

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2009

RESUMEN EJECUTIVO

Salud materna y neonatal

únete por
la niñez

unicef 

Para consultar un ejemplar con el informe completo y cualquier actualización posterior a la impresión, sírvase visitar nuestra página web <www.unicef.org/spanish/publications>

ÍNDICE

Capítulo 1: Salud materna y neonatal: situación actual	2
Capítulo 2: Crear un entorno propicio para la salud materna y neonatal	7
Capítulo 3: La atención continua a través del tiempo y del espacio: riesgos y oportunidades.	10
Capítulo 4: Fortalecer los sistemas sanitarios para mejorar la salud de la madre y del recién nacido	17
Capítulo 5: Trabajar de manera coordinada en beneficio de la salud de la madre y del recién nacido	23
Datos consolidados	
África subsahariana	26
África oriental y meridional	28
África occidental y central.....	30
Oriente Medio y África del Norte	32
Asia meridional	34
Asia oriental y el Pacífico	36
América Latina y el Caribe	38
Europa Central y del Este/Comunidad de Estados Independientes (ECE/CEI)	40
Países industrializados	42
Países en desarrollo.....	44
Países menos adelantados	46



© UNICEF/HQ06-2706/Shehzad Noorani

1 Salud materna y neonatal: situación actual

El embarazo y el alumbramiento son por lo general motivo de alegría para los progenitores y las familias. Pero en muchos países y comunidades, también hay periodos de grandes riesgos para la salud y la supervivencia de las mujeres y los recién nacidos. Cada día mueren cerca de 1.500 mujeres debido a complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Desde 1990, la estimación del número de muertes maternas que se producen anualmente en todo el mundo supera la cifra de 500.000, lo que representa casi 10 millones de muertes maternas durante los últimos 19 años.

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 de 2005, el riesgo de morir como resultado de complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto que padecen de por vida las mujeres de los países menos adelantados es 300 veces mayor que en el caso de las mujeres que viven en países industrializados. No existe un índice de mortalidad más desigual. Además, millones de mujeres que sobreviven al alumbramiento sufren lesiones, infecciones, enfermedades y discapacidades relacionadas con el embarazo, que a menudo acarrear consecuencias para toda la vida.

El periodo más vulnerable para los niños y las niñas son los primeros días de su vida. Casi el 40% de las muertes de menores de cinco años –lo que equivale a 3,7 millones en 2004, el último año para el que se dispone de estimaciones– se producen durante los primeros 28 días de vida, el periodo neonatal. Tres cuartas partes de las muertes neonatales ocurren durante los primeros siete días, en el periodo neonatal temprano. El mayor riesgo se da durante el primer día después del nacimiento, cuando se calcula que ocurren entre el 25% y el 45% de las muertes neonatales. La desigualdad sanitaria en materia de mortalidad neonatal es también considerable; 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.

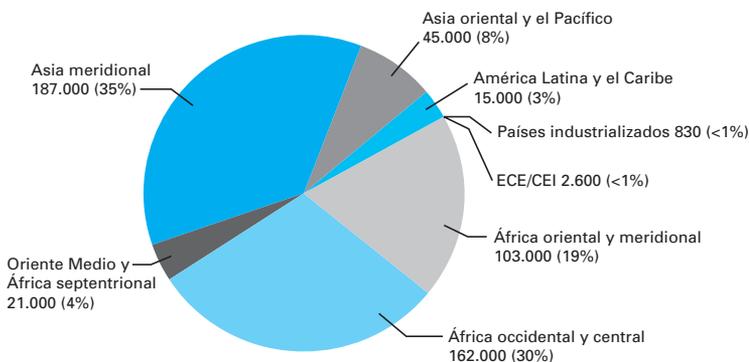
Como ocurre con la mortalidad infantil, el número de muertes de madres y de recién nacidos es considerablemente mayor en los continentes de África y de Asia, ya que allí se producen el 95% de las muertes maternas y alrededor del 90% de las muertes de los recién nacidos. Las desigualdades entre los grupos sociales dentro de los países siguen siendo elevadas, sobre todo en relación con la pobreza. Las Encuestas de Demografía y Salud que se llevaron a cabo entre 1995 y 2002 indican que, dentro de las regiones, la mortalidad neonatal es de un 20% a un 50% mayor para el 20% más pobre de los hogares que para el quintil más rico. En el caso de la mortalidad materna se producen desigualdades similares.

Las causas de la muerte materna y neonatal, así como los periodos en que suelen suceder, son bien conocidos. Complicaciones obstétricas –entre ellas las hemorragias postparto, las infecciones, la eclampsia, las obstrucciones durante el parto o el parto prolongado– y la práctica de abortos representan la mayoría de las muertes. La

Gráfico 1.1

Distribución por regiones de las muertes maternas*

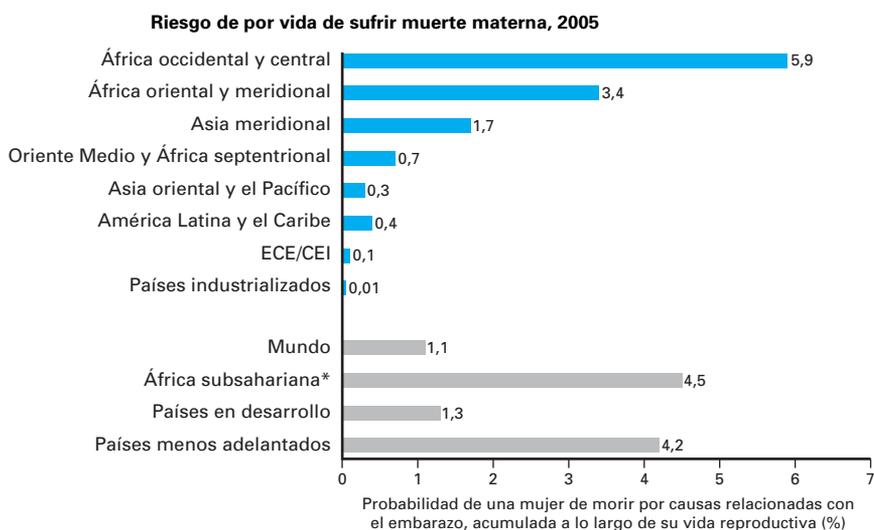
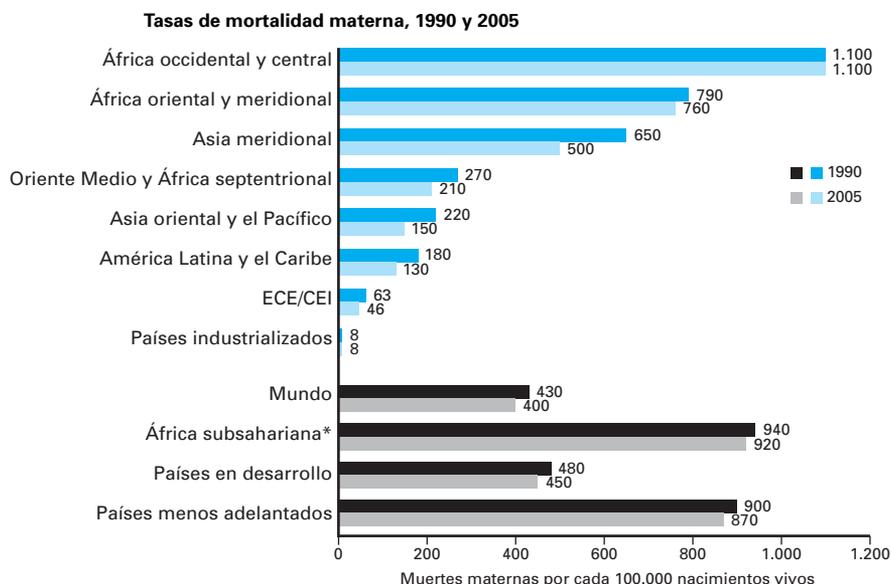
Muertes maternas, 2005



* 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, FPNUAP y el Banco mundial*, OMS, Ginebra 2007, pág. 35

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.

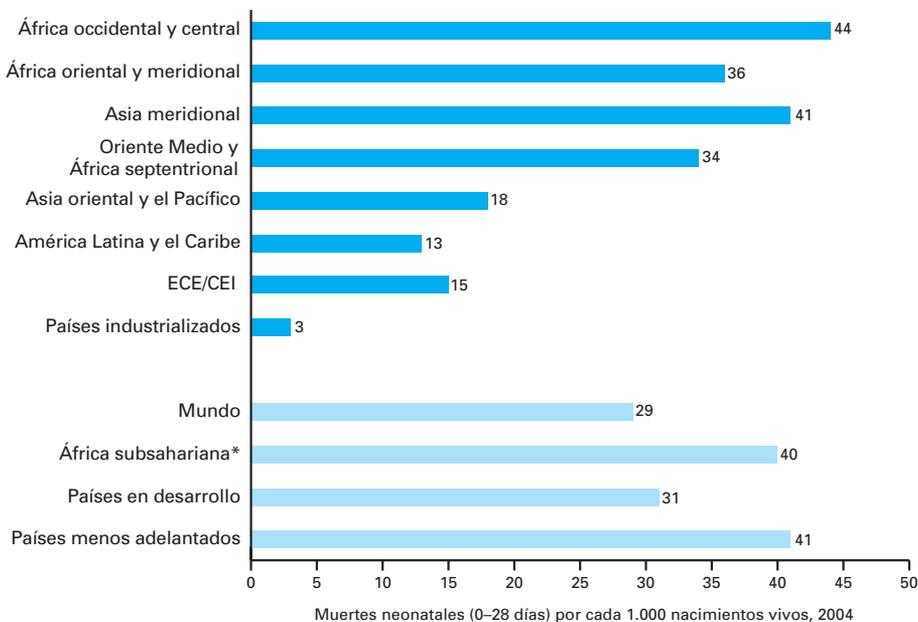
Fuente: Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, *Mortalidad materna en 2005: Estimaciones realizadas por la OMS, UNICEF, FNUAP y el Banco Mundial*, OMS, Ginebra, 2007, pág. 35.

anemia, agravada por el paludismo, el VIH y otros trastornos, aumenta el riesgo de mortalidad derivada de la maternidad a causa de una hemorragia. Para los recién nacidos, los mayores riesgos se deben a tres causas principales: las infecciones graves (entre ellas la sepsis/neumonía, el tétanos y la diarrea), la asfixia y los nacimientos prematuros; en conjunto, estas causas principales representan el 86% de las muertes neonatales.

La mayoría de estos trastornos se pueden evitar o tratar con medidas tan esenciales como la prestación de servicios de salud de la reproducción de calidad, la presencia durante el alumbramiento de trabajadores de salud capacitados, el acceso a una atención obstétrica y para el recién nacido de emergencia cuando sea necesario, nutrición adecuada, atención posnatal para las madres y los recién nacidos, y educación para fomentar prácticas saludables para las mujeres y los recién nacidos. 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 básica. Las infecciones graves, que son la causa del 36% de todas las muertes neonatales, podrían reducirse si se realizaran mejores exámenes médicos de las madres e inmunización, y con prácticas higiénicas de atención durante el parto y cuando se secciona el cordón umbilical.

Gráfico 1.3

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.

Además de las causas directas de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal, hay una serie de factores subyacentes en el ámbito comunitario, 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 de las niñas y las jóvenes, que suelen estar más desescolarizadas que los niños; el acceso insuficiente a alimentos nutritivos y micronutrientes esenciales; unas instalaciones de salud medioambiental deficientes; y unos servicios inadecuados de atención sanitaria básica. Existen también factores elementales, 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.

Los factores que ponen en peligro la supervivencia y la salud de las madres y los recién nacidos en el mundo en desarrollo refuerzan los beneficios de un continuo de la atención, que subraya la necesidad de prestar servicios esenciales a las madres y a los niños en épocas clave (adolescencia, antes del embarazo, el embarazo, el alumbramiento, los periodos posnatal y neonatal, la lactancia y la infancia), en lugares clave a los que las mujeres, niños y niñas puedan acceder fácilmente (el hogar y la comunidad, servicios de extensión y ambulatorios, y establecimientos de salud).

El continuo de la atención hace hincapié en que la capacidad de las mujeres para mantener su propia salud y su vida, y las de sus hijos, durante el embarazo y el parto, depende de las actitudes, la atención y la protección que reciban en su adolescencia. Las mujeres sanas que se benefician de una nutrición adecuada, de una salud de la reproducción de calidad y de servicios de maternidad y de salud básica antes, durante y después de sus embarazos tienen más posibilidades de dar a luz a bebés fuertes que sobrevivirán. De igual modo, unos bebés bien criados y sanos tienen más probabilidades de sobrevivir el periodo de la lactancia y de la infancia temprana, y los periodos subsiguientes.

Mejorar la salud de las madres y de los recién nacidos no depende únicamente de la prestación de servicios de salud. Para que sea verdaderamente eficaz y sostenible, la ampliación de las intervenciones esenciales debe producirse dentro de un marco que procure fortalecer e integrar los programas con los sistemas de salud y promueva un entorno que apoye los derechos de la mujer. Sin medidas para abordar la discriminación y las desigualdades en materia de género que se perpetúan contra las mujeres y las niñas, las medidas para apoyar una mejora en la atención primaria de la salud corren el riesgo de ser mucho menos eficaces, sostenibles o incluso posibles.



© UNICEF /HQ05-2185/Giacomo Pirozzi

2 Crear un entorno propicio para la salud materna y neonatal

Crear un entorno propicio para la salud materna y neonatal requiere hacer frente a las barreras sociales, económicas y culturales que perpetúan la desigualdad y la discriminación por motivos de género. Esto implica diversas intervenciones clave: educar a las mujeres y a las niñas y disminuir la pobreza que las afecta; protegerlas contra el maltrato, la explotación, la discriminación y la violencia; promover su participación y su presencia en la toma de decisiones relativas al hogar, así como en la vida política y económica; y dotarles de los medios necesarios para que puedan exigir sus derechos y la prestación de unos servicios esenciales para sí mismas y para su progenie. Una mayor participación de los hombres en la atención de la salud materna y neonatal, y en la lucha contra la desigualdad y la discriminación por motivos de género, es también fundamental para establecer un entorno propicio.

La promoción de la autonomía de las niñas y las mujeres tiene repercusiones directas sobre la salud de las madres y de los niños. La educación, concretamente, puede reducir la exposición de las niñas y las mujeres a los riesgos derivados de la maternidad. Las investigaciones indican que las adolescentes que han recibido una educación tienen más posibilidades de esperar hasta que pasen sus años de adolescencia para iniciar una familia. Este retraso es a menudo fundamental: Las muertes maternas relacionadas con el embarazo y el parto constituyen la principal causa de mortalidad de niñas de entre 15 y

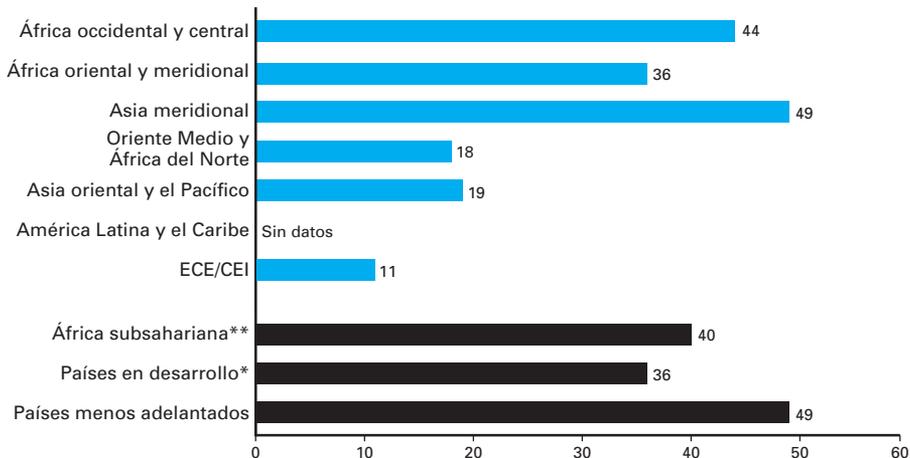
19 años en todo el mundo. Cada año se registran 70.000 muertes por estas causas. Además de retrasar el embarazo, los estudios revelan que las mujeres con formación son más propensas a asegurarse de que sus hijos e hijas sean inmunizados, tienen más conocimientos acerca de la nutrición, y procuran mantener el espaciamiento entre los embarazos. Sus hijos suelen tener unas tasas de supervivencia más elevadas y una mejor nutrición.

El matrimonio infantil, una violación de los derechos según las convenciones internacionales y muchas leyes nacionales, puede imposibilitar la escolarización de las niñas y ser causa de embarazos a una edad temprana. Cuanto más joven es la niña cuando se queda embarazada, mayores son los riesgos para su salud. Las jóvenes que dan a luz antes de cumplir los 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el parto que las mujeres mayores de 20 años. Además, si la madre tiene menos de 18 años, el riesgo del bebé de morir durante su primer año de vida es de un 60% más que en el caso de un bebé nacido de una madre mayor de 19 años. Incluso si el niño o la niña sobrevive, hay grandes posibilidades de que sufra de bajo peso al nacer, de desnutrición, y de un retraso en el desarrollo físico y cognoscitivo.

Aunque el matrimonio infantil es cada vez menos habitual, el cambio está siendo muy paulatino. Abordar las actitudes que imperan en relación con el matrimonio infantil requiere asimismo abordar la cuestión de la desigualdad entre los géneros. La intervención de entidades ajenas a los gobiernos es crucial –en especial de los dirigentes religiosos y comunitarios–, al igual que lo es la promoción de la educación, en particular la secundaria.

Gráfico 2.1

El matrimonio infantil presenta una incidencia elevada en Asia meridional y África subsahariana



* Con exclusión de China.

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

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas de ámbito nacional.

Combatir la violencia contra las mujeres y los niños es fundamental para mejorar la salud materna y neonatal. Estudios a gran escala practicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los estudios de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños, las niñas y las mujeres han puesto de manifiesto la existencia de unos alarmantes niveles de violencia. La repercusión de la violencia sobre la salud aumenta la probabilidad de unos resultados precarios en materia de salud física y reproductiva.

La ablación y mutilación genital femenina es una violación de los derechos humanos de las niñas y las mujeres, y una forma de violencia que se estima que afecta a cerca de 70 millones de niñas y mujeres de entre 15 y 49 años de 27 países.

La ablación y mutilación genital femenina puede aumentar considerablemente el riesgo de complicaciones durante el parto. Según un estudio de la OMS, la práctica puede causar una hemorragia prolongada e infecciones, y es la causa de una de cada dos muertes perinatales por cada 100 alumbramientos. Otras formas de violencia, incluida la violencia física perpetrada por compañeros íntimos y la violación, pueden causar numerosos problemas de salud a las madres y sus hijos. Para reducir el nivel de violencia actual será necesario poner en marcha unos mecanismos integrales que comprendan la promulgación de leyes y su cumplimiento y la creación de programas de investigación y de presupuestos, así como fomentar el protagonismo de las mujeres en el debate, manteniendo vivo el interés por este problema.

Apoyar que las mujeres participen de forma más equitativa en la toma de decisiones en el hogar y la sociedad en general puede tener numerosos efectos benéficos para la salud de la madre y del recién nacido. Cuando las mujeres tienen la oportunidad de participar en las decisiones clave es más probable que velen por que sus hijos e hijas reciban una buena alimentación y que busquen la atención médica adecuada para sí mismas y para su prole. Una de las razones que más contribuyen a que los recién nacidos y las madres sobrevivan al embarazo y el parto es las dotes de las mujeres cuando actúan colectivamente. Cuando las mujeres tienen la oportunidad de participar en sus comunidades pueden desafiar las actitudes y prácticas que perpetúan la discriminación entre los géneros, compartir trabajo, aunar recursos, y generar y poner en práctica iniciativas dirigidas a mejorar la salud materna y neonatal. Los hombres pueden ser también aliados en esta empresa. Las pruebas demuestran que los hombres son más propensos a involucrarse cuando se sienten bien consigo mismos y en sus relaciones, y cuando las familias y amigos respaldan su participación en la vida de su prole.

Dada su incorporación limitada y relativamente reciente a la política parlamentaria, la influencia de las mujeres parlamentarias a la hora de determinar los resultados en materia de salud materna e infantil sigue siendo incierta. Las pruebas sugieren, no obstante, que las mujeres parlamentarias tienen más probabilidades de promover y apoyar firmemente medidas orientadas a ayudar a las mujeres y la infancia, dando prioridad a iniciativas cuyo objeto es mejorar la atención infantil e impulsar los derechos de las mujeres. Tales medidas son fundamentales para establecer un entorno propicio en el que impulsar la atención continua de la salud de las mujeres, de los recién nacidos y los niños.



© UNICEF/HQ06-0567/Shehzad Noorani

3 La atención continua a través del tiempo y del espacio: riesgos y oportunidades

El objetivo del marco de actuación de la atención continua es trascender el enfoque tradicional centrado en las intervenciones simples. Su premisa básica podría resumirse como sigue: la prestación de servicios esenciales para las madres, los recién nacidos y los niños es más eficaz cuando se realiza a través de módulos integrados en momentos críticos del ciclo vital de las madres y los niños, en el contexto de un sistema sanitario dinámico que abarque lugares clave, sustentado por un entorno que defienda los derechos de las mujeres y la infancia.

Prestación de servicios en momentos clave

Los servicios esenciales que son necesarios para que exista una atención continua materna y neonatal incluyen la mejora de la nutrición; agua, saneamiento e instalaciones y prácticas de higiene seguras; la prevención y el tratamiento de las enfermedades; unos servicios de salud reproductiva de calidad; una atención prenatal adecuada; la asistencia durante el parto de personal capacitado; unos cuidados de emergencia básicos e integrados, tanto obstétricos como de atención al recién nacido; la atención posnatal; y la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia.

Servicios de la salud reproductiva de calidad: Cada vez hay un mayor consenso sobre la importancia de mejorar los servicios de salud de la reproducción destinados concretamente a los jóvenes, y luchar contra la creciente incidencia de VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual entre ellos. Fortalecer la capacidad reproductiva a escala nacional exigirá detectar los problemas, fijar prioridades y formular estrategias con la participación de todas las partes interesadas.

Mejorar la nutrición: La nutrición adecuada de las niñas adolescentes y las mujeres embarazadas es fundamental para la salud y la supervivencia tanto de las madres como de sus recién nacidos. La desnutrición de las madres jóvenes, especialmente marcada en Asia meridional a una temprana edad, incrementa los riesgos de salud tanto para ellas como para sus bebés

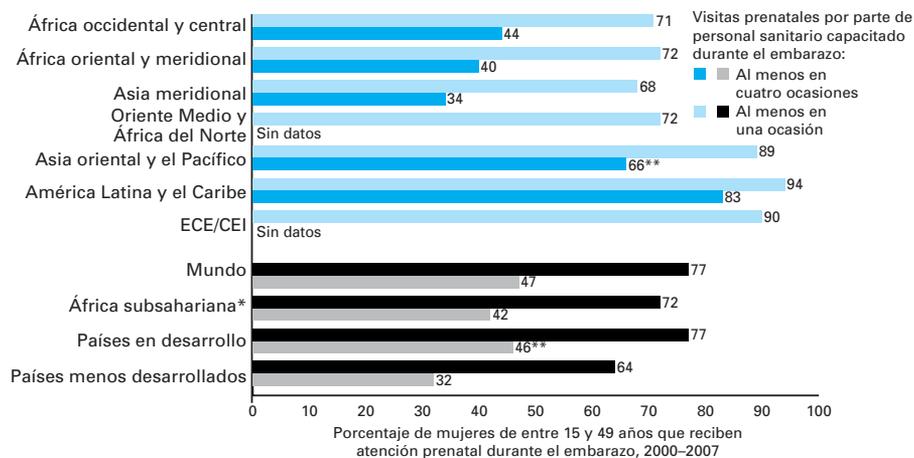
Los programas orientados a mejorar la salud materna cada vez se centran más en mejorar la alimentación de las niñas y las mujeres a lo largo de todo su ciclo vital. Se alienta el incremento de la ingesta de alimentos y la administración de suplementos de ácido fólico y hierro antes y durante el embarazo. Además, la diversificación de alimentos, el uso de sal yodada y la eliminación de parásitos constituyen intervenciones clave para la salud de las mujeres embarazadas y las madres. Se recomienda la administración de vitamina A durante el periodo posparto. Una mejora en las prácticas alimentarias para los recién nacidos, especialmente la lactancia materna temprana y exclusiva, contribuye a protegerlos contra las enfermedades.

Agua potable, saneamiento e instalaciones y prácticas higiénicas: Las prácticas obstétricas higiénicas son fundamentales para proteger contra las infecciones a las madres y a los recién nacidos. Las infecciones graves, relacionadas a menudo con prácticas obstétricas poco higiénicas y con un abastecimiento de agua y saneamiento deficientes, representaron el 36% de las muertes neonatales en 2000. Promover las prácticas obstétricas higiénicas y la inmunización ha contribuido una reducción considerable de la incidencia del tétano de las madres y los recién nacidos desde 1980.

Prevención y tratamiento de las enfermedades: Las intervenciones para evitar y tratar las enfermedades infecciosas en las mujeres embarazadas son elementos fundamentales en los servicios de maternidad. Dos esferas muy importantes en materia de prevención y tratamiento se refieren al VIH y el paludismo, especialmente en África subsahariana. La lucha contra el VIH muestra signos de progreso: en 14 de los 17 países para los que se dispone de datos suficientes, los índices de prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de entre 15 y 24 años han descendido desde 2000/2001 y la terapia antirretroviral para evitar la transmisión del VIH de madre a hijo ha aumentado de un 10% en 2004 a un 33% en 2007. La distribución de mosquiteros tratados con insecticida a las mujeres embarazadas y el tratamiento preventivo intermitente del paludismo –que consiste en administrar una dosis sencilla de un medicamento antipalúdico al menos dos veces durante el embarazo, con independencia de que la embarazada padezca o no la enfermedad– son dos medidas que pueden reducir la incidencia de esta enfermedad. Aunque las medidas para evitar y tratar el VIH y el

Gráfico 3.1

Cobertura de la atención prenatal



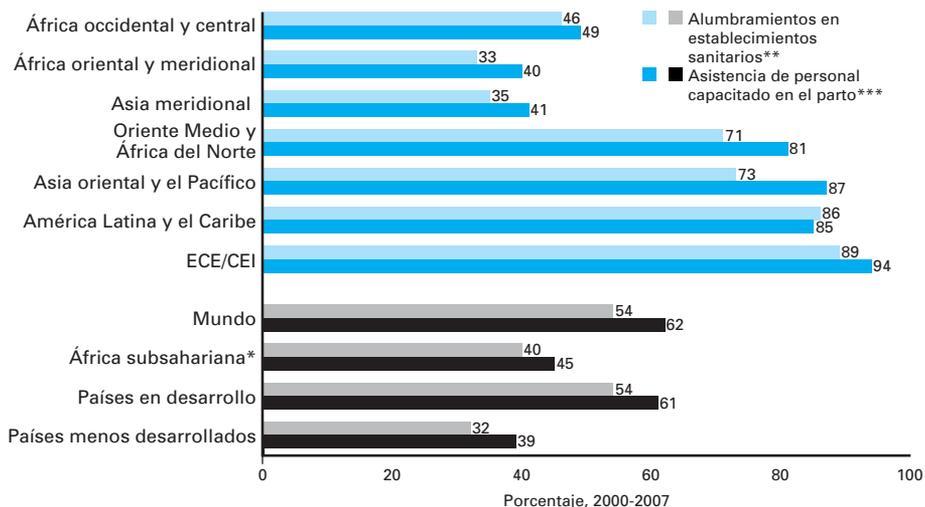
* África subsahariana comprende las regiones de África oriental y meridional y África occidental y central.

** Excluida China.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas del hogar de ámbito nacional.

Gráfico 3.2

Cobertura de la atención en el parto



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

** Los alumbramientos en establecimientos sanitarios se refieren a la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años que dieron a luz en los dos años previos a la práctica de la encuesta y lo hicieron en un establecimiento sanitario.

*** La asistencia de personal capacitado en el parto se refiere al porcentaje de nacimientos atendidos por personal sanitario capacitado (médicos, auxiliares de enfermería y parteras).

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, Organización Mundial de la Salud y UNICEF.

paludismo han logrado algunos éxitos en los últimos años, es preciso tomar más medidas para abordar las repercusiones de estas enfermedades.

Atención prenatal adecuada: Muchos de los problemas de salud que afectan a las mujeres embarazadas se pueden prevenir, detectar o tratar mediante las visitas prenatales. UNICEF y la OMS recomiendan un mínimo de cuatro visitas prenatales durante el embarazo. Estas visitas facilitan la prestación de servicios clave a las mujeres embarazadas, como por ejemplo inmunizaciones contra el tétanos, el examen y el tratamiento de infecciones y la difusión de información vital para las mujeres embarazadas acerca de los riesgos asociados con el embarazo y el parto.

La mayor parte de los datos se refieren a mujeres que han recibido al menos una visita prenatal. En el mundo en desarrollo en su conjunto, tres cuartas partes de las mujeres embarazadas reciben atención prenatal por parte de un trabajador sanitario capacitado en al menos una ocasión, aunque muchas no realizaron las cuatro visitas recomendadas.

Asistencia obstétrica por personal capacitado: Nadie ni nada puede sustituir a un trabajador sanitario calificado durante el parto. Durante la última década se ha registrado un acusado aumento en el número de partos atendidos por personal capacitado en todo el mundo en desarrollo, con la notable excepción de África subsahariana. En el periodo comprendido entre 2000 y 2007, los trabajadores sanitarios capacitados atendieron el 61% del total de los nacimientos acaecidos en el mundo en desarrollo. Las dos regiones que presentan los niveles más bajos de atención sanitaria capacitada –África subsahariana (45%) y Asia meridional (41%)– son también las regiones que registran la incidencia de mortalidad materna más elevada. Para el mundo en desarrollo en su conjunto, hay alrededor de la mitad de posibilidades de que un trabajador de salud capacitado asista a los alumbramientos de las mujeres de la quinta parte de los hogares más pobres, en comparación con los hogares más ricos. La OMS recomienda que los trabajadores obstétricos capacitados administren a todas las madres el tratamiento activo en la tercera fase del parto (que sigue a la expulsión completa del recién nacido y dura hasta la expulsión completa de la placenta), el método de intervención más ampliamente aceptado para reducir las hemorragias posparto, una de las principales causas de muerte materna.

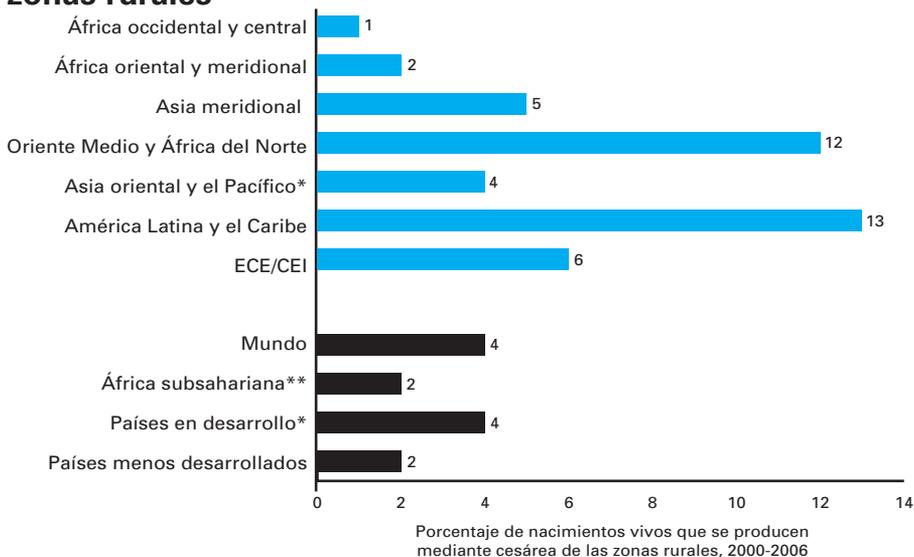
Servicios básicos y amplios de atención al recién nacido y de atención obstétrica de emergencia: A menudo es necesaria la atención oportuna en un establecimiento sanitario para salvar la vida de una mujer que experimenta complicaciones relacionadas con el parto. El personal sanitario capacitado debería no sólo ser capaz de atender un parto normal o un parto con complicaciones moderadas, sino que también debería poder reconocer cuándo surgen complicaciones graves que requieren una atención más especializada. Los estudios muestran que cerca del 15% de los nacidos vivos suelen precisar atención obstétrica de emergencia y que entre el 5% y el 15% de los nacimientos precisan una cesárea. Es evidente que existen muchos vacíos importantes en lo que respecta a la cobertura, sobre todo en las zonas rurales de África subsahariana, donde los índices de cesáreas rondan el 2%. La calidad de la atención que se

presta es fundamental: a fin de proporcionar una asistencia adecuada, los establecimientos deben disponer de una cantidad suficiente de medicinas, suministros, equipos y personal capacitado. Entre los factores que impiden la prestación de atención obstétrica de emergencia figuran los costes, la distancia, la falta de personal y los obstáculos culturales.

Atención posnatal para las madres y los recién nacidos: La atención posnatal es una esfera que precisa de una atención urgente. Las mujeres procuran atención posnatal con menos frecuencia que la atención prenatal o durante el parto, y muy a menudo las madres que se benefician de atención inmediata después del parto no reciben atención durante los días y las semanas posteriores. Incluso cuando un profesional supervisa el alumbramiento, la atención posparto podría limitarse a una sola visita seis semanas después. La atención posnatal puede mejorar también la salud neonatal, especialmente en lo que se refiere a la promoción de la atención higiénica del niño y la lactancia materna temprana y exclusiva. Dados los numerosos obstáculos que supone realizar un seguimiento del parto en un establecimiento de salud, incluidos los costos o las dificultades que supone el transporte y alojamiento para los familiares, las visitas ambulatorias pueden ser fundamentales en la atención posnatal, independientemente de donde se produjo el nacimiento.

Gráfico 3.3

Atención obstétrica de emergencia: cesáreas en las zonas rurales



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

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas del hogar de ámbito nacional y UNICEF.

Un vínculo de unión entre las vidas y los lugares

Actualmente se reconoce que vincular las intervenciones mediante módulos puede también incrementar su eficiencia y su rentabilidad. Además, cuando los servicios están integrados, las personas se sienten más inclinadas a utilizarlos y hay más oportunidades de ampliarlos y de mejorar su cobertura. El objetivo es crear un sistema de atención primaria que preste servicios esenciales a mujeres, niños y niñas, y que fortalezca los vínculos existentes entre los hogares y los establecimientos sanitarios.

Salud en el hogar: En el mundo en desarrollo en su conjunto, el 54% de los nacimientos tienen lugar en clínicas u hospitales, pero tanto en África subsahariana como en Asia meridional –las regiones que registran las cifras más elevadas de mortalidad materna y neonatal– más del 60% de las mujeres dan a luz en el hogar. Entre los factores que dificultan la prestación de atención médica en establecimientos sanitarios figuran los costes directos para el usuario, los costes de transporte y alojamiento, junto a otros costos indirectos como los ingresos que dejan de obtener los miembros de la familia que acompañan a la paciente. La carga principal de la atención posnatal y neonatal recae en su mayor parte en los miembros de la familia de la madre y su bebé.

Una buena salud puede comenzar en el hogar. Las prácticas de nutrición e higiene son los principales determinantes de los riesgos de salud que afectan a las madres y sus recién nacidos. Una nutrición materna inadecuada, la ausencia de medidas de higiene básicas como el lavado de las manos con jabón o cenizas después de utilizar las letrinas y antes de preparar y consumir alimentos, y la contaminación del aire en el hogar, pueden incrementar la propagación de infecciones y enfermedades diarreicas. La lactancia materna como método exclusivo de alimentar a los recién nacidos de hasta seis meses tiene un gran potencial para mejorar la salud y el bienestar del niño. Mejorar los conocimientos de los miembros de la familia sobre salud básica, nutrición e intervenciones de salud medioambiental, promoviendo a la vez la autonomía de la mujer a fin de que pueda tomar las decisiones que afectan a su propia salud y la de su prole, podría repercutir muy positivamente en los resultados en materia de salud tanto para los recién nacidos como para las nuevas madres y las mujeres embarazadas.

Alianzas comunitarias: Las comunidades desempeñan un papel fundamental en el cuidado de la salud, no sólo cuando no hay alternativas más costosas sino también como una vía hacia una mayor autonomía y la mejora de los derechos humanos. Las alianzas comunitarias en materia de salud a menudo consisten en formar a trabajadores sanitarios comunitarios, que realizan visitas a los hogares o están ubicados en establecimientos sanitarios concretos. La lactancia materna como método exclusivo de alimentación, el lavado de las manos con jabón o cenizas y el uso de mosquiteros tratados con insecticida son tres de las intervenciones más habituales que los trabajadores sanitarios comunitarios se encargan de promover. Además, numerosas alianzas comunitarias de ámbito sanitario cuentan con trabajadores cuya misión es informar acerca de la prevención materno-infantil del VIH y ayudar a tratar enfermedades infantiles como el paludismo, la neumonía y la sepsis neonatal. En las zonas rurales de Nepal, por ejemplo, trabajadores comuni-

tarios de salud capacitados han colaborado con profesionales de la salud para reducir la mortalidad neonatal en un 30%.

Servicios de extensión y ambulatorios: De igual modo que las alianzas comunitarias para la salud pueden ampliar la cobertura de los servicios esenciales al mismo tiempo que inspiran una mayor integración con los sistemas de salud, los servicios de extensión y los servicios ambulatorios pueden actuar como nexo de unión entre la atención en el hogar y las comunidades y la atención en los establecimientos sanitarios. Constituyen mecanismos vitales para la prestación de servicios de atención prenatal y posnatal, así como para la promoción de la salud sexual y de la reproducción. La atención prenatal y posnatal para las madres y los recién nacidos puede muy bien prestarse mediante servicios de extensión y ambulatorios. Entre los servicios clave figuran reconocer y detectar los indicios de peligro en las madres y los recién nacidos, ofrecer información sobre nutrición –en particular sobre la lactancia materna temprana como método exclusivo de alimentación–, atender a los recién nacidos, remitir a la madre o al bebé a un especialista cuando sea necesario, y brindar ayuda y asesoramiento acerca de prácticas saludables.

La atención en establecimientos sanitarios: Los establecimientos sanitarios cuentan por lo general con la gama más amplia de tratamientos preventivos y paliativos para la salud materna e infantil y con los profesionales sanitarios más capacitados. Estos establecimientos suelen clasificarse en dos tipos: clínicas y hospitales. El personal de las clínicas, el establecimiento más cercano a una comunidad, está capacitado para atender partos sin complicaciones y para tratar algunas de las complicaciones más frecuentes (por ejemplo, para extraer la placenta manualmente o para practicar técnicas de resucitación al recién nacido). Dados los riesgos potenciales que se asocian al trabajo de parto y al parto, es preciso que tanto el personal de las clínicas como el personal de los servicios de extensión sepan detectar si una complicación en el parto o el grado de enfermedad del recién nacido se hallan fuera del alcance de sus competencias, a fin de remitir el caso a un profesional de una instancia superior

Esa instancia superior suele ser un hospital de distrito, que contará con médicos capacitados para ofrecer servicios de diagnóstico, tratamiento, atención, asesoramiento y rehabilitación. Aunque en algunos sistemas sanitarios puede haber hospitales de consulta que presten servicios de atención complejos, en muchas comunidades del mundo en desarrollo, las madres y los bebés que precisan atención en un establecimiento sanitario sólo pueden recurrir a las clínicas o los hospitales de distrito, si es que los hay.



© UNICEF/HQ05-1797/Giacomo Pirozzi

4 Fortalecer los sistemas sanitarios para mejorar la salud de la madre y del recién nacido

Poner en marcha un esquema eficaz de prestación continua de servicios de salud requerirá medidas prácticas para fortalecer los sistemas sanitarios. Dados los desafíos, riesgos y oportunidades concretos asociados con el embarazo y el alumbramiento, determinadas esferas exigen una mayor atención. Esto incluye mejorar la base de datos empíricos; aumentar y mejorar la dotación de personal sanitario; modernizar y ampliar la infraestructura y la logística; buscar soluciones financieras equitativas; estimular la demanda de servicios de salud por medio de la movilización social; asegurar la calidad de la atención; y fomentar un compromiso y una capacidad de liderazgo políticos basados en la colaboración

Medida 1: Mejorar la recopilación y el análisis de los datos

No existe un único indicador que describa adecuadamente las diversas dimensiones de la salud materna y neonatal, pero se pueden utilizar una gran variedad de indicadores –incluidos censos, cuestionarios, encuestas de hogares y comunitarias y datos

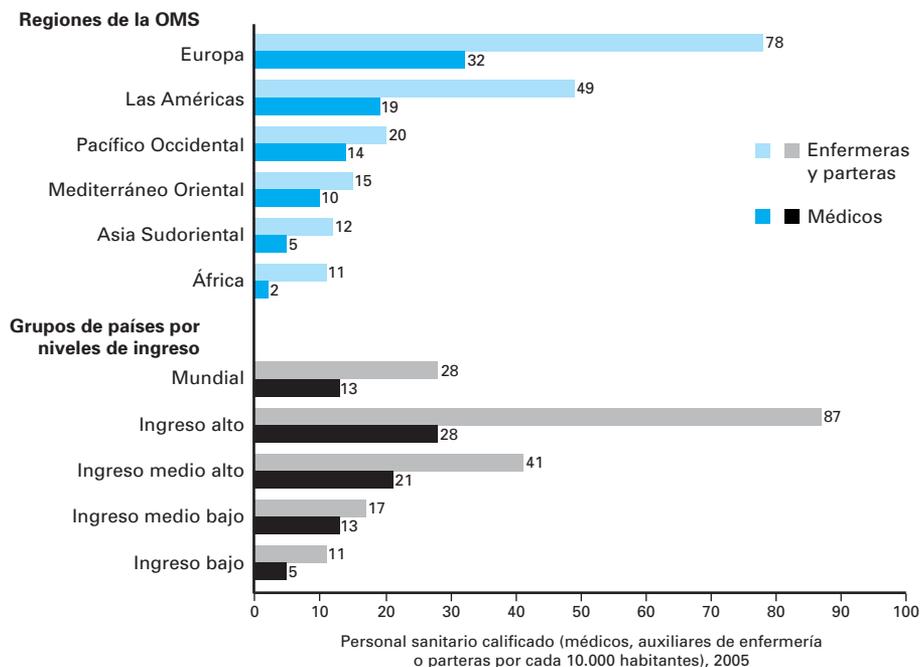
provenientes de centros asistenciales— para orientar y supervisar los programas. La información vital para formular políticas y programas incluye datos demográficos, estado nutricional, condición socioeconómica, prestación de servicios médicos, comportamientos de búsqueda de asistencia y prácticas mejoradas de salud y nutrición. Muchos asociados, como la OMS, UNICEF y la Red de Sanimetría, están preparando directrices para ayudar a los gobiernos y a otros organismos a ampliar la recolección de datos sobre salud.

Medida 2: Aumentar los recursos humanos y mejorar la capacitación y la supervisión

Según la Organización Mundial de la Salud, un trabajador sanitario calificado “es una partera, un médico o una enfermera que han recibido capacitación en la manera correcta de proceder durante los partos que no presentan complicaciones, así como también en atención posnatal y en la detección y el manejo de las complicaciones en las mujeres y los recién nacidos”. El organismo recomienda que los países mantengan, como promedio, 2,28 profesionales de la salud por cada 1.000 habi-

Gráfico 4.1

La escasez de personal sanitario calificado es muy grave, particularmente en África y Asia sudoriental



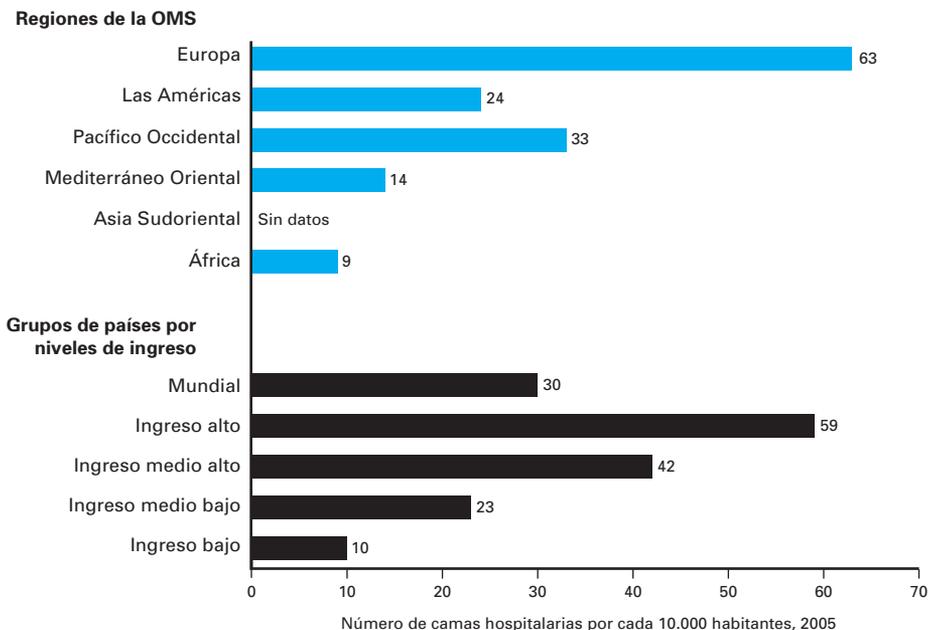
Fuente: Organización Mundial de la Salud, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008*, OMS, Ginebra, 2008, págs. 82–83.

tantes, a fin de asegurar una cobertura adecuada de personal calificado durante los partos. De los 57 países que no alcanzan este umbral, 36 pertenecen a África subsahariana. En Asia se registra la escasez más grave de trabajadores sanitarios en términos absolutos, especialmente en Bangladesh, la India e Indonesia, pero la mayor necesidad en términos relativos corresponde a África subsahariana, donde el número de trabajadores de la salud debe aumentar un 140% para lograr la densidad exigida.

Debido a que el SIDA, la pobreza y la inseguridad política dan lugar a la emigración de los trabajadores de salud en todo el mundo, especialmente en África subsahariana, los países en desarrollo hacen frente al problema que supone concebir iniciativas sostenibles para mejorar la contratación, la capacitación y la retención de personal cualificado de la salud. Las parteras u otros trabajadores sanitarios de nivel intermedio que han recibido capacitación durante periodos más cortos y a quienes se exige un menor nivel educativo para ser admitidos en el programa, deben formar un cuadro dentro del espectro de trabajadores del sector de la salud para asumir distintas funciones, distribuir la carga de trabajo y crear un sistema de

Gráfico 4.2

Los países de bajos ingresos solamente tienen 10 camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes



Fuente: Organización Mundial de la Salud, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008*, OMS, Ginebra, 2008, págs. 82-83.

remisión para las mujeres embarazadas y los recién nacidos. Por ejemplo, en zonas de Mozambique que carecen de servicios adecuados, las parteras y las parteras-enfermeras ayudan a los médicos a prestar atención obstétrica de urgencia de buena calidad y eficaz en función del costo, mientras que en el Perú, trabajadores sanitarios de las comunidades hacen una visita mensual a los hogares de alto riesgo donde viven niños menores de un año, mujeres embarazadas y mujeres en edad reproductiva. Varios países, como Malí y el Pakistán, han comenzado a ampliar las estrategias de retención con incentivos materiales como alojamiento, equipo y transporte a cambio de la prestación de servicios en las zonas rurales, y beneficios no financieros como la rotación a corto plazo y grupos de apoyo psicosocial.

Medida 3: Movilizar a las sociedades

Las medidas de oferta y demanda no pueden ser satisfactorias mientras los hogares y las comunidades no intensifiquen su demanda de servicios sanitarios de calidad. Debe darse prioridad a la inclusión social, y tanto las familias –en particular, las mujeres– como las comunidades deben ser incluidas y tratadas como aliadas en la prestación de los servicios de salud.

Reconocer los riesgos que se pueden evitar es uno de los aspectos más importantes para mejorar la salud materna y neonatal. El embarazo y el parto suelen estar rodeados de actitudes y creencias hondamente arraigadas, y no solo es frecuente culpar a las mujeres por sus problemas de salud, sino también por la mortalidad y la morbilidad de sus hijos recién nacidos. En los lugares donde la mortinatalidad y la muerte neonatal son frecuentes, es común considerarlas inevitables. Las comunidades pueden convertirse en aliados a la hora de promover su propia salud y bienestar, así como la salud y el bienestar de sus familias. Los sistemas de salud también pueden conseguir el apoyo de las comunidades por medio de la inclusión, en lugar de la coerción. En el Ecuador, los encargados de la formulación de políticas adoptaron este mecanismo al integrar legalmente distintos enfoques interculturales en torno a la salud sexual y reproductiva, con el fin de propiciar una mayor participación de las mujeres indígenas en el desarrollo sostenible de la salud.

Aun cuando la educación para la salud es crucial para fomentar prácticas y comportamientos saludables y tomar conciencia sobre la importancia de buscar ayuda médica, también es indispensable establecer alianzas con las partes interesadas para que participen directamente en la prestación de los servicios. En Burundi, por ejemplo, las parteras tradicionales actúan como auxiliares del personal sanitario oficial en los partos institucionales y además atienden a las nuevas madres, que comparten con ellas sus alimentos y regalos en vez de pagarles sus servicios con dinero. Fomentar una mayor unidad exige incorporar a todos los miembros de la familia. En muchas sociedades donde los miembros de la familia extensa viven muy cerca unos de otros, los parientes políticos y los familiares de mayor edad influyen en la toma de decisiones sobre la salud. Los compañeros masculinos tienen también una importante función que desempeñar en la mejora de la salud de las madres y de los recién nacidos.

Medida 4: Establecer una financiación práctica, equitativa y sostenible

Financiar servicios de salud de calidad plantea problemas tanto a los países industrializados como a los países en desarrollo. Aun cuando no existen umbrales acordados a nivel internacional sobre el gasto mínimo total per cápita, la Cuenta Regresiva para 2015 calcula que un gasto inferior a 45 dólares per cápita es insuficiente para ofrecer servicios sanitarios básicos de calidad. De los 68 países prioritarios en cuanto a salud materna, neonatal e infantil identificados por la Cuenta Regresiva para 2015, 21 gastan menos de 45 dólares per cápita.

No existe una política que pueda responder a las necesidades de todos los países. Apoyar las decisiones sobre el curso de acción más apropiado exige analizar detenidamente la situación de cada país, las repercusiones en materia de equidad de las estrategias alternativas de financiación y prestación de servicios, y las múltiples complicaciones financieras y de otra índole que existen. Muchos gobiernos, incluso en zonas con pocos recursos, están explorando estrategias para ayudar a las familias a gestionar los costos de la atención neonatal y obstétrica de urgencia

Suprimir los cargos a los usuarios puede aumentar el acceso de la gente pobre a los servicios. Varios países, como Burundi y Ghana o algunos distritos de Nepal, ya abolieron, o están en proceso de abolir, algunos o todos los cargos directos. Las experiencias de Uganda y Sudáfrica han dejado una lección: para que la supresión de las tarifas sea eficaz, debe formar parte de un paquete más amplio de reformas, entre las cuales se cuentan elevar los presupuestos para contrarrestar la pérdida de ingresos, mantener la calidad y responder a la mayor demanda. Los esquemas nacionales de seguros médicos, como el seguro social de Bolivia para la atención de la salud materna e infantil, pueden incrementar el acceso de las mujeres más pobres, pero podría resultar difícil ampliarlos en los países de escasos recursos. Las transferencias de efectivo han servido de incentivo para las mujeres pobres embarazadas en países como México, Honduras y la India, pero es necesario seguir supervisando y evaluando estas innovaciones.

El sector privado se ha convertido en un importante proveedor de servicios de salud, particularmente en Asia, pese a que la base de datos empíricos para evaluar su eficacia aún no está bien establecida. El sector privado es de naturaleza heterogénea y comprende una gran variedad de proveedores, incluidos curanderos y parteras tradicionales, hospitales vinculados a organizaciones religiosas y empresas multinacionales. En muchos países de bajos ingresos, los proveedores privados de servicios de salud trabajan en entornos donde los controles normativos son débiles. Es urgente prestar atención a la combinación público-privada que ha surgido en los sistemas de salud, debido a que los planes no equitativos de financiación y la falta de reglamentación del sector privado pueden afectar los compromisos de los gobiernos con la atención de la salud, minar la confianza del público y acentuar las diferencias socioeconómicas. Los gobiernos enfrentan el reto de mejorar la reglamentación de los proveedores privados de servicios de salud, utilizando directrices internacionales

para formular políticas nacionales que prevean normas mínimas para la prestación de servicios.

Medida 5: Invertir en infraestructura, logística, instalaciones y la capacidad de gestión

Fortalecer los sistemas de salud para mejorar la atención a la madre y al recién nacido conlleva inversiones en sectores que complementan los servicios básicos de la salud materna. Además de reforzar los sistemas de información, es imperativo ampliar la disponibilidad de recursos humanos, promover la movilización social y una financiación equitativa, y desarrollar la infraestructura, el sistema de suministro, la logística, el transporte y el proceso de remisión de pacientes. Es urgente hacer inversiones más cuantiosas para aumentar el número de establecimientos sanitarios, sobre todo en países con bajos ingresos. Según las últimas estimaciones de la OMS, mientras que en los países de bajos ingresos solamente hay 10 camas hospitalarias por cada 10.000 habitantes, en los países con ingresos más altos hay casi seis veces más. Muchos países en desarrollo hacen también frente al problema de mejorar los sistemas de remisión que evalúan las necesidades de la población y las capacidades del sistema de salud, que promueven una colaboración activa entre los distintos niveles de derivación de casos y entre sectores, que garantizan la rendición de cuentas por el rendimiento del proveedor y que establecen indicadores de eficiencia de los servicios.

Medida 6: Mejorar la calidad de la atención a la madre, al recién nacido y al niño

Una atención de buena calidad proporciona un mínimo nivel de cuidados a todos los recién nacidos y a todas las mujeres durante el embarazo y el intraparto, al tiempo que brinda atención médica de urgencia y servicios más especializados a quienes los requieren. El propósito de esta atención debe ser lograr los mejores resultados médicos posibles; satisfacer a los proveedores, a los pacientes y a las familias; mantener una dirección y gestión financiera sólidas; y perfeccionar los servicios existentes con el objeto de elevar el nivel de la atención que se dispensa a todas las mujeres. Mientras que los sistemas de salud de los países industrializados y de medianos ingresos posiblemente necesitan reformas para poder ofrecer servicios más asequibles y de mejor calidad a las madres y a los recién nacidos, los sistemas de salud que están surgiendo seguramente incorporarán la calidad de la atención en sus nuevos programas. En Côte d'Ivoire, por ejemplo, un programa para integrar la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo en los servicios de salud materna existentes ha mejorado la calidad general de la atención, incluida la gestión de la tercera fase del trabajo de parto.



© UNICEF/HQ07-1151/Shehzad Noorani

5 Trabajar de manera coordinada en beneficio de la salud de la madre y del recién nacido

Para que las seis medidas anteriores tengan éxito, es preciso reforzarlas con una séptima medida. El apoyo y el compromiso conjuntos de los administradores de salud, los dirigentes nacionales y los aliados internacionales que participan en la mejora de la salud de las madres y los recién nacidos.

Los últimos y alentadores avances en la colaboración y en la eficacia de la asistencia y de los recursos en favor de la salud de las madres y los recién nacidos ofrecen la esperanza de mejoras más firmes durante los próximos años. La asistencia oficial mundial para el desarrollo destinada a la salud de las madres, los recién nacidos y los niños aumentó un 64% entre 2003 y 2006; la labor de los aliados mundiales en materia de salud está cada vez más coordinada por medio de mecanismos como el foro Ocho para la Salud; y hay cada vez un mayor consenso sobre los marcos de acción. Los últimos acontecimientos –como el programa de acción de Accra sobre la eficacia de la asistencia y la declaración conjunta de la OMS, UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial sobre sus intenciones de

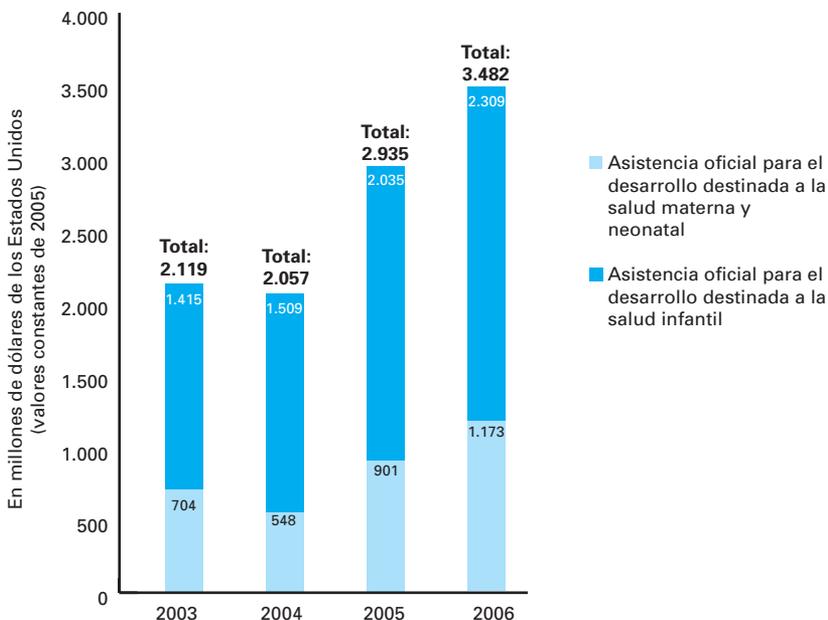
intensificar y armonizar las actividades para lograr el ODM 5– reflejan un sentido renovado de urgencia para mejorar la salud de las madres y los recién nacidos.

El compromiso político con la salud de las madres y los recién nacidos está aumentando también a los más altos niveles. Durante la reunión cumbre del G8, celebrada en 2008, se debatió la cuestión de la mortalidad materna, y la Alianza para la Salud de la Madre, el Recien Nacido y el Niño pidió a los dirigentes que aumentaran sus gastos en salud materna e infantil y en planificación de la familia en 10.200 millones de dólares al año. Todos estos esfuerzos mundiales realizados de manera conjunta han dado como resultado compromisos más firmes por parte de foros regionales como la Unión Africana, una mayor cooperación entre los sectores público y privado, y un aumento en la armonización de recursos, competencias y medidas.

El desafío es sostener y profundizar este compromiso para con las madres y los recién nacidos. Es preciso impulsar las actividades, centrándose en las pruebas empíricas y en los resultados. No es necesario esperar una innovación científica o un nuevo paradigma para iluminar el mejor rumbo a seguir. El conocimiento que puede salvar

Gráfico 5.1

La asistencia oficial para el desarrollo destinada a la salud de la madre y del recién nacido ha aumentado rápidamente desde 2004



Fuente: Greco, Giulia, et al., 'Countdown to 2015: Assessment of donor assistance to maternal, newborn, and child health between 2003 and 2006', *The Lancet*, vol. 371, 12 de abril de 2008, p. 1269.

millones de vidas de recién nacidos y de madres está disponible; los datos y los análisis están mejorando rápidamente; el marco de acción –los Objetivos de Desarrollo del Milenio– ya ha sido establecido. También se han logrado avances concretos en la reducción del número de muertes infantiles durante el periodo posnatal (entre los 29 días y los cinco años de edad) en muchos países en desarrollo. Las madres y los recién nacidos exigen la misma atención. Las actividades deben centrarse en garantizar que los recursos humanos y financieros, la voluntad política y el compromiso y la colaboración cada vez más evidentes a escala nacional e internacional sigan dedicadas a la tarea de mejorar la salud y la supervivencia de las madres y los recién nacidos.

ÁFRICA SUBSAHARIANA

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores demográficos		
Total de la población (2007)	767.218.000	6.655.406.000
Población de menores de 18 años (2007)	383.988.000	2.213.456.000
Población de menores de 5 años (2007)	127.624.000	629.106.000
Supervivencia		
Esperanza de vida al nacer (2007)	50	68
Tasa de mortalidad prenatal (menos de 28 días), por cada 1.000 nacidos vivos (2004)	41	28
Tasa de mortalidad infantil (menos de 1 año), por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	89	47
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	148	68
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, tasa media anual de reducción (1990–2007)	1,3	1,8
Tasa de mortalidad de las madres, por cada 100.000 nacidos vivos (2005, ajustado)	920	400
Salud y nutrición		
Porcentaje de recién nacidos con bajo peso (2000–2007*)	15	14
Porcentaje de menores de 5 años moderada o gravemente desnutridos† (2000–2007*)	24	23
Porcentaje de la población que utiliza fuentes mejoradas de agua (2006)	58	87
Urbana	81	96
Rural	45	78
% de la población que usa instalaciones mejoradas de saneamiento (2006)	30	62
Porcentaje de niños de 1 año vacunados (2007) contra:		
Tuberculosis (BCG)	83	89
Difteria/tos ferina/tétanos (DPT3)	73	81
Polio (polio3)	74	82
Sarampión	73	82
Hepatitis B (hepB3)	67	65
<i>Haemophilus influenzae tipo b (Hib3)</i>	34	26
% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que fueron conducidos a un proveedor de la atención de la salud apropiado (2000–2007*)	40	57 **
Educación		
Tasa de supervivencia hasta el último grado de la escuela primaria (datos administrativos; 2000–2007*)	61	76 **
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (2000–2007*)		
Niños	64	80 **
Niñas	61	77 **
Tasa neta de asistencia a la escuela secundaria (2000–2007*)		
Niños	26	48 **
Niñas	22	44 **
Tasa de alfabetización de adultos (2000–2007*)	62	81

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores económicos		
INB per cápita (US\$, 2007)	965	7.952
Porcentaje de la población que vive con menos de US\$1,25 al día (2005)	51	–
Porcentaje de los gastos del gobierno central (1997–2006*) que se asignan a:		
Defensa	–	11
Salud	–	14
Educación	–	6
Porcentaje que corresponde al ingreso en el hogar (1995–2005*):		
40% más bajo	13	19
20% más alto	54	42
VIH/SIDA		
Tasa de prevalencia entre adultos (15 a 49 años, 2007)	5,0	0,8
Número estimado de adultos y niños (todas las edades) que viven con VIH (2007)	22.000.000	33.000.000
Número estimado de niños (0 a 14 años) que viven con VIH (2007)	1.800.000	2.000.000
Número estimado de niños (0 a 17 años) huérfanos a causa del VIH (2007)	11.600.000	15.000.000
Protección de la infancia		
Inscripción del nacimiento (2000–2007*)	37	–
Urbana	52	–
Rural	30	–
Matrimonio infantil (1998–2007*)	40	–
Urbana	25	–
Rural	48	–
Trabajo infantil (5 a 14 años, 1999–2007*)	35 n	–
Niños	36 n	–
Niñas	34 n	–
Mujeres		
Tasa de paridad de la alfabetización de adultos (porcentaje de mujeres en comparación con hombres, 2000–2007*)	75	88
Cobertura de atención prenatal (porcentaje, 2000–2007*):		
Por lo menos una vez	72	77
Por lo menos 4 veces	42	47 **
Nacimientos atendidos por personal especializado (porcentaje, 2000–2007*)	45	62
Riesgo de mortalidad derivada de la maternidad en todo el período de vida (2005)	1 en: 22	92

NOTAS:

* Los datos se refieren a los años más recientes disponibles durante el periodo especificado.

** Excluida China.

– Sin datos disponibles.

† Datos basados en el 'Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS'.

n Excluye Nigeria.

ÁFRICA ORIENTAL Y MERIDIONAL

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores demográficos		
Total de la población (2007)	378.926.000	6.655.406.000
Población de menores de 18 años (2007)	186.875.000	2.213.456.000
Población de menores de 5 años (2007)	61.296.000	629.106.000
Supervivencia		
Esperanza de vida al nacer (2007)	50	68
Tasa de mortalidad prenatal (menos de 28 días), por cada 1.000 nacidos vivos (2004)	36	28
Tasa de mortalidad infantil (menos de 1 año), por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	80	47
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	123	68
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, tasa media anual de reducción (1990–2007)	1,7	1,8
Tasa de mortalidad de las madres, por cada 100.000 nacidos vivos (2005, ajustado)	760	400
Salud y nutrición		
Porcentaje de recién nacidos con bajo peso (2000–2007*)	14	14
Porcentaje de menores de 5 años moderada o gravemente desnutridos† (2000–2007*)	23	23
Porcentaje de la población que utiliza fuentes mejoradas de agua (2006)	59	87
Urbana	88	96
Rural	48	78
% de la población que usa instalaciones mejoradas de saneamiento (2006)	34	62
Porcentaje de niños de 1 año vacunados (2007) contra:		
Tuberculosis (BCG)	86	89
Difteria/tos ferina/tétanos (DPT3)	78	81
Polio (polio3)	77	82
Sarampión	77	82
Hepatitis B (hepB3)	77	65
<i>Haemophilus influenzae tipo b (Hib3)</i>	55	26
% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que fueron conducidos a un proveedor de la atención de la salud apropiado (2000–2007*)	45	57 **
Educación		
Tasa de supervivencia hasta el último grado de la escuela primaria (datos administrativos; 2000–2007*)	60	76 **
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (2000–2007*)		
Niños	66	80 **
Niñas	66	77 **
Tasa neta de asistencia a la escuela secundaria (2000–2007*)		
Niños	20	48 **
Niñas	18	44 **
Tasa de alfabetización de adultos (2000–2007*)	65	81

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores económicos		
INB per cápita (US\$, 2007)	1.245	7.952
Porcentaje de la población que vive con menos de US\$1,25 al día (2005)	49	–
Porcentaje de los gastos del gobierno central (1997–2006*) que se asignan a:		
Defensa	–	11
Salud	–	14
Educación	–	6
Porcentaje que corresponde al ingreso en el hogar (1995–2005*):		
40% más bajo	12	19
20% más alto	58	42
VIH/SIDA		
Tasa de prevalencia entre adultos (15 a 49 años, 2007)	7,8	0,8
Número estimado de adultos y niños (todas las edades) que viven con VIH (2007)	16.400.000	33.000.000
Número estimado de niños (0 a 14 años) que viven con VIH (2007)	1.300.000	2.000.000
Número estimado de niños (0 a 17 años) huérfanos a causa del VIH (2007)	8.700.000	15.000.000
Protección de la infancia		
Inscripción del nacimiento (2000–2007*)	32	–
Urbana	41	–
Rural	24	–
Matrimonio infantil (1998–2007*)	36	–
Urbana	20	–
Rural	43	–
Trabajo infantil (5 a 14 años, 1999–2007*)	36	–
Niños	38	–
Niñas	33	–
Mujeres		
Tasa de paridad de la alfabetización de adultos (porcentaje de mujeres en comparación con hombres, 2000–2007*)	79	88
Cobertura de atención prenatal (porcentaje, 2000–2007*):		
Por lo menos una vez	72	77
Por lo menos 4 veces	40	47 **
Nacimientos atendidos por personal especializado (porcentaje, 2000–2007*)	40	62
Riesgo de mortalidad derivada de la maternidad en todo el período de vida (2005)	1 en: 29	92

NOTAS:

* Los datos se refieren a los años más recientes disponibles durante el período especificado.

** Excluida China.

– Sin datos disponibles.

† Datos basados en el 'Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS'.

ÁFRICA OCCIDENTAL Y CENTRAL

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores demográficos		
Total de la población (2007)	388.292.000	6.655.406.000
Población de menores de 18 años (2007)	197.113.000	2.213.456.000
Población de menores de 5 años (2007)	66.328.000	629.106.000
Supervivencia		
Esperanza de vida al nacer (2007)	50	68
Tasa de mortalidad prenatal (menos de 28 días), por cada 1.000 nacidos vivos (2004)	45	28
Tasa de mortalidad infantil (menos de 1 año), por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	97	47
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	169	68
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, tasa media anual de reducción (1990–2007)	1,2	1,8
Tasa de mortalidad de las madres, por cada 100.000 nacidos vivos (2005, ajustado)	1.100	400
Salud y nutrición		
Porcentaje de recién nacidos con bajo peso (2000–2007*)	15	14
Porcentaje de menores de 5 años moderada o gravemente desnutridos† (2000–2007*)	24	23
Porcentaje de la población que utiliza fuentes mejoradas de agua (2006)	56	87
Urbana	77	96
Rural	41	78
% de la población que usa instalaciones mejoradas de saneamiento (2006)	27	62
Porcentaje de niños de 1 año vacunados (2007) contra:		
Tuberculosis (BCG)	80	89
Difteria/tos ferina/tétanos (DPT3)	69	81
Polio (polio3)	71	82
Sarampión	69	82
Hepatitis B (hepB3)	58	65
<i>Haemophilus influenzae tipo b (Hib3)</i>	16	26
% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que fueron conducidos a un proveedor de la atención de la salud apropiado (2000–2007*)	37	57 **
Educación		
Tasa de supervivencia hasta el último grado de la escuela primaria (datos administrativos; 2000–2007*)	62	76 **
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (2000–2007*)		
Niños	63	80 **
Niñas	56	77 **
Tasa neta de asistencia a la escuela secundaria (2000–2007*)		
Niños	31	48 **
Niñas	26	44 **
Tasa de alfabetización de adultos (2000–2007*)	60	81

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores económicos		
INB per cápita (US\$, 2007)	698	7.952
Porcentaje de la población que vive con menos de US\$1,25 al día (2005)	53	–
Porcentaje de los gastos del gobierno central (1997–2006*) que se asignan a:		
Defensa	–	11
Salud	–	14
Educación	–	6
Porcentaje que corresponde al ingreso en el hogar (1995–2005*):		
40% más bajo	16	19
20% más alto	48	42
VIH/SIDA		
Tasa de prevalencia entre adultos (15 a 49 años, 2007)	2,6	0,8
Número estimado de adultos y niños (todas las edades) que viven con VIH (2007)	5.600.000	33.000.000
Número estimado de niños (0 a 14 años) que viven con VIH (2007)	480.000	2.000.000
Número estimado de niños (0 a 17 años) huérfanos a causa del VIH (2007)	3.000.000	15.000.000
Protección de la infancia		
Inscripción del nacimiento (2000–2007*)	41	–
Urbana	57	–
Rural	35	–
Matrimonio infantil (1998–2007*)	44	–
Urbana	28	–
Rural	55	–
Trabajo infantil (5 a 14 años, 1999–2007*)	35 n	–
Niños	34 n	–
Niñas	35 n	–
Mujeres		
Tasa de paridad de la alfabetización de adultos (porcentaje de mujeres en comparación con hombres, 2000–2007*)	72	88
Cobertura de atención prenatal (porcentaje, 2000–2007*):		
Por lo menos una vez	71	77
Por lo menos 4 veces	44	47 **
Nacimientos atendidos por personal especializado (porcentaje, 2000–2007*)	49	62
Riesgo de mortalidad derivada de la maternidad en todo el período de vida (2005)	1 en:17	92

NOTAS:

* Los datos se refieren a los años más recientes disponibles durante el periodo especificado.

** Excluida China.

– Sin datos disponibles.

† Datos basados en el 'Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS'.

n Excluye Nigeria.

ÁFRICA DEL NORTE Y ORIENTE MEDIO

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores demográficos		
Total de la población (2007)	389.176.000	6.655.406.000
Población de menores de 18 años (2007)	153.178.000	2.213.456.000
Población de menores de 5 años (2007)	44.789.000	629.106.000
Supervivencia		
Esperanza de vida al nacer (2007)	69	68
Tasa de mortalidad prenatal (menos de 28 días), por cada 1.000 nacidos vivos (2004)	25	28
Tasa de mortalidad infantil (menos de 1 año), por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	36	47
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	46	68
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, tasa media anual de reducción (1990–2007)	3,2	1,8
Tasa de mortalidad de las madres, por cada 100.000 nacidos vivos (2005, ajustado)	210	400
Salud y nutrición		
Porcentaje de recién nacidos con bajo peso (2000–2007*)	12	14
Porcentaje de menores de 5 años moderada o gravemente desnutridos† (2000–2007*)	11	23
Porcentaje de la población que utiliza fuentes mejoradas de agua (2006)	87	87
Urbana	94	96
Rural	78	78
% de la población que usa instalaciones mejoradas de saneamiento (2006)	73	62
Porcentaje de niños de 1 año vacunados (2007) contra:		
Tuberculosis (BCG)	92	89
Difteria/tos ferina/tétanos (DPT3)	91	81
Polio (polio3)	92	82
Sarampión	89	82
Hepatitis B (hepB3)	89	65
<i>Haemophilus influenzae tipo b (Hib3)</i>	32	26
% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que fueron conducidos a un proveedor de la atención de la salud apropiado (2000–2007*)	68	57 **
Educación		
Tasa de supervivencia hasta el último grado de la escuela primaria (datos administrativos; 2000–2007*)	83	76 **
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (2000–2007*)		
Niños	88	80 **
Niñas	85	77 **
Tasa neta de asistencia a la escuela secundaria (2000–2007*)		
Niños	54	48 **
Niñas	52	44 **
Tasa de alfabetización de adultos (2000–2007*)	75	81

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores económicos		
INB per cápita (US\$, 2007)	3.666	7.952
Porcentaje de la población que vive con menos de US\$1,25 al día (2005)	4	–
Porcentaje de los gastos del gobierno central (1997–2006*) que se asignan a:		
Defensa	15	11
Salud	5	14
Educación	14	6
Porcentaje que corresponde al ingreso en el hogar (1995–2005*):		
40% más bajo	18	19
20% más alto	45	42
VIH/SIDA		
Tasa de prevalencia entre adultos (15 a 49 años, 2007)	0,3	0,8
Número estimado de adultos y niños (todas las edades) que viven con VIH (2007)	480.000	33.000.000
Número estimado de niños (0 a 14 años) que viven con VIH (2007)	28.000	2.000.000
Número estimado de niños (0 a 17 años) huérfanos a causa del VIH (2007)	–	15.000.000
Protección de la infancia		
Inscripción del nacimiento (2000–2007*)	75	–
Urbana	86	–
Rural	67	–
Matrimonio infantil (1998–2007*)	18	–
Urbana	12	–
Rural	23	–
Trabajo infantil (5 a 14 años, 1999–2007*)	9	–
Niños	10	–
Niñas	8	–
Mujeres		
Tasa de paridad de la alfabetización de adultos (porcentaje de mujeres en comparación con hombres, 2000–2007*)	78	88
Cobertura de atención prenatal (porcentaje, 2000–2007*):		
Por lo menos una vez	72	77
Por lo menos 4 veces	–	47 **
Nacimientos atendidos por personal especializado (porcentaje, 2000–2007*)	81	62
Riesgo de mortalidad derivada de la maternidad en todo el período de vida (2005)	1 en: 140	92

NOTAS:

* Los datos se refieren a los años más recientes disponibles durante el período especificado.

** Excluida China.

– Sin datos disponibles.

† Datos basados en el 'Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS'.

ASIA MERIDIONAL

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores demográficos		
Total de la población (2007)	1.567.187.000	6.655.406.000
Población de menores de 18 años (2007)	614.747.000	2.213.456.000
Población de menores de 5 años (2007)	175.250.000	629.106.000
Supervivencia		
Esperanza de vida al nacer (2007)	64	68
Tasa de mortalidad prenatal (menos de 28 días), por cada 1.000 nacidos vivos (2004)	41	28
Tasa de mortalidad infantil (menos de 1 año), por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	59	47
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	78	68
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, tasa media anual de reducción (1990–2007)	2,8	1,8
Tasa de mortalidad de las madres, por cada 100.000 nacidos vivos (2005, ajustado)	500	400
Salud y nutrición		
Porcentaje de recién nacidos con bajo peso (2000–2007*)	27	14
Porcentaje de menores de 5 años moderada o gravemente desnutridos† (2000–2007*)	41	23
Porcentaje de la población que utiliza fuentes mejoradas de agua (2006)	87	87
Urbana	94	96
Rural	84	78
% de la población que usa instalaciones mejoradas de saneamiento (2006)	33	62
Porcentaje de niños de 1 año vacunados (2007) contra:		
Tuberculosis (BCG)	87	89
Difteria/tos ferina/tétanos (DPT3)	69	81
Polio (polio3)	69	82
Sarampión	71	82
Hepatitis B (hepB3)	29	65
<i>Haemophilus influenzae tipo b (Hib3)</i>	–	26
% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que fueron conducidos a un proveedor de la atención de la salud apropiado (2000–2007*)	63	57 **
Educación		
Tasa de supervivencia hasta el último grado de la escuela primaria (datos administrativos; 2000–2007*)	72	76 **
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (2000–2007*)		
Niños	81	80 **
Niñas	77	77 **
Tasa neta de asistencia a la escuela secundaria (2000–2007*)		
Niños	51	48 **
Niñas	43	44 **
Tasa de alfabetización de adultos (2000–2007*)	63	81

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores económicos		
INB per cápita (US\$, 2007)	889	7.952
Porcentaje de la población que vive con menos de US\$1,25 al día (2005)	40	–
Porcentaje de los gastos del gobierno central (1997–2006*) que se asignan a:		
Defensa	14	11
Salud	2	14
Educación	5	6
Porcentaje que corresponde al ingreso en el hogar (1995–2005*):		
40% más bajo	19	19
20% más alto	46	42
VIH/SIDA		
Tasa de prevalencia entre adultos (15 a 49 años, 2007)	0,3	0,8
Número estimado de adultos y niños (todas las edades) que viven con VIH (2007)	2.600.000	33.000.000
Número estimado de niños (0 a 14 años) que viven con VIH (2007)	110.000	2.000.000
Número estimado de niños (0 a 17 años) huérfanos a causa del VIH (2007)	–	15.000.000
Protección de la infancia		
Inscripción del nacimiento (2000–2007*)	36	–
Urbana	52	–
Rural	30	–
Matrimonio infantil (1998–2007*)	49	–
Urbana	32	–
Rural	58	–
Trabajo infantil (5 a 14 años, 1999–2007*)	13	–
Niños	13	–
Niñas	12	–
Mujeres		
Tasa de paridad de la alfabetización de adultos (porcentaje de mujeres en comparación con hombres, 2000–2007*)	71	88
Cobertura de atención prenatal (porcentaje, 2000–2007*):		
Por lo menos una vez	68	77
Por lo menos 4 veces	34	47 **
Nacimientos atendidos por personal especializado (porcentaje, 2000–2007*)	41	62
Riesgo de mortalidad derivada de la maternidad en todo el período de vida (2005)	1 en: 59	92

NOTAS:

* Los datos se refieren a los años más recientes disponibles durante el período especificado.

** Excluida China.

– Sin datos disponibles.

† Datos basados en el 'Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS'.

ASIA ORIENTAL Y PACÍFICO

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores demográficos		
Total de la población (2007)	1.984.273.000	6.655.406.000
Población de menores de 18 años (2007)	559.872.000	2.213.456.000
Población de menores de 5 años (2007)	144.441.000	629.106.000
Supervivencia		
Esperanza de vida al nacer (2007)	72	68
Tasa de mortalidad prenatal (menos de 28 días), por cada 1.000 nacidos vivos (2004)	18	28
Tasa de mortalidad infantil (menos de 1 año), por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	22	47
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	27	68
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, tasa media anual de reducción (1990–2007)	4,3	1,8
Tasa de mortalidad de las madres, por cada 100.000 nacidos vivos (2005, ajustado)	150	400
Salud y nutrición		
Porcentaje de recién nacidos con bajo peso (2000–2007*)	6	14
Porcentaje de menores de 5 años moderada o gravemente desnutridos† (2000–2007*)	11	23
Porcentaje de la población que utiliza fuentes mejoradas de agua (2006)	88	87
Urbana	96	96
Rural	81	78
% de la población que usa instalaciones mejoradas de saneamiento (2006)	66	62
Porcentaje de niños de 1 año vacunados (2007) contra:		
Tuberculosis (BCG)	93	89
Difteria/tos ferina/tétanos (DPT3)	89	81
Polio (polio3)	91	82
Sarampión	90	82
Hepatitis B (hepB3)	87	65
<i>Haemophilus influenzae tipo b (Hib3)</i>	2	26
% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que fueron conducidos a un proveedor de la atención de la salud apropiado (2000–2007*)	65**	57**
Educación		
Tasa de supervivencia hasta el último grado de la escuela primaria (datos administrativos; 2000–2007*)	80**	76**
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (2000–2007*)		
Niños	92**	80**
Niñas	92**	77**
Tasa neta de asistencia a la escuela secundaria (2000–2007*)		
Niños	60**	48**
Niñas	63**	44**
Tasa de alfabetización de adultos (2000–2007*)	93	81

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores económicos		
INB per cápita (US\$, 2007)	2.742	7.952
Porcentaje de la población que vive con menos de US\$1,25 al día (2005)	17	–
Porcentaje de los gastos del gobierno central (1997–2006*) que se asignan a:		
Defensa	11	11
Salud	1	14
Educación	7	6
Porcentaje que corresponde al ingreso en el hogar (1995–2005*):		
40% más bajo	16	19
20% más alto	46	42
VIH/SIDA		
Tasa de prevalencia entre adultos (15 a 49 años, 2007)	0,2	0,8
Número estimado de adultos y niños (todas las edades) que viven con VIH (2007)	2.400.000	33.000.000
Número estimado de niños (0 a 14 años) que viven con VIH (2007)	41.000	2.000.000
Número estimado de niños (0 a 17 años) huérfanos a causa del VIH (2007)	–	15.000.000
Protección de la infancia		
Inscripción del nacimiento (2000–2007*)	72**	–
Urbana	81**	–
Rural	67**	–
Matrimonio infantil (1998–2007*)	19**	–
Urbana	12**	–
Rural	25**	–
Trabajo infantil (5 a 14 años, 1999–2007*)	10**	–
Niños	11**	–
Niñas	10**	–
Mujeres		
Tasa de paridad de la alfabetización de adultos (porcentaje de mujeres en comparación con hombres, 2000–2007*)	93	88
Cobertura de atención prenatal (porcentaje, 2000–2007*):		
Por lo menos una vez	89	77
Por lo menos 4 veces	66**	47**
Nacimientos atendidos por personal especializado (porcentaje, 2000–2007*)	87	62
Riesgo de mortalidad derivada de la maternidad en todo el período de vida (2005)	1 en: 350	92

NOTAS:

* Los datos se refieren a los años más recientes disponibles durante el período especificado.

** Excluida China.

– Sin datos disponibles.

† Datos basados en el 'Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS'.

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores demográficos		
Total de la población (2007)	566.646.000	6.655.406.000
Población de menores de 18 años (2007)	197.226.000	2.213.456.000
Población de menores de 5 años (2007)	55.622.000	629.106.000
Supervivencia		
Esperanza de vida al nacer (2007)	73	68
Tasa de mortalidad prenatal (menos de 28 días), por cada 1.000 nacidos vivos (2004)	13	28
Tasa de mortalidad infantil (menos de 1 año), por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	22	47
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	26	68
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, tasa media anual de reducción (1990–2007)	4,4	1,8
Tasa de mortalidad de las madres, por cada 100.000 nacidos vivos (2005, ajustado)	130	400
Salud y nutrición		
Porcentaje de recién nacidos con bajo peso (2000–2007*)	9	14
Porcentaje de menores de 5 años moderada o gravemente desnutridos† (2000–2007*)	5	23
Porcentaje de la población que utiliza fuentes mejoradas de agua (2006)	92	87
Urbana	97	96
Rural	73	78
% de la población que usa instalaciones mejoradas de saneamiento (2006)	79	62
Porcentaje de niños de 1 año vacunados (2007) contra:		
Tuberculosis (BCG)	96	89
Difteria/tos ferina/tétanos (DPT3)	92	81
Polio (polio3)	93	82
Sarampión	93	82
Hepatitis B (hepB3)	89	65
<i>Haemophilus influenzae tipo b (Hib3)</i>	90	26
% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que fueron conducidos a un proveedor de la atención de la salud apropiado (2000–2007*)	–	57 **
Educación		
Tasa de supervivencia hasta el último grado de la escuela primaria (datos administrativos; 2000–2007*)	84	76 **
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (2000–2007*)		
Niños	90	80 **
Niñas	91	77 **
Tasa neta de asistencia a la escuela secundaria (2000–2007*)		
Niños	–	48 **
Niñas	–	44 **
Tasa de alfabetización de adultos (2000–2007*)	91	81

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores económicos		
INB per cápita (US\$, 2007)	5.628	7.952
Porcentaje de la población que vive con menos de US\$1,25 al día (2005)	8	–
Porcentaje de los gastos del gobierno central (1997–2006*) que se asignan a:		
Defensa	4	11
Salud	7	14
Educación	14	6
Porcentaje que corresponde al ingreso en el hogar (1995–2005*):		
40% más bajo	11	19
20% más alto	56	42
VIH/SIDA		
Tasa de prevalencia entre adultos (15 a 49 años, 2007)	0,6	0,8
Número estimado de adultos y niños (todas las edades) que viven con VIH (2007)	1.900.000	33.000.000
Número estimado de niños (0 a 14 años) que viven con VIH (2007)	55.000	2.000.000
Número estimado de niños (0 a 17 años) huérfanos a causa del VIH (2007)	–	15.000.000
Protección de la infancia		
Inscripción del nacimiento (2000–2007*)	89	–
Urbana	92	–
Rural	82	–
Matrimonio infantil (1998–2007*)	–	–
Urbana	–	–
Rural	–	–
Trabajo infantil (5 a 14 años, 1999–2007*)	11	–
Niños	11	–
Niñas	10	–
Mujeres		
Tasa de paridad de la alfabetización de adultos (porcentaje de mujeres en comparación con hombres, 2000–2007*)	99	88
Cobertura de atención prenatal (porcentaje, 2000–2007*):		
Por lo menos una vez	94	77
Por lo menos 4 veces	83	47 **
Nacimientos atendidos por personal especializado (porcentaje, 2000–2007*)	85	62
Riesgo de mortalidad derivada de la maternidad en todo el período de vida (2005)	1 en: 280	92

NOTAS:

* Los datos se refieren a los años más recientes disponibles durante el período especificado.

** Excluida China.

– Sin datos disponibles.

† Datos basados en el 'Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS'.

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores demográficos		
Total de la población (2007)	405.992.000	6.655.406.000
Población de menores de 18 años (2007)	100.110.000	2.213.456.000
Población de menores de 5 años (2007)	26.458.000	629.106.000
Supervivencia		
Esperanza de vida al nacer (2007)	68	68
Tasa de mortalidad prenatal (menos de 28 días), por cada 1.000 nacidos vivos (2004)	16	28
Tasa de mortalidad infantil (menos de 1 año), por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	22	47
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	25	68
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, tasa media anual de reducción (1990–2007)	4,4	1,8
Tasa de mortalidad de las madres, por cada 100.000 nacidos vivos (2005, ajustado)	46	400
Salud y nutrición		
Porcentaje de recién nacidos con bajo peso (2000–2007*)	6	14
Porcentaje de menores de 5 años moderada o gravemente desnutridos† (2000–2007*)	–	23
Porcentaje de la población que utiliza fuentes mejoradas de agua (2006)	94	87
Urbana	99	96
Rural	86	78
% de la población que usa instalaciones mejoradas de saneamiento (2006)	89	62
Porcentaje de niños de 1 año vacunados (2007) contra:		
Tuberculosis (BCG)	96	89
Difteria/tos ferina/tétanos (DPT3)	96	81
Polio (polio3)	97	82
Sarampión	97	82
Hepatitis B (hepB3)	96	65
<i>Haemophilus influenzae tipo b (Hib3)</i>	23	26
% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que fueron conducidos a un proveedor de la atención de la salud apropiado (2000–2007*)	57	57 **
Educación		
Tasa de supervivencia hasta el último grado de la escuela primaria (datos administrativos; 2000–2007*)	96	76 **
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (2000–2007*)		
Niños	93	80 **
Niñas	91	77 **
Tasa neta de asistencia a la escuela secundaria (2000–2007*)		
Niños	79	48 **
Niñas	76	44 **
Tasa de alfabetización de adultos (2000–2007*)	97	81

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores económicos		
INB per cápita (US\$, 2007)	5.686	7.952
Porcentaje de la población que vive con menos de US\$1,25 al día (2005)	4	–
Porcentaje de los gastos del gobierno central (1997–2006*) que se asignan a:		
Defensa	9	11
Salud	7	14
Educación	6	6
Porcentaje que corresponde al ingreso en el hogar (1995–2005*):		
40% más bajo	20	19
20% más alto	42	42
VIH/SIDA		
Tasa de prevalencia entre adultos (15 a 49 años, 2007)	0,8	0,8
Número estimado de adultos y niños (todas las edades) que viven con VIH (2007)	1.500.000	33.000.000
Número estimado de niños (0 a 14 años) que viven con VIH (2007)	11.000	2.000.000
Número estimado de niños (0 a 17 años) huérfanos a causa del VIH (2007)	–	15.000.000
Protección de la infancia		
Inscripción del nacimiento (2000–2007*)	92	–
Urbana	93	–
Rural	92	–
Matrimonio infantil (1998–2007*)	11	–
Urbana	11	–
Rural	13	–
Trabajo infantil (5 a 14 años, 1999–2007*)	5	–
Niños	5	–
Niñas	5	–
Mujeres		
Tasa de paridad de la alfabetización de adultos (porcentaje de mujeres en comparación con hombres, 2000–2007*)	97	88
Cobertura de atención prenatal (porcentaje, 2000–2007*):		
Por lo menos una vez	90	77
Por lo menos 4 veces	–	47 **
Nacimientos atendidos por personal especializado (porcentaje, 2000–2007*)	94	62
Riesgo de mortalidad derivada de la maternidad en todo el período de vida (2005)	1 en: 1.300	92

NOTAS:

* Los datos se refieren a los años más recientes disponibles durante el período especificado.

** Excluida China.

– Sin datos disponibles.

† Datos basados en el 'Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS'.

PAÍSES INDUSTRIALIZADOS

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores demográficos		
Total de la población (2007)	974.913.000	6.655.406.000
Población de menores de 18 años (2007)	204.334.000	2.213.456.000
Población de menores de 5 años (2007)	54.922.000	629.106.000
Supervivencia		
Esperanza de vida al nacer (2007)	79	68
Tasa de mortalidad prenatal (menos de 28 días), por cada 1.000 nacidos vivos (2004)	3	28
Tasa de mortalidad infantil (menos de 1 año), por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	5	47
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	6	68
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, tasa media anual de reducción (1990–2007)	3,0	1,8
Tasa de mortalidad de las madres, por cada 100.000 nacidos vivos (2005, ajustado)	8	400
Salud y nutrición		
Porcentaje de recién nacidos con bajo peso (2000–2007*)	7	14
Porcentaje de menores de 5 años moderada o gravemente desnutridos† (2000–2007*)	–	23
Porcentaje de la población que utiliza fuentes mejoradas de agua (2006)	100	87
Urbana	100	96
Rural	98	78
% de la población que usa instalaciones mejoradas de saneamiento (2006)	100	62
Porcentaje de niños de 1 año vacunados (2007) contra:		
Tuberculosis (BCG)	–	89
Difteria/tos ferina/tétanos (DPT3)	96	81
Polio (polio3)	94	82
Sarampión	93	82
Hepatitis B (hepB3)	65	65
<i>Haemophilus influenzae tipo b (Hib3)</i>	84	26
% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que fueron conducidos a un proveedor de la atención de la salud apropiado (2000–2007*)	–	57 **
Educación		
Tasa de supervivencia hasta el último grado de la escuela primaria (datos administrativos; 2000–2007*)	97	76 **
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (2000–2007*)		
Niños	–	80 **
Niñas	–	77 **
Tasa neta de asistencia a la escuela secundaria (2000–2007*)		
Niños	–	48 **
Niñas	–	44 **
Tasa de alfabetización de adultos (2000–2007*)	–	81

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores económicos		
INB per cápita (US\$, 2007)	38.579	7.952
Porcentaje de la población que vive con menos de US\$1,25 al día (2005)	–	–
Porcentaje de los gastos del gobierno central (1997–2006*) que se asignan a:		
Defensa	12	11
Salud	18	14
Educación	4	6
Porcentaje que corresponde al ingreso en el hogar (1995–2005*):		
40% más bajo	20	19
20% más alto	40	42
VIH/SIDA		
Tasa de prevalencia entre adultos (15 a 49 años, 2007)	0,3	0,8
Número estimado de adultos y niños (todas las edades) que viven con VIH (2007)	2.000.000	33.000.000
Número estimado de niños (0 a 14 años) que viven con VIH (2007)	5.800	2.000.000
Número estimado de niños (0 a 17 años) huérfanos a causa del VIH (2007)	–	15.000.000
Protección de la infancia		
Inscripción del nacimiento (2000–2007*)	–	–
Urbana	–	–
Rural	–	–
Matrimonio infantil (1998–2007*)	–	–
Urbana	–	–
Rural	–	–
Trabajo infantil (5 a 14 años, 1999–2007*)	–	–
Niños	–	–
Niñas	–	–
Mujeres		
Tasa de paridad de la alfabetización de adultos (porcentaje de mujeres en comparación con hombres, 2000–2007*)	–	88
Cobertura de atención prenatal (porcentaje, 2000–2007*):		
Por lo menos una vez	–	77
Por lo menos 4 veces	–	47 **
Nacimientos atendidos por personal especializado (porcentaje, 2000–2007*)	–	62
Riesgo de mortalidad derivada de la maternidad en todo el período de vida (2005)	1 en: 8.000	92

NOTAS:

* Los datos se refieren a los años más recientes disponibles durante el período especificado.

** Excluida China.

– Sin datos disponibles.

† Datos basados en el 'Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS'.

PAÍSES EN DESARROLLO

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores demográficos		
Total de la población (2007)	5.432.837.000	6.655.406.000
Población de menores de 18 años (2007)	1.962.419.000	2.213.456.000
Población de menores de 5 años (2007)	562.128.000	629.106.000
Supervivencia		
Esperanza de vida al nacer (2007)	67	68
Tasa de mortalidad prenatal (menos de 28 días), por cada 1.000 nacidos vivos (2004)	31	28
Tasa de mortalidad infantil (menos de 1 año), por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	51	47
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	74	68
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, tasa media anual de reducción (1990–2007)	1,9	1,8
Tasa de mortalidad de las madres, por cada 100.000 nacidos vivos (2005, ajustado)	450	400
Salud y nutrición		
Porcentaje de recién nacidos con bajo peso (2000–2007*)	15	14
Porcentaje de menores de 5 años moderada o gravemente desnutridos† (2000–2007*)	24	23
Porcentaje de la población que utiliza fuentes mejoradas de agua (2006)		
Urbana	94	96
Rural	76	78
% de la población que usa instalaciones mejoradas de saneamiento (2006)	53	62
Porcentaje de niños de 1 año vacunados (2007) contra:		
Tuberculosis (BCG)	89	89
Difteria/tos ferina/tétanos (DPT3)	80	81
Polio (polio3)	81	82
Sarampión	81	82
Hepatitis B (hepB3)	65	65
<i>Haemophilus influenzae tipo b (Hib3)</i>	21	26
% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que fueron conducidos a un proveedor de la atención de la salud apropiado (2000–2007*)	57**	57**
Educación		
Tasa de supervivencia hasta el último grado de la escuela primaria (datos administrativos; 2000–2007*)	74**	76**
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (2000–2007*)		
Niños	80**	80**
Niñas	77**	77**
Tasa neta de asistencia a la escuela secundaria (2000–2007*)		
Niños	48**	48**
Niñas	43**	44**
Tasa de alfabetización de adultos (2000–2007*)	79	81

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores económicos		
INB per cápita (US\$, 2007)	2.405	7.952
Porcentaje de la población que vive con menos de US\$1,25 al día (2005)	25	–
Porcentaje de los gastos del gobierno central (1997–2006*) que se asignan a:		
Defensa	10	11
Salud	3	14
Educación	9	6
Porcentaje que corresponde al ingreso en el hogar (1995–2005*):		
40% más bajo	15	19
20% más alto	50	42
VIH/SIDA		
Tasa de prevalencia entre adultos (15 a 49 años, 2007)	0,9	0,8
Número estimado de adultos y niños (todas las edades) que viven con VIH (2007)	29.500.000	33.000.000
Número estimado de niños (0 a 14 años) que viven con VIH (2007)	2.000.000	2.000.000
Número estimado de niños (0 a 17 años) huérfanos a causa del VIH (2007)	–	15.000.000
Protección de la infancia		
Inscripción del nacimiento (2000–2007*)	50**	–
Urbana	65**	–
Rural	39**	–
Matrimonio infantil (1998–2007*)	36**	–
Urbana	22**	–
Rural	46**	–
Trabajo infantil (5 a 14 años, 1999–2007*)	16***	–
Niños	17***	–
Niñas	15***	–
Mujeres		
Tasa de paridad de la alfabetización de adultos (porcentaje de mujeres en comparación con hombres, 2000–2007*)	86	88
Cobertura de atención prenatal (porcentaje, 2000–2007*):		
Por lo menos una vez	77	77
Por lo menos 4 veces	46**	47**
Nacimientos atendidos por personal especializado (porcentaje, 2000–2007*)	61	62
Riesgo de mortalidad derivada de la maternidad en todo el período de vida (2005)	1 en: 76	92

NOTAS:

* Los datos se refieren a los años más recientes disponibles durante el periodo especificado.

** Excluida China.

*** Excludes China and Nigeria.

– Sin datos disponibles.

† Datos basados en el 'Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS'.

PAÍSES MENOS ADELANTADOS

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores demográficos		
Total de la población (2007)	804.450.000	6.655.406.000
Población de menores de 18 años (2007)	383.853.000	2.213.456.000
Población de menores de 5 años (2007)	124.237.000	629.106.000
Supervivencia		
Esperanza de vida al nacer (2007)	55	68
Tasa de mortalidad prenatal (menos de 28 días), por cada 1.000 nacidos vivos (2004)	40	28
Tasa de mortalidad infantil (menos de 1 año), por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	84	47
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, por cada 1.000 nacidos vivos (2007)	130	68
Tasa de mortalidad de menores de 5 años, tasa media anual de reducción (1990–2007)	1,9	1,8
Tasa de mortalidad de las madres, por cada 100.000 nacidos vivos (2005, ajustado)	870	400
Salud y nutrición		
Porcentaje de recién nacidos con bajo peso (2000–2007*)	17	14
Porcentaje de menores de 5 años moderada o gravemente desnutridos† (2000–2007*)	30	23
Porcentaje de la población que utiliza fuentes mejoradas de agua (2006)	62	87
Urbana	81	96
Rural	55	78
% de la población que usa instalaciones mejoradas de saneamiento (2006)	33	62
Porcentaje de niños de 1 año vacunados (2007) contra:		
Tuberculosis (BCG)	85	89
Difteria/tos ferina/tétanos (DPT3)	79	81
Polio (polio3)	79	82
Sarampión	76	82
Hepatitis B (hepB3)	75	65
<i>Haemophilus influenzae tipo b (Hib3)</i>	28	26
% de menores de cinco años de quienes se sospecha que padecen neumonía y que fueron conducidos a un proveedor de la atención de la salud apropiado (2000–2007*)	42	57 **
Educación		
Tasa de supervivencia hasta el último grado de la escuela primaria (datos administrativos; 2000–2007*)	60	76 **
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (2000–2007*)		
Niños	65	80 **
Niñas	63	77 **
Tasa neta de asistencia a la escuela secundaria (2000–2007*)		
Niños	26	48 **
Niñas	24	44 **
Tasa de alfabetización de adultos (2000–2007*)	57	81

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
Indicadores económicos		
INB per cápita (US\$, 2007)	491	7.952
Porcentaje de la población que vive con menos de US\$1,25 al día (2005)	54	–
Porcentaje de los gastos del gobierno central (1997–2006*) que se asignan a:		
Defensa	14	11
Salud	5	14
Educación	14	6
Porcentaje que corresponde al ingreso en el hogar (1995–2005*):		
40% más bajo	15	19
20% más alto	50	42
VIH/SIDA		
Tasa de prevalencia entre adultos (15 a 49 años, 2007)	2,2	0,8
Número estimado de adultos y niños (todas las edades) que viven con VIH (2007)	10.000.000	33.000.000
Número estimado de niños (0 a 14 años) que viven con VIH (2007)	900.000	2.000.000
Número estimado de niños (0 a 17 años) huérfanos a causa del VIH (2007)	–	15.000.000
Protección de la infancia		
Inscripción del nacimiento (2000–2007*)	29	–
Urbana	42	–
Rural	25	–
Matrimonio infantil (1998–2007*)	49	–
Urbana	37	–
Rural	55	–
Trabajo infantil (5 a 14 años, 1999–2007*)	30	–
Niños	31	–
Niñas	28	–
Mujeres		
Tasa de paridad de la alfabetización de adultos (porcentaje de mujeres en comparación con hombres, 2000–2007*)	72	88
Cobertura de atención prenatal (porcentaje, 2000–2007*):		
Por lo menos una vez	64	77
Por lo menos 4 veces	32	47 **
Nacimientos atendidos por personal especializado (porcentaje, 2000–2007*)	39	62
Riesgo de mortalidad derivada de la maternidad en todo el período de vida (2005)	1 en: 24	92

NOTAS:

* Los datos se refieren a los años más recientes disponibles durante el período especificado.

** Excluida China.

– Sin datos disponibles.

† Datos basados en el 'Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS'.

El Estado Mundial de la Infancia de 2009 examina cuestiones urgentes sobre la salud materna y neonatal y subraya la necesidad de establecer una atención continua y amplia de las madres, los recién nacidos y los niños y niñas. El informe describe paradigmas fundamentales en la programación y las políticas sanitarias dirigidas a las madres y los recién nacidos, y examina las alianzas y las iniciativas conjuntas destinadas a mejorar la salud materna y neonatal. El informe se centra sobre todo en África y Asia, y es un complemento de la edición del año pasado sobre la supervivencia infantil.



Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

3 UN Plaza, New York, NY 10017, Estados Unidos

pubdoc@unicef.org

www.unicef.org/spanish

Diseño y producción: Prographics, Inc.

ISBN: 978-92-806-4323-7

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

Diciembre de 2008