflictos y fortalecer las instituciones³⁰.

En los países menos adelantados, los recursos dedicados a la salud materna y neonatal han sido insuficientes, lo que ha impedido el acceso a clínicas y hospitales de las personas con pocos medios, en particular en las zonas rurales. Esto puede deberse bien a la ausencia de establecimientos sanitarios, a una calidad y un estado deficientes de los centros de salud y hospitales, a la falta de personal sanitario capacitado o a la existencia de personal poco capacitado, o de unos costes para el usuario que resultan inasequibles para las personas con pocos medios. El concepto de una atención continuada se refiere no sólo a las necesidades de las madres y su progenie a lo largo del tiempo, sino también al aumento del acceso a los servicios de salud vinculando los hogares y las comunidades, las clínicas y los hospitales. En el Capítulo 3 se examinan a fondo los medios para integrar y fortalecer los servicios existentes para las madres y los recién nacidos a fin de que se presten en lugares clave y en momentos cruciales del ciclo vital.

La aplicación y ampliación de la atención continuada para las madres, los

Salud materna y neonatal en Nigeria: crear estrategias para acelerar el progreso

Nigeria es el país más poblado de África: en 2007 contaba con 148 millones de habitantes, 25 millones de los cuales eran menores de cinco años. Con casi 6 millones de nacimientos en 2007 –la tercera cifra más elevada del mundo después de la India y China– y un índice de fertilidad de 5,4, el crecimiento demográfico de Nigeria continúa siendo rápido en términos absolutos.

Además del crecimiento masivo de su población, Nigeria destaca por su enorme riqueza petrolera. No obstante, la pobreza se halla muy extendida: según los *Indicadores del desarrollo mundial de 2007* publicados por el Banco Mundial, más del 70% de los nigerianos viven con menos de un dólar al día, lo que dificulta su acceso a una atención sanitaria de calidad.

La pobreza, la presión demográfica y la escasez de inversiones en sanidad pública, por nombrar tres factores, provocan el aumento de los niveles y las tasas de mortalidad materna y neonatal. Según las últimas estimaciones interinstitucionales de las Naciones Unidas, la tasa promedio de mortalidad materna se situaba en 1.100 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos en 2005, y el riesgo de por vida de muerte materna, en 1 por cada 18. Vista en el contexto mundial, la cifra de muertes maternas revela la crudeza de la realidad: aproximadamente 1 de cada 9 muertes maternas ocurren en Nigeria solamente.

Las mujeres que sobreviven al embarazo y el parto pueden tener que enfrentar una salud precaria: los estudios indican que entre 100.000 y 1 millón de mujeres nigerianas podrían padecer de fístula obstétrica. Según las estimaciones más recientes de la Organización Mundial de la Salud, en 2004 el número de muertes neonatales ascendía a 249.000, de las cuales el 76% se producían en el período neonatal temprano (es decir, la primera semana de vida). Unas instalaciones sanitarias inadecuadas, la falta de transporte a los establecimientos donde se dispensan los servicios de atención, la incapacidad de pagar por los servicios, y el rechazo de ciertos grupos de población a la atención sanitaria moderna constituyen factores clave que subyacen a los elevados índices de mortalidad y morbilidad materna, neonatal e infantil.

Las disparidades en los niveles de pobreza y de salud existentes entre los diversos grupos etnolingüísticos de Nigeria y entre los propios estados son muy acusadas. Los índices de pobreza en las zonas rurales, que en 2004 se calculaban en torno al 64%, son cerca de 1,5 veces más elevados que en las zonas urbanas, del 43%. Además, el índice de pobreza en la región del nordeste, de un 67%, es casi el doble que el 34% registrado en la más próspera región del sudeste.

El escaso nivel educativo, en especial entre las mujeres, y los hábitos y prácticas culturales discriminatorios son un obstáculo a la reducción de los elevados índices de mortalidad materna. Un estudio practicado en el Jos University Teaching Hospital, en la región septentrional y central, muestra que casi tres cuartas partes de las muertes maternas registradas en 2005 ocurrieron entre mujeres analfabetas. La tasa de mortalidad entre las mujeres que no habían recibido atención prenatal era casi 20 veces más que entre las mujeres que sí disponían de acceso a estos servicios. De los numerosos grupos étnicos representados por los pacientes, el 22% de todos los alumbramientos y el 44% de todas las muertes correspondían a mujeres Hausa-Fulani. Los Hausa-Fulani son el mayor grupo étnico del norte

de Nigeria, y se ven por tanto muy afectados por los elevados índices de pobreza que afectan a esta región.

Las prácticas y los hábitos culturales discriminatorios con las mujeres y las niñas contribuyen al aumento de la mortalidad y la morbilidad materna. Los matrimonios prematuros y el índice elevado de embarazos entre adolescentes son habituales en toda Nigeria, lo que expone a las niñas y las mujeres en edad reproductiva a numerosos riesgos de salud.

Dada esta compleja realidad, la creación de estrategias para acelerar el progreso en lo tocante a la mortalidad materna y neonatal continúa siendo un desafío considerable. No obstante, el Gobierno de Nigeria, en colaboración con aliados internacionales, está intentando hacer frente a este reto. En 2007 comenzó la puesta en marcha a escala nacional de una Estrategia integrada de salud de la madre, del recién nacido y del niño destinada a impulsar módulos de intervenciones de gran repercusión que incluyen la administración de suplementos nutricionales, la inmunización, el empleo de mosquiteros tratados con insecticida y la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.

La estrategia se pondrá en marcha en tres fases, con una duración de tres años cada una de ellas, y ha sido diseñada siguiendo el modelo de la atención continuada para fortalecer el sistema de salud descentralizado de Nigeria, que opera a escala federal, estatal y local. En la fase inicial, que abarca de 2007 a 2009, el objetivo principal será detectar y eliminar los estrangulamientos, al mismo tiempo que se ofrece un conjunto básico de servicios por medio de estrategias basadas en la comunidad y de atención en la familia. Una considerable proporción del gasto se empleará en la terapia de combinación basada en la artemisina para combatir el paludismo en las mujeres, los niños y los trabajadores de salud recientemente contratados y capacitados, sobre todo en las zonas rurales. A medida que mejora la atención básica de la salud, se prevé que aumente la demanda de servicios clínicos.

La segunda y la tercera fase de la Estrategia integrada de salud de la madre, del recién nacido y del niño hará un mayor hincapié en la construcción de infraestructura de salud. Durante más de nueve años, la estrategia procurará revitalizar los establecimientos existentes, construir clínicas y hospitales, y crear incentivos –como los salarios estables, las prestaciones por condiciones de trabajo difíciles y los bonos basados en el rendimiento– que contribuirán a retener a los profesionales capacitados de la salud en el sistema de salud de Nigeria.

La Estrategia integrada de salud de la madre, del recién nacido y del niño, si se aplica plenamente y a tiempo, puede mejorar considerablemente la salud de las madres y los recién nacidos. Junto a este paquete, el país ha aprobado recientemente el Mecanismo Nacional de Seguro de Salud, que integra a los sectores público y privado de la salud a fin de que la atención de la salud sea más viable para los nigerianos. Si el Gobierno aprueba la Ley Nacional de la Salud, que actualmente se encuentra en la legislatura, se pondrá a disposición de la población una línea directa de financiación para la atención primaria de la salud. Estas mejoras en el sistema de salud tienen el potencial de marcar el rumbo para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 en el país más poblado de África.

Véanse las referencias, pág. 107.

Por cada recién nacido que muere, otros 20 sufren lesiones al nacer, complicaciones derivadas de un nacimiento prematuro u otros trastornos neonatales.

recién nacidos y la infancia exigirá tanto la integración como la ampliación de una variedad de intervenciones. En el Capítulo 4 se examinan modelos, políticas y programas clave que están impulsando este proceso.

El último capítulo de *El Estado Mundial de la Infancia 2009* es un llamamiento a una acción concertada y a la creación de alianzas estrechas y coherentes cuyo propósito sea mejo-

rar la salud y la supervivencia materna y neonatal. Los objetivos ya están claros; asimismo, es evidente que el mundo en su conjunto va con retraso respecto al Objetivo de Desarrollo del Milenio que consiste en reducir la mortalidad infantil (ODM 4), y mucho más aún en relación con la mejora de la salud materna (ODM 5). Es obvio que es necesario acelerar de forma significativa este progreso. Las experiencias de varios países en

desarrollo, que se analizan a fondo en los capítulos siguientes, demuestran que es posible lograr avances rápidos cuando se cuenta con estrategias sólidas, con un compromiso político y con los recursos adecuados, y cuando se realizan esfuerzos de colaboración que apoyen la salud tanto de las madres como de sus recién nacidos.

Ampliar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Acceso universal a la salud de la reproducción para 2015

En 2005, los Jefes de Estado reunidos en las Naciones Unidas para evaluar los compromisos alcanzados en la Declaración del Milenio –el documento resultante de la Cumbre del Milenio de 2000– no sólo ratificaron los objetivos de desarrollo formulados en 2000, conocidos desde entonces como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), sino que añadieron cuatro nuevas metas para apoyarlos.

Uno de los cambios más importantes en la configuración de los ODM es la inclusión de una meta específica sobre salud de la reproducción, la Meta B, cuyo objetivo es “lograr el acceso universal a la salud de la reproducción para 2015”. Esta nueva meta se incluye dentro del ámbito del objetivo predominante de mejorar la salud materna, al complementar su propósito original y los indicadores asociados. A continuación se muestran los indicadores seleccionados para supervisar el progreso hacia la meta B del ODM 5:

Tasa de uso de anticonceptivos – Porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años, en pareja, que actualmente emplean un método anticonceptivo.

Tasa de natalidad entre las adolescentes – Cifra anual de alumbramientos en mujeres de entre 15 y 19 años por cada 1.000 mujeres pertenecientes a ese grupo de edad. También puede designarse como el índice de fecundidad por edad para las mujeres de entre 15 y 19 años.

Cobertura de la atención prenatal – Porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años que han recibido atención, al menos en una ocasión,

de personal sanitario cualificado (médicos, auxiliares de enfermería o parteras) y las que han recibido atención de cualquier tipo de profesional de la salud al menos en cuatro ocasiones.

Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar – Se refiere a las mujeres en edad de reproducción y sexualmente activas que no emplean ningún método anticonceptivo, y que expresan su deseo de no tener más hijos o de retrasar el nacimiento de su próximo bebé.

La adición a los ODM de la meta referida a la salud de la reproducción es la manifestación de un largo proceso que vincula cuestiones de la salud de la reproducción con el desarrollo, los derechos humanos y la igualdad entre los géneros, y cuyo acontecimiento culminante fue la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en el Cairo en 1994. Desde entonces, a través de otras actividades importantes, entre las que destacan la Cuarta Conferencia sobre la Mujer (Beijing 1995) y la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo+5, la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo celebrada en 1999, se han ratificado y ampliado las recomendaciones de la reunión original de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, muy en especial el objetivo del acceso universal a unos servicios de salud de la reproducción para 2015.

Véanse las referencias, pág. 107.

Sri Lanka es una historia de éxito pese a las dificultades. En 2006, el ingreso nacional bruto anual per cápita de Sri Lanka, un país de medianos a bajos ingresos, era inferior a 1.500 dólares. Además, el país ha sufrido un conflicto civil prolongado y la devastación del *tsunami* que en 2004 azotó el Océano Índico. Pese a ello, el progreso registrado en el país, especialmente en materia de salud y educación infantil, es una de uno de los ejemplos de éxito más llamativos que se han dado entre los países en desarrollo en los últimos años. La tasa de mortalidad materna de Sri Lanka ha descendido de 340 por cada 100.000 nacimientos vivos en 1960, a 43 por cada 100.000 nacimientos vivos en 2005, y en la actualidad más del 98% de los nacimientos tienen lugar en hospitales. Los índices de atención prenatal (una visita por lo menos) y la asistencia al parto de personal cualificado son del 99% o más. En 2007, el país registró un índice total de fertilidad de 1,9, en contraste con el 3,0 correspondiente a la región de Asia meridional. Estos resultados también han tenido efectos positivos en la supervivencia infantil: la mortalidad de menores de cinco años ha descendido de 32 por cada 1.000 nacimientos vivos en 1990, a 21 por cada 1.000 nacimientos vivos en 2007. Los últimos datos disponibles sugieren que el índice de mortalidad infantil también ha descendido: en 2004 se situaba en una proporción de 8 por cada 1.000 nacimientos.

En materia de educación básica la trayectoria de Sri Lanka ha sido también excepcional. Según las estimaciones internacionales más recientes, la tasa de matriculación en la escuela primaria se sitúa en más del 97%, tanto para niños como para niñas, mientras que los índices de alfabetización entre los jóvenes de 15 a 24 años son de un 97% para los varones y de un 98% para las mujeres. Datos administrativos sugieren que la cifra de estudiantes que finalizan la escuela primaria es del 100%. Dada la correlación positiva entre la educación y la supervivencia materna e infantil, se infiere que estos resultados provienen de una inversión continuada en estas tres esferas.

La clave de las sorprendentes mejoras registradas en materia de salud materna en Sri Lanka ha sido la ampliación de un módulo integrado de servicios sanitarios y sociales dirigido a la población pobre. El sistema de salud del país, que data de finales del siglo XIX, se orientó en primer lugar a la prestación universal de unos servicios mejorados de atención sanitaria, de saneamiento y de tratamiento de las enfermedades. A continuación se añadieron intervenciones específicas cuyo objetivo era mejorar la salud de las mujeres y la infancia. A lo largo de los años, los gobiernos sucesivos han mantenido un enfoque prudente en el que se daba prioridad a la prestación de unos servicios de atención sanitaria a las madres y a la población pobre al tiempo que se invertían juiciosamente los recursos económicos y humanos. Las mejoras resultantes en materia de salud femenina están respaldadas por medidas orientadas a promover la autonomía social y económica de la mujer a través de la educación, el empleo y la participación social.

Los primeros textos escritos de Sri Lanka y su pasado colonial ofrecen una perspectiva única de la evolución de la salud materna en el país, comenzando por textos médicos que se remontan al siglo IX y X. La formación oficial de parteras se implantó durante el gobierno colonial británico en 1879, y el

Registro General comenzó a consignar los datos relativos a la mortalidad materna en 1902. Esta riqueza de información y de conocimientos hace posible evaluar los resultados obtenidos a partir de los distintos enfoques aplicados a la salud materna a lo largo del tiempo. El hecho de establecer unas competencias obligatorias claras contribuyó a la profesionalización de las parteras, y la aplicación de una política de no culpabilización favoreció la normalización de las investigaciones relativas a las muertes maternas.

Los resultados fueron extraordinarios: la mortalidad materna descendió en un 50% entre 1947 y 1950. Trece años después los índices de mortalidad materna se habían reducido de nuevo a la mitad. Una vez implantadas las estructuras y sistemas, la mejora progresiva de la organización y la gestión sanitaria han hecho posible que Sri Lanka reduzca su tasa de mortalidad materna en un 50% cada 6 a 11 años. Además, el índice de alfabetización de las mujeres aumentó desde un 44% a un 71% entre 1946 y 1971. Los índices de asistencia de personal cualificado durante el parto y los alumbramientos en establecimientos sanitarios también aumentaron. Con el descenso de los partos asistidos por parteras, desde el 9% registrado en 1970 al 20% en 1995, las parteras del sistema sanitario público pasaron a ser más bien asistentes al parto en los establecimientos sanitarios. A partir de 1965 las parteras comenzaron a cobrar importancia en la ampliación de los servicios públicos de planificación familiar.

Durante mucho tiempo el desarrollo del sistema de salud de Sri Lanka ha servido de modelo para otros países en desarrollo, como testimonio del éxito que puede alcanzarse en materia de salud materna e infantil cuando se aplican juiciosamente estrategias sólidas y recursos suficientes y se cuenta con el compromiso político. A pesar de los notables avances en la salud de las madres y los niños, todavía persisten varios retos. En los últimos años se ha producido en el país una escasez de trabajadores de la salud; según las *Estadísticas de la salud en el mundo de 2008*, en el periodo de 2000 a 2006 el país solamente disponía de 6 médicos y 17 enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes. Además, los servicios se han deteriorado a medida que se han reducido los recursos financieros, y el gasto en el sector de la salud fue de alrededor de un 4% del PIB en 2005. El gasto privado en la salud, que en la mayoría de los casos es personal y de poca monta, representa más de la mitad del total de los gastos en salud.

Otro desafío al que hará frente Sri Lanka será garantizar la seguridad alimentaria, especialmente si los precios alimentarios mundiales siguen siendo elevados. En el país se registran niveles importantes de desnutrición entre los recién nacidos y los menores de cinco años. Según los últimos cálculos internacionales, más de 1 de cada 5 recién nacidos nacen con bajo peso al nacer, y un 23% de los niños y niñas menores de cinco años tienen bajo peso moderado o grave. Mejorar el nivel de la lactancia materna exclusiva para los niños menores de seis meses del nivel actual de un 53% será fundamental para mantener los avances de Sri Lanka en materia de mortalidad neonatal e infantil.

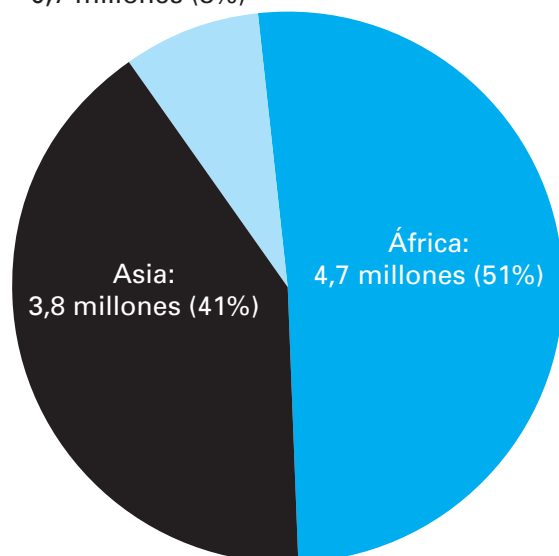
Véanse las referencias, pág. 107.

La importancia central de África y Asia en los desafíos mundiales relacionados con la infancia y las mujeres

Los continentes de África y Asia* presentan los mayores desafíos mundiales para la supervivencia de los niños, las niñas y las mujeres. Sus avances en sectores fundamentales como la salud infantil y maternal, la nutrición y la educación, entre otros, son fundamentales para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Muertes de niños menores de cinco años, 2007

Resto del mundo:
0,7 millones (8%)



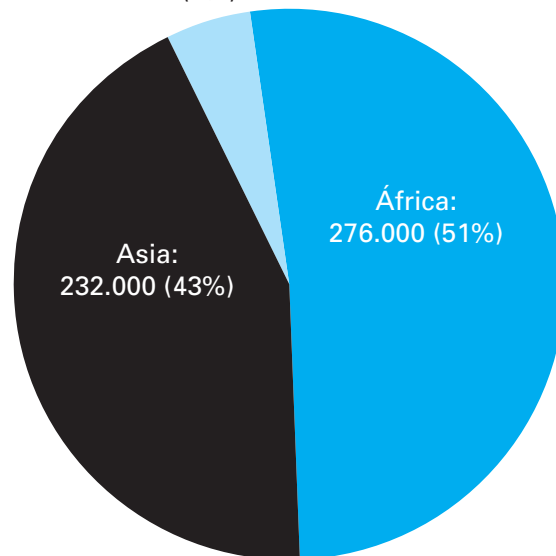
Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF.

Muertes entre niños y niñas menores de cinco años

- En 2007, 9,2 millones de niños y niñas murieron antes de cumplir cinco años. En África y en Asia se produjeron el 92% de estas muertes.
- La mitad de las muertes de menores de cinco años en el mundo se produjeron en África, que sigue siendo el lugar del mundo donde es más difícil que un niño sobreviva hasta los cinco años.
- Aunque en Asia se ha producido una notable reducción en el número anual de muertes infantiles desde 1970, todavía representó el 41% de las muertes mundiales de menores de cinco años en 2007.

Muertes maternas, 2005

Resto del mundo:
28.000 (5%)



Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF.

Muertes maternas

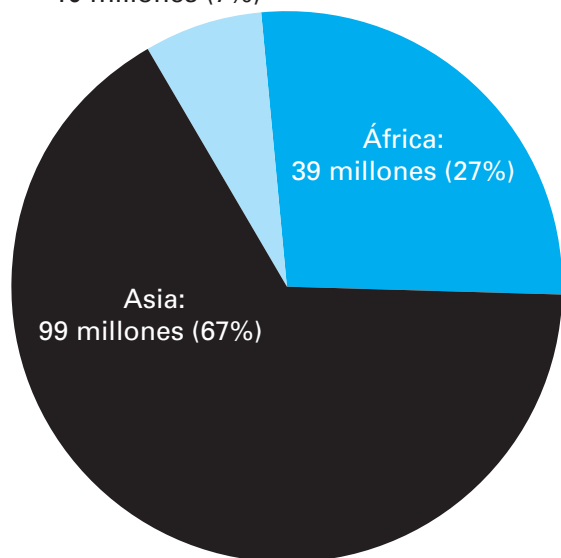
- En 2005, el último año del que se disponen cálculos firmes, alrededor de 536.000 mujeres murieron debido a causas relacionadas con el embarazo y el parto. Casi todas estas muertes maternas, un 95%, se produjeron en África y en Asia.
- África es el continente con la tasa más elevada de mortalidad materna, que se calcula en 820 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en 2005. La tasa de mortalidad materna en Asia es de 350 por cada 100.000 nacidos vivos.
- En África, el riesgo para toda la vida de muerte materna es de 1 en 26, cuatro veces mayor que en Asia y más de 300 veces más elevada que en los países industrializados.

A menudo no se considera toda la magnitud de la carga de las muertes maternas e infantiles que soportan África y Asia –cada continente y los dos combinados– debido a la falta de cálculos a escala continental para los principales indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Este recuadro presenta una descripción de los principales indicadores infantiles y maternos para África y Asia, y en su totalidad ofrece una perspectiva complementaria del desglose regional presentado en las Tablas Estadísticas que aparecen en las páginas 113-157 de este informe.

Al agregar los datos sobre la infancia de estos dos vastos continentes se obtiene un recordatorio sombrío de la enorme importancia que tiene lograr progresos en África y en Asia para alcanzar los objetivos del desarrollo. En los esfuerzos para acelerar los progresos a escala continental, sin embargo, no se deben olvidar las a menudo sorprendentes disparidades en la situación de las mujeres y de los niños, ni en las tasas de progreso dentro de los países. La cuestión de las disparidades y las desigualdades que afectan a los niños y niñas se examinará más minuciosamente en futuras ediciones del *Estado Mundial de la Infancia*.

Niños menores de cinco años con bajo peso, 2007

Resto del mundo:
10 millones (7%)



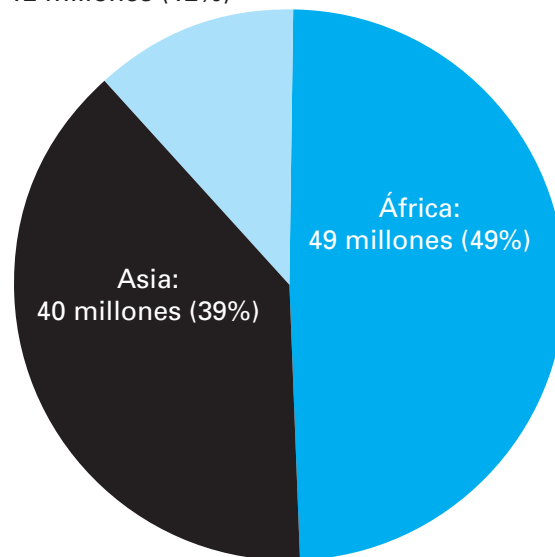
Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF.

Situación nutricional de los niños pequeños

- En 2007, 148 millones de niños y niñas menores de cinco años en el mundo en desarrollo tenían bajo peso con respecto a su edad.
- Dos terceras partes de estos niños y niñas viven en Asia, y poco más de una cuarta parte viven en África.
- Juntos, África y Asia representan el 93% de todos los niños y niñas con bajo peso menores de cinco años en el mundo en desarrollo.

Niños y niñas en edad escolar primaria que no van a la escuela, 2007

Resto del mundo:
12 millones (12%)



Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF.

Educación primaria

- En 2007, 101 millones de niños y niñas en edad escolar primaria estaban escolarizados.
- Casi la mitad de estos niños y niñas viven en África, y un 39% en Asia.
- En las dos regiones, aproximadamente el 20% de las niñas y el 16% de los niños en edad escolar primaria o no están matriculados o no asisten a la escuela primaria.

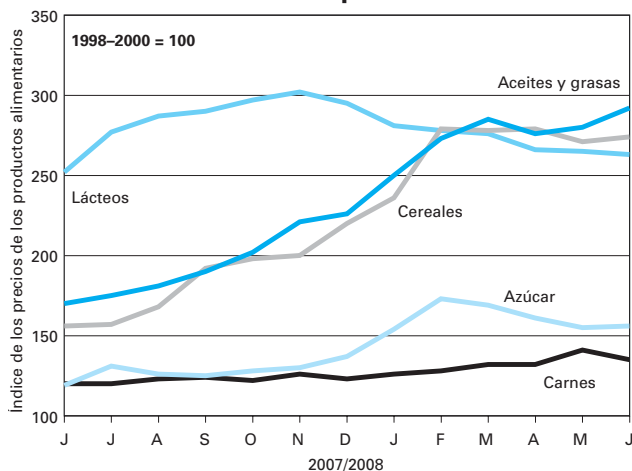
* África incluye todos los estados miembros de la Unión Africana. Asia incluye los países de las regiones de UNICEF de Asia oriental y el Pacífico y Asia meridional. Las cifras podrían no sumar 100% debido al redondeo.

La crisis alimentaria mundial y su efecto potencial en la salud materna y neonatal

El reciente aumento drástico de los precios en todo el mundo, que comenzó en 2006 y continuó en 2007 y 2008, ha puesto de manifiesto la vulnerabilidad de millones de seres humanos al hambre y la desnutrición, particularmente en los países donde la seguridad alimentaria continúa siendo un motivo de preocupación importante. Los aumentos acusados han afectado a alimentos básicos como los aceites vegetales, los cereales, los productos lácteos y el arroz. Si bien las fluctuaciones en los precios de los suministros son habituales, lo que distinguió la situación en 2008 es que la escalada en los precios mundiales afecta no sólo a unos cuantos productos sino a casi todos los alimentos y las materias primas alimentarias.

Gráfico 1.8

Los precios de los alimentos han aumentado de forma acusada en todo el planeta*



* Los índices de precios de productos básicos alimentarios que se muestran en el gráfico son los promedios ponderados de los índices de precios correspondientes a un conjunto de productos básicos perteneciente a cada grupo de productos básicos alimentarios. Las ponderaciones consisten en el promedio de las cuotas comerciales de exportación correspondientes al período comprendido entre 1998 y 2000. Por ejemplo, el índice de precios de los aceites y grasas está compuesto por el promedio de los índices de precios de 11 aceites distintos (en los que se incluyen aceites animales y de pescado) ponderado con el promedio de las cuotas comerciales de exportación de cada uno de los aceites correspondientes al período comprendido entre 1998 y 2000. Para una explicación más completa de la composición de los índices de cada uno de los grupos de productos básicos alimentarios, véase la fuente.

Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Índices de precios de los alimentos, <<http://www.fao.org/worldfoodsituation/FoodPricesIndex/en/>>, consultado el 1 de agosto de 2008.

En junio de 2008, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) había designado a 22 países en desarrollo como países particularmente vulnerables a la crisis alimentaria. La valoración se hizo basándose en una combinación de tres factores de riesgo:

- Un índice de prevalencia de peso inferior al normal del 30% o más de la población.
- Un alto grado de dependencia de importaciones de productos básicos tales como el arroz, el trigo y el maíz.
- Un alto grado de dependencia de importaciones de derivados del petróleo.

Comoras, Eritrea, Haití, Liberia y Níger figuran entre los países donde se registran unos niveles preocupantes de estos tres factores de riesgo concretos. No resulta sorprendente que la mayoría de estos países figuren entre los menos adelantados y los que tienen un nivel de renta más bajo. No obstante, dentro incluso de

los propios países, suelen ser los sectores más pobres de la sociedad –que gastan la mayor parte de sus ingresos disponibles en alimentos– los que se ven más afectados por la crisis alimentaria.

Abordar las necesidades nutricionales especiales de las madres y los recién nacidos

En situaciones de emergencia, tales como una crisis alimentaria, se considera que las personas que corren un mayor riesgo son las mujeres embarazadas, las madres lactantes, y los niños y niñas de corta edad, debido a que sus necesidades nutricionales son más elevadas. Por ejemplo, las mujeres embarazadas precisan casi 285 calorías más al día, y las madres lactantes, unas 500 más al día. Su necesidad de micronutrientes es también más elevada, pues precisan unas dosis adecuadas de hierro, ácido fólico, vitamina A y yodo que garanticen la salud tanto de la madre como de su bebé.

En respuesta a la crisis alimentaria, la FAO ha exhortado a que se dé una respuesta rápida en materia de aportación de suministros para instaurar un mayor equilibrio entre la oferta y la demanda de alimentos, especialmente en los países más afectados. Además, al tiempo que se suministran ayudas alimentarias a los países, es necesario aplicar políticas que compensen ciertas pautas de distribución alimenticia entre los miembros de las familias, que pueden resultar en un consumo inferior al necesario por parte de las mujeres embarazadas y lactantes. En los casos en que se suministran ayudas alimenticias a los sectores de la población más expuestos a padecer carencias y desnutrición deberían suministrarse raciones adicionales a las mujeres embarazadas –por lo general en forma de raciones para llevarse a casa–, ya sea a través de los programas de distribución general de raciones o a través de programas de alimentación complementaria. Las mujeres embarazadas y lactantes pueden requerir asimismo otras intervenciones complementarias relacionadas con la alimentación, como el enriquecimiento del agua, el suministro de cantidades adicionales de agua apta para el consumo, la administración de tratamientos antipalúdicos durante el embarazo, la profilaxis para tratar los parásitos internos, y el asesoramiento en materia de educación nutricional.

Las campañas de comunicación y sensibilización relativas a los alimentos deberían hacer hincapié en las necesidades nutricionales de las mujeres embarazadas y lactantes e incluir mensajes dirigidos a las familias y las comunidades en los que se explique por qué estas mujeres reciben alimentos adicionales. Esta información debería destacar la importancia de la lactancia materna como método exclusivo de alimentación durante los primeros seis meses de vida del bebé, junto con el aporte de una alimentación complementaria para los bebés de más edad. En el caso de las madres con VIH, dado que el virus puede transmitirse a través de la leche, las prácticas de lactancia materna pueden variar, dependiendo de la existencia de métodos sustitutos y de la seguridad de los mismos.

La información y la alerta temprana continúan desempeñando un papel crucial a la hora de garantizar que se adoptan medidas adecuadas y oportunas para evitar el sufrimiento. El Sistema de Información y Alerta Temprana de la FAO está demostrando su eficacia para alertar al mundo sobre las carencias alimentarias que lo amenazan. No obstante, es preciso hacer más a fin de generar unos mecanismos robustos de respuesta a las crisis alimentarias y de crear políticas nacionales e internacionales que privilegien y salvaguarden la seguridad alimentaria, tomando siempre en cuenta las necesidades nutricionales especiales de las mujeres y la infancia.

Véanse las referencias, pág. 107.