

ESTADO DE LA INFANCIA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE 2008

Supervivencia infantil

únete por
la niñez

unicef 

Contenido

Introducción..... 1

Supervivencia infantil en América Latina y el Caribe: por buen camino, aunque persiste una marcada desigualdad en la atención sanitaria y en los índices de supervivencia

Gráfico

1.1 Países y territorios de América Latina y el Caribe

1 Supervivencia infantil en América Latina y el Caribe: situación actual 3

Progresos alcanzados en supervivencia infantil; Países prioritarios de América Latina y el Caribe en supervivencia infantil; Progresos alcanzados en la región en los restantes Objetivos de Desarrollo del Milenio; Abordar los problemas que subyacen a las enfermedades.

Recuadros

Haití: un progreso insuficiente hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5; México: en camino de alcanzar los ODM 4 y 5, aunque la exclusión social continúa siendo un problema; Brasil: en camino de alcanzar los ODM 4 y 5, aunque prevalecen las disparidades; Embarazos en la adolescencia: un motivo de preocupación; La prometedora estrategia del Brasil para frenar la epidemia del SIDA; Supervivencia y salud infantil en las zonas urbanas densamente pobladas.

Gráficos

- 1.2 Desde 1960, el índice de mortalidad de menores de cinco años se ha reducido de forma importante en América Latina y el Caribe
- 1.3 Índices y tendencias de la mortalidad de menores de cinco años en América Latina y el Caribe
- 1.4 Indicadores de la prestación de atención sanitaria primaria en América Latina y el Caribe
- 1.5 El nivel de desnutrición es mayor entre las comunidades más pobres y en las zonas rurales de América Latina y el Caribe
- 1.6 América Latina y el Caribe registra el índice de cobertura de atención prenatal más elevado entre las regiones no industrializadas
- 1.7 América Latina y el Caribe registra un índice de alumbramientos por parte de madres adolescentes de entre 15 y 19 años mayor que el promedio mundial
- 1.8 La prevalencia del VIH y SIDA se ha estabilizado en gran medida en América Latina, aunque continúa siendo un motivo importante de preocupación en el Caribe
- 1.9 Alcanzar el ODM relativo al saneamiento permitiría el acceso de más de 100 millones de personas de América Latina y el Caribe a instalaciones de saneamiento mejoradas para 2015

2 Igualdad en la prestación de atención sanitaria a las madres, a los recién nacidos y a los niños y niñas..... 16

Las desigualdades en América Latina y el Caribe; Disparidades en materia de salud infantil entre los grupos étnicos; Disparidades geográficas y educativas en relación con la salud infantil; La desigualdad entre los géneros y su repercusión en los resultados en materia de salud referidos a las mujeres y la infancia.

Recuadros

Excluidos al nacer: el reto de la inscripción del nacimiento para los pueblos indígenas; Bolivia: los centros wawa wasi para los más pequeños; La pobreza y la desnutrición infantil en la región semiárida del Brasil.

Gráficos

- 2.1 Los índices de mortalidad en la infancia entre las poblaciones indígenas y de ascendencia africana son mucho mayores que los promedios nacionales
- 2.2 Las zonas rurales van muy a la zaga de las zonas urbanas en el acceso a instalaciones de agua y saneamiento
- 2.3 Datos obtenidos de las encuestas revelan desigualdades importantes en la supervivencia infantil según la localización geográfica, el nivel de renta y el nivel educativo de las madres

3 Alianzas comunitarias, atención continua y desarrollo de los sistemas sanitarios..... 24

Alianzas comunitarias en pro de la salud materna, neonatal e infantil; Prestar atención continua a las madres, a los recién nacidos y a los niños y niñas; Desarrollo de los sistemas sanitarios con miras a la igualdad y a la obtención de resultados; Abordar la necesidad de más personal sanitario calificado

Recuadros

El programa de trabajadores sanitarios de ámbito comunitario del Brasil; Los programas Zanmi-Lasante de ámbito comunitario de Haití; El modelo mexicano de reforma sanitaria: una estrategia diagonal; Las brigadas médicas móviles de Nicaragua: llevar la atención sanitaria a comunidades remotas; Desarrollo humano sostenible en Río Santiago: una estrategia específica orientada a prestar servicios a los grupos indígenas que habitan la región fronteriza entre el Perú y el Ecuador

Gráficos

- 3.1 El gasto sanitario en América Latina y el Caribe es moderado en comparación con los países que poseen un alto nivel de renta
- 3.2 Estrategias actuales seleccionadas para promover la igualdad en materia de salud infantil en América Latina y el Caribe

4 El camino hacia adelante..... 34

Lograr un compromiso político para la supervivencia infantil y la igualdad en la salud; Fortalecer las alianzas a todos los niveles; Estadísticas desagregadas para identificar las lagunas; Innovación técnica en atención de la salud y comunicaciones; Invertir en la atención primaria de la salud y salvaguardarla; Crear un entorno protector para la salud de la madre y el hijo y la igualdad entre los géneros; Dar carácter prioritario a la igualdad de la salud de la madre y de los niños a escala regional

Referencias..... 39

Estadísticas 41

Reconocimientos

Este informe ha sido elaborado por el equipo del *Estado Mundial de la Infancia* de Nueva York, con las aportaciones y la orientación de la Oficina Regional de UNICEF para las Américas y el Caribe, y de las oficinas de UNICEF en los distintos países de la región. La directora de edición fue Patricia Moccia, y David Anthony el editor. Karin Shankar fue la principal responsable de la redacción y de las labores de investigación.

Wivina Belmonte y Jean Gough se encargaron de coordinar las aportaciones de las oficinas regionales y nacionales. Los responsables de la orientación y los comentarios sobre políticas fueron Cristina Albuquerque, Manuel Buvnich, Marcio Carvalho, Paolo Froes, Lucio Goncalves, Daniela Ligeiro, Vivian López, Eva Lotta, Kent Page, Marie-Pierre Poirer y Alison Sutton.

Amy Lai, Catherine Rutgers, Charlotte Maitre, Emily Goodman, Gabrielle Mitchell-Marell, Hirut Gebre-Egziabher, Kristin Moehlman, Marilia di Noia y Michelle Risley prestaron apoyo editorial. Las tablas estadísticas fueron elaboradas por la Sección de Información Estratégica de la División de Políticas y Planificación, gracias a Nyein Nyein Lwin. Dirigieron la producción Jaclyn Tierney y Edward Ying Jr. Choon Sim y Bomi Lee, de Creatrix, se encargaron del diseño y la producción preimpresión.

Derechos reprográficos

FOTOGRAFÍA DE LA PORTADA: © UNICEF/2006/Susan Markisz, Venezuela (República Bolivariana de).

FOTOGRAFÍAS INTERIORES: **pág. 1,** © Oficina de UNICEF del Brasil/2006/Zélia Teles; **pág. 2,** © UNICEF/2006/Susan Markisz; **pág. 3,** © UNICEF/HQ05-1869/Donna DeCesare; **pág. 6,** © UNICEF/HQ06-2405/Susan Markisz; **pág. 7,** © UNICEF/HQ05-1958/Roger LeMoyné; **pág. 8,** © UNICEF/HQ04-0571/Mauricio Ramos; **pág. 14,** © UNICEF/HQ07-1266/Luca Bonaccini; **pág. 16,** © UNICEF/HQ05-1921/Roger LeMoyné; **pág. 18,** © UNICEF/HQ06-2403/Susan Markisz; **pág. 19,** © Oficina de UNICEF de Bolivia/2006/Oscar Lijerón; **pág. 24,** © UNICEF/HQ05-1864/Donna DeCesare; **pág. 26,** © UNICEF/HQ05-0917/Shehzad Noorani; **pág. 28,** © UNICEF/HQ06-1349/Claudio Versiani; **pág. 29,** © UNICEF/HQ04-0572/Mauricio Ramos; **pág. 31,** © UNICEF/HQ04-0778/Donna DeCesare; **pág. 34,** © UNICEF/HQ06-1354/Claudio Versiani; **pág. 36,** © Oficina de UNICEF del Uruguay/2004/Carlos Contrera; **pág. 38,** © Oficina de UNICEF del Brasil/2005/Ratão Diniz

Si desea una versión electrónica de este informe junto con material adicional multimedia, visite el sitio www.unicef.org/spanish y haga clic en el *Estado Mundial de la Infancia 2008*. Podrá ver el informe pulsando en el icono de “Informe completo”.



Brasil: una niña indígena con su hermana pequeña en brazos.

Introducción

Supervivencia infantil en América Latina y el Caribe: por “buen camino”, aunque persiste una marcada desigualdad en la atención sanitaria y en los índices de supervivencia

Todos los años el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) publica el *Estado Mundial de la Infancia*, el informe más completo y fidedigno referido a los ciudadanos más jóvenes del mundo. El *Estado Mundial de la Infancia 2008*, publicado en enero de 2008, examina la realidad mundial de la supervivencia infantil y la probabilidad de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), las metas fijadas en 2000 por la comunidad mundial, orientadas a erradicar la pobreza, reducir la mortalidad materna e infantil, combatir la enfermedad, garantizar la sostenibilidad medioambiental y facilitar el acceso de la población de los países en desarrollo a medicamentos asequibles.

Este año, UNICEF presenta la tercera edición de su informe anual regional referido a la región de América Latina y el Caribe bajo un nuevo título: *Estado de la Infancia en América Latina y el Caribe, 2008*. Junto con otras ediciones regionales, este volumen es un complemento del *Estado Mundial de la Infancia 2008*, en el que se ha pasado de una perspectiva mundial a una visión regional de las tendencias de la supervivencia y la

salud infantil, esbozándose posibles soluciones –por medio de programas, políticas y alianzas– para acelerar el progreso en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El informe se centra de manera particular en los tres principales países de la región que presentan las cifras más elevadas o el mayor índice de muertes infantiles: el Brasil, Haití y México.

El informe expone las amplias prioridades que es preciso abordar a fin de acelerar el progreso en la salud materna e infantil en general, y de reducir la desigualdad que afecta a la prestación de atención sanitaria y en particular a los resultados obtenidos en materia de salud. Aunque esta región va por buen camino de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4, que consiste en reducir la mortalidad en la infancia en dos terceras partes entre 1990 y 2006, así como otros ODM relacionados con la salud, está claro que muchas comunidades y grupos –que se diferencian por el nivel de ingresos, el origen étnico, el género y la localización geográfica en particular– corren el riesgo de continuar siendo excluidas de servicios esenciales de atención sanitaria de calidad.

El *Estado de la Infancia en América Latina y el Caribe 2008* pone de relieve la necesidad de establecer prioridades claras, tanto en lo que se refiere a la atención sanitaria como a la elaboración de macropolíticas orientadas a abordar las crecientes desigualdades en materia de salud que afectan a la región. Al objeto de fomentar una prestación equitativa de la atención sanitaria, el informe exhorta a adoptar medidas como las siguientes:

- La promoción de alianzas comunitarias para la atención sanitaria materna, neonatal e infantil.
- El desarrollo de los programas sanitarios con miras a la igualdad y a la obtención de resultados, lo que implica, por ejemplo, la ampliación de los recursos sanitarios y la supresión de los estrangulamientos que obstaculizan la prestación de servicios de atención sanitaria, con especial atención a los grupos excluidos a fin de alcanzar la cobertura universal de las intervenciones clave.
- Abordar la carencia de trabajadores con un mejor nivel de capacitación.

A escala macro, el informe pone de relieve cinco aspectos clave en los que es preciso realizar esfuerzos conjuntos. Éstos son algunos de ellos:

- El compromiso político en todos los ámbitos del gobierno y de la sociedad civil, lo que incluye unos objetivos claramente definidos y una mayor armonización de las alianzas.
- Una recolección y diseminación más exhaustiva y un mejor análisis de datos desglosados, con el fin de detectar con precisión las deficiencias y disparidades.
- Innovación técnica en atención de la salud y tecnología de las comunicaciones.
- La inversión en la atención prestada en los centros sanitarios, y la formación de trabajadores capacitados, asegurando su permanencia.
- La creación de un entorno de apoyo para la salud materna e infantil y la igualdad entre los géneros.

El imperativo de la unidad y el principio de igualdad presiden el informe de principio a fin. Los fundamentos para la acción –datos, estudios, evaluaciones, marcos, programas y alianzas– están firmemente establecidos. La conclusión final del *Estado de la Infancia en América Latina y el Caribe 2008* es que ha llegado el momento de abordar las desigualdades en materia de salud que afectan a las mujeres y la infancia en esta región, no sólo porque se trata de un asunto de justicia social, sino con el fin de garantizar que los beneficios derivados de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud tengan en cuenta a las mujeres, niños y niñas que habitualmente y en la actualidad quedan excluidos.



República Bolivariana de Venezuela: Una mujer indígena sentada con su hija pequeña en su casa.

Gráfico 1.1

Países y territorios de América Latina y el Caribe

Antigua y Barbuda; Argentina; Bahamas; Barbados; Belice; Bolivia; Brasil; Chile; Colombia; Costa Rica; Cuba; Dominica; República Dominicana; Ecuador; Salvador; Granada; Guatemala; Guyana; Haití; Honduras; Jamaica; México; Nicaragua; Panamá; Paraguay; Perú; San Kitts y Nevis; Santa Lucía; San Vicente y las Granadinas; Surinam; Trinidad y Tobago; Uruguay; Venezuela (República Bolivariana de)

* El término “regiones no industrializadas” se refiere a aquellas regiones no incluidas en la clasificación estándar de UNICEF de países y territorios industrializados. Entre las “regiones no industrializadas” se incluyen Europa Central y Oriental y la Comunidad de Estados Independientes, Asia Oriental y el Pacífico, América Latina y el Caribe, Oriente Medio y África Septentrional, Asia Meridional y África Subsahariana. En la página 148 del *Estado Mundial de la Infancia 2008* de UNICEF figura la lista de los países industrializados.



Guatemala: madre e hija se alojan en un refugio tras perder su hogar en un corrimiento de tierras.

1 Supervivencia infantil en América Latina y el Caribe: situación actual

La región de América Latina y el Caribe es un crisol de pueblos, culturas y entornos naturales. Sin embargo, es también una región donde la mayor parte de los países comparten un pasado colonial similar y un recuerdo más reciente de acontecimientos económicos y políticos turbulentos. Esta región está siendo escenario de cambios muy rápidos. Desde el catastrófico descenso de los niveles de renta en la década de 1980 y los colapsos económicos de 1990 se ha ido recuperando de manera estable, convirtiéndose en una región cada vez más urbana y próspera. Los cambios socioeconómicos, sin embargo, han venido acompañados de una transición epidemiológica que se traduce en un mayor número de muertes ocasionadas por las “enfermedades no transmisibles

de la opulencia”, como las enfermedades coronarias, el cáncer y los infartos. Pese a que la región de América Latina y el Caribe presentaba uno de los niveles de renta per cápita más elevados de las regiones no industrializadas* en 2006, la salud de las madres, niños y niñas más vulnerables continúa siendo motivo de preocupación.

En 2006, el último año para el que se dispone de estimaciones fidedignas, aproximadamente 308.000 niños y niñas de América Latina y el Caribe murieron antes de cumplir los cinco años, en su mayoría por causas que habrían podido evitarse mediante la ampliación de las intervenciones de atención sanitaria primaria a las provincias y comunidades

que actualmente están excluidas de dichos servicios¹. Aproximadamente el 42% de estas muertes acaecieron durante el período neonatal –esto es, en el primer mes de vida– por causas como el bajo peso al nacer, la asfixia y septicemias². Un número considerable de muertes de menores de cinco años son resultado de enfermedades infecciosas y de afecciones prevenibles como la neumonía y las infecciones por rotavirus.

La salud materna y neonatal se hallan intrínsecamente unidas, dado que la mejora de la nutrición y la salud maternas, así como la prestación de unos servicios de salud reproductiva de calidad, son cruciales a la hora de abordar muchas de las causas que subyacen a la mortalidad

* En la página 2 figura una definición de regiones no industrializadas.

neonatal. No obstante, los mecanismos de remisión en el ámbito de la atención ginecológica, así como el acceso de las madres y los recién nacidos a la atención en centros sanitarios, continúa siendo un reto para algunas comunidades. Cerca de un 16% de los niños y niñas menores de cinco años de esta región padecen un retraso en el crecimiento moderado o severo, situación que agrava el efecto de las enfermedades. El uso de agua no apta para el consumo y las instalaciones de saneamiento deficientes, que en concreto prevalecen en las zonas rurales, contribuyen también –además de los accidentes y la violencia– a la mortalidad y la morbilidad infantil.

El *Estado de la Infancia en América Latina y el Caribe 2008* presenta un análisis de la situación actual de la supervivencia infantil en la región. El núcleo de este informe lo constituye lo que tal vez sea el mayor de los desafíos que enfrenta esta región: la reducción de las desigualdades en el acceso a una atención sanitaria primaria de calidad. Tal como muestra este informe, las madres y los niños y niñas de corta edad que padecen un mayor riesgo de ser excluidos de los servicios esenciales provienen, de forma muy desproporcionada, de las familias más pobres; viven en condiciones de hacinamiento y de falta de higiene en las zonas periurbanas o en barrios de tugurios dentro de las grandes ciudades o en sus

alrededores; pertenecen a comunidades indígenas o de origen africano que son objeto de exclusión social; y pertenecen a comunidades de zonas rurales a menudo olvidadas o de difícil acceso.

Puesto que la aceleración del progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la salud no necesariamente reducirá las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios en los países, resulta fundamental entender cómo se pueden abordar las disparidades que persisten en los resultados obtenidos en materia de salud infantil a fin de asegurar que los niños, niñas y madres marginados y empobrecidos de América Latina y el Caribe tengan la oportunidad de sobrevivir y avanzar.

Progresos alcanzados en supervivencia infantil

ODM 4: reducir la mortalidad en la infancia

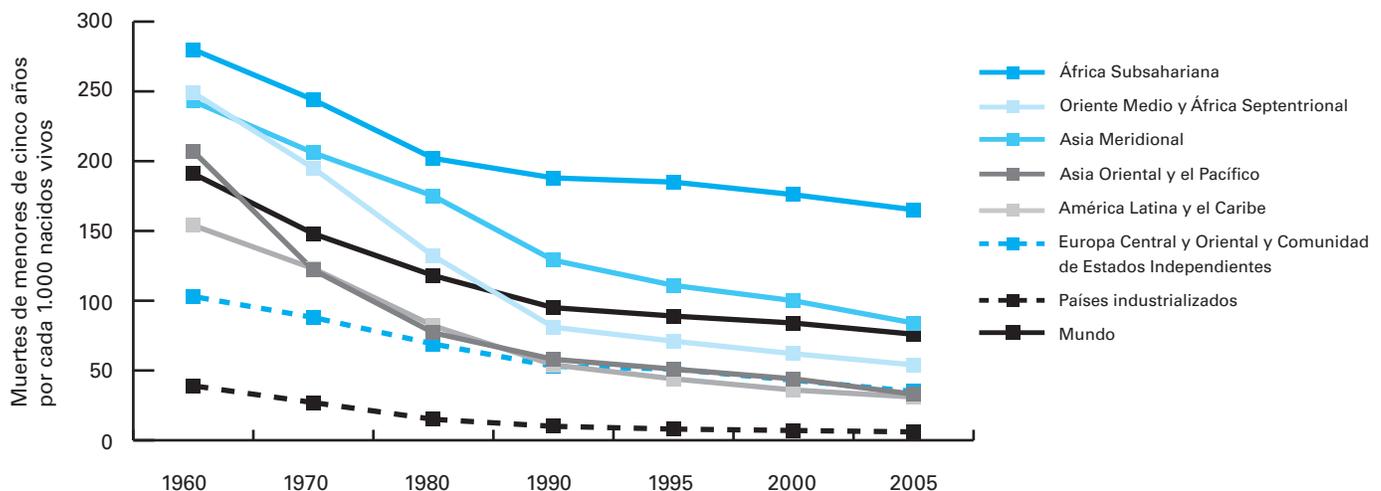
El interés de la comunidad que trabaja por la supervivencia infantil se centra principalmente en el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4, cuyo propósito es reducir en dos terceras partes el índice mundial de mortalidad de menores de cinco años entre el año de referencia 1990 y el año meta 2015. Desde 1960 –el

primer año del que se dispone de datos sobre las cifras anuales de mortalidad en la infancia–, esta región ha registrado avances importantes en lo tocante a la reducción de la mortalidad en la infancia gracias a una combinación de factores: la expansión de los servicios sanitarios primarios y la atención en centros de salud; la implantación de sistemas de seguridad social que faciliten el acceso a los servicios de atención sanitaria; los programas de vacunación a gran escala; la terapia de rehidratación oral; la sensibilización acerca de la importancia de la lactancia materna; y el aumento en la cobertura de servicios básicos como la mejora del agua potable y las instalaciones de saneamiento. Otros factores socioeconómicos y demográficos han contribuido a la consecución y consolidación de dichos logros: por ejemplo, el aumento del nivel educativo (según las estimaciones más recientes, el 96% de los hombres y el 97% de las mujeres de entre 15 y 24 años estaban alfabetizados) y el descenso de los índices de fertilidad.

Entre 1990 y 2006, América Latina y el Caribe logró la reducción más drástica de la mortalidad de menores de cinco años registrada en todas las regiones del mundo, a un ritmo anual del 4,4%³. En la actualidad, la región en su conjunto va por buen camino de lograr el ODM

Gráfico 1.2

Desde 1960, el índice de mortalidad de menores de cinco años se ha reducido de forma importante en América Latina y el Caribe



Fuente: Cálculos de UNICEF basados en el trabajo del Grupo interinstitucional para las estimaciones sobre mortalidad en la infancia.

4, habiendo logrado ya una reducción del 51% en su índice de mortalidad de menores de cinco años, que ha descendido desde 55 muertes por cada 1.000 nacimientos en 1990 a 27 por cada 1.000 nacidos vivos en 2006. Junto con Europa Central y Oriental, la Comunidad de Estados Independientes y la región de Asia Oriental y el Pacífico, América Latina y el Caribe presenta uno de los índices más bajos de mortalidad de menores de cinco años de las regiones no industrializadas. En la actualidad, sólo 1 de cada 37 niños o niñas muere antes de haber cumplido los 5 años; en 1990 esta cifra era de 1 de cada 18, y 1 de cada 8 en 1970. Esta región aún tiene bastante camino por recorrer para alcanzar el bajo índice de mortalidad en la infancia de los países industrializados, donde sólo 1 de cada 167 niños o niñas muere antes de cumplir los 5 años.

Prestación de servicios de atención sanitaria primaria

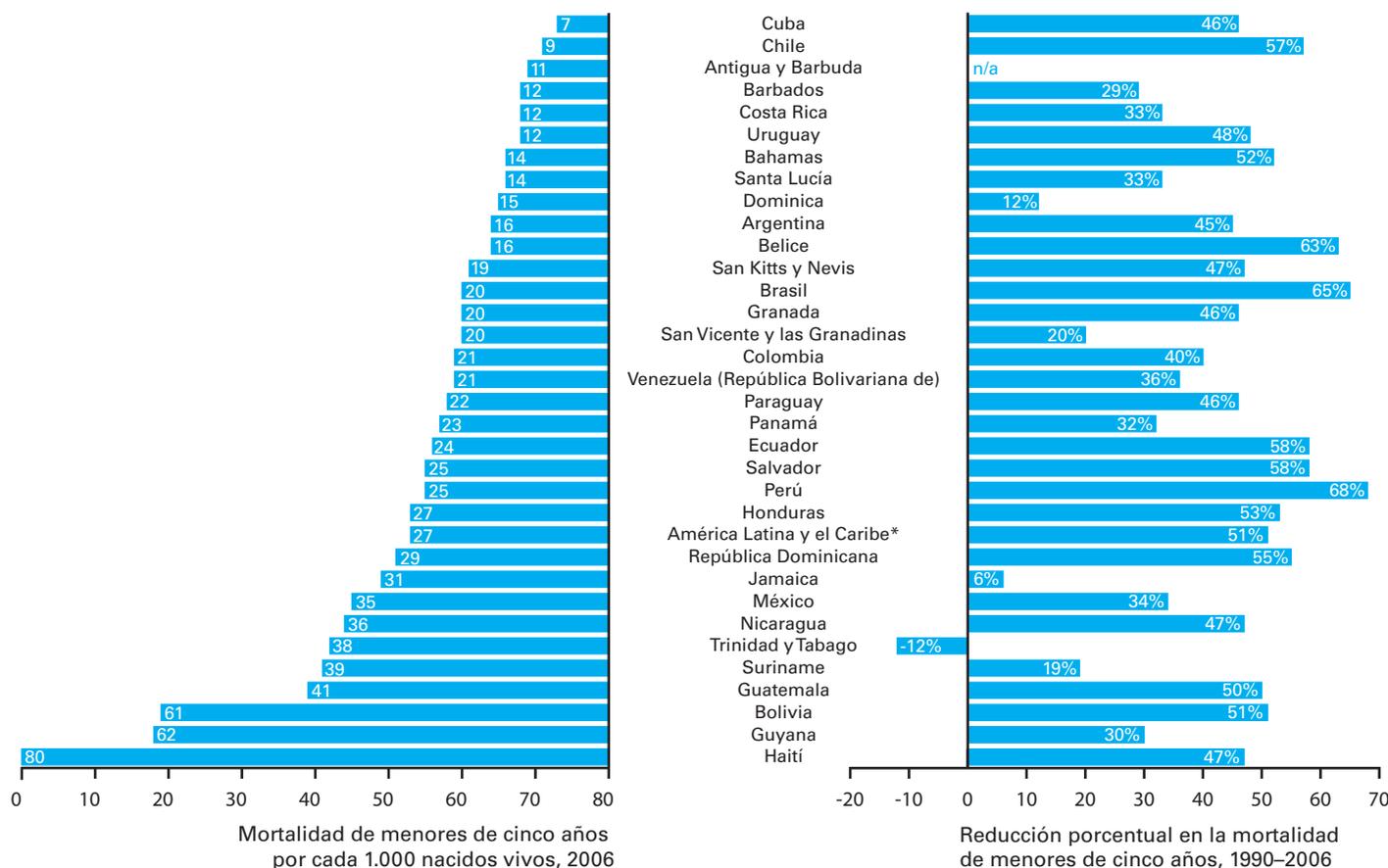
Las intervenciones decisivas que son necesarias para abordar las principales causas de mortalidad en la infancia en América Latina y el Caribe y otros lugares del mundo en desarrollo están perfectamente establecidas y reconocidas. Entre las prácticas y servicios más básicos –pero también más importantes– que se han establecido figuran los siguientes: la asistencia en el parto y la atención neonatal por parte de personal cualificado; la atención a los bebés nacidos con un peso inferior al normal; la promoción de la higiene; la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y el tratamiento pediátrico del SIDA; una nutrición adecuada consistente, en particular, en el empleo temprano de la lactancia materna como método exclusivo de alimentación;

la alimentación complementaria en combinación con la lactancia materna durante al menos dos años más; la administración de suplementos de micronutrientes para fortalecer el sistema inmunitario; la inmunización para proteger a los niños y niñas contra las seis principales enfermedades prevenibles mediante vacunas; la terapia de rehidratación oral y de administración de zinc para combatir las enfermedades diarreicas; los antibióticos para combatir la neumonía; y los mosquiteros tratados con insecticida y medicamentos eficaces para prevenir y combatir el paludismo.

Según las estimaciones más recientes publicadas en el *Estado Mundial de la Infancia, 2008*, la región se halla en una situación óptima en lo que se refiere a gran parte de los indicadores relativos a la salud materna e infantil que se analizan

Gráfico 1.3

Índices y tendencias de la mortalidad de menores de cinco años en América Latina y el Caribe



*Total en la región.

Fuente: Cálculos de UNICEF basados en el trabajo del Grupo interinstitucional para las estimaciones sobre mortalidad en la infancia.



Venezuela (República Bolivariana de): Una mujer del grupo indígena de los Wayuu amamanta a su bebé mientras espera a que sus hijos sean vacunados.

en las secciones siguientes de este capítulo. En síntesis, y tal como ilustra el gráfico 1.4 en esta página, de entre las regiones no industrializadas, ésta es la que presenta uno de los índices de cobertura más elevados en cuanto a atención prenatal y alumbramiento en centros sanitarios, inmunización, empleo de la lactancia materna como método exclusivo de alimentación, y abastecimiento de agua y saneamiento.

Países prioritarios de América Latina y el Caribe en supervivencia infantil

Debido al elevado número de muertes infantiles que registran ambos países, el Brasil y México fueron incluidos en 2006 en la lista de los 60 “países prioritarios” elaborada por la alianza Cuenta atrás hacia 2015, una coalición de científicos, encargados de políticas, activistas y gestores de programas cuya misión es supervisar los progresos alcanzados en todo el mundo en materia de mortalidad derivada de la maternidad, neonatal e infantil. También se incluyó a Haití entre los 60 países prioritarios debido a su elevado índice de mortalidad de menores de cinco años, que en 2006 se situaba en torno a las 80 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.

La iniciativa Cuenta atrás hacia 2015 recaba información relativa al progreso de los países en lo que se refiere a la ampliación de las intervenciones de eficacia probada para reducir la mortalidad en la infancia. Al poco tiempo de constituirse la alianza se reconoció que, si bien era necesario que todas las regiones del mundo aceleraran el progreso, los países que presentan las cifras o índices más elevados de muertes de

menores de cinco años merecían una atención prioritaria. A tal fin, los miembros de Cuenta atrás hacia 2015, entre los que figura UNICEF, designaron los países prioritarios basándose en dos criterios: los países que registraban más de 50.000 muertes anuales de niños y niñas menores de cinco años, y los países que presentaban un índice de mortalidad de menores de cinco años de al menos 90 muertes por cada 1.000 nacimientos. A la hora de establecer estos criterios, únicamente había tres países de esta región que los satisfacían: Brasil, Haití y México.

La alianza Cuenta atrás hacia 2015 se reunirá de nuevo en abril de 2008, ampliando sus criterios a fin de incluir la supervivencia materna, neonatal e infantil. No queda claro si el Brasil y México, países ambos que han ido avanzando a un ritmo estable, continuarán figurando entre los “países prioritarios”. El Brasil, que entre 1990 y 2006 ha experimentado una rápida reducción en el índice de mortalidad de menores de cinco años, está a punto de alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4; México, que registra un descenso del 34 % en relación con el mismo período, va también por buen camino. En lo que respecta a Haití, a pesar de los progresos alcanzados –desde 1990 se ha registrado un drástico descenso en el índice de mortalidad de menores de cinco años, con una reducción de un 47 % desde el año de referencia–, probablemente continúe siendo un país prioritario, debido a que el índice de mortalidad en la infancia sigue siendo elevado. En los tres países se registran desigualdades considerables en materia de salud entre los distintos grupos poblacionales.

Gráfico 1.4

Indicadores de la prestación de atención sanitaria primaria en América Latina y el Caribe

	AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE	PAÍSES EN DESARROLLO	PAÍSES INDUSTRIALIZADOS
Atención sanitaria a las madres			
Cobertura de la atención sanitaria prenatal (%; 2000–2006*)	94	75	-
Alumbramiento en centros sanitarios (%; 2000–2006*)	86	53	-
Atención sanitaria neonatal			
Recién nacidos inmunizados contra el tétanos (%; 2006)	84	80	-
Atención sanitaria a bebés y a niños y niñas de corta edad			
Índice de cobertura de la administración de suplementos de vitamina A (%; 2000–2006*)	85	72	-
Índice de inmunización contra la difteria, la tos ferina y el tétanos.‡ (%; 2006)	92	78	96
Atención de salud medioambiental			
Acceso a fuentes mejoradas de agua (%; 2004)	91	80	100
Acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas (%; 2004)	77	50	100
Inversión del gobierno en salud			
Gasto sanitario del gobierno central (% del PIB, 2000–2006*)	7	3	18

* Los datos se refieren al año más reciente del período especificado.

‡ Porcentaje de bebés que recibieron tres dosis de la vacuna contra la difteria, la pertusis y el tétanos.

Fuente: UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2008, Tablas estadísticas*, págs. 109–153.

HAITÍ: UN PROGRESO INSUFICIENTE HACIA LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO 4 Y 5

Haití, la nación isleña del Caribe, es el país más pobre del hemisferio occidental, en el que más de la mitad de la población vive con menos de 1 dólar al día. Un historial de violencia e inestabilidad política ha debilitado los sistemas sanitarios, impidiendo la prestación de servicios básicos y de asistencia humanitaria a los más vulnerables.

La situación ha mejorado desde 2006, año en que se restauró el gobierno democrático. No obstante, el proceso de desarme inconcluso, el tráfico de drogas, las dificultades en la reforma de la esfera judicial y de seguridad del país y la ineficacia del gobierno están menoscabando la confianza en una estabilidad a largo plazo. Además, Haití es un país proclive a padecer los efectos de desastres naturales tales como inundaciones, deslizamientos de tierra y huracanes, que se cobran numerosas vidas y dañan su ya de por sí frágil infraestructura física. El elevadísimo índice de deforestación es uno de los más graves factores de origen humano que contribuyen a aumentar la probabilidad de que ocurran desastres naturales.

Haití ha experimentado una importante reducción en el número de muertes de menores de cinco años, que ha pasado de 152 por cada 1.000 nacidos vivos en 1990, a 80 por cada 1.000 nacidos vivos en 2006; no obstante, el país continúa registrando los índices de mortalidad en la infancia más elevados de la región. Un alto porcentaje de las muertes de menores de cinco años acaecen durante el período neonatal. La mortalidad derivada de la maternidad constituye asimismo un grave problema: se calcula que en 2005 el número de muertes maternas por causas relacionadas con el embarazo fue, nada menos, que de 670 por cada 100.000 mujeres.

La falta de medidas preventivas adecuadas desempeña un papel tan crucial en el bajo índice de supervivencia infantil de los menores de cinco años como la disponibilidad

de opciones oportunas y eficaces. Según los datos más recientes de que se dispone, sólo un poco más de la mitad de la población total tiene acceso a fuentes de agua potable, y apenas el 30% emplean instalaciones sanitarias mejoradas. En las zonas rurales esta cifra desciende hasta el 14%.

No resulta sorprendente que las enfermedades diarreicas sean una de las principales causas de muerte entre los niños y niñas menores de cinco años, al estar directamente relacionadas con el consumo de agua no potable y con un saneamiento inadecuado. Sin embargo, en 2006 menos de la mitad de los niños y niñas que padecían diarrea recibieron terapia de rehidratación oral, el tratamiento más sencillo y rentable si se combina con una alimentación continuada. El índice de desnutrición entre los niños y niñas menores de cinco años, que se manifiesta en un retraso en el crecimiento moderado o grave, se sitúa en un alarmante 24%. La neumonía y el SIDA son también causa de un elevado porcentaje de muertes.

Haití presenta los mayores índices de VIH de toda la región del Caribe, si bien las pruebas indican una tendencia al descenso en los índices de infección, y la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas parece haberse estabilizado durante los dos últimos años. Aun así, es necesario redoblar los esfuerzos para prevenir el contagio y para administrar tratamiento antirretroviral que disminuya el riesgo de transmisión

a los recién nacidos. En 2006 sólo cerca de una quinta parte de las mujeres con VIH recibían tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión materno-infantil. A fin de continuar refrenando la epidemia es necesario también abordar la cuestión de la promoción de la autonomía de las mujeres, en especial en lo que se refiere a su escaso poder de decisión en materia de salud sexual y reproductiva.

Junto con el derecho a la salud, el derecho a la protección es un problema acuciante para los niños y niñas de Haití. El trabajo infantil y la trata de menores son prácticas habituales. La deficiencia en la recogida de datos y los sistemas de análisis de los mismos constituyen otro obstáculo que dificulta el seguimiento de los avances y retrocesos relativos a la salud y la protección infantil.

Si bien los esfuerzos por lograr mejoras tangibles en la vida de los ciudadanos más jóvenes de Haití parecen haberse acelerado, tanto en el sector público como en el privado, el alcance de las políticas y actuaciones continúa siendo limitado. En un país en el que 1 de cada 13 niños y niñas muere antes de cumplir los 5 años, está claro que las medidas habituales no bastan para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los restantes compromisos relacionados con la salud y la supervivencia materna e infantil.

Véase la sección Referencias, página 39.



Haití: barrio de tugurios de la ciudad de Puerto Príncipe.



México: Un grupo de mujeres, niños y niñas se congregan a la espera de recibir suplementos nutricionales administrados en el contexto del programa Oportunidades para la promoción de la salud y la educación.

MÉXICO: EN CAMINO DE ALCANZAR LOS ODM 4 Y 5, AUNQUE LA EXCLUSIÓN SOCIAL CONTINÚA SIENDO UN PROBLEMA

El compromiso político asumido por el Gobierno de México de implantar una política social ha contribuido a impulsar la consecución de las metas sociales del país, de las cuales una de las más importantes es la salud de las madres y de su prole.

Las intervenciones en materia de salud pública implantadas a gran escala desde la década de 1980 –como por ejemplo, el Programa Universal de Vacunación, el Programa Agua Limpia y las Semanas Nacionales de Salud– han contribuido de manera importante a reducir los índices de mortalidad en la infancia. La mortalidad de menores de cinco años descendió de 53 a 35 muertes por cada 1.000 nacidos vivos entre 1990 y 2006, lo que indica que el país va por buen camino para alcanzar el ODM 4. Si bien la capacidad nacional para prestar servicios de atención sanitaria e inmunización a la infancia es en general adecuada, llegar a los niños y niñas vulnerables y excluidos continúa siendo un reto institucional.

En 2000, el 53% de todas las muertes de menores de cinco años acaecidas en México se debieron a causas neonatales. Este elevado porcentaje impone la necesidad de realizar esfuerzos continuados dirigidos a disminuir el número de muertes durante los primeros 28 días de la vida del bebé y, simultáneamente, mejorar la salud materna. Otras de las causas

principales de muertes prevenibles de menores de cinco años fueron la neumonía (9%), las lesiones (7%) y el síndrome diarreico (5%). Se calcula que en 2006 sólo un 5% de las mujeres embarazadas con VIH recibieron tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión materno-infantil.

Al igual que muchos de los países de la región, México se enfrenta al desafío que supone reducir las desigualdades entre los estados y satisfacer el derecho a la salud de muchos niños y niñas indígenas. Por ejemplo, en 2006, un bebé nacido en el estado sureño de Guerrero, cuya población es indígena, tenía el doble de probabilidades de morir antes de cumplir su primer año de vida que otro nacido en el estado norteño de Nuevo León.

México va camino de alcanzar el ODM 1, que consiste en reducir a la mitad el número de personas que padecen hambre entre 1990 y 2015. En 2006 más del 40% de los hogares mexicanos se beneficiaron de programas de nutrición o de alimentación suplementaria, lo que supone un notable incremento en comparación con el 23% en 1999. No obstante, mejorar el estado nutricional de todos los niños y niñas continúa siendo la asignatura pendiente del programa de atención sanitaria, dado que según datos obtenidos entre 1999 y 2006, el 13% de los niños y niñas sufren retraso en el crecimiento.

La pobreza es un factor crítico de la salud y la supervivencia infantil. En 2002, 906.000 niños, niñas y adolescentes menores de 18 años vivían en condiciones de pobreza extrema (con menos de 1 dólar al

día). En consecuencia, la política social del Gobierno se ha centrado en la reducción de la pobreza mediante el programa Oportunidades (anteriormente llamado PROGRESA), un programa de transferencia de fondos condicionales dirigido a fomentar la educación y los hábitos preventivos en materia de salud y nutrición. El objetivo del programa Oportunidades, implantado en 1997, es proporcionar a los progenitores los medios para que inviertan en la educación y la salud de su prole con el fin de mitigar la carga que supone la pobreza y romper el círculo vicioso que se transmite de una generación a otra. A finales de 2007 el programa llegaba a 5 millones de familias de 2.444 municipios de todo el país.

Según las conclusiones de un estudio realizado en 2003, publicado por *The Lancet* en marzo de 2008, las transmisiones de fondos realizadas en el contexto del programa Oportunidades se habían traducido en unos mejores resultados en materia de salud, crecimiento y desarrollo infantil en el caso de los 2.400 niños y niñas que fueron objeto de examen (véase el Recuadro, página 29).

Una nueva y prometedora iniciativa del Gobierno de México es el Seguro Médico para una Nueva Generación, un programa iniciado en 2007 cuyo objeto es ofrecer cobertura sanitaria a todas las familias cuya descendencia haya nacido después del 1 de diciembre de 2006, y que no sean ya beneficiarias de otros sistemas de seguridad social mexicanos.

Véase la sección Referencias, página 39.

BRASIL: EN CAMINO DE ALCANZAR LOS ODM 4 Y 5, AUNQUE PREVALECE LAS DISPARIDADES

El Brasil ha asumido el firme compromiso de poner fin a la pobreza y el hambre. Con vistas a tal fin, el gasto del Gobierno en programas sociales, en especial de salud, representa una cuarta parte del producto interior bruto. Los índices de mortalidad de menores de cinco años han registrado un rápido descenso entre 1990 y 2006, de modo que el Brasil va por buen camino de lograr el ODM 4.

Según los cálculos nacionales más recientes, el mayor número de muertes se debe en primer lugar a causas neonatales (66%), seguidas de la neumonía (5%) y las enfermedades diarreicas (4%). La cantidad de niños y niñas menores de dos años que padecen desnutrición ha descendido notablemente. La proporción de niños y niñas brasileños con un peso inferior al normal para su edad descendió desde el 13% en 2000 al 4% en 2006, lo que representa una reducción de más del 70% a lo largo de dicho período. A pesar de estos avances, las dificultades en lo que se refiere al estado nutricional de la infancia persisten. En la región nordeste del Brasil, además de la pobreza y la desigualdad, hay cuatro veces más niños y niñas menores de dos años desnutridos que en la zona del sur del país, más próspera.

Al igual que ocurre en gran parte de la región de América Latina y el Caribe, el Brasil debe salvar las importantes diferencias en el acceso a la atención sanitaria que existen entre las poblaciones ricas y pobres, urbanas y rurales y urbanas y periurbanas, así como entre los distintos grupos étnicos. En las zonas del norte y el nordeste, y en especial en la zona semidesértica, es donde se encuentran los estados más pobres del Brasil y donde se registran los peores resultados del promedio nacional en materia de salud. Entre la población de origen africano, el índice de mortalidad de los niños y niñas menores de un año es de 28 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, cifra que supera en un 37% a la correspondiente a la población blanca. La diferencia

es aun mayor entre la población indígena, cuyo índice de mortalidad de recién nacidos es de 49 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, más del doble del indicador correspondiente a la población blanca. Los riesgos de salud a que están expuestos los niños y niñas que viven en barrios de tugurios urbanos, a menudo son tan desalentadores como los que amenazan a los niños y niñas que viven en las zonas rurales del país. La insuficiente atención prenatal, natal y postnatal en el Brasil ha contribuido también a que el índice de mortalidad derivada de la maternidad se mantenga en un preocupante nivel de 53 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

En lo que se refiere al acceso a instalaciones directamente relacionadas con el síndrome diarreico infantil, en 2004 el 86% de la población total hacía uso de fuentes de agua potable mejorada, y el 75% utilizaba instalaciones de saneamiento mejoradas. En las zonas rurales aún se dan diferencias alarmantes: según estimaciones nacionales, la población infantil de las zonas rurales tiene una probabilidad cinco veces mayor de carecer de instalaciones de saneamiento mejoradas que los niños y niñas que viven en zonas urbanas, y la probabilidad de carecer de fuentes de agua mejorada es once veces mayor. Estas desigualdades suponen un serio obstáculo a la consecución por parte del Brasil de los Objetivos de Desarrollo del Milenio correspondientes.

La respuesta del Gobierno del Brasil ante el problema del VIH y el SIDA ha sido, sin lugar a dudas, amplia e innovadora (véase el Recuadro de la página 13). No obstante, aún queda mucho por hacer a fin de garantizar el acceso universal a la prevención, el tratamiento y el cuidado de los niños y niñas que padecen SIDA. En 2006, por ejemplo, el 29% de las mujeres embarazadas con VIH no recibían tratamiento antirretroviral, en particular profilaxis y sustitutos de la leche materna.

Al igual que en otros países, la violencia doméstica supone una grave amenaza para la salud y la seguridad de las madres y su progenie. Los niños y niñas de corta edad brasileños están expuestos a padecer violencia en el hogar, y a manos de miembros de la familia cuya función es protegerles.

A través del sistema sanitario se han recabado datos fidedignos relativos a las muertes por causas violentas que permiten analizar la magnitud del fenómeno de la violencia contra los niños y niñas a lo largo de su ciclo vital. Las conclusiones muestran que a lo largo de la última década los incidentes violentos han aumentado en todos los grupos de edad, con inclusión de los más jóvenes (hasta los seis años de edad). Se estima que 1 de cada 5 muertes de niños y niñas de cinco años o menos son consecuencia de causas externas como los accidentes y la violencia.

El Brasil pretende abordar el problema de la violencia doméstica contra la infancia con la apertura de más de 900 centros de referencia asistencial que atienden los casos de violencia doméstica, abuso y explotación sexual de niños, niñas y adolescentes en todo el país. Del análisis de las cifras referidas a los servicios asistenciales se desprende que, en el 96% de los casos de violencia física y el 62% de los casos de abuso sexual contra niños y niñas de seis años o menos, los responsables eran los progenitores y parientes.

Entre las múltiples iniciativas gubernamentales diseñadas para abordar el reto que suponen los resultados desiguales en materia de salud, desnutrición, educación y protección de la infancia, cabe destacar el programa Bolsa de Familia, uno de los programas de transferencia de fondos más completos y específicos del mundo, que ha llegado a más de 11 millones de familias. Este programa consiste en la transferencia de un estipendio económico que facilita la asistencia a la escuela y el acceso a la atención sanitaria y a las ayudas sociales.

El Brasil ha logrado avances importantes en lo que se refiere a afianzar el bienestar de su infancia mediante la aplicación de medidas políticas audaces e innovadoras. El reto consiste ahora en ampliar el alcance de los servicios esenciales a fin de llegar a determinados grupos de población, así como en redoblar los esfuerzos dirigidos a proteger a sus ciudadanos más jóvenes contra la violencia y el maltrato, que constituyen una amenaza potencial para sus vidas.

Véase la sección Referencias, página 39.

Progresos alcanzados en la región en los restantes Objetivos de Desarrollo del Milenio

ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

El Objetivo de Desarrollo del Milenio 1 tiene por finalidad reducir los índices de pobreza y hambre en un 50% entre 1990 y 2015. La recuperación económica experimentada en toda la región desde comienzos de la década de 1990 hasta la actualidad, caracterizada por unos niveles de inversión más elevados, una mayor estabilidad de la divisa y los precios y una mejora de los flujos comerciales, entre otros factores, ha situado al país en una posición favorable para lograr reducir la pobreza a la mitad. Asimismo, esta región va camino de reducir a la mitad la cifra de niños y niñas que padecen hambre, que se computa a partir de la prevalencia de peso inferior al normal de los menores de cinco años. Desde 1990, la prevalencia en la región del peso inferior al normal ha descendido a un ritmo anual del 3,3%, llegando a alcanzar una cota mínima del 7% en 2006.

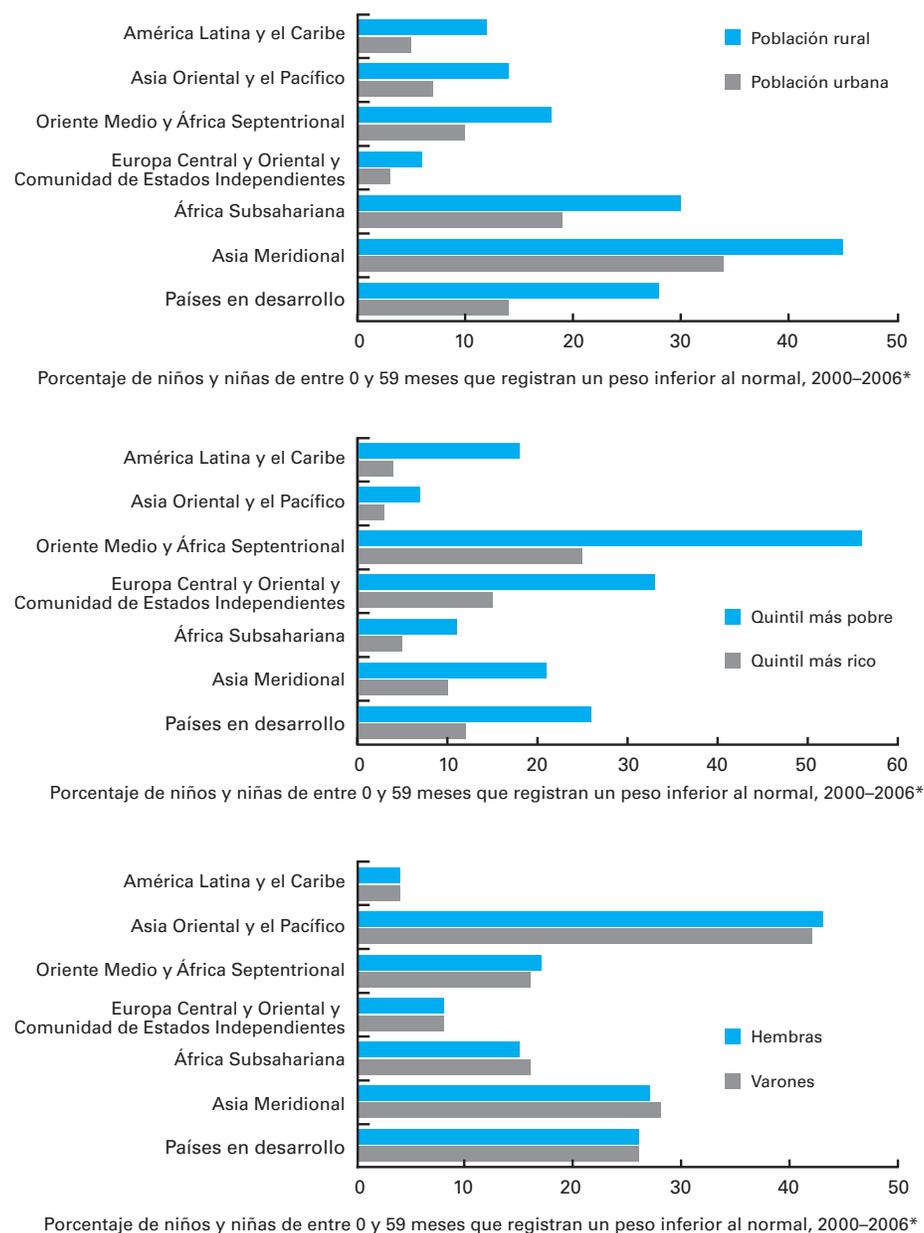
Pese a este rápido avance –de las regiones no industrializadas, sólo Europa Central y Oriental y la Comunidad de Estados Independientes presentan una prevalencia de peso inferior al normal menor (del 5%)– los desafíos en materia de nutrición infantil persisten. El retraso en el crecimiento, o la altura escasa en relación con la edad, continúan siendo un problema grave en esta región; según los datos más recientes, afecta aproximadamente al 16% de los niños y niñas menores de cinco años. El retraso en el crecimiento es el resultado de una ingesta insuficiente de alimentos y de infecciones frecuentes. Por lo general se produce antes de los dos años, y sus efectos, entre los que se incluyen un retraso en el desarrollo motriz, dificultades cognitivas y un bajo rendimiento escolar, son en gran medida irreversibles⁴. Se calcula que en toda la región hay alrededor de 9 millones de niños y niñas menores de cinco años que padecen de retraso en el crecimiento, la mayoría de los cuales viven en las subregiones andinas y centroamericanas.

Las bolsas de pobreza y marginación continúan siendo prevalentes entre los países y comunidades más pobres. Más de uno de cada cinco niños y niñas de Guatemala y Haití presentan un peso inferior al normal, y en el Salvador, Guyana, Honduras, Nicaragua y Suriname, los índices de prevalencia del peso inferior al normal son del 10% o más. A escala

subnacional las diferencias en el nivel de desnutrición, según la localización geográfica y el nivel familiar de ingresos, son notables. La prevalencia del peso inferior al normal entre los niños y niñas de las zonas rurales, un 12%, es el doble que en el caso de la población infantil de las zonas urbanas, según la base de datos de UNICEF sobre la desnutrición en el

Gráfico 1.5

El nivel de desnutrición es mayor entre las comunidades más pobres y en las zonas rurales de América Latina y el Caribe



* Los datos se refieren al año más reciente del periodo especificado para el que se dispone de información.

Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF, 2007.

mundo. El índice de prevalencia del peso inferior al normal entre los niños y niñas del quintil más pobre de la población es del 18%; en contraste, entre la población del quintil más próspero, este índice es de tan sólo el 4%. La base de datos mundial no revela diferencias destacables en la prevalencia del peso inferior al normal entre los distintos géneros.

ODM 5: Mejorar la salud materna

La iniciativa de prestar una atención continuada a las madres, los recién nacidos y los niños y niñas es relativamente reciente: en el pasado, los programas orientados a la supervivencia infantil y a una maternidad sin riesgos operaban a menudo de forma independiente, con la consiguiente falta de conexión entre unos cuidados y otros, que afectaba tanto a las madres como a los recién nacidos. Actualmente, es un hecho reconocido que existe una vinculación intrínseca entre la supervivencia y el desarrollo materno e infantil, y que sin la capacidad de tratar a las mujeres que padecen complicaciones ginecológicas, es imposible lograr una reducción sustancial de la mortalidad derivada de la maternidad. Las madres cuyo estado nutricional está amenazado o cuyo acceso a la atención prenatal, natal y postnatal es restringido o inexistente, son más propensas a tener bebés que padecen un riesgo mayor de muerte o que nacen

con un peso inferior al normal u otras complicaciones, que las madres que tienen acceso a una nutrición adecuada y a una atención sanitaria de calidad.

Un enfoque holístico de la reducción de la mortalidad derivada de la maternidad tendría también en consideración aspectos como una mayor potenciación de la mujer y de su capacidad de liderazgo en la esfera comunitaria, junto con factores directamente relacionados con el sistema de salud, tales como el aumento del número de alumbramientos asistidos por personal cualificado y la eficacia y calidad de los servicios de atención sanitaria y de remisión de pacientes.

Según estimaciones de 2005, en la región de América Latina y el Caribe el riesgo de muerte materna por causas relacionadas con el embarazo es de 130 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. Si bien esta tasa es inferior a la que se registra en la mayor parte de las regiones no industrializadas, América Latina y el Caribe tiene aún un largo camino por andar para alcanzar las tasas registradas en Europa Central y Oriental y la Comunidad de Estados Independientes (46 muertes por cada 100.000 nacidos vivos) y en los países industrializados (8 muertes por cada 100.000 nacidos vivos).

Los amplios márgenes de incertidumbre en torno a las tasas de mortalidad derivada de la maternidad hacen que

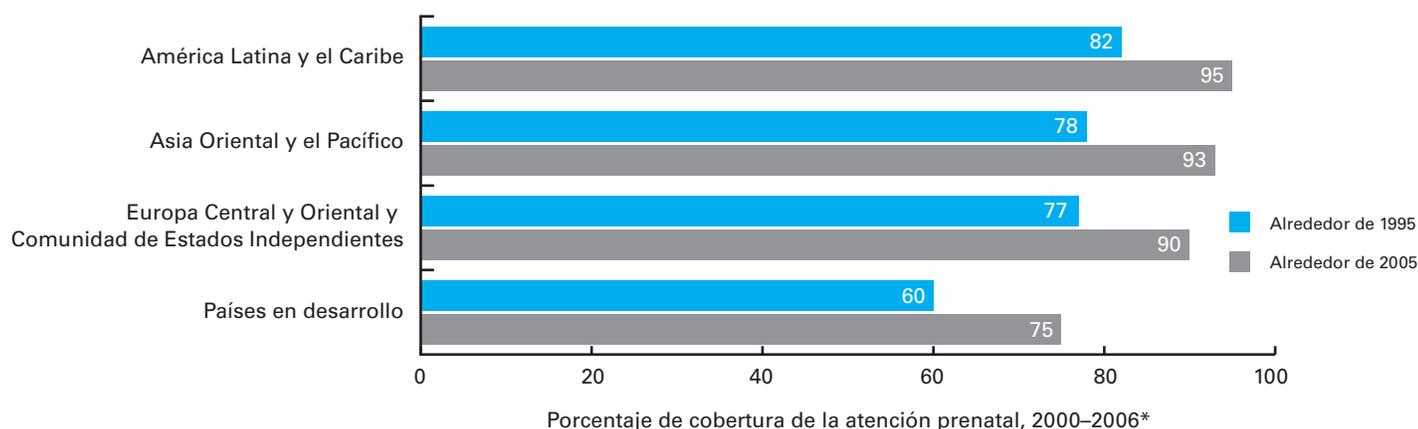
las comparaciones intracomunitarias y los análisis de las tendencias a escala nacional resulten problemáticos. En consecuencia, a la hora de valorar los progresos alcanzados en relación con el ODM 5, UNICEF se basa en las estimaciones más recientes disponibles, clasificándolas con arreglo a los umbrales siguientes: *Muy elevado*: tasa de mortalidad derivada de la maternidad de 550 o más; *Alto*: tasa de mortalidad derivada de la maternidad de entre 300 y 549; *Moderado*: tasa de mortalidad derivada de la maternidad de entre 100 y 299; *Bajo*: tasa de mortalidad derivada de la maternidad inferior a 100. Basándose en esta definición, la región presenta una tasa de mortalidad derivada de la maternidad moderada.

ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Los avances logrados en América Latina y el Caribe en lo que respecta al ODM 6, cuyo objeto es detener e invertir el avance del SIDA, el paludismo y otras enfermedades, son irregulares. En 2007 la epidemia de SIDA en los países latinoamericanos de esta región presentaba una situación relativamente estable; el Brasil, país que registra en torno a una tercera parte de todos los casos de personas que viven con el VIH en América Latina, ha adoptado medidas particularmente notables para frenar la

Gráfico 1.6

América Latina y el Caribe registra el índice de cobertura de atención prenatal más elevado entre las regiones no industrializadas



* Los datos se refieren al año más reciente del período especificado para el que se dispone de información.

Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF, 2007.

EMBARAZOS EN LA ADOLESCENCIA: UN MOTIVO DE PREOCUPACIÓN

Los índices de embarazo en la adolescencia son elevados en América Latina y el Caribe, en particular en Bolivia, Colombia, la República Dominicana, Haití, Honduras, Nicaragua y el Perú. El embarazo prematuro acarrea riesgos significativos tanto para la madre como para el bebé, y a pesar del descenso del índice de fertilidad en la región, la incidencia continuada de un número relativamente elevado de embarazos infantiles constituye un motivo de preocupación.

Las jóvenes adolescentes de entre 15 y 19 años tienen el doble de probabilidades de morir durante el embarazo o el parto que las mujeres que han cumplido los 20 años; en el caso de las niñas menores de 15 años, el riesgo es cinco veces mayor. Los bebés nacidos de una madre adolescente tienen más probabilidades de morir durante el primer mes de vida que aquellos nacidos de madres de más edad. Asimismo, son más proclives a padecer los efectos de una nutrición deficiente, así como un retraso en el desarrollo físico y cognitivo.

Los factores determinantes del embarazo prematuro son en su mayor parte socioeconómicos. La pobreza se considera uno de los factores de riesgo: las niñas más pobres, que cuentan con menos oportunidades, a menudo son menos capaces y se hallan menos motivadas para evitar embarazos imprevistos en la adolescencia. Las normas relativas a los géneros y la posición de desventaja en que se hallan las jóvenes frente a

sus compañeros, así como la falta de educación y de conocimientos sobre salud sexual y medidas preventivas entre las adolescentes, son otros factores que pueden dar lugar a embarazos prematuros.

Invertir en la educación, la salud y la subsistencia de las niñas adolescentes a fin de consolidar sus derechos y su potencial contribuiría enormemente a abordar este problema. Varios gobiernos de distintas naciones de la región han adoptado medidas concretas a tal fin. En la Argentina y Cuba, por ejemplo, se han implantado programas patrocinados por el Gobierno consistentes en impartir educación y ofrecer servicios de asesoramiento y de salud a las adolescentes.

Debido a que el embarazo y la maternidad en la adolescencia con

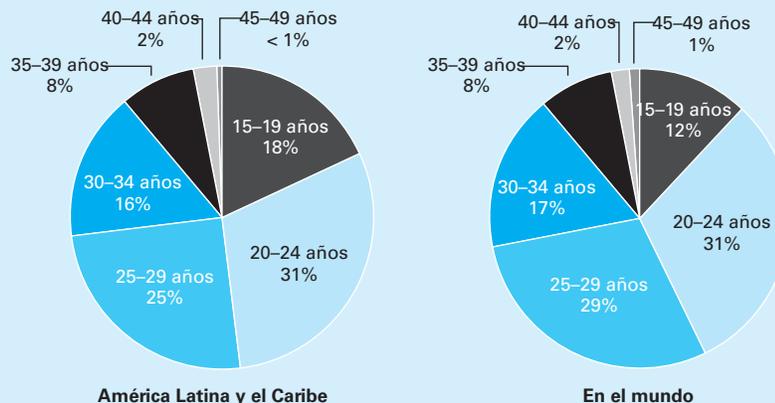
frecuencia obligan a las niñas a abandonar la escuela, cada vez es más importante que existan leyes y políticas referidas a la maternidad en la adolescencia para garantizar que las oportunidades educativas de las niñas no se vean limitadas. Un ejemplo positivo es el de Chile, país que en 2000 aprobó una ley nacional que garantiza el derecho de las adolescentes embarazadas y las que son madres a permanecer en la escuela. Conforme a esta ley, no se puede obligar a una adolescente embarazada o a una madre adolescente a cambiar de horario o de escuela como consecuencia de su condición, y las escuelas deben facilitar el acceso de las jóvenes a los servicios de salud durante el embarazo y después del parto.

Véase la sección Referencias, página 39.

Gráfico 1.7

América Latina y el Caribe registra un índice de alumbramientos por parte de madres adolescentes de entre 15 y 19 años mayor que el promedio mundial

Nacimientos por grupo de edad de la madre, 2000–2005, porcentaje acumulado



Fuente: Cálculos de UNICEF basados en las *Perspectivas de la Población Mundial de las Naciones Unidas, Perspectivas de la población mundial: revisión 2006 de la base de datos sobre población*, <http://esa.un.org/unpp/index>, consultada el 31 de marzo de 2008.

transmisión del VIH (véase el Recuadro de la página 13). El Caribe registra la mayor prevalencia del VIH de la región, con un índice estimado de prevalencia de VIH entre los adultos del 1% en 2007. De las 230.000 personas que padecían el VIH en el Caribe en 2007, cerca de tres cuartas partes viven en la República Dominicana o en Haití; este último país registra el índice nacional de prevalencia más elevado de la región⁵. El riesgo de transmisión materno-infantil continúa siendo elevado en América Latina y el Caribe. De los 33.000 casos de mujeres embarazadas con

VIH que se calcula había en 2006, sólo el 40% recibieron terapia antirretroviral para reducir la transmisión⁶.

Los progresos alcanzados en relación con la meta de este ODM de reducir a la mitad y comenzar a invertir la incidencia del paludismo para 2015, varían entre unos países y otros. En 2006, 20 países endémicos de paludismo informaron de la existencia de casos de esta enfermedad, y se produjeron también brotes de paludismo en las Bahamas y Jamaica, dos países no endémicos⁷.

ODM 7: Garantizar la sostenibilidad medioambiental

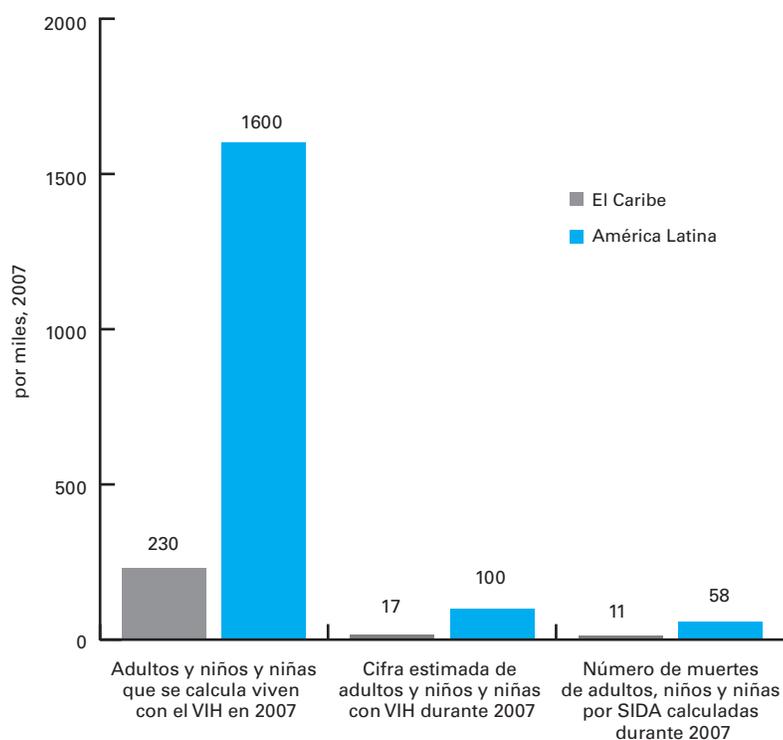
La sostenibilidad medioambiental y el acceso al agua y a servicios de saneamiento son requisitos previos para la mejora de las condiciones de salud en general. Estos factores son particularmente importantes para los niños y niñas de corta edad, que son más vulnerables que ningún otro grupo de edad a los efectos perniciosos del agua no apta para el consumo, a la

carencia de agua, al saneamiento deficiente y a la falta de higiene. La precariedad e ineficacia de las infraestructuras de saneamiento puede, por ende, acarrear graves problemas para la salud pública en la región. Según la Organización Panamericana de la Salud, entre 2000 y 2005, las enfermedades diarreicas fueron la causa del 3,7% de las muertes de menores de cinco años acaecidas en la región, índice que alcanzaba un alarmante 7,8 % en la subregión andina. En 2004, la región en su conjunto iba por buen camino para alcanzar las dos metas del ODM 7: reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el número de personas que no disponen de acceso a agua potable y que carecen de un saneamiento básico⁸.

No obstante, una vez más, a escala regional y nacional existen marcadas diferencias en el acceso entre las poblaciones urbanas y rurales. Pese a la considerable mejora experimentada desde 1990, año en que el 40% de la población rural carecía de acceso a fuentes de agua mejorada, en 2004 más de 1 de cada 4 habitantes rurales de la región seguía sin tener acceso a ellas. Por contraste, el 96% de los habitantes de las ciudades disponían de fuentes de agua mejorada. La disparidad es aún mayor en lo que se refiere al saneamiento: más de la mitad de la población rural carece de acceso a un saneamiento mejorado, en comparación con el 14% de la población urbana. México constituye un ejemplo de la diferencia entre zonas rurales y urbanas en lo tocante al acceso a instalaciones de

Gráfico 1.8

La prevalencia del VIH y SIDA se ha estabilizado en gran medida en América Latina, aunque continúa siendo un motivo importante de preocupación en el Caribe



Fuente: Situación de la epidemia de SIDA 2007, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

LA PROMETEDORA ESTRATEGIA DEL BRASIL PARA FRENAR LA EPIDEMIA DE SIDA

En el Brasil, el Gobierno ha puesto en práctica una iniciativa audaz dirigida a combatir el VIH y el SIDA, que implica el compromiso de la ciudadanía, en especial de aquellos que viven con el VIH. Esta iniciativa incluye la prevención, el tratamiento y la promoción de los derechos humanos de las personas que viven con este virus.

El objetivo del plan estratégico del Brasil, puesto en práctica entre 2004 y 2007 y dirigido por el Programa nacional de lucha contra el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual, consistía en reducir la incidencia del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, protegiendo los derechos y ampliando el acceso de la población a redes de atención profesional. Este plan incluía las estrategias siguientes:

- Garantizar el acceso gratuito y universal a los medicamentos antirretrovirales.

- Incrementar la disponibilidad de servicios de diagnóstico del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.
- Mejorar el acceso a unos servicios adecuados de diagnóstico y tratamiento para las mujeres embarazadas y los niños y niñas.
- Promover la salud sexual y reproductiva, la práctica de campañas de prevención y el uso de preservativos.
- Colaborar estrechamente con el Ministerio de Educación a fin de incorporar la prevención del VIH a los planes de estudio de las escuelas.
- Fortalecer las alianzas con otros países en desarrollo a través de la cooperación Sur-Sur.

Pese a los importantes logros persisten no obstante dificultades considerables como, por ejemplo, garantizar el acceso universal de los niños, niñas y adolescentes a la prevención, el tratamiento y la atención sanitaria. Si bien el índice nacional de transmisión materno-infantil se ha reducido en un 50% entre 1993 y 2005 –desde el 16% al 8%– aún existen diferencias importantes

entre los distintos estados del Brasil. El índice de transmisión materno-infantil asciende al 12% en el nordeste, y al 15% en el norte. Además, el número de casos de SIDA entre la población de ascendencia africana y las mujeres continúa aumentando a un ritmo mucho más rápido que entre los hombres y la población blanca.

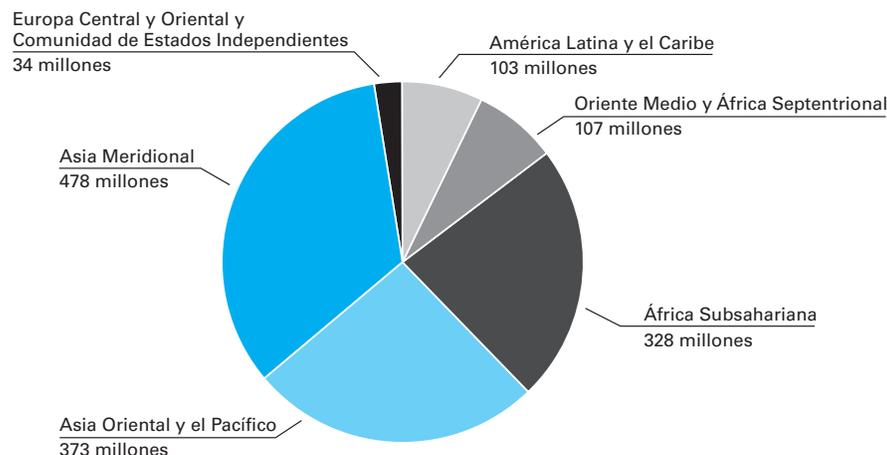
Merced a una negociación público-privada entre el Gobierno del Brasil y las compañías farmacéuticas, se ha alcanzado un acuerdo para aplicar un descuento de entre el 40% y el 60% sobre el precio de los medicamentos antirretrovirales. Dicho acuerdo, junto con la emisión por parte del país en 2007 de una licencia obligatoria que permite la adquisición de una versión genérica, ha sido decisivo a la hora de mantener los precios del tratamiento dentro de unos márgenes relativamente reducidos. El hecho de que el Brasil fuera capaz de producir por sí mismo muchos de los componentes del medicamento antirretroviral ha sido un elemento clave de esta negociación.

Véase la sección Referencias, página 39.

Gráfico 1.9

Alcanzar el ODM relativo al saneamiento permitiría el acceso de más de 100 millones de personas de América Latina y el Caribe a instalaciones de saneamiento mejoradas para 2015

Número de habitantes que dispondrían de acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas si se alcanzara la meta del ODM relativa al saneamiento para 2015



Fuente: Cálculos de UNICEF basados en datos del Programa conjunto OMS/UNICEF de monitoreo del abastecimiento de agua y del saneamiento correspondientes al período 1990–2004.

salud medioambiental. Si bien el país va por buen camino de alcanzar el ODM 7 relativo al saneamiento, en 2004 el 91% de la población urbana tenía acceso a instalaciones de saneamiento mejorado, frente a sólo el 41% de la población rural⁹.

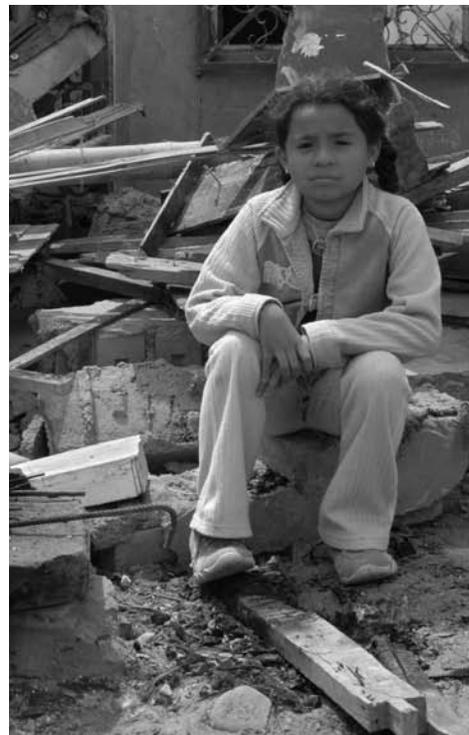
En numerosos países, entre ellos Belice, Bolivia y Haití, la falta de unas instalaciones de saneamiento mejoradas es una condición especialmente crónica en las zonas rurales: en 2004, tan sólo el 25% o menos de la población rural disponían de acceso a las mismas¹⁰. A fin de reducir la mortalidad en la infancia en estos países será necesario mejorar y ampliar notablemente las infraestructuras de agua y saneamiento.

Otros de los desafíos medioambientales que amenazan la salud de la infancia son la contaminación ambiental, la deforestación, la degradación de las costas, la contaminación del mar y el cambio climático¹¹. El camino que le queda por andar a esta región consiste en armonizar el crecimiento económico con la sostenibilidad medioambiental, la mejora de las iniciativas referidas a la salud pública y la igualdad social.

Accidentes, violencia y desastres naturales

Según los datos disponibles, la violencia doméstica y los accidentes en el hogar son la causa de aproximadamente el 50% de las muertes de menores de cinco años debidas a factores externos que acaecen en la región. Estas muertes, que casi siempre resultan de una atención inadecuada y del maltrato, son un doloroso reflejo de las deficiencias que existen en materia de atención infantil; y lo que es peor aún, especialmente en el caso de las víctimas más jóvenes, la probabilidad de que el causante de la muerte sea un miembro de la familia es mayor¹².

Además de estas cifras alarmantes de violencia doméstica, los desastres naturales amenazan también la vida de los niños y niñas de esta región. Muchas zonas de América Latina y el Caribe son propensas a catástrofes naturales como huracanes, tormentas tropicales e inundaciones. Esta vulnerabilidad genera a su vez la necesidad de implantar unos sistemas de detección temprana y vigilancia, en especial en las naciones isleñas, y de realizar esfuerzos a fin de reducir el número de personas



Perú: Una niña sentada sobre los escombros de lo que fuera su hogar, después de un terremoto.

que viven en barrios de tugurios y otros asentamientos no permanentes.

Abordar los problemas que subyacen a las enfermedades

Las arraigadas deficiencias estructurales y desigualdades sociales subyacentes menoscaban la prestación de servicios sanitarios en América Latina y el Caribe. En muchos países de la región, las personas excluidas –ya sea debido a sus ingresos, a su localización geográfica o a su origen étnico, por nombrar sólo tres factores– carecen parcial o totalmente de servicios de atención primaria. Además, la fragmentación y la segmentación de los servicios de atención, la falta de coordinación entre los sectores y la escasez de personal sanitario cualificado socavan la eficacia de los sistemas sanitarios. Los siguientes capítulos del *Estado de la Infancia en América Latina y el Caribe 2008* versan sobre estos “problemas” que subyacen a las enfermedades y exponen ejemplos de iniciativas fructíferas dirigidas a abordar estas cuestiones.

SUPERVIVENCIA Y SALUD INFANTIL EN LAS ZONAS URBANAS DENSAMENTE POBLADAS

La región de América Latina y el Caribe registra el índice más elevado de urbanización del mundo, debido a la migración de millones de personas del campo a las zonas urbanas. De cada 4 personas, más de 3 viven en ciudades, y 20 de las ciudades más grandes de esta región acogen casi el 20% de la población total.

Las ciudades de América Latina y el Caribe han crecido más allá de sus propios límites, dando lugar a zonas en el extrarradio conocidas como zonas “periurbanas”. En estas zonas la pobreza, las condiciones de vida insalubres, la violencia y la inseguridad son una constante. En circunstancias tales es frecuente que los aspectos sanitarios queden desatendidos, de modo que los niños y niñas que padecen problemas de salud a menudo carecen de los cuidados adecuados y oportunos que precisan.

Se calcula que el número de personas que viven en chozas es de aproximadamente 134 millones. Los índices de prevalencia de los barrios de tugurios son alarmantes en varios de los países de la región. En Haití y Nicaragua, más del 80% de la población urbana vive en chozas; en Bolivia, Guatemala y el Perú, la proporción es de dos terceras partes de la población. La noticia alentadora es que los índices de urbanización se están estabilizando y los índices de crecimiento de los barrios de tugurios están descendiendo.

Qué es un tugurio

Un hogar ubicado en un tugurio podría definirse como un grupo de personas que viven bajo el mismo techo en una zona urbana y que carecen de uno o más de los siguientes aspectos:

- De una vivienda duradera y permanente que les proteja de las condiciones climáticas extremas.
- De suficiente espacio habitable, lo que significa que no haya más de tres personas que compartan la misma habitación.

- De un acceso fácil a agua apta para el consumo en cantidades suficientes y a un precio asequible.
- De acceso a un saneamiento adecuado (al menos un retrete público compartido por las personas que componen el hogar) que permita unas prácticas de higiene saludables.
- De una tenencia segura a fin de evitar los desahucios.

La “sanción urbana” que pesa sobre las poblaciones periurbanas

En su *Informe sobre el estado de las ciudades del mundo 2006/2007*, ONU-HABITAT presenta por primera vez datos desglosados que permiten comparar los barrios de tugurios con otros vecindarios. Según las conclusiones de este informe, los indicadores de salud de las zonas urbanas son, en general, mucho mejores que los de las zonas rurales. No obstante, en lo que se refiere a los resultados obtenidos en materia de salud, educación, desnutrición infantil y mortalidad, se registran disparidades importantes entre las poblaciones urbanas que viven en los barrios de tugurios y las que no.

En las zonas periurbanas, además de una evidente carencia de acceso a fuentes mejoradas de agua y saneamiento, hay una gran cantidad “invisible” de personas sin techo, que viven hacinadas en espacios reducidos, lo que exacerba las dificultades infraestructurales. Las poblaciones de los barrios de tugurios se hallan también más expuestas a los desastres naturales, debido a que carecen de una vivienda duradera. La repercusión sobre la infancia de unas condiciones de vida de este tipo es considerable. Por ejemplo, la mortalidad de menores de cinco años en las favelas de Río de Janeiro es tres veces mayor que en otras barriadas de la ciudad. En tres ciudades del Brasil, la desnutrición entre los niños y niñas de los barrios de tugurios resultó ser notablemente mayor (un 14% más) que en las zonas residenciales normales.

Reformas “en pro de los pobres” para mejorar los barrios de tugurios

En la región de América Latina y el Caribe, los países que mostraban una

fuerte participación y descentralización comunitarias en la esfera de la planificación urbana –entre ellos el Brasil, Colombia y México– han alcanzado logros concretos desde 1990 en lo tocante a la estabilización del índice de crecimiento de los barrios de tugurios. Cabe destacar, no obstante, que en muchos de los casos en que se ha logrado el éxito, el gobierno local contaba con el firme compromiso y el respaldo del gobierno central.

Numerosos países de la región han adoptado políticas “en pro de los pobres” y reformas encaminadas a mejorar los barrios de tugurios. La Ley Federal del Brasil “pro-favela” constituye un ejemplo de legislación en pro de los pobres cuyo objeto es ayudar a las comunidades con un bajo nivel de ingresos a alcanzar la seguridad de la tenencia de sus hogares. En la ciudad de Belo Horizonte, donde existen 177 barrios de tugurios y 63 proyectos de construcción de viviendas de protección oficial, la implantación de la ley “pro-favela” está posibilitando la negociación entre los habitantes de los barrios de tugurios, las autoridades públicas y los proveedores de servicios con el objeto de modernizar y legalizar los asentamientos periurbanos. En la ciudad de Río de Janeiro se han invertido más de 6.000 millones de dólares en el programa Favela-Barrio con el fin de mejorar el acceso a la salud, la educación y las infraestructuras básicas de medio millón de sus ciudadanos más pobres.

En algunas ciudades colombianas como Bogotá y Medellín, la implantación de la Ley sobre Planificación Territorial, que se incluye en la constitución de 1991, ha dado como resultado estrategias innovadoras para la integración de los asentamientos de personas con bajo nivel de ingresos, y ha traído consigo una mejora de la eficacia de la red de carreteras y del sistema de transportes. El Gobierno de Chile ha reformado también sus políticas sobre vivienda con vistas a hacer frente a las necesidades de la quinta parte de su población –los más pobres– por medio de la concesión de subsidios.

Véase la sección *Referencias*, página 39.



Haití: Un niño pequeño sale de su casa llevando consigo su comida.

2 Igualdad en la prestación de atención sanitaria a las madres, a los recién nacidos y a los niños y niñas

Las desigualdades en América Latina y el Caribe

Como región, América Latina y el Caribe registra marcadas diferencias entre los distintos grupos de población en lo que respecta a los indicadores sociales y económicos. Estas diferencias son también manifiestas en lo que se refiere a la supervivencia y la salud infantil. Las desigualdades en materia de salud nos revelan diferencias sistemáticas, que tienen su origen en la propia sociedad, y que son en gran medida remediabiles. Entre las poblaciones más jóvenes y vulnerables de esta región, el acceso desigual a la atención sanitaria y los resultados desiguales obtenidos en materia de salud son un reflejo de factores de mayor alcance

—entre ellos, el nivel educativo, el origen étnico, el nivel de ingresos, el género y la localización geográfica— que determinan las diferencias en el acceso a servicios básicos de calidad existentes entre los distintos países y dentro de un mismo país. Abordar las graves diferencias que afectan al acceso a la atención sanitaria es fundamental para hacer frente al desafío que supone la conquista de los derechos de la infancia y el fomento del progreso humano en América Latina y el Caribe. Si bien los promedios nacionales indican que la mayor parte de los países de la región van camino de alcanzar el ODM 4 y los restantes ODM referidos a la salud, está claro que muchas madres, niños y niñas corren el riesgo de quedar excluidos de servicios esenciales y, por tanto, de los correspondientes beneficios del progreso económico y social, salvo que

la preocupación por la igualdad en materia de salud pase a ocupar un lugar más destacado en la política pública.

La pobreza como determinante de la salud infantil

La distribución de los ingresos en América Latina y el Caribe es enormemente desigual. Los datos disponibles correspondientes al período comprendido entre 1999 y 2004 revelan que el 20% de los hogares con un mayor nivel de renta controlaban el 56% de los ingresos familiares, en comparación con el 40% en los países industrializados. Por contraste, el 40% de los hogares más pobres controlaban tan solo el 12% de los ingresos familiares de la región, en comparación con el 21% en los países industrializados.

La pobreza en América Latina y el Caribe es más prevalente en las zonas rurales y periurbanas. Según las cifras de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe, se calcula que en 2005, cerca del 34% de los habitantes de zonas urbanas de América Latina eran pobres; en las zonas rurales la cifra ascendía al 59%.

Las poblaciones más pobres se hallan más expuestas a las enfermedades y a muchos otros factores que socavan su capacidad para luchar contra ellas. En un círculo vicioso que no hace sino perpetuar las enormes desigualdades en materia de salud y supervivencia infantil que existen entre ricos y pobres, la pobreza aumenta el riesgo de contraer enfermedades, debido a que las poblaciones pobres están más expuestas a la desnutrición, al aire contaminado en el hogar y tienen más probabilidades de vivir en condiciones insalubres y de hacinamiento, así como de carecer de instalaciones adecuadas de agua y saneamiento¹. La desnutrición y las deficiencias de micronutrientes minan la inmunidad de los niños y niñas a las enfermedades infecciosas. Además, el estado nutricional de las madres y las frecuentes enfermedades que padecen durante el embarazo aumentan la probabilidad de que el bebé nazca con bajo peso, lo que constituye una causa conocida de morbilidad y mortalidad neonatal y es un factor de riesgo de una salud precaria en la infancia.

En los hogares y comunidades más pobres y marginadas, los índices de cobertura de intervenciones preventivas básicas como la inmunización, los suplementos de vitamina A, los mosquiteros tratados con insecticida en las zonas endémicas de paludismo y el tratamiento de afecciones graves tales como la diarrea y la neumonía entre los recién nacidos y los niños y niñas de corta edad, son los más bajos.

En un intento de abordar estas disparidades, algunos gobiernos han puesto en marcha programas de transferencia de fondos condicionales que proporcionan a las familias pobres los recursos que precisan para mantener una mejor alimentación o enviar a sus hijos e hijas a la escuela. Entre estas iniciativas de transferencia de fondos figuran el programa Oportunidades (anteriormente llamado PROGRESA) de México; Bolsa Familia (Brasil); la Red de Protección Social (Nicaragua); el Programa de Asignación Familiar (Honduras); Familias en Acción (Colombia); Subsidio Único Familiar (Chile), y el programa para el Avance a través de la Salud y la Educación (Jamaica)².

Además de la situación económica, existen otros factores determinantes de las desigualdades en materia de salud que afectan a los niños, niñas y madres de América Latina y el Caribe, como, por ejemplo, el origen étnico, la localización

geográfica, el nivel educativo de la madre y el género. Todas estas cuestiones se examinan de forma somera en las secciones que figuran a continuación.

Disparidades en materia de salud infantil entre los grupos étnicos

Los datos desglosados referidos a los índices de mortalidad de cuatro países latinoamericanos muestran que los niños y niñas de las comunidades indígenas o de ascendencia africana tienen muchas menos probabilidades que otros niños y niñas de sobrevivir a su primer cumpleaños. Datos procedentes del Brasil referidos a 2004 reflejan que los niños o niñas indígenas tienen más del doble de probabilidades que los de ascendencia no indígena de morir antes de haber cumplido un año. Estas desigualdades en los resultados obtenidos en materia de salud entre los distintos grupos étnicos predominan en Colombia, Guatemala, México y otros países de toda la región.

Desigualdades en materia de salud entre las poblaciones indígenas

América Latina y el Caribe cuenta con una población indígena variada y dinámica que incluye más de 400 grupos étnicos. Cálculos recientes sugieren que entre 45 y 48 millones de personas –cerca de un 10% de la población total de la región y el 40% de su población rural– son indígenas. La distribución de los pueblos indígenas varía enormemente según el país. La inmensa mayoría (el 89%) vive en tan sólo cinco países: Bolivia, el Ecuador, Guatemala, México y el Perú. México es el país que cuenta con la población indígena más extensa, compuesta por más de 13 millones de personas³.

Las poblaciones indígenas eran los habitantes de la región antes de la llegada de los conquistadores y colonos europeos. El idioma es el medio convencional por el que se define el estatus indígena en la mayor parte de los censos nacionales. Si bien existen grandes diferencias entre los grupos indígenas –tanto dentro de un mismo país como entre los distintos países de la región–, a menudo comparten rasgos culturales, políticos,

Gráfico 2.1

Los índices de mortalidad infantil entre las poblaciones indígenas y de ascendencia africana son mucho mayores que los promedios nacionales

Índices de mortalidad infantil por cada 1.000 nacimientos registrados en el Brasil, Colombia, Guatemala y México, clasificados por grupo étnico y año censal⁴.

PAÍS	AÑO	POBLACIONES INDÍGENAS	POBLACIONES DE ASCENDENCIA AFRICANA	PROMEDIO NACIONAL
Brasil	1990	61,1	63,9	39,4
	2004	48,5	27,9	26,6
Colombia	2005	39,5	31,7	23,9
Guatemala	1994	61,7	...	49,7
	2002	51,1	...	41,0
México	1990	63,8	...	36,7
	2000	42,7	...	26,4

Fuentes: Centro demográfico de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe. Microdatos sobre censo procesados especialmente.

espirituales y ecológicos similares. Por desgracia, una característica común de la situación socioeconómica de los pueblos indígenas es la pobreza. Los derechos humanos y la situación social, política y económica de los pueblos indígenas se ven a menudo amenazados. Como consecuencia, existen desigualdades constantes que afectan a las condiciones de vida, el estado de salud y la cobertura sanitaria de los pueblos indígenas y su infancia, en comparación con el resto de la población de la región.

Debido a que muchos pueblos indígenas de América Latina y el Caribe viven en zonas remotas, las barreras geográficas a menudo impiden el acceso de estas comunidades a la atención sanitaria. Ello repercute de forma negativa en la salud materna, dado que existe una evidente correlación positiva entre el riesgo de mortalidad derivada de la maternidad y la disponibilidad de asistencia cualificada para las madres antes, durante y después del parto. En Guatemala, país en el que mayoría considerable de la población es indígena, el riesgo de muerte materna –1 de cada 71 mujeres– se sitúa entre los más altos de América Latina, muy por encima del promedio regional de 1 de cada 280. Además, el índice de mortalidad derivada de la maternidad entre las mujeres indígenas de Guatemala es de cerca del triple que en el caso de las mujeres no indígenas⁴.

Una vinculación más estrecha entre los servicios de salud pública que ofrecen los gobiernos y los sistemas y las prácticas de salud indígenas contribuirían a aminorar estas diferencias. Las barreras culturales suponen un desafío formidable: es preciso que los conocimientos sobre prácticas saludables y sobre cómo y cuándo buscar atención médica se transmitan de un modo que sean acordes con la cultura de estas comunidades indígenas. La medicina y las prácticas sanitarias de la medicina occidental pueden resultar inapropiadas o incluso ofensivas para los profesionales de las medicinas tradicionales, además del problema que supone encontrar personal sanitario que hable y entienda las lenguas indígenas⁵.

A pesar de estos obstáculos, en algunos países que presentan concentraciones elevadas de poblaciones indígenas se han implantado con considerable éxito diversas alianzas comunitarias culturalmente adecuadas. La iniciativa wawa wasi (que en quechua significa “casa de la infancia”) de Bolivia, constituye un ejemplo de iniciativa fructífera (véase el Recuadro de la página 19).



Venezuela (República Bolivariana de): Expedición de un certificado de nacimiento a un recién nacido.

EXCLUIDOS AL NACER: EL RETO DE LA INSCRIPCIÓN DEL NACIMIENTO PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS

El derecho a un nombre y una nacionalidad queda firmemente establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, que en su artículo 7 prescribe de forma explícita la inscripción del niño o niña inmediatamente después de su nacimiento. La inscripción del nacimiento constituye por tanto un reconocimiento esencial de la ciudadanía del niño o niña y de su existencia a los ojos del estado, lo que a su vez constituye un medio de que pueda acceder a los servicios públicos, en especial los sanitarios. Pese a que América Latina y el Caribe registra los índices más elevados de inscripción del nacimiento de las regiones en desarrollo –del 89% entre 1999 y 2006–, en varios países sucede que los niños y niñas indígenas tienen menos probabilidades de ser inscritos cuando nacen. Los índices de inscripción del nacimiento son también más bajos entre las poblaciones rurales y de origen africano. Según un informe emitido por UNICEF en 2002, en la zona amazónica del Ecuador sólo el 21% de los niños y niñas menores de cinco años poseían un certificado de nacimiento, en comparación con el promedio nacional, situado entre

el 70% y el 89%. Para los pueblos indígenas de la región, el hecho de carecer de esta documentación vital implica a menudo la exclusión de los servicios públicos, entre ellos los sanitarios.

Aunque un certificado de nacimiento no es en sí mismo una garantía de salud o bienestar, la inscripción ayuda a identificar y a proteger legalmente a los niños y niñas marginados y vulnerables. Los países de esta región han adoptado ya medidas orientadas a garantizar la inscripción universal del nacimiento. Por ejemplo, en 2003 Bolivia aprobó una reforma legislativa que asegura la inscripción gratuita de los certificados de nacimiento. La Primera Conferencia Regional sobre el Derecho a la Identidad, una reunión clave celebrada en Asunción, Paraguay, en agosto de 2007, supuso otro paso adelante. En dicha reunión se congregaron los gobiernos, la sociedad civil, las organizaciones internacionales y los representantes de las comunidades indígenas y de origen africano de América Latina, que decidieron trabajar juntos en aras de alcanzar la inscripción gratuita, universal y adecuada para todos los niños y niñas de la región para 2015. Se está planeando celebrar una reunión similar para el Caribe en un futuro próximo.

Véase la sección Referencias, página 40.

BOLIVIA: LOS CENTROS WAWA WASI PARA LOS MÁS PEQUEÑOS

A cinco kilómetros de la aldea de Uncia, camino de Potosí –que en su día fuera la capital andina de la plata–, se halla el bullicioso y activo wawa wasi (o “casa de la infancia”) de la aldea de Vinto, que está contribuyendo a enriquecer la vida de la comunidad de un modo inusitado. Refiriéndose a la repercusión del wawa wasi, Juan Toledo, un vecino de la aldea dice: “Traigo aquí a mis hijos porque así están con niños y niñas de su edad. Cada mes nos reunimos con los monitores y nos explican las actividades que realizan. Como el centro pertenece a la comunidad, los padres y madres se conocen entre sí. En el centro hablamos sobre cómo mejorar la atención que se dispensa a los más pequeños, a fin de que estén más preparados cuando comiencen la escuela”.

Desde finales de la década de 1980, UNICEF presta ayuda a estos centros para el desarrollo integrado de la primera infancia, o “casas de la infancia”, de la región andina (wawa wasi en quechua y wawa uta en aymará). En 1997 estos centros pasaron a formar parte de un extenso programa nacional de servicios integrales para los niños y niñas menores de seis años, con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo y del Banco Mundial hasta 2005. A partir de dicha fecha, el programa ha sido administrado por una alianza formada por el Gobierno de Bolivia, las prefecturas departamentales y los gobiernos municipales, mientras que el Programa Mundial de Alimentos se encarga de suministrar alimentos y el UNICEF provee asistencia técnica y actividades de apoyo a la formación, además de preparar el material educativo.

Actividades de los programas

Entre 2003 y 2007, 24.000 niños y niñas de la región andina se han beneficiado al año de las actividades realizadas por los centros para el desarrollo integrado de la primera infancia, cifra que supone casi el 25% de la población de menos de seis años de los 28 municipios en

que se aplicaron los programas. Cerca de 9.000 de los niños y niñas de estos municipios asistieron a los wawa wasis, y otros 15.000 se beneficiaron de una serie de programas comunitarios. Además, 6.000 niños y niñas se beneficiaron al año del programa en la zona amazónica del país. A partir de 2008 en adelante, las iniciativas se ampliarán a tres municipios más del Amazonas y a cinco del Chaco. El programa engloba medidas en materia de salud y nutrición tales como la inmunización; la remisión a servicios de atención integrada a las enfermedades infantiles; el acceso al programa Seguro universal de salud materna e infantil; la mejora del acceso a agua y saneamiento mejorados; la supervisión del crecimiento; la administración de suplementos de vitamina A y hierro; la remisión de los niños y niñas que padecen desnutrición grave a centros de salud, e iniciativas de educación y protección de la infancia, como la denuncia de los casos de maltrato a la Oficina Municipal del Defensor de la Infancia y la promoción de la inscripción del nacimiento.

Al objeto de estimular la diversidad cultural y lingüística, los servicios se prestan en las lenguas nativas de los niños y niñas (entre ellas el aymará, el guaraní y el quechua), junto con una introducción gradual al español. El programa promueve prácticas tradicionales que favorecen el desarrollo infantil así como la expresión cultural de cada pueblo.

Se ha comprobado que el estado nutricional y el desarrollo físico y

psicosocial de los niños y niñas que asisten a los programas para el desarrollo integrado de la primera infancia mejoran tras sólo un año de participación. Los niños y niñas que participaron en los programas para el desarrollo integrado de la primera infancia obtuvieron mejores resultados en el primer curso de la escuela primaria que aquellos que no participaron.

El método de desarrollo integrado de la primera infancia ha sido especialmente fructífero a escala local, gracias a que los gobiernos municipales han financiado cada vez más actividades. La implantación a escala nacional de políticas públicas de desarrollo integrado de la primera infancia garantizará una firme base de apoyo para las intervenciones de desarrollo integrado de la primera infancia durante los años venideros. La aplicación de la iniciativa “desnutrición cero para 2010” (dirigida a los niños y niñas menores de cinco años) que encabeza el Ministerio de Sanidad, del enfoque multisectorial del Gobierno que asumió el poder en 2006, y de una política educativa que ponga un mayor énfasis en la educación extraescolar y en el seno de la familia y la comunidad, puede ofrecer el margen necesario para formular políticas públicas de desarrollo integrado del niño en la primera infancia durante el ciclo de 2008 a 2012 del programa nacional.

Véase la sección Referencias, página 40.



Bolivia: Una madre alimenta a su hijo de un año con un suplemento nutricional en un centro wawa wasi para los más pequeños.

La salud y la exclusión social de la infancia en las comunidades de origen africano

La pobreza agrava el problema de la exclusión social que durante siglos han soportado los pueblos de origen africano. Las comunidades de ascendencia africana viven en condiciones de alto riesgo que se asemejan a las que padecen las comunidades indígenas de esta región.

Este grupo étnico constituye algo más del 45% de la población anglófona del Caribe, el Brasil, la República Dominicana y Haití. El Brasil cuenta con la población de origen africano más extensa de la región, pero a pesar de su tamaño, la mayoría de los indicadores sociales referidos a este grupo no son muy alentadores. Por ejemplo, el 62% de los niños y niñas de origen afrobrasileño viven en familias pobres, en comparación con el 37% de los niños y niñas de origen no indígena o africano. Los índices de mortalidad infantil entre la población de origen africano del Brasil, así como entre las comunidades indígenas, son mucho más elevados que en el caso de otros grupos étnicos. Tan sólo en el caso de unos cuantos países, entre ellos el Brasil, Colombia, Costa Rica, el Ecuador, Guatemala, Honduras y Trinidad y Tobago, los descendientes de ancestros africanos figuran designados como categoría étnica en los datos estadísticos⁶.

En la subregión del Caribe, en particular en la mayoría de los países de habla inglesa, aunque las poblaciones de ascendencia africana constituyen una mayoría en muchas de las islas, no todas padecen exclusión. Ello se debe en parte a la igualdad en el acceso a la educación en estos países. En otros países caribeños tales como Belice, Dominica, Guyana, San Vicente y las Granadinas, Surinam y Trinidad y Tobago, hay otros grupos étnicos –como los de origen asiático, por ejemplo–, que representan una parte importante de la población.

La necesidad de datos estadísticos vitales desglosados

Los gobiernos y aliados en materia de desarrollo cada vez adoptan más enfoques basados en los resultados, que adoptan como elemento esencial de sus

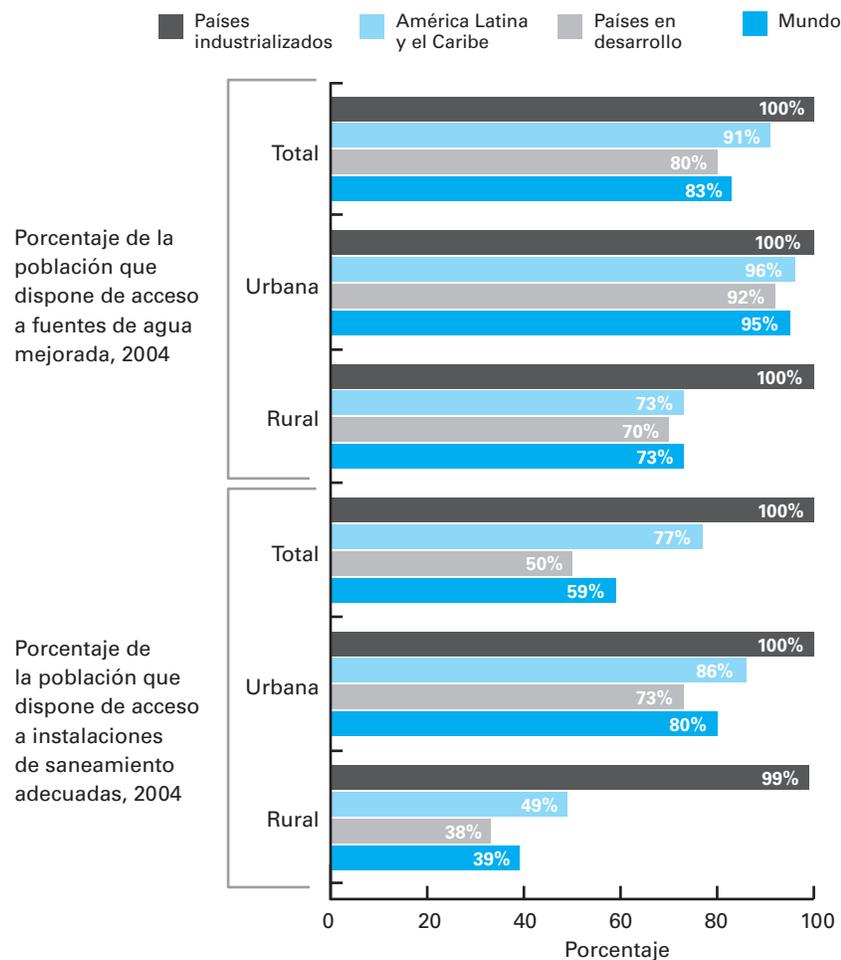
esfuerzos por alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos relacionados con el progreso humano, económico y social. Estos enfoques ponen de relieve la exigencia de una mejora en la calidad, el alcance y el empleo de los datos y estadísticas. Al examinar la necesidad de disponer de datos sobre la gestión de los sistemas de salud, el control de las enfermedades, los mecanismos de respuesta, la toma de decisiones estratégicas y el desarrollo de políticas, se hace evidente la carencia de datos vitales desglosados por grupos étnicos, género y edad. Además, a menudo faltan también datos relativos a diversos ámbitos subnacionales, como el provincial, de distrito y el municipal. Los instrumentos de recolección diseñados para recabar conjuntos globales de datos, por ejemplo las encuestas típicas de los hogares, a

menudo no poseen el alcance suficiente para facilitar un desglose amplio de los datos.

A fin de fortalecer los sistemas de información sobre salud en América Latina y el Caribe es necesario poner especial atención en diversos criterios como la especificación de los datos según los tipos y los correspondientes niveles de desglose que se precisan para la formulación de políticas y su implantación, y la definición de las herramientas necesarias capaces de suplir las carencias de datos de un modo eficaz. Una información desglosada sobre las comunidades indígenas o de origen africano, así como por géneros, edades, localización geográfica y otros factores, haría posible realizar una valoración precisa de la salud de la infancia en estas

Gráfico 2.2

Las zonas rurales van muy a la zaga de las zonas urbanas en el acceso a instalaciones de agua y saneamiento



Fuente: UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2008, pág.125.

comunidades. Asimismo permitiría a los encargados de la formulación de políticas y otras partes interesadas supervisar hasta qué punto las políticas sirven para mejorar la calidad de vida de los grupos marginados.

El sistema de recopilación de datos en la región está mejorando: un análisis presentado por la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe indica que 13 de los 24 países con poblaciones indígenas han practicado censos de población en los últimos años que incluían preguntas orientadas a detectar a estas poblaciones. Pero aún quedan muchos desafíos importantes, y se precisan mecanismos innovadores a fin de poner los datos representativos y desglosados al alcance de aquellos que más los necesitan. Varios países están llevando a cabo también estudios importantes acerca de las poblaciones indígenas y los grupos de origen africano, y se están empleando políticas nacionales y tratados internacionales como base para la creación de programas de servicios sociales dirigidos a estos grupos marginados y la asignación de fondos a los mismos. No obstante, la falta de coordinación, de participación comunitaria y de

comunicación, así como la fragmentación o la duplicación de los esfuerzos, amenazan con obstaculizar los efectos de estas iniciativas. Al mismo tiempo, es preciso abordar de forma urgente las deficiencias de recursos financieros y humanos que afectan a los sistemas de información sanitaria de América Latina y el Caribe por medio de tácticas específicas de fomento de la capacidad, como planes formativos y educativos que promuevan mejoras en el tipo y la calidad de los datos aportados, e iniciativas de concienciación para los principales responsables de la formulación de políticas y para las partes interesadas implicadas en la prestación de servicios preventivos y de atención sanitaria.

Disparidades geográficas y educativas en relación con la salud infantil

Pobreza extrema y supervivencia infantil en las zonas rurales

Las disparidades geográficas en los índices de mortalidad en la infancia y de recién nacidos son comunes a muchos

países de América Latina y el Caribe. Además de las enormes desigualdades en los ingresos que existen entre los hogares de las zonas rurales y urbanas, las zonas rurales padecen también una carencia de instalaciones de salud medioambiental que son básicas para la salud y el bienestar de las madres, los niños y las niñas. Por ejemplo, el 83% de la población rural de Guatemala carece de sistemas adecuados de eliminación de desechos⁷. En toda América Latina y el Caribe, sólo el 49% de la población rural disponía de instalaciones de saneamiento mejoradas, en comparación con el 86% de la población urbana. Mientras que la cobertura de instalaciones de agua potable mejorada es casi universal en las zonas urbanas (de un 96%), en 2004 aún había una cuarta parte de los habitantes de las zonas rurales de la región que carecían de acceso a tan vital servicio.

Cabe destacar asimismo la disparidad en la mortalidad de menores de cinco años. En algunos países, entre ellos Bolivia, las diferencias en la mortalidad en la infancia entre las zonas rurales y urbanas disminuyó muy ligeramente en el período comprendido entre 1994 y 2004. En Haití, el coeficiente de mortalidad infantil entre el medio rural y urbano aumentó desde 1,1 entre 1994-1995 a 1,4 en 2005-2006, debido a que la mortalidad en la infancia se redujo a un ritmo más acelerado en las zonas urbanas que en las rurales⁸.

Además, si bien los centros urbanos por lo general ofrecen considerables ventajas sobre la periferia rural en lo que se refiere al acceso a la atención sanitaria primaria y otros servicios básicos, las disparidades geográficas prevalecen también dentro de las ciudades. Muchas de las megametrópolis de la región han crecido más allá de su propia capacidad para brindar servicios básicos de forma adecuada, tal como atestigua la existencia de los asentamientos periurbanos.

La educación de las madres y la salud infantil

En décadas recientes, varios estudios realizados en todo el mundo en desarrollo han puesto de relieve la importante repercusión del nivel educativo de las madres sobre los resultados obtenidos en materia de supervivencia infantil. Las madres con un nivel educativo más alto tienden a tener bebés con un menor

Gráfico 2.3

Datos obtenidos de las encuestas revelan desigualdades importantes en la supervivencia infantil según la localización geográfica, el nivel de renta y el nivel educativo de las madres

Países seleccionados para los que se dispone datos a partir de 2000

ÍNDICE DE MORTALIDAD DE MENORES DE CINCO AÑOS				
	Año de la encuesta	Diferencias por localización geográfica	Diferencias debidas al nivel de ingresos	Disparidades resultantes del nivel educativo de las madres
		Tasa de mortalidad de menores de cinco años en zonas rurales en comparación con las zonas urbanas	Tasa de mortalidad de menores de cinco años en el 20% de los hogares más pobres, en comparación con el 20% de los hogares más ricos	Tasa de mortalidad de menores de cinco años referida a los hijos e hijas de madres con un nivel educativo más bajo, en comparación con las madres de nivel educativo más alto
Bolivia	2003	1,5	3,3	3,0
Colombia	2005	1,4	2,4	3,2
República Dominicana	2002	1,1	–	2,8
Haití	2000	1,3	1,5	2,0
Nicaragua	2001	1,6	3,3	2,9
Perú	2000	2,2	5,3	3,0

Nota: Estas cifras fueron computadas por la Organización Mundial de la Salud al efecto de asegurar la posibilidad de comparar, de modo que es posible que no sean totalmente comparables con los cálculos basados en el trabajo del Grupo interinstitucional para las estimaciones sobre mortalidad en la infancia, publicado por UNICEF en el *Estado Mundial de la Infancia 2008*, o con otras estimaciones nacionales.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Estadísticas sobre salud mundial 2007, págs. 74–76.

riesgo de muerte prematura y es más probable que sepan cuándo tienen que buscar asistencia médica. Un informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe realizado en 2005 en siete países –Bolivia, el Brasil, Colombia, República Dominicana, Guatemala, Haití y Perú–, confirma que existe una estrecha correlación entre la mortalidad en la infancia y el grado de escolarización de la madre.

En el Salvador, un estudio reciente muestra que los bebés nacidos de madres que carecen de formación tienen 1 probabilidad entre 10 de morir durante el primer año de vida⁹. El riesgo de mortalidad de los bebés nacidos de madres que cuentan con una educación

secundaria era aproximadamente una cuarta parte más elevado que en el caso de los bebés cuyas madres carecen de formación. Aunque en la mayoría de los países de América Latina existen sistemas de educación pública, las disparidades en el grado de escolarización son notables. En México, una persona del quintil más pobre de la población contará con 3,5 años de escolarización, en comparación con los 11,6 años de una persona del quintil más rico. Además, estas cifras no reflejan las enormes disparidades que afectan a la calidad de la educación en función de los distintos niveles de ingresos¹⁰.

Se ha demostrado que el nivel educativo de los progenitores, en especial de las madres, influye en la reducción de

los índices de fertilidad, mortalidad y morbilidad, así como en el riesgo de contraer el VIH. La colaboración intersectorial entre los ámbitos de la salud y la educación es, por ende, fundamental para la reducción de la mortalidad en la infancia y para la mejora de la salud materna e infantil. Al hilo de esto, cabe señalar el hecho de que los servicios educativos se hallan más extendidos, en términos geográficos, que los servicios de salud. Las escuelas de América Latina y el Caribe han desempeñado un papel clave en la promoción de la salud, proveyendo la infraestructura para la práctica de campañas de inmunización y sirviendo puntualmente como centros de prestación de servicios de atención sanitaria primaria¹¹.

LA POBREZA Y LA DESNUTRICIÓN EN LA REGIÓN SEMIÁRIDA DEL BRASIL

La región semiárida del Brasil comprende el 86% de los nueve estados nororientales, junto con las zonas norteñas de Minas Gerais y Espírito Santo. Esta región registra uno de los índices de mortalidad en la infancia más elevados del país. Las condiciones geográficas y climáticas adversas, en especial la escasez e irregularidad de las lluvias, la pertinaz sequía y la infertilidad del suelo, a la que cabe añadir la desigualdad socioeconómica, son la causa de que las poblaciones de la región semiárida del Brasil estén más expuestas a la inseguridad alimenticia que el resto del país. Más de 8 millones de niños, niñas y adolescentes de la región semiárida viven en hogares cuyos ingresos mensuales per cápita no superan los 68 dólares. Más de 4 millones de estos niños y niñas viven en hogares que no disponen de sistemas de suministro de agua segura ni de alcantarillado.

Datos del Sistema de Información sobre atención sanitaria primaria del Ministerio de Sanidad brasileño muestran que en 484 de 1.444 municipios de la región semiárida, más del 10% de los niños y niñas menores de dos años registraban un bajo índice de peso corporal en relación con su edad, situación que se calificó como de “alta vulnerabilidad”. Un ejercicio de medición practicado por UNICEF en 2005 reveló que las tasas de peso corporal bajo en relación con la edad eran inferiores al 4% –lo que se considera un nivel “satisfactorio”– en

sólo el 15% de los municipios de la región.

Un pacto en favor de los niños y niñas de la región semiárida

La necesidad de intervenciones orientadas a mejorar la salud y la nutrición de los niños y niñas de la región semiárida llevó a firmar el “Pacto Nacional en pro de un mundo apropiado para los niños, niñas y adolescentes de la región semiárida”, coordinado por UNICEF. En virtud de este pacto el Gobierno Federal, los gobiernos de los 11 estados que componen la región semiárida y diversas organizaciones de ámbito civil, asumieron el compromiso de poner en marcha intervenciones dirigidas a mejorar las vidas de los niños y niñas de la región. Una de estas iniciativas, implantada en agosto de 2005 por el Ministerio para el Desarrollo Social y la Lucha contra el Hambre en colaboración con el Ministerio de Sanidad y 15 universidades, consistió en la realización de una encuesta sobre la nutrición (“Chamada Nutricional”) de los niños y niñas menores de cinco años. El objetivo de la encuesta era determinar el alcance de la desnutrición infantil en la región semiárida y concebir políticas públicas orientadas a abordar este problema.

En 2005, este pacto patrocinó la iniciativa “Sello de Aprobación Municipal de UNICEF”, que engloba a toda la región semiárida. UNICEF puso en marcha esta iniciativa con el objeto de estimular la adopción a escala municipal de políticas diseñadas para la infancia. Para poder optar al premio, los municipios asumen el compromiso de intentar mejorar la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes y de lograr objetivos concretos como la reducción de la

mortalidad en la infancia, prestando servicios de atención prenatal de calidad a todas las futuras madres y promoviendo una nutrición adecuada para todos los niños y niñas menores de dos años. En el marco de esta iniciativa se practica un seguimiento y evaluación de los municipios con el fin de verificar si satisfacen los criterios de repercusión social, de gestión de políticas públicas y de participación social. En 2006, el segundo año de la iniciativa, 1.176 municipios se comprometieron a poner en marcha las propuestas de UNICEF.

Garantía de calidad

Por el momento parece que el “Sello de Aprobación Municipal de UNICEF” está contribuyendo de forma significativa a reducir la mortalidad en la infancia. Las evaluaciones realizadas indican que el programa ha contribuido a aumentar el número de niños y niñas que están vacunados y que diariamente acuden a guarderías y centros preescolares. El programa expone de forma sencilla los objetivos que se busca alcanzar en relación con la mejora de los indicadores sociales referidos a los niños, niñas y adolescentes, con el fin de que toda la comunidad pueda participar en los logros del municipio, exigir mejoras y colaborar en la consecución de los objetivos. En el estado de Ceará, por ejemplo, entre 1999 y 2004, esta iniciativa contribuyó a que los índices de mortalidad infantil se redujeran de 39 a 20 por cada 1.000 nacidos vivos, y a que el número de niños y niñas vacunados aumentara de un 63% a un 95%. Desde la puesta en marcha del proyecto en 1999 han recibido el Sello de UNICEF 360 municipios.

Véase la sección Referencias, página 40.

La desigualdad entre los géneros y su repercusión en los resultados en materia de salud referidos a las mujeres y la infancia

Si bien en numerosos países los datos desglosados por género relativos a los resultados en materia de salud continúan siendo limitados, las pruebas disponibles sugieren que en América Latina y el Caribe prevalecen las desigualdades basadas en el género que restringen el acceso de la mujer a la atención sanitaria. Los elevados índices de mortalidad derivada de la maternidad, la nutrición inadecuada de las madres y los bajos índices de atención prenatal se asocian con un acceso limitado de las mujeres embarazadas a los servicios que a menudo resulta en una salud precaria de la infancia. La igualdad de los géneros en el acceso a la atención sanitaria se halla directamente vinculada a la potenciación de los géneros.

El aumento del poder relativo de decisión de la mujer en el ámbito del hogar lleva aparejada una mejor atención prenatal y natal, una mejora en la frecuencia de la alimentación infantil y unos índices más elevados de inmunización infantil, siendo por tanto fundamental no sólo para la propia salud y bienestar de la madre, sino también de su prole. Una mayor igualdad entre los géneros en la esfera comunitaria incide también de forma positiva en estas necesidades sanitarias vitales. No obstante, las encuestas demográficas y de salud practicadas en la región entre 2000 y 2004 revelaban que los maridos solían tomar las decisiones críticas relativas a la salud de la mujer. Más de un 21% de las mujeres de Haití informaron de que sus esposos tomaban por ellas todas las decisiones referidas a la salud; en el Perú, la cifra era de casi el 16%, del 11% en Nicaragua, y del 8,5% en Colombia¹².

La Organización Sanitaria Panamericana destaca asimismo el hecho de que la desigualdad entre los géneros en materia de atención sanitaria se halla vinculada con el modo en que ésta se financia: en los últimos años, en numerosos países son más los casos de mujeres que de hombres

que abonan los servicios sanitarios con fondos de su propio bolsillo¹³.

En relación con la disparidad entre los géneros, constituyen también un motivo de preocupación los efectos negativos del solapamiento de las distintas formas de desigualdad en el caso de las mujeres y las niñas pobres indígenas y de origen africano¹⁴. La adopción de unas políticas que tomen en consideración el género junto con los aspectos raciales y étnicos podría por tanto resultar beneficiosa para alcanzar la igualdad en la prestación de servicios de salud en la región.

Por último, la violencia basada en el género tiene también efectos profundos y perniciosos en la salud de las mujeres, los niños y las niñas. Prevenir la violencia contra las mujeres por parte de su compañero sentimental es fundamental para garantizar la autonomía de la mujer, tanto en el seno del hogar como en otros ámbitos de la vida social¹⁵. Según datos procedentes de las últimas encuestas demográficas y de salud, una cifra alarmante de mujeres de entre 15 y 49 años habían sido víctimas de violencia física, sexual o emocional a manos de su compañero. Por ejemplo, el 52% de las encuestadas pertenecientes a este grupo de edad en Bolivia manifestaron haber sufrido violencia física en 2003. En Colombia, la cifra era del 39% en 2005, en el Perú, del 41% en 2004, y en la República Dominicana, del 22% en 2002¹⁶. Si bien los propios niños y niñas no son los que sufren la violencia, el hecho de ver a su madre padecerla puede dejarles una huella muy profunda. Es probable que estos niños y niñas vivan atemorizados y se vuelvan introvertidos y desconfiados, o que resulten heridos si intentan intervenir. Las consecuencias de la violencia pueden perpetuarse durante generaciones, debido a que los niños y niñas pueden interiorizar el comportamiento agresivo que observan o experimentan en el hogar, llegando a concebir la violencia como un aspecto normal de las relaciones domésticas. Los estudios indican, por ejemplo, que las jóvenes que ven a sus madres siendo maltratadas son más propensas a aceptar la violencia como algo normal en un matrimonio que aquellas que provienen de hogares no violentos¹⁷.

La mayoría de los países de América Latina y el Caribe han aprobado leyes que abordan el problema de la violencia en

el hogar. La Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará) ha sido uno de los factores clave de la aprobación de estas leyes. Esta Convención, que entró en vigor en 1994, ha sido ratificada por casi todos los países de la región. Sin embargo, pese a la existencia de leyes que prohíben la violencia doméstica, el problema sigue siendo acuciante. De hecho, puede que se esté infravalorando la magnitud del fenómeno de la violencia doméstica, pues, debido a que muchos lo consideran una cuestión privada, hay numerosos casos que no se denuncian. Campañas como la de *16 Días de Activismo contra la Violencia hacia las Mujeres*, celebrada todos los años entre el 25 de noviembre y el 10 de diciembre, tienen por objeto aumentar el conocimiento público de los casos de violencia contra las mujeres sacándolos a la luz. En América Latina y el Caribe, esta multifacética campaña, respaldada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y otros organismos de las Naciones Unidas, cuenta con la participación de los gobiernos, de activistas femeninas, de los medios de comunicación y de numerosas organizaciones no gubernamentales. Por medio de esta iniciativa se exigen servicios de apoyo para las víctimas de la violencia y se presiona para lograr que se acometa una reforma legal y judicial que aborde este problema, considerado como una violación de los derechos humanos, un problema de salud pública y una amenaza para la paz y la seguridad¹⁸.

Dado el profundo arraigo de las desigualdades existentes en la región en lo que se refiere al acceso de las madres y su prole a servicios de atención sanitaria de calidad, los gobiernos han de considerar el fortalecimiento de sus sistemas de salud como una prioridad, no sólo en aras de obtener resultados sino también para lograr la igualdad y para ser capaces de llegar a aquellos que más lo necesitan. En el capítulo 3 se expone cómo los paradigmas que están surgiendo en la sanidad pública de todo el mundo en lo que concierne a la salud de las madres, los recién nacidos y la infancia, como por ejemplo aquellos que destacan la importancia de alianzas comunitarias eficaces y de una atención continuada, pueden ayudar a que esta región alcance su objetivo.



Guatemala: Mujeres de una aldea remota de la provincia de San Marcos comparten alimentos.

3 Alianzas comunitarias, atención continua y desarrollo de los sistemas sanitarios

A medida que se aproxima el año 2015 se hace cada vez más urgente que los países de América Latina y el Caribe fortalezcan sus sistemas sanitarios, no sólo con el fin de alcanzar el conjunto de metas que integran los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sino también con miras a generar mejoras en materia de salud que beneficien por igual a todos los grupos de población.

Las lecciones aprendidas, tras décadas de pruebas y experiencias en relación con la atención sanitaria primaria a las madres y la infancia en la región, revelan que es más fácil alcanzar estos objetivos mediante un enfoque integrado de la prestación de los servicios sanitarios. La adopción de estrategias que faciliten una atención continuada a lo largo del tiempo y en todos los lugares a las madres, los recién nacidos

y la infancia, pueden tener repercusiones de gran calado en la supervivencia infantil y en los resultados obtenidos en materia de salud. La atención continua facilita la integración de las alianzas comunitarias en materia de salud con servicios extrainstitucionales adecuados en centros sanitarios.

En lo que se refiere a la formulación de políticas, los sistemas sanitarios de la región pueden desarrollarse de distintas maneras con vistas a promover la atención sanitaria primaria. Estas son algunas de ellas:

- Promoviendo alianzas comunitarias en pro de la salud materna, neonatal e infantil.

- Prestando servicios de atención sanitaria continuada a las madres, los recién nacidos y la infancia.
- Desarrollando los sistemas sanitarios con vistas a la igualdad y a la obtención de resultados, ampliando los recursos destinados a la atención sanitaria, suprimiendo los estrangulamientos que dificultan la prestación de los servicios sanitarios y dirigiéndose en especial a los grupos excluidos, para lograr una cobertura universal de las intervenciones clave.
- Abordando la necesidad de personal sanitario más capacitado.

Cada uno de estos aspectos se tratará de forma somera en el resto de este capítulo.

Alianzas comunitarias en pro de la salud materna, neonatal e infantil

Cuando los recién nacidos, los bebés y los niños y niñas caen enfermos, son sus familias, en especial los progenitores y otros cuidadores, quienes les dispensan los primeros cuidados. Se encargan del diagnóstico inicial de la enfermedad, de evaluar su gravedad y de decidir sobre el tipo de tratamiento y los distintos cuidados, así como de adquirir y administrar medicamentos y otros remedios, y de decidir si es preciso buscar ayuda profesional. Muchas de las medidas

preventivas capaces de preservar la salud y salvar la vida de los niños y niñas de corta edad y las mujeres embarazadas exigen cambios en las conductas y las prácticas, que comienzan en el hogar y se afianzan en la comunidad.

Capacitar a las comunidades y a los hogares para que participen en la atención sanitaria y la nutrición materna, neonatal e infantil es, pues, una forma lógica de mejorar la prestación de la atención, en especial en aquellos países y comunidades que carecen de servicios de atención sanitaria primaria y de salud medioambiental. Las alianzas comunitarias en pro de la salud materna, neonatal e infantil constituyen un reconocimiento de

la necesidad de que los miembros de las comunidades participen activamente en su propia salud y bienestar. Estas alianzas –variadas y ricas en experiencias en el caso de América Latina y el Caribe– sirven para demostrar que hasta las comunidades más pobres y en las circunstancias más difíciles pueden adoptar medidas destinadas a mejorar la salud materna, neonatal e infantil. Si bien los principales agentes e interesados en dichas alianzas son las propias comunidades, los ministerios de sanidad, los gobiernos locales y las organizaciones de la sociedad civil desempeñan un papel fundamental a la hora de ampliar las intervenciones y las prácticas sanitarias clave a escala local.

EL PROGRAMA DE TRABAJADORES SANITARIOS DE ÁMBITO COMUNITARIO DEL BRASIL

Contexto y desafíos: Si bien el Brasil ha alcanzado progresos importantes y continuados en la reducción de los índices de mortalidad de niños menores de cinco años, persisten notables diferencias étnicas y geográficas en lo que respecta a los índices de mortalidad de los menores de un año. Según estimaciones nacionales de 2006, el índice total de mortalidad de niños menores de un año en la región del nordeste es el doble que en las provincias del sur, el sudeste y la región central occidental. En Alagoas, el estado de la región nororiental que presenta la peor situación, según estimaciones nacionales, en 2006 el índice de mortalidad de los niños menores de un año era de 68 por cada 1.000 nacidos vivos, frente al promedio nacional de aproximadamente 30 por cada 1.000 nacidos vivos en ese mismo año.

Las disparidades raciales y étnicas que afectan la mortalidad en la infancia son también notorias; los niños y niñas cuyas madres son de origen indígena o afrodescendientes padecen un riesgo de mortalidad mucho mayor que los niños y niñas de madres blancas. El desafío a que se enfrenta el Brasil es, por tanto, mantener la tendencia a la baja de la mortalidad en la infancia en su conjunto, adoptando al mismo tiempo un firme enfoque regional y étnico con respecto a la prestación de atención sanitaria.

Método e intervenciones: En 1991, tras el éxito de los proyectos piloto

practicados en ciudades brasileñas a comienzos de la década de 1980, se creó la red de trabajadores sanitarios de ámbito comunitario con el apoyo de UNICEF. Un trabajador sanitario de ámbito comunitario es una persona elegida entre los miembros de la comunidad, que ha de llevar al menos dos años viviendo en la comunidad, saber leer y escribir, y contar con la debida formación para desempeñar las funciones de un trabajador sanitario. Cada trabajador sanitario es responsable de visitar a familias de la comunidad, de suministrar información actualizada en relación con la salud, la higiene y la atención infantil, y de supervisar y evaluar el crecimiento y la salud de los niños y niñas menores de seis años y de las mujeres embarazadas.

Tras la puesta en práctica en el Brasil de diversas iniciativas relacionadas con la intervención en las comunidades de profesionales médicos y enfermeras, en 1994 se decidió crear e institucionalizar el Programa de Salud Familiar, actualmente conocido como Estrategia de Salud Familiar. Esta iniciativa consiste en reorientar el modelo de atención sanitaria, que previamente giraba en torno a los hospitales, y que actualmente se centra en promover la salud en el ámbito comunitario. Los equipos de salud familiar se componen como mínimo de un médico de familia, una enfermera, un auxiliar de enfermería y cinco trabajadores sanitarios de ámbito comunitario. Cuando se trata de equipos ampliados, incluyen también un dentista y un higienista dental, que prestan servicio a grupos de hasta 1.000 familias.

Más de 222.000 trabajadores sanitarios

de ámbito comunitario prestan servicio a cerca de 110 millones de personas en todo el Brasil, convirtiendo esta red en una de las más grandes del mundo. La red está integrada en el sistema nacional (conformado por los gobiernos federal, estatal y municipal), que asume la responsabilidad completa de la financiación y la administración del programa en todo el Brasil. El compromiso político asumido en relación con la red es lo que ha garantizado su viabilidad. Los mecanismos de remisión y supervisión son muy claros: el sistema apoya a los trabajadores sanitarios, y éstos a su vez prestan servicios de atención extrainstitucional a las comunidades en representación del sistema sanitario. El equipo de salud familiar se convierte así en un elemento central de las comunidades locales a las que sirven, y la integración de la red en el gobierno nacional, estatal y municipal contribuye a asegurar la sostenibilidad del programa y su ampliación al sistema nacional de salud.

Resultados: La introducción del programa de trabajadores sanitarios de ámbito comunitario ha contribuido a reducir el número de muertes de bebés en todo el país desde 1990. Además, durante los últimos años el Gobierno del Brasil ha centrado su atención en la región nororiental y en los grupos étnicos marginados. Asimismo ha adoptado un fuerte enfoque regional respecto de la atención sanitaria materna e infantil: casi la mitad de los participantes que perciben beneficios económicos de la Estrategia de Salud Familiar viven en el nordeste del país.

Véase la sección Referencias, en la página 40.

Factores del éxito de las alianzas comunitarias en materia de salud

Las pruebas y la experiencia demuestran que las iniciativas comunitarias que resultan fructíferas poseen determinadas características en común. Estos factores se exploran en el Capítulo 3 del *Estado Mundial de la Infancia 2008*, y se resumen a continuación:

- **Una organización y una participación comunitaria solidaria e inclusiva:** Los programas que amplían las estructuras ya existentes en una comunidad, que son socialmente inclusivos y que incorporan a los miembros de la comunidad en los procesos de planificación y de puesta en práctica son los que mejor resultado dan en los países en desarrollo.
- **Ayudas e incentivos para los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario:** Los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario, que son los principales agentes del tratamiento sanitario, la educación y el asesoramiento en el ámbito de la comunidad, requieren incentivos y apoyo a fin de evitar la deserción, de mantener su motivación y de ayudarles a cumplir con sus obligaciones.

- **Apoyo a los programas y una supervisión adecuada de los mismos:** La supervisión contribuye a mantener el interés y la motivación de los miembros de la comunidad y reduce el riesgo de deserción. Otras formas importantes de apoyo son las relacionadas con la logística, los suministros y el equipamiento.
- **Mecanismos eficaces de remisión de pacientes a los establecimientos de atención sanitaria:** Los hospitales y clínicas son esenciales para cualquier alianza comunitaria fructífera, dado que prestan servicios que no pueden dispensarse de un modo seguro en ningún otro lugar, como por ejemplo la atención ginecológica de emergencia. Los sistemas de salud de distrito constituyen también un foco para la coordinación de los programas de salud pública.
- **Cooperación y coordinación con otros programas y sectores:** La colaboración entre los programas y sectores que se encargan de abordar cuestiones relativas a la salud, la nutrición, la higiene, las enfermedades más importantes, la seguridad alimenticia, la educación, la falta de infraestructuras de transporte y el acceso al agua y a

instalaciones de saneamiento favorecen el enfoque integrado de la salud materna, neonatal e infantil.

- **Financiación segura:** Para que las alianzas comunitarias resulten eficaces a largo plazo es necesario que cuenten con una financiación estable que favorezca la sostenibilidad y la igualdad. Asimismo es importante que se aborden cuestiones como la supresión de cuotas para el usuario, la financiación conjunta de los gastos y los incentivos económicos para los trabajadores sanitarios de ámbito comunitario.
- **Integración con las políticas y los programas nacionales y de distrito:** El apoyo activo por parte de los gobiernos provinciales y centrales a las iniciativas comunitarias y su integración en las políticas, planes y presupuestos nacionales, son fundamentales para su sostenibilidad a largo plazo. El diálogo con los representantes de la comunidad, los dirigentes de ámbito nacional y de distrito y los donantes podría contribuir a generar estrategias de objetivos y a asegurar que la supervivencia materna e infantil ocupan un lugar destacado en los planes y presupuestos nacionales y descentralizados, con unas metas claras y unas referencias concretas¹.



Jamaica: Una trabajadora sanitaria ayuda a una mujer a pesar a su bebé.

Prestar atención continua a las madres, a los recién nacidos y a los niños y niñas

La prestación de una atención continuada es fundamental para lograr un enfoque integrado eficaz de la salud y el bienestar de las madres, los bebés y los niños y niñas de corta edad. Más de la mitad de todas las muertes maternas y neonatales ocurren durante el parto y en los primeros días de la vida del bebé; éste es asimismo el período para el que existe menos cobertura sanitaria. Una atención sanitaria continua eficaz es la que vincula módulos de servicios esenciales de salud materna, neonatal e infantil a lo largo del embarazo, el parto, los períodos postnatal y neonatal, y durante la infancia y hasta la adolescencia. La ventaja de la atención continuada es que cada fase subsiguiente se añade al éxito de la etapa anterior. Por ejemplo, la prestación de servicios integrados a las niñas adolescentes se traduce en un menor número de embarazos imprevistos o inoportunos, lo cual supone un problema acuciante en esta región, donde la cifra de embarazos de adolescentes está aumentando. Las visitas a un profesional sanitario pueden evitar problemas durante el embarazo y aumentar la probabilidad de que las madres cuenten con los cuidados adecuados en el momento de dar a luz. Una atención cualificada antes, durante e inmediatamente después del nacimiento reduce el riesgo de muerte o discapacidad tanto para la madre como para el bebé. La atención continuada de la infancia supone la reafirmación de su derecho a la salud.

La atención continua presenta dos dimensiones:

- **Tiempo:** la necesidad de garantizar servicios esenciales para las madres y los bebés durante el embarazo, el parto, el período posparto, la fase neonatal y la infancia temprana. El interés por este aspecto proviene del reconocimiento de que el período del nacimiento –antes, durante y después– es el momento de mayor riesgo de mortalidad y morbilidad, tanto para la madre como para el bebé.
- **Lugar:** Vincular la prestación de servicios esenciales dentro de un sistema dinámico de atención sanitaria primaria que comprenda la atención en el hogar,

LOS PROGRAMAS ZANMI-LASANTE DE ÁMBITO COMUNITARIO DE HAITÍ

La Red de información sobre la salud es una organización internacional en pro de la salud y la justicia social que fue creada en 1987 y cuyo propósito primordial es prestar atención sanitaria de calidad a las comunidades pobres. En la actualidad, esta organización mantiene proyectos en países del todo el mundo como Haití, Lesotho, Malawi, el Perú, la Federación de Rusia, Rwanda y los Estados Unidos, y ha apoyado proyectos en Guatemala y México. Zanmi Lasante (“Red de información sobre la Salud” en la lengua criolla de Haití) es el proyecto principal de esta organización, y también el que más se ha reproducido en otros lugares.

En Haití, Zanmi Lasante, en colaboración con las comunidades locales y otros aliados entre los que figura UNICEF, aplica una estrategia comunitaria de supervivencia infantil consistente en cinco aspectos básicos, que son los siguientes:

- Colaborar con las autoridades sanitarias públicas a fin de introducir módulos de intervenciones esenciales.
- Promover la salud materna e infantil integrada.
- Iniciar y fortalecer los programas de prevención y control del SIDA pediátrico.
- Poner en marcha programas de investigación operacional y formación con el fin de mejorar la calidad de la atención prestada a los niños y niñas de las zonas rurales.
- Impulsar esfuerzos en conjunción con otras iniciativas dirigidas a promover los derechos básicos, en particular sociales y económicos, de la infancia.

En 1998, a través del programa Zanmi Lasante se comenzó a suministrar tratamiento antirretroviral para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH y a prestar servicios de

asesoramiento a las mujeres embarazadas con VIH de las zonas rurales de Haití. En la actualidad, el éxito del programa de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH depende en gran medida de las alianzas comunitarias. En Haití, donde se registra el índice más elevado de casos de VIH del Caribe, atender a las víctimas y contener la expansión de la epidemia son cuestiones urgentes.

Los programas de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH de Zanmi Lasante forman parte de la atención integral a las madres y a su prole. Después de dar a luz, las madres que viven con el VIH reciben asesoramiento y una pequeña asignación mensual que les permite cubrir las necesidades nutricionales básicas y los gastos mensuales de traslado a la clínica. Además se les asigna un *accompagnateur*, o trabajador sanitario de ámbito comunitario, que les administra tratamiento antirretroviral dos veces al día.

A lo largo de las dos últimas décadas este proyecto se ha ampliado hasta incluir nueve centros de Haití, financiados parcialmente por UNICEF y que prestan servicios sanitarios a las mujeres embarazadas que viven con el VIH. Los doctores Paul Farmer y Jim Yong Kim manifestaron lo siguiente en el párrafo final del ensayo que aportaron al *Estado Mundial de la Infancia 2008*: “Sabemos que sin una estrategia completa de ámbito comunitario, los esfuerzos que se realizan para tratar a la infancia –y, consiguientemente, a sus madres, padres y hermanos– no pueden dar los resultados esperados. Sabemos, gracias a la experiencia de Haití y a otras experiencias posteriores en todo el mundo, que los servicios de ámbito comunitario orientados a mejorar la salud y reducir la pobreza, sumados, cuando sea necesario, a recursos clínicos de excelente calidad, constituyen la atención sanitaria de mayor calidad que actualmente hay en el mundo, y es la clave para la mejora de la supervivencia infantil”.

Véase la sección Referencias, página 40.



Brasil: Una joven madre adolescente embarazada, sentada junto a su bebé.

extrainstitucional, en la comunidad y en centros de salud. Este tipo de enfoque proviene del reconocimiento de que las deficiencias en la atención a menudo son más prevalentes en los lugares donde ésta es más necesaria: el hogar y la comunidad.

El marco de la atención continuada surge del reconocimiento de que las muertes maternas, neonatales e infantiles y la desnutrición comparten una serie de causas estructurales interrelacionadas. Algunas de ellas son la inseguridad alimenticia; el analfabetismo de las mujeres; el embarazo prematuro y los consiguientes problemas que acarrea, como por ejemplo, el bajo peso al nacer; las prácticas alimenticias inadecuadas; la falta de higiene y de acceso a agua segura o a un saneamiento adecuado; la exclusión del acceso a servicios de salud y nutrición como consecuencia de la pobreza o la marginación geográfica o política; y unos servicios de salud y nutrición escasos en recursos, ineficaces y culturalmente inadecuados.

Gran parte del marco de la atención continuada se ha creado en respuesta a las dificultades existentes en África y Asia Meridional, que juntas son responsables de más del 80% de las muertes infantiles de todo el mundo. No obstante, el enfoque de este marco de actuación en la integración de la prestación de los servicios de salud resulta totalmente adecuado también para América Latina y el Caribe, y muy en particular para aquellos grupos de población que en la actualidad están excluidos de los servicios esenciales. Las pruebas obtenidas de las experiencias vividas en la región, en especial en México, demuestran que el hecho de agrupar las intervenciones por módulos

puede aumentar su eficacia y utilidad, estimulando su adopción y generando oportunidades para la mejora de la cobertura.

Desarrollo de los sistemas sanitarios con miras a la igualdad y a la obtención de resultados

En los últimos años ha habido una tendencia creciente a hacer un mayor hincapié en los resultados en tanto que impulsores de la inversión en sanidad pública y su desarrollo. Mediante el enfoque en los resultados se pretende crear una sinergia entre resultados e insumos. El desarrollo de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe y otros lugares se considera cada vez más parte integrante del proceso de consecución de objetivos nacionales e internacionales clave, en especial de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Tal como se ha explicado en capítulos anteriores, si bien la región en su conjunto, así como la mayoría de los países que la integran, van por buen camino de alcanzar los ODM, muchas poblaciones y grupos sociales siguen quedando excluidos de los servicios de atención sanitaria primaria. Uno de los principales desafíos en América Latina y el Caribe es, por tanto, la formulación de objetivos orientados a lograr la igualdad en la prestación de servicios sanitarios. El Brasil en particular ha realizado enormes progresos en este sentido, al adoptar un fuerte enfoque regional en relación con los programas de atención sanitaria y bienestar social. Además del programa

de transferencia de fondos Bolsa Familia, dirigido a la población pobre, el Brasil emplea también la Estrategia de Salud Familiar, mediante la cual se prestan servicios de atención sanitaria a las comunidades, principalmente en las regiones más pobres. Además, en 2004, el Gobierno federal, el Ministerio de Sanidad, las secretarías de salud estatales y municipales de los 27 del país, organizaciones no gubernamentales y UNICEF, prestaron su respaldo a un Pacto nacional para la reducción de la mortalidad derivada de la maternidad y neonatal. Este pacto promueve una serie de medidas, entre ellas la capacitación de profesionales y gestores de la sanidad, el apoyo a iniciativas dirigidas específicamente a las madres y los recién nacidos en situación de alto riesgo, y la creación de comités para la investigación de las muertes maternas e infantiles acaecidas en todo el país².

Para abordar las cuestiones relativas a la igualdad en materia de salud materna e infantil será necesario fortalecer los sistemas de salud a escala de distrito. América Latina y el Caribe han alcanzado progresos en este sentido, transfiriendo responsabilidades y competencias del gobierno central a las instancias municipales, e implantando cambios en las políticas y normativas sanitarias con un aumento de los recursos para su ejecución.

No obstante, la descentralización no está exenta de riesgos: puede tener efectos imprevistos, como por ejemplo el aumento de las desigualdades existentes en el seno de las comunidades debido a factores como la pobreza, el género, la lengua y el origen étnico. Es preciso trabajar e investigar a fin de garantizar que la reorientación de los sistemas nacionales de salud genere las condiciones necesarias para que los sistemas de salud y nutrición de distrito puedan prestar unos servicios de atención continuada cada vez mejores. El análisis sistemático y los estudios de casos de los países y provincias que han adoptado este método proporcionan una comprensión profunda del modo en que operan los actuales procesos políticos y de cómo pueden mejorarse. Algunos problemas de importancia, como los obstáculos que dificultan el fortalecimiento de la capacidad institucional y el logro de la inteligencia estratégica necesaria para conducir y supervisar los flujos de recursos y el rendimiento de los sistemas de salud, han sido ampliamente reconocidos por los profesionales de este medio.

EL MODELO MEXICANO DE REFORMA SANITARIA: UNA ESTRATEGIA DIAGONAL

Según uno de sus principales defensores, Jaime Sepúlveda, del Instituto Nacional de Salud de México, la estrategia diagonal consiste en una “provisión proactiva basada en la prestación a gran escala de una serie de intervenciones altamente rentables que tiendan un puente de unión entre los centros de atención sanitaria y los hogares”. Esta estrategia integra y coordina intervenciones verticales, iniciativas de ámbito comunitario y servicios de atención en establecimientos sanitarios y de divulgación, abordando cuestiones clave mediante la aplicación de intervenciones específicas, como el suministro de medicamentos, la planificación de establecimientos sanitarios, la financiación, el desarrollo de recursos humanos y la supervisión de la calidad y la racionalidad del régimen de prescripciones.

En los 25 años transcurridos desde 1980 a 2005, México puso en marcha con éxito una serie de programas verticales que se ampliaron posteriormente. Estos programas tenían como objetivo las enfermedades diarreicas (distribución de sales de rehidratación oral y el Programa de Agua Limpia); las enfermedades prevenibles mediante vacunas (días nacionales de inmunización, campañas de vacunación contra el sarampión, Programa de Vacunación Universal, semanas nacionales de salud); la administración de suplementos de vitamina A; y el tratamiento de eliminación de parásitos (semanas nacionales de salud).

El programa Oportunidades (anteriormente llamado Progresá), un programa de transferencia de fondos condicionales concebido para llegar a las familias más pobres del país, aporta incentivos económicos para la mejora de las prácticas de salud y nutrición y para que los niños y niñas permanezcan en la escuela. Los beneficiarios perciben las prestaciones bajo la condición de acudir de forma periódica a clínicas de salud en las que se prestan servicios esenciales de salud y nutrición. Se administran suplementos nutricionales a todos los

niños y niñas de entre 6 y 23 meses, y a los niños y niñas de entre 2 y 4 años de todos los hogares comprendidos en el programa que registran un peso inferior al normal. Este programa tiene un efecto muy positivo en el estado nutricional de los niños y niñas.

Con la puesta en marcha en 2001 por parte del Ministerio de Sanidad del programa Arranque Parejo en la Vida, se introdujo un módulo más completo que abarcaba la salud materna, neonatal e infantil continuada. Esta iniciativa, que ha alcanzado un elevado nivel de cobertura, consiste, entre otras iniciativas, en promover la participación social y comunitaria, en fortalecer y ampliar la atención prenatal y neonatal, y en administrar suplementos de ácido fólico a las mujeres. Gracias al Seguro Popular, un programa de sanidad pública, la salud materna e infantil se han convertido en derechos.

La estrategia diagonal es en parte el resultado de los estudios realizados durante los últimos 25 años en relación con el sistema sanitario de México y su desarrollo. Contrario a

otras estrategias, surgió en respuesta a la creciente complejidad del perfil de las enfermedades y a la presión que pesaba sobre México para crear mecanismos y sistemas que permitieran la prestación de unos servicios de calidad asequibles para las poblaciones más pobres y marginadas. Gracias a su aplicación, México va camino de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La estrategia diagonal es ya oficial; su principal adalid es el antiguo Ministro de Sanidad de México, Julio Frenk, quien cree que debería integrarse dentro de una política sanitaria más amplia. El propósito de esta estrategia es tender un puente de unión para las dicotomías que existen entre los enfoques horizontales y verticales, las políticas intersectoriales y sectoriales, y los esfuerzos realizados a escala nacional e internacional, aportando una “tercera vía” en la que las iniciativas eficaces sean el motor del desarrollo del sistema de salud.

Véase la sección Referencias, página 40.



México: Un niño indígena a espaldas de su madre, en el estado de Chiapas.

Ampliar los recursos en pro de la atención sanitaria

El gasto público en sanidad puede ser un determinante clave de la capacidad de un sistema de salud. Los países que registran unos bajos índices de inversión en sanidad por habitante a menudo presentan también resultados sanitarios deficientes, carencias de personal y equipamiento, y unas instalaciones inadecuadas e insuficientes. Un gasto público escaso implica inevitablemente más pagos directos del bolsillo del usuario para el segmento más pobre de la población. Estimaciones publicadas por la Organización Sanitaria Panamericana correspondientes a 2004 revelan que en la región de América Latina y el Caribe, el promedio del gasto en sanidad pública, expresado en términos de porcentaje del PIB, había sido del 3,3%³.

Dicha proporción se halla muy por debajo del promedio mundial de ese mismo año, que se calcula en un 5,1%. Los países con niveles de renta más altos invirtieron aproximadamente el 6,7% de su PIB en la sanidad pública; los países de Asia Oriental y el Pacífico, comprendidos en el grupo de países con niveles de renta bajos y medios, invirtieron un promedio del 1,9 % de su PIB en la sanidad pública, mientras que los países de Europa Oriental y Asia Central

destinaron un 4,5% de su PIB a estos mismos fines.

El coeficiente de inversión público/privada del gasto nacional sanitario referido a América Latina y el Caribe fue de un promedio de 48/52 en 2004⁴. El gasto privado en salud de los hogares –ya sea mediante el pago directo por parte del usuario o mediante planes de salud y planes sanitarios de prepago financiados por los empresarios y los hogares– es significativo. Cuba y algunos países de habla inglesa del Caribe registran el nivel más alto de inversión en sanidad pública, situado en el 6% o más del PIB; y Chile, Costa Rica y Panamá, entre otros, contaban con planes públicos de seguros sanitarios que prestaban cobertura a cerca de dos terceras partes de la población.

Si bien no existen aún datos más recientes a escala regional, la información disponible sugiere que en países como Bolivia, el Brasil y la República Bolivariana de Venezuela, entre otros, el gasto público en salud ha aumentado en años recientes.

A fin de abordar directamente el problema de la igualdad en la atención sanitaria, diversos gobiernos de la región han adoptado innovadoras estrategias de

financiación y otras, que se exponen en el gráfico 3.2 de la página 31.

Las experiencias de Bolivia y el Ecuador ponen asimismo de manifiesto la importancia de una legislación relativa a la financiación sanitaria. Algunos países han puesto en marcha planes de seguros de salud materna e infantil financiados con fondos públicos, como el caso de Bolivia, con el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) puesto en marcha en 2003, y el Ecuador, que en 2000 puso en marcha un plan basado en la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia de 1994⁵.

Suprimir los estrangulamientos que afectan a los sistemas sanitarios

Los estrangulamientos son factores que dificultan la repercusión y la eficacia de la prestación de los servicios sanitarios. Los obstáculos pueden aparecer en todos los niveles de la prestación de servicios. Entre los estrangulamientos más habituales figuran el bajo nivel de demanda por parte de las comunidades y los hogares, posiblemente debido a la falta de información sobre la existencia de los servicios o a restricciones en la

Gráfico 3.1

El gasto sanitario en América Latina y el Caribe es moderado en comparación con los países que poseen un alto nivel de renta

Datos correspondientes a 2004, considerando la paridad del poder adquisitivo (PPA) en dólares de 2000

Región	Renta per cápita, PPA en dólares de 2000*	Inversión nacional en salud, expresada como porcentaje del PIB	Inversión nacional en salud por persona, PPA en dólares de 2000*	Coefficiente público/privado	Inversión en salud pública, expresada como porcentaje del PIB
<i>América Latina y el Caribe</i>	7.419	6,8	501	48/52	3,3
Países con niveles de ingresos altos	28.683	11,2	3.226	60/40	6,7
Unión Europea	25.953	9,6	2.488	74/26	7,1
Canadá	28.732	10,3	2.875	71/29	7,3
Estados Unidos	36.465	13,1	4.791	45/55	7,2
Otros países con nivel de ingresos alto	24.490	8,2	1.997	64/36	5,2
Países con niveles de ingresos bajos y medios**	4.474	5,5	248	48/52	2,6
Europa Oriental y Asia Central	7.896	6,5	514	68/32	4,5
Oriente Medio y África Septentrional	5.453	5,6	308	48/52	2,7
Asia Meridional	2.679	4,4	119	26/74	1,1
Asia Oriental y el Pacífico	4.920	5,0	247	38/62	1,9
África Subsahariana	1.820	6,1	111	40/60	2,4
Todas las regiones y países	8.284	8,7	742	58/42	5,1

* Considerando la paridad del poder adquisitivo en dólares de 2000.

** Incluye América Latina y el Caribe.

Fuente: Elaborado por la Unidad de Desarrollo de Políticas y Sistemas de Salud de la Organización Sanitaria Panamericana.

financiación; las grandes distancias entre los establecimientos de atención sanitaria y las comunidades; los obstáculos logísticos y financieros que dificultan la ampliación o expansión de los servicios extrainstitucionales; la escasez de medicamentos y otros equipamientos esenciales en las instalaciones de atención sanitaria; y las restricciones presupuestarias y la falta de capacidad administrativa en los departamentos de salud de distrito o nacionales.

Una herramienta creada conjuntamente por UNICEF, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, designada “Presupuestación de costes marginales frente a los estrangulamientos”, se está empleando con éxito para promover la planificación basada en los resultados y disminuir los estrangulamientos a escala nacional. Esta herramienta aprovecha los conocimientos existentes acerca de la repercusión de las intervenciones, define los obstáculos que impiden su aplicación y calcula los costes marginales que supondría eliminarlos. Ayuda a fijar metas en relación con intervenciones de eficacia demostrada, calcula la posible repercusión de las mismas, los costes por vidas salvadas y las necesidades de financiación adicional, y realiza proyecciones de las dotaciones fiscales que se precisan para financiar estos costes adicionales.

Por ejemplo, un análisis de los estrangulamientos que afectan a los servicios de agua, saneamiento e higiene en Honduras revela que, a pesar del amplio acceso a agua potable mejorada, menos de la mitad de los hogares consumían agua mejorada. Algunas de las estrategias seleccionadas para abordar este estrangulamiento fueron la ampliación del tratamiento del agua y la promoción del uso exclusivo de agua potable segura por medio de iniciativas de información, educación y comunicación⁶.

Concentrarse en los grupos excluidos

El debate político acerca del mejor método para garantizar la igualdad en la prestación de servicios sanitarios a los niños, niñas y mujeres invita al mismo tiempo a los países a decidir si concentrarse en determinadas poblaciones excluidas a fin de prestarles servicios clave podría ser la fórmula idónea. Una decisión tal implicaría tomar en consideración las características de los sistemas sanitarios y los perfiles epidemiológicos. Entre otros criterios, la estrategia de dirigirse a determinados grupos

Gráfico 3.2

Estrategias actuales seleccionadas para promover la igualdad en materia de salud infantil en América Latina y el Caribe

ESTRATEGIA	EJEMPLOS
<i>Mejorar los conocimientos y modificar las conductas de las madres pobres.</i>	Asesoramiento nutricional (Brasil); promoción del uso del jabón (América Central).
<i>Mejorar el acceso de la población pobre al agua y el saneamiento.</i>	Ampliación del suministro de agua en beneficio de las comunidades pobres, mediante la privatización regulada (Argentina) y los fondos de inversión social (Bolivia).
<i>Realizar transferencias de fondos condicionales a las familias pobres con el fin de mejorar la salud y la nutrición de los niños y niñas.</i>	Transferencias de fondos a las familias pobres vinculados al uso de servicios preventivos (Honduras, México, Nicaragua); atención sanitaria subvencionada para las poblaciones más pobres (Costa Rica).
<i>Facilitar el acceso de los hogares pobres a los establecimientos sanitarios.</i>	Despliegue de equipos sanitarios en los municipios más pobres (Brasil); alianzas con organizaciones no gubernamentales o financiación parcial por parte de éstas en las zonas excluidas (Bolivia).
<i>Mejorar los recursos humanos y otros en los establecimientos que prestan servicio a la población pobre.</i>	Empleo de un cuerpo nacional de trabajadores sanitarios comunitarios (Brasil).
<i>Mejorar la accesibilidad tanto de las personas como de los establecimientos que prestan servicio a las poblaciones pobres.</i>	Empleo de proveedores que hablen la misma lengua que los grupos indígenas pobres y entiendan su cultura y sus costumbres (en toda la región).
<i>Asignar los recursos de una forma más acorde con las enfermedades que afectan a las poblaciones pobres.</i>	Hacer de las intervenciones simples una prioridad a fin de combatir las principales causas de mortalidad en la infancia (Brasil).
<i>Establecer fondos sociales para las comunidades pobres que encabezan proyectos de inversión a pequeña escala destinados a mejorar la salud materna e infantil.</i>	Invertir en clínicas de salud y en sistemas de agua y saneamiento con el fin de combatir la pobreza e incrementar el uso de estos servicios por parte de las comunidades pobres (Honduras, Nicaragua, Perú).
<i>Aumentar la cobertura de seguros sanitarios para las familias pobres.</i>	Fondos de inversión que aumenten la cobertura sanitaria y aminoren las barreras que dificultan la prestación de servicios (Colombia); seguros médicos para las familias pobres (México).

Fuente: Adaptado de *Applying an Equity Lens to Child Health and Mortality: more of the same is not enough*, por Cesar G. Victora et al., *The Lancet*, vol. 362, no. 9379, 19 de julio de 2003, pág. 234, donde se clasifica a los pobres en función del uso que hacen de enseres domésticos; y la Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007*, vol. 1: Regional, OPS, Washington D.C., 2007, pág. 24.



Colombia: Niños y niñas juegan en las calles en la región más pobre de este país.

LAS BRIGADAS MÉDICAS MÓVILES DE NICARAGUA: LLEVAR LA ATENCIÓN SANITARIA A COMUNIDADES REMOTAS

La distancia geográfica a los lugares donde se prestan los servicios de salud es un ejemplo de estrangulamiento que Nicaragua ha logrado superar gracias a sus brigadas médicas móviles. La prestación de atención sanitaria a las numerosas –y enormemente dispersas– comunidades del inmenso territorio que conforma la Región Autónoma del Atlántico Sur situada en la costa caribeña de Nicaragua es todo un desafío, porque la mayoría de las zonas carecen de autopistas, siendo los ríos y el mar las principales vías de acceso.

A fin de suplir esta deficiencia, las brigadas médicas móviles –financiadas conjuntamente por el Ministerio de Salud de Nicaragua, la Organización Sanitaria Panamericana, el Organismo Sueco de Cooperación para el Desarrollo Internacional y UNICEF– han estado ofreciendo servicios esenciales desde 1994 a zonas remotas del país. Las brigadas móviles están compuestas por un médico, enfermeras y más

de 200 matronas procedentes de establecimientos sanitarios del interior del país, y más de 300 voluntarios. Estas brigadas prestan servicio a más de 250 asentamientos rurales de siete municipios de esta región sureña del Caribe. Realizan cuatro o cinco visitas al año a las comunidades aisladas, prestándoles un módulo básico de intervenciones de inmunización, de control de peso de los bebés y de atención perinatal.

Durante la década de 1990, las brigadas enfrentaron un clima político inestable tras la guerra civil de Nicaragua. Desde que se restauró la paz, los peligros a que se enfrentan son más bien climáticos y naturales, tales como las marejadas y el desbordamiento de los ríos. En cada una de las visitas que realizan a la costa sureña del Caribe, las brigadas prestan servicio a un promedio de 30 comunidades, dando cobertura a unas 800 a 1.200 personas. La participación de las comunidades es esencial, y no sólo porque son las que suministran los voluntarios sanitarios, sino porque se encargan también de organizar los asuntos relativos al transporte, el alojamiento, el almacenamiento de los suministros médicos y la disposición de los centros de salud provisionales en los que el personal médico realiza sus funciones.

A pesar de los numerosos obstáculos, la repercusión positiva de estas brigadas es incuestionable. El doctor Donald Jarquín, Director del Sistema Integral de Atención de la Salud del municipio de Bluefields, en la región autónoma del Atlántico Sur, explica: “Hace 10 años no había ni siquiera información acerca de los problemas de salud que aquejan a los municipios de esta región. Pero en la actualidad hemos alcanzado una cobertura de entre el 85 y el 90%, y hemos fortalecido los sistemas de promoción de la salud y establecido mecanismos de vigilancia de las iniciativas que han surgido gracias a la participación social en la salud.”

El Ministerio de Sanidad prevé continuar mejorando la prestación de servicios sanitarios en las zonas más remotas de Nicaragua. Por el momento, las brigadas móviles continúan siendo la principal opción en lo que se refiere a atención sanitaria en esta zona. El trabajo que realizan no sería posible sin el apoyo continuo del Gobierno, los organismos internacionales de salud y –acaso lo más importante–, las propias comunidades.

Véase la sección Referencias, página 40.

de población ha demostrado ser uno de los métodos más eficaces en aquellos casos en que resulte fácil detectar a los grupos afectados que padezcan las carencias, en que la enfermedad, afeción o síndrome que es preciso abordar no sea prevalente en toda la población, sino que se limite a determinadas bolsas de población o se asocie exclusivamente con conductas de riesgo, y en que la demanda espontánea de la intervención sea baja, y el sistema administrativo tenga capacidad para llevarla a la práctica⁷.

Las alianzas comunitarias en materia de atención sanitaria primaria pueden resultar eficaces a la hora de fortalecer los sistemas de salud y de ampliar los servicios en las zonas remotas y las comunidades pobres y marginadas. La iniciativa Oportunidades de México y la Estrategia de Salud Familiar del Brasil constituyen ejemplos de cómo es posible prestar intervenciones agrupadas en módulos dirigidas a las madres, los recién nacidos y los niños y niñas de manera eficaz. La movilización de las comunidades de la región a menudo es responsabilidad de los ministerios de sanidad, si bien los gobiernos locales y los organismos encargados del bienestar social

y de los derechos de la mujer desempeñan un papel fundamental, junto con las organizaciones femeninas y los dirigentes de la sociedad civil. Además, capacitar a las personas para que asuman un cierto grado de responsabilidad respecto de su propia salud –y la de sus familias– puede tener una repercusión profunda y duradera en el desarrollo.

Abordar la necesidad de más personal sanitario calificado

Es un hecho reconocido que a medida que aumenta la disponibilidad de trabajadores sanitarios, los índices de mortalidad derivada de la maternidad e infantil disminuyen. Sin embargo, son pocos los países de la región que disponen de medidas políticas adecuadas para impulsar el desarrollo de los recursos humanos, por lo que en numerosos países existe escasez de personal sanitario⁸.

Un motivo de preocupación es la migración a gran escala de profesionales sanitarios de los países pobres a los

ricos (lo que se conoce como “fuga de cerebros”). Más del 70% de los países han experimentado una pérdida de profesionales sanitarios debido a la migración⁹. Las razones que en general impulsan a los médicos y enfermeras de América Latina y el Caribe a abandonar el sector sanitario parecen ser las mismas que en otros lugares tan distantes como las Islas del Pacífico y la Unión Europea. Entre los motivos figuran una remuneración insuficiente, los horarios rígidos y con muchas tareas extraordinarias, la falta de oportunidades de educación permanente, condiciones de trabajo difíciles, el elevado nivel de exigencia de los pacientes y la carencia de suministros y equipos. Mientras que el incremento en el número de profesionales sanitarios por habitante conlleva por lo general a mejores resultados en materia de salud, la pérdida de profesionales sanitarios supone a la vez la pérdida económica de la inversión realizada en su formación. Además de la migración internacional, se dan también desplazamientos de profesionales sanitarios de las zonas rurales a las urbanas, del sector público al sector privado, más lucrativo, y del sector sanitario a otros sectores¹⁰.

DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE EN RÍO SANTIAGO: UNA ESTRATEGIA ESPECÍFICA ORIENTADA A PRESTAR SERVICIOS A LOS GRUPOS INDÍGENAS QUE HABITAN LA REGIÓN FRONTERIZA ENTRE EL PERÚ Y EL ECUADOR

El proyecto “Desarrollo humano sostenible en Río Santiago” se dirige a las comunidades indígenas que viven a ambos lados de la frontera que separa el Perú y el Ecuador, en el distrito de Río Santiago, provincia de Condorcanqui, en la región amazónica. El proyecto se inició en 2002 con la ayuda económica del Gobierno de Finlandia y el apoyo técnico de UNICEF, como parte del Plan Binacional para el fortalecimiento de la paz entre el Perú y el Ecuador.

Las comunidades indígenas de los Awajum y los Wampis del Perú viven en una zona aislada de la selva tropical del distrito de Río Santiago. La pobreza y la falta de acceso a los servicios sociales, en especial de salud, habían supuesto resultados deficientes en el caso de las madres y los niños y niñas de estas comunidades, que en algunos casos eran drásticamente inferiores al promedio nacional.

Disparidades muy pronunciadas

Un estudio de base practicado en 2002 revelaba que el 58% de las mujeres embarazadas padecían anemia; los índices de mortalidad materna presentaban cifras muy desalentadoras en comparación con el promedio nacional; y sólo el 6% de los partos acaecidos en Río Santiago tenían lugar en clínicas. El promedio del departamento de Amazonas fue del 27% ese mismo año y del 58% a escala nacional. Los principales motivos para no recurrir a la atención en centros sanitarios eran las dificultades económicas, el suministro inadecuado de medicamentos y la distancia a los establecimientos sanitarios.

Cerca de la mitad de los niños y niñas menores de tres años de esta comunidad mostraban síntomas de

desnutrición crónica. La inscripción de estadísticas vitales era también escasa en esta comunidad: sólo el 51% de todos los encuestados contaban con un certificado de nacimiento. Además, los índices de analfabetismo eran más elevados que en otras partes del país, y el acceso a una educación de calidad representaba un problema.

Una estrategia específica de intervención multisectorial

Con el objeto de abordar estas preocupantes estadísticas sanitarias y sociales, los Ministerios de Salud, Educación y Asuntos de la Mujer, el gobierno regional del Amazonas, el Registro Nacional de Identidad y Datos Estadísticos, el gobierno municipal del distrito de Río Santiago y UNICEF, con la ayuda económica del Gobierno de Finlandia, pusieron en marcha una estrategia multisectorial que hacía hincapié en la salud, la nutrición, la protección, la educación y la identidad. El proyecto se puso en práctica en dos fases, prestando especial atención a que fuera culturalmente adecuado. Así pues, la escuela se convirtió en el lugar en el que los miembros se reunían e intercambiaban mensajes clave en materia de salud, mientras que los profesores recibían formación sobre métodos de aprendizaje participativo y se les suministraba material educativo apropiado para las culturas de los Awajum y los Wampis.

Estas fueron algunas de las intervenciones clave:

- Capacitar a miembros de la comunidad para prestar servicios de salud esenciales como la atención prenatal, y formar a personas que lleven a cabo el registro oportuno de los nacimientos.
- Ofrecer a las madres información clave acerca de cómo prevenir, gestionar y tratar enfermedades infantiles comunes tales como la diarrea y las infecciones respiratorias.
- Vacunar a todos los niños y niñas menores de un año contra las enfermedades infantiles habituales.
- Promover alimentación y prácticas de higiene saludables en relación con la infancia a través de recursos locales y comunitarios.
- Impulsar la protección de los derechos de las mujeres y la infancia.

- Establecer centros de asesoramiento legal para las mujeres y la infancia en las comunidades, como mecanismo para resolver contiendas.
- Integrar a las mujeres en los distintos aspectos de la vida comunitaria.
- Promover la educación intercultural y bilingüe.

Resultados prometedores

En los últimos cinco años aproximadamente, este proyecto ha alcanzado mejoras considerables en lo que se refiere a la atención sanitaria primaria en la comunidad. Mientras que en 2002 sólo cerca de un 45% de la comunidad recurría a la atención en establecimientos sanitarios, en 2006 la proporción había aumentado a un 62%. Además, el número de establecimientos sanitarios regionales ha aumentado de tal manera en la región, que la distancia ya no supone una barrera tan importante como lo era antes. La cobertura de la atención prenatal pasó de tan sólo el 57% en 2002 al 81% en 2006, gracias a lo cual muchas más mujeres son capaces de reconocer los síntomas de riesgo en el embarazo. Se alcanzó la cobertura universal de la vacunación de los niños y niñas contra la tuberculosis, el tétanos y la hepatitis B. Los resultados obtenidos en cuanto a los niveles educativos fueron igualmente prometedores, si bien las niñas y las adolescentes continúan en posición de desventaja (su índice de asistencia a la escuela es inferior al 89%, mientras que en el caso de los varones es del 94%). Esto es en gran medida resultado de los embarazos prematuros y de problemas económicos. Por último, al alentar a las mujeres a participar en las actividades comunitarias se les ha dotado de los medios para convertirse en portavoces de las estrategias de intervención. Muchas mujeres se han transformado en dirigentes de sus comunidades, participando en programas municipales de salud materna e infantil, y colaborando también en la supervisión de sus niños y niñas, y en la prestación de servicios de atención prenatal.

Véase la sección Referencias, página 40.



Brasil: Una madre orgullosa posa con cuatro de sus diez hijos.

4 El camino hacia adelante

Como región, América Latina y el Caribe ha logrado sin duda grandes avances en la supervivencia infantil, no solamente desde los años 1990, sino de manera constante durante los últimos 50 años, a pesar de los enfrentamientos civiles, los desastres naturales y la frecuente eclosión de dificultades políticas y económicas durante esos años. La mejora constante es una prueba de la buena marcha de los programas de bienestar social de la región y del gasto en la atención de la salud, así como la prioridad asignada a la salud infantil y de las madres. La región sigue estando bien encaminada para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, incluido el ODM 4.

Sin embargo, todavía quedan por delante nuevos desafíos. Uno de los más

importantes es reducir las desigualdades en la atención de la salud y sus resultados, que están muy arraigadas en toda la región. En muchos países, ser pobre significa estar automáticamente abandonado y marginado por el sistema de salud. Otros grupos y comunidades se encuentran en peligro de exclusión de los servicios y las prácticas esenciales debido a su género, su raza o su origen étnico. Es fundamental garantizar que los sistemas de salud y los programas de supervivencia de la madre y el niño estén basados en los derechos y tratar de abordar estas desigualdades. También es muy importante establecer políticas y estrategias eficaces que faciliten promover la atención de la salud al niño y a la madre en toda la región. Además, para llegar a las personas que no reciben todavía estos beneficios, es preciso integrar los programas de salud

en estrategias que aborden las causas fundamentales, así como los efectos, de la marginación y de la exclusión social. Estas causas fundamentales influyen factores como la desigualdad entre los géneros y el machismo, los embarazos entre los adolescentes y el matrimonio infantil, el alto nivel de violencia en la calle y en las familias, y los desplazamientos migratorios y demográficos.

A medida que los países de América Latina y el Caribe registran sus progresos en la salud durante los próximos años, es preciso plantear una serie de cuestiones. ¿Pueden reunir estos países la voluntad política necesaria para llegar a las personas excluidas, dado el alcance de la desigualdad en ingresos y otros indicadores sociales y económicos de la región? ¿Pueden los marcos, las estrategias,

las actividades y los recursos integrarse en una campaña unificada para generar nuevas mejoras en los resultados de la salud y una mayor igualdad? La respuesta más breve es “sí”, pero solamente si los gobiernos, los donantes, la sociedad civil y otras partes interesadas se unen en un impulso concertado para reducir aún más la mortalidad en la infancia y de las madres antes de 2015 y en fechas posteriores. Esto exigirá un compromiso político, estrategias sólidas y una financiación adecuada de manera uniforme y clara para alcanzar los ODM y superar incluso estos objetivos.

El Estado de la Infancia en América Latina y el Caribe 2008 concluye señalando brevemente cinco esferas decisivas para las que se necesita llevar a cabo actividades conjuntas. Son las siguientes:

- Lograr un compromiso político a todos los niveles del gobierno, y la participación de la sociedad civil, con objetivos y metas operativas claramente definidas, y una mayor armonización de las alianzas.
- Aumentar la recopilación y distribución de datos desagregados y de análisis para evaluar con precisión las lagunas y las disparidades.
- Impulsar la innovación técnica en la atención de la salud y la tecnología de las comunicaciones.
- Invertir en la atención primaria de la salud y salvaguardarla.
- Establecer un entorno favorable para la salud de la madre y el hijo y la igualdad entre los géneros.

Lograr un compromiso político para la supervivencia infantil y la igualdad en la salud

Una y otra vez ha quedado demostrado que cuando los gobiernos ejercen una capacidad de liderazgo y se comprometen a ampliar proyectos piloto y a pequeña escala que han dado buenos resultados, estas iniciativas pueden obtener rápidamente una cobertura nacional. Los programas de la salud pública más satisfactorios de la región tienen todos

ellos objetivos claramente definidos y metas operacionales concretas. La Estrategia de Salud Familiar y la iniciativa Bolsa Familia del Brasil, y el programa de salud, nutrición y educación de México llamado Oportunidades, así como el mecanismo de Seguro Popular de Salud, son solamente dos ejemplos de países que muestran el potencial que significa proporcionar servicios esenciales de atención primaria de la salud a comunidades y hogares pobres y marginados, cuando los gobiernos están dispuestos a asignar incluso fondos ilimitados a los programas de salud y bienestar social¹.

Dado el nivel de recursos necesarios para garantizar acceso a los servicios de atención primaria a la salud de calidad y protección financiera, la ampliación de la escala es tanto un problema político como técnico. Para mantener las mejoras en la salud de las madres, de los recién nacidos y de los niños, se necesitarán compromisos a largo plazo que tengan una mayor duración que la vida política de muchas de las personas encargadas de tomar decisiones. Pero incluso en algunos de los países de América Latina y el Caribe con tasas moderadas de ingreso real per cápita, donde la crisis económica, las deficiencias institucionales y las amplias disparidades socioeconómicas siguen obstaculizando los avances, se han registrado progresos notables hacia un acceso generalizado de atención de la salud de calidad. Por ejemplo, en Bolivia, el PIB per cápita relativo a la paridad de poder adquisitivo era de menos de 3.000 dólares en 2005, en comparación con un agregado regional de 8.417 dólares. Además, las últimas estimaciones indican que el 23% de la población vive con menos de 1 dólar al día. A pesar de las dificultades económicas, el país está bien encaminado para alcanzar los ODM 1 y 4, presenta tasas moderadas de mortalidad derivada de la maternidad, y tiene un acceso mejorado al agua potable. El país todavía hace frente a graves problemas en la esfera del saneamiento, ya que menos de la mitad de sus habitantes tenían acceso a instalaciones adecuadas de saneamiento en 2004.

El sentimiento de propiedad por parte del país y la capacidad de liderazgo público pueden aumentar considerablemente las

posibilidades de éxito de una ampliación en la escala de los programas. Se necesita una apertura política y un compromiso con los cambios deseados, así como una capacidad nacional y local de liderazgo. Establecer un objetivo claramente definido con metas operacionales apropiadas es un elemento esencial de la mayor parte de las iniciativas satisfactorias de salud pública a escala mundial, regional y nacional. Un factor esencial sigue siendo llevar a cabo una promoción constante para obtener apoyo financiero a largo plazo que garantice la adquisición de suministros y productos adecuados, así como la contratación, formación y retención de profesionales capacitados de la salud.

Los gobiernos deben comprometerse más aún en su apoyo a los programas de salud en cada uno de los niveles de la administración del sistema de la salud, es decir, federal, provincial y distrital. Consagrar los compromisos nacionales en un marco jurídico puede proporcionar la continuidad necesaria para apoyar la ampliación de la atención más allá del período de actividad política de sus defensores iniciales. Un sistema de salud que funcione exige también mecanismos de rendición de cuentas, así como un sistema de contrapesos. Finalmente, se necesita una inversión constante en tiempo y en recursos durante muchos años para ampliar regularmente la escala de los programas.

A nivel regional, el compromiso político para alcanzar los ODM relacionados con la salud se ha reflejado en una serie de cumbres en las que se han reunido Jefes de Estado y otros representantes de los gobiernos y de las organizaciones multilaterales regionales e internacionales. En la reciente Cumbre de las Américas, celebrada en Mar del Plata, Argentina, en noviembre de 2005, el tema fue “Crear trabajo para enfrentar la pobreza y fortalecer la gobernabilidad democrática”. La declaración de la Cumbre incluyó también un compromiso para fortalecer “la cooperación y los intercambios de información en la lucha contra enfermedades crónicas así como enfermedades emergentes y reemergentes tales como el VIH/SIDA, SARS [síndrome grave respiratorio agudo], paludismo, tuberculosis, gripe aviar y otros riesgos de salud?”. La declaración de la Cumbre

Especial de las Américas de 2004, celebrada en Monterrey, México, en enero de 2004, reconoció la protección social para la salud como “uno de los pilares del desarrollo humano y el progreso de las naciones.” La declaración expresa más adelante que los participantes seguirán “ampliando las estrategias de prevención, atención y promoción, así como la inversión en este ámbito, a efecto de proveer servicios de calidad para todos y mejorar dentro de lo posible la protección social a todas las personas, con particular énfasis en los grupos más vulnerables”.

Fortalecer las alianzas a todos los niveles

Transformar el compromiso político en una movilización de recursos y en la adopción de medidas presupuestarias es un programa a largo plazo que exige alianzas entre el gobierno, las organizaciones de la sociedad civil y los organismos encargados del desarrollo para mantener el impulso, superar resistencias y movilizar recursos. En general, la estructura de asistencia para la salud se ha vuelto más compleja en los últimos años debido a que han comenzado a surgir amplias alianzas mundiales en este sector. Se calcula que hay más de 100 alianzas mundiales para la salud, con funciones que oscilan desde la promoción a la ejecución, y diferentes objetivos, escala y alcance. Las alianzas mundiales del sector de la salud, como la Alianza GAVI y el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo tienen importantes repercusiones sobre su financiación. Han movilizado nuevos recursos importantes para combatir las principales amenazas a la salud y han aportado un enfoque político y técnico a las enfermedades e intervenciones prioritarias, algo que ya venía siendo necesario.

En América Latina y el Caribe, estas alianzas han sido fundamentales para el desarrollo de nuevas tecnologías y productos de la salud y para ampliar el acceso a los medicamentos farmacéuticos, como nuevas vacunas e intervenciones relacionadas. Por ejemplo, el Programa de tecnología apropiada para los servicios de salud (PATH), una organización internacional sin fines de lucro, y UNICEF, se han asociado para llevar a cabo la



Uruguay: Una madre comparte con su hijo un momento especial.

iniciativa destinada a combatir mejor las enfermedades diarreicas en América Latina y el Caribe. Por medio de esta iniciativa, se ha puesto en práctica un conjunto integrado de intervenciones clave para la prevención y la lucha de las enfermedades diarreicas. Estas intervenciones incluyen la introducción de la vacuna del rotavirus, la ampliación de la escala de la distribución de las sales de rehidratación oral, la introducción a nivel nacional de suplementos de zinc y la aplicación de medidas de higiene. Nicaragua, que incorporó con éxito la vacuna del rotavirus en 2006, ya ha registrado resultados prometedores en la aplicación de la iniciativa.

Estadísticas desagregadas para identificar las lagunas

Comprender un problema constituye a menudo la mitad de la solución. Aunque el panorama general de la situación de la infancia en América Latina y el Caribe está claramente definido, las cuestiones específicas siguen siendo a veces confusas. Una falta de estadísticas desagregadas en

varios países de la región complica las actividades de los encargados de formular políticas para establecer prioridades, medir la eficacia de los programas o supervisar los progresos. En algunos países, incluso los sistemas de registro civil, que recopilan datos vitales fundamentales, como el nacimiento y la muerte, dejan de lado a comunidades geográficamente aisladas. La inscripción del nacimiento, en especial, es esencial para proteger los derechos de la infancia y generar una información precisa sobre la población de un país. Esta es una esfera en la que América Latina y el Caribe todavía tiene que progresar, ya que las últimas estimaciones de 1996 a 2006 indican que todavía un 11% de los niños menores de cinco años de la región no están inscritos.

Disponer de información precisa y un análisis de la situación sobre el estado de la salud, la nutrición, el agua, el saneamiento y la higiene, así como el SIDA, entre los niños y niñas de la región, especialmente aquellos que están excluidos de los servicios de atención primaria de la salud, es fundamental para formular estrategias a fin de superar las lagunas en materia de salud. En la región, es preciso

reforzar las actividades para recopilar datos desagregados del censo nacional que reflejen la salud y otras tendencias sociales de grupos específicos de personas, como las comunidades indígenas y afroamericanas.

Innovación técnica en atención de la salud y comunicaciones

Aunque los programas actuales sobre supervivencia infantil hacen hincapié en las soluciones que no requieren demasiada tecnología, las tecnologías más modernas pueden proporcionar un impulso inesperado para llegar a los hogares y las comunidades más pobres y más marginados. Por ejemplo, existen instrumentos simples para el diagnóstico del paludismo y del SIDA, y para detectar la calidad del agua. Con una capacitación básica, estas pruebas se pueden administrar incluso en las clínicas más rudimentarias. La biotecnología está produciendo vacunas recombinantes más seguras, y hay investigaciones en marcha para producir vacunas que no necesiten refrigeración y que puedan distribuirse en parches para la piel, un atomizador nasal o mediante otras técnicas, en lugar de una inyección. Todas estas novedades potenciales pueden tener repercusiones enormes para ampliar los servicios de inmunización a las comunidades más pobres y más marginadas de América Latina y el Caribe.

Aunque su aplicación en esta esfera se encuentra todavía en las primeras etapas, la tecnología de la información y de las comunicaciones tiene también que desempeñar una función en la supervivencia infantil y en los sistemas de salud de los países en desarrollo. El rápido crecimiento del uso del teléfono celular en la región durante los últimos años ha significado que alrededor de un 44% de la población de la región estaba suscrita a un servicio telefónico en 2005. El uso de Internet, que ha aumentado de virtualmente cero en 1990 a alrededor de un 16% de la población en 2005, se encuentra todavía en su etapa inicial, pero se prevé un rápido crecimiento durante los próximos años⁴. El aumento en la utilización de la tecnología de la información y la comunicación significa que los servicios electrónicos de salud y la

telemedicina pueden llegar a los habitantes de las zonas remotas y podría tener aplicaciones mucho más amplias. Además, los trabajadores de atención de la salud pueden conectarse más fácilmente con los establecimientos de atención primaria y, si es necesario, con los departamentos y centros de referencia de pacientes en los hospitales⁵.

Invertir en la atención primaria de la salud y salvaguardarla

Cuando nos encontramos a medio camino entre la fecha en que se establecieron los ODM (2000) y el plazo para su cumplimiento (2015), América Latina y el Caribe debe invertir más aún en la atención primaria de la salud de calidad para las madres y los niños y en mejorar y ampliar la atención secundaria y terciaria. Especialmente, la región hace frente al desafío de aumentar el gasto público en la atención de la salud a un nivel más cercano al de los países industrializados, y orientar el gasto para llegar a los pobres y los marginados. En un momento en que los precios de los productos básicos han alcanzado cifras sin precedentes en 2007 y 2008, y el crecimiento económico ha permanecido estable durante los últimos años, la región tiene la oportunidad de emplear sus recursos más sensatamente y garantizar que cualquier perturbación económica en el futuro no afecte negativamente las asignaciones en el gasto público destinadas a la salud, como ha ocurrido en el pasado. Uno de los principales desafíos es garantizar que el gasto en la atención primaria infantil y de la madre sea una prioridad para las personas encargadas de formular políticas, y protegerlo de otros ajustes en el gasto cuando surjan dificultades económicas o políticas.

A escala sectorial, los gobiernos de América Latina y el Caribe tendrán que enfrentarse a varios problemas decisivos durante los próximos años: la promoción del acceso a la atención institucional de la salud y la capacitación del personal médico, la incorporación y ampliación de la escala de intervenciones técnicas innovadoras, como el rotavirus y las vacunas neumocócicas; una mayor capacidad de respuesta de las instituciones de salud en materia de servicios de

referencia y divulgación; y una mejora de la oferta y la demanda para la atención primaria integral de la salud. Se necesita un nuevo hincapié en la capacitación y la retención de trabajadores capacitados de la salud en varios países y muchas comunidades para compensar las tendencias migratorias que están causando una escasez de médicos, parteras, enfermeros y otros profesionales de la salud.

Crear un entorno protector para la salud de la madre y el hijo y la igualdad entre los géneros

Proporcionar atención de la salud de calidad a las mujeres y los niños exige un entorno en el que puedan sobrevivir y prosperar. Crear un entorno protector para la supervivencia y la salud de la infancia es por tanto fundamental para mejorar los resultados y reducir las desigualdades. Tan importante como la paz y la seguridad externas es el sentimiento de seguridad interna del niño, que puede sufrir las consecuencias del abuso sexual o físico, altos niveles de violencia y crimen en las comunidades o el hecho de vivir en un país en conflicto. La aplicación estricta de medidas jurídicas servirá de gran ayuda para proteger a los niños contra este tipo de injusticias y traumas.

Las mejoras sostenibles en la salud de la mujer y los niños exigirán también una mayor igualdad entre los géneros y la promoción de la autonomía de las mujeres. Por muchos servicios de salud que estén disponibles, muchos niños y niñas no se beneficiarán de ellos a menos que las mujeres tengan mayores poderes de decisión en el hogar. Numerosos estudios han confirmado los efectos poderosos y positivos que tienen la educación y las oportunidades económicas sobre el bienestar de la mujer, y que se traducen en una mejor atención y mayores posibilidades de supervivencia para sus hijos.

Los indicadores sobre el desarrollo de la mujer en la región muestran tendencias prometedoras que son una buena señal de mayor igualdad entre los géneros. Las tasas de alfabetización de las mujeres son

casi las mismas que las de los hombres, y América Latina y el Caribe está a la cabeza de las regiones del mundo en este aspecto, con excepción de los países industrializados. Una paridad semejante es evidente en la matriculación y la asistencia a la escuela primaria, aunque hay más niños que niñas matriculados en la escuela secundaria. Sin embargo, a pesar de la elevada tasa de cobertura de la atención prenatal (94%) y la mayor tasa de urbanización en el mundo (78%), un 14% de las mujeres embarazadas de la región todavía no dan a luz en un establecimiento institucional.

Dar carácter prioritario a la igualdad de la salud de la madre y de los niños a escala regional

Los enormes progresos logrados por América Latina y el Caribe en la reducción de las tasas nacionales

promedio de mortalidad infantil y de los niños de más edad son un ejemplo para el mundo. Las innovaciones en la reducción de desigualdades, como el seguro social integral y los mecanismos de transferencia condicional de efectivo, se están reproduciendo rápidamente no solamente en otros países en desarrollo, sino también en países industrializados. Desde 2007, la ciudad de Nueva York está llevando a cabo un programa piloto contra la pobreza –Opportunity NYC– basado en el programa de transferencia condicional de efectivo de México.

Sin embargo, todavía hay miles de niños y mujeres en América Latina y el Caribe que están excluidos de los servicios esenciales de atención primaria de la salud. Es hora de que los dirigentes políticos de la región tomen la iniciativa y abandonen las promesas rotas del pasado. Después de varias décadas de progresos y experiencias, está muy claro lo que se

necesita hacer en favor de estas madres y niños. También está claro cuándo se necesita hacerlo y quién debe hacerlo. Lo más claro de todo es la necesidad de que todas las partes interesadas se unan –tanto en palabras como en hechos– en toda la región para garantizar el derecho de las madres, de los recién nacidos y de los niños a una atención primaria de la salud.

El reto, por tanto, es abandonar el cinismo y el abandono y trabajar para reducir las desigualdades en materia de salud en la región con una energía renovada y una visión más precisa para favorecer a aquellos que han sido excluidos hasta la fecha, y situar la igualdad de la salud en el centro mismo del programa regional de desarrollo, tanto por motivos de justicia social como para defender el derecho a la vida en América Latina y el Caribe.



Brasil: Unas niñas juegan en las calles de Río de Janeiro.

REFERENCIAS

CAPÍTULO 1

- ¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia: Supervivencia Infantil*, UNICEF, Nueva York, diciembre de 2007, pág. 117.
- ² Organización Mundial de la Salud, *Neonatal and Perinatal Mortality: Country, regional and global estimates*, OMS, Ginebra, 2006, pág. 24.
- ³ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia: Supervivencia Infantil*, UNICEF, Nueva York, diciembre de 2007, pág. 153.
- ⁴ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Examen estadístico de Un mundo apropiado para los niños, Número 6*, UNICEF, Nueva York, diciembre de 2007, pág. 6.
- ⁵ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, *2007 AIDS Epidemic Update*, ONUSIDA, Ginebra, 2007, págs. 29, 31.
- ⁶ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, *La infancia y el SIDA: segundo balance de la situación*, UNICEF, Nueva York, de próxima aparición en 2008, pág. 41.
- ⁷ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Malaria and Children: Progress in intervention coverage*, UNICEF, Nueva York, 2007, tabla sobre las tendencias en la morbilidad debida al paludismo, <www.paho.org/English/AD/DPC/CD/mal-morbidity-americas-2006.pdf>, consultado el 21 de marzo de 2008; y 'Malaria in the Americas: Progress Report', 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 59ª sesión del Comité Regional, OPS, Washington, D.C., octubre de 2007, pág. 4.
- ⁸ Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007*, vol. 1: Regional, OPS, Washington, D.C., 2007, pág. 16.
- ⁹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Un balance sobre agua y saneamiento, Número 5*, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2006, pág. 31–32.
- ¹⁰ *Ibid.*, pág. 31.
- ¹¹ Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007*, vol. 1: Regional, OPS, Washington, D.C., 2007, pág. 29.
- ¹² Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe, 'Reduction of infant mortality in Latin America and the Caribbean: Uneven progress requiring a variety of responses', publicado en *Challenges*, No. 6, diciembre de 2007, pág. 6.

RECUADROS DEL CAPÍTULO 1

Haití: un progreso insuficiente hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *Informe sobre desarrollo humano 2007/2008: La lucha contra el cambio climático*,

PNUD, Nueva York, 2007, págs. 238–240; Organización Mundial de la Salud, *Estadísticas Mundiales de Salud 2007*, OMS, Ginebra, 2007, págs. 24–25; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, *La infancia y el SIDA: segundo balance de la situación*, UNICEF, Nueva York, abril de 2008, pág. 39; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Un balance sobre agua y saneamiento, Número 5*, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2006, pág. 31; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia: Supervivencia Infantil*, UNICEF, Nueva York, 2007, págs. 118–125; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, *2007 AIDS Epidemic Update*, ONUSIDA, Ginebra, 2007, pág. 29.

México: en camino de alcanzar los ODM 4 y 5, aunque la exclusión social continúa siendo un problema

Sepúlveda, Jaime, et al., 'Improvement of Child Survival in Mexico: The diagonal approach', *The Lancet*, vol. 368, 2 diciembre de 2006, págs. 2018–2022; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Examen estadístico de Un mundo apropiado para los niños, Número 6*, diciembre de 2007, pág. 57; Organización Mundial de la Salud, *Estadísticas Mundiales de Salud 2007*, OMS, Ginebra, 2007, págs. 26–27; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, *La infancia y el SIDA: segundo balance de la situación*, UNICEF, Nueva York, abril de 2008, pág. 40; UNICEF Mexico, *Informe Anual 2007*, págs. 6–9; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia: Supervivencia Infantil*, UNICEF, Nueva York, 2007, pág. 119; Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de las Naciones Unidas, *World Youth Report 2007: Young people's transition to adulthood*, Naciones Unidas, Nueva York, 2007, pág. 292; Fernald, Lia C.H., Paul J. Gertler y Lynnette M. Neufeld, 'Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth and development: An analysis of Mexico's Oportunidades', *The Lancet*, vol. 371, 8 de marzo de 2008, págs. 828–829; Naciones Unidas y Gobierno de la República, México, *Los Objetivos del Milenio: Informe de Avances 2006*, Naciones Unidas, México 2006, pág.28; México: Secretaría de Desarrollo Social, Programa Oportunidades, <www.oportunidades.gob.mx>, consultado el 30 de marzo de 2008.

Brasil: en camino de alcanzar los ODM 4 y 5, aunque prevalecen las disparidades

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, *Economic Survey of Brazil, 2005*, OCDE, Washington, D.C., 2005, pág. 6; Organización Mundial de la Salud, *Estadísticas Mundiales de Salud 2007*, OMS, Ginebra, 2007, págs. 22–23, 74; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Un balance sobre agua y saneamiento, Número 5*, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2006, pág. 31; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Brasil, *World Fit for Children + 5 National Progress Report since 2002*, UNICEF, Brasil, 2007, págs.14–

25; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud, *La infancia y el SIDA: segundo balance de la situación*, UNICEF, Nueva York, abril de 2008, pág. 39; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *The State of Brazil's Children 2006: The right to survival and development*, UNICEF Brasil, Brasilia, 2005, págs. 44, 50–51; Programa de Asentamientos Humanos de las Naciones Unidas, *State of the World's Cities 2006/7: The Millennium Development Goals and urban stability*, Earthscan, Londres, 2006, págs. 111, 113; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia: Supervivencia Infantil*, UNICEF, Nueva York, diciembre de 2007, pág. 118; Brasil: Ministerio de Desinvolvemento Social e Combate à Fome, Bolsa Familia: <www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia>, consultado el 31 de marzo de 2008.

Embarazos en la adolescencia: un motivo de preocupación

Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Giving Girls Today & Tomorrow: Breaking the cycle of adolescent pregnancy*, UNFP, Nueva York, 2007, págs. 3, 7; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Adolescence: A time that matters*, UNICEF, Nueva York, 2002, págs. 27–28; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2007: Edición de América Latina y el Caribe*, UNICEF, Nueva York, diciembre de 2006, pág. 6.

La prometedora estrategia del Brasil para frenar la epidemia del SIDA

Naciones Unidas, *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una perspectiva de América Latina y el Caribe*, Publicaciones de las Naciones Unidas, Santiago, Chile, 2005, pág. 271; Información proporcionada por la oficina de UNICEF en el Brasil.

Supervivencia y salud infantil en las zonas urbanas densamente pobladas

Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007*, vol. 1: Regional, OPS, Washington D.C., 2007, pág. 3; Programa de Asentamientos Humanos de las Naciones Unidas, *State of the World's Cities 2006/7: The Millennium Development Goals and urban stability*, Earthscan, Londres, 2006.

CAPÍTULO 2

- ¹ Victora, Cesar G., et al., 'Applying an Equity Lens to Child Health and Mortality: More of the same is not enough', *The Lancet*, vol. 362, 19 de julio de 2003, pág. 233.
- ² Fernald, Lia C.H., Paul J. Gertler y Lynnette M. Neufeld, 'Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth and development: An analysis of Mexico's Oportunidades', *The Lancet*, vol. 371, 8 de marzo de 2008, pág. 828.
- ³ Montenegro, Raul A., y Carolyn Stephens, 'Indigenous Health in Latin America and the Caribbean', *The Lancet*, vol. 367, no. 9525, 3 de junio de 2006, pág. 1860.

REFERENCIAS

- ⁴ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia: Supervivencia Infantil*, UNICEF, Nueva York, diciembre de 2007, págs. 142–145; y Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007*, vol. 1: Regional, OPS, Washington, D.C., 2007, págs. 155–156.
- ⁵ Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007*, vol. 1: Regional, OPS, Washington, D.C., 2007, págs. 157.
- ⁶ *Ibid.*, pág. 160.
- ⁷ *Ibid.*, pág. 41.
- ⁸ Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe, 'Reduction of infant mortality in Latin America and the Caribbean: Uneven progress requiring a variety of responses,' *Challenges*, no. 6, diciembre de 2007, pág. 8.
- ⁹ Banco Mundial, *World Development Report 2006: Equity and development*, Banco Mundial y Oxford University Press, Nueva York, 2005, pág. 30.
- ¹⁰ Equipo del personal del Banco Mundial, 'Service Delivery and Social Outcomes: A story of successes and failures' en *Citizens, Politicians, and Providers: The Latin American experience with service delivery reform*, Ariel Fiszbein, editor, Banco Mundial, Washington, D.C., 2005, págs. 12–14.
- ¹¹ Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe, *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una perspectiva de América Latina y el Caribe*, Publicaciones de las Naciones Unidas, Santiago, Chile, 2005, pág. 105.
- ¹² Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2007: La mujer y la infancia – El doble dividendo de la igualdad de género*, UNICEF, Nueva York, diciembre de 2006, pág. 18.
- ¹³ Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007*, vol. 1: Regional, OPS, Washington, D.C., 2007, 51–52.
- ¹⁴ Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe, *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una perspectiva de América Latina y el Caribe*, Publicaciones de las Naciones Unidas, Santiago, Chile, 2005, pág. 107.
- ¹⁵ *Ibid.*, pág. 129.
- ¹⁶ Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe, *¡Ni una más! El derecho a vivir una vida libre de violencia en América Latina y el Caribe*, Santiago, Chile, octubre de 2007, pág. 36.
- ¹⁷ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2007: La mujer y la infancia – El doble dividendo de la igualdad de género*, Edición de América Latina y el Caribe. Nueva York, 2007, pág. 11.
- ¹⁸ *Ibid.*

RECUADROS DEL CAPÍTULO 2

Excluidos al nacer: el reto de la inscripción del nacimiento para los pueblos indígenas

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia: Supervivencia Infantil*, UNICEF, Nueva York, diciembre de 2007, págs. 22, 146; *Innocenti Digest No. 11*, UNICEF, Centro de Investigaciones Innocenti, Florencia, 2004, pág. 7; Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe, *Panorama Social de América Latina*, Naciones Unidas, Chile, febrero de 2007, pág. 262.

Bolivia: los centros wawa wasi para los más pequeños

Información proporcionada por la oficina de UNICEF en Bolivia, 2008.

Pobreza y malnutrición en la región semiárida del Brasil

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *The State of Brazil's Children 2006: The right to survival and development*, UNICEF Brasil, Brasilia, 2005, págs. 42–51.

CAPÍTULO 3

¹ Recomendaciones adoptadas de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2008: Supervivencia Infantil*, UNICEF, Nueva York, 2007, págs. 44–61.

² Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *The State of Brazil's Children 2006: The right to survival and development*, UNICEF, Brasil, Brasilia, 2005, p 13.

³ Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007*, vol. 1: Regional, OPS, Washington, D.C., 2007, págs. 313–314.

⁴ *Ibid.*, pág. 314.

⁵ *Ibid.*, pág. 320.

⁶ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia: Supervivencia Infantil*, UNICEF, Nueva York, diciembre de 2007, págs. 70–71.

⁷ Victora, Cesar G., et al., 'Applying an Equity Lens to Child Health and Mortality: More of the same is not enough', *The Lancet*, vol. 362, 19 de julio de 2003, pág. 238.

⁸ Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe, *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Una perspectiva de América Latina y el Caribe*, Publicaciones de las Naciones Unidas, Santiago, Chile, 2005, pág. 158.

⁹ Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007*, vol. 1: Regional, OPS, Washington, D.C., 2007, pág. 25.

¹⁰ *Ibid.*, pág. 25.

RECUADROS DEL CAPÍTULO 3

El programa de trabajadores sanitarios de ámbito comunitario del Brasil

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *The State of Brazil's Children 2006: Children up to the age of six years*, UNICEF, Brasilia, 2005, págs. 10–11; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia: Supervivencia Infantil*, UNICEF, Nueva York, diciembre de 2007, págs. 86–87.

Los programas Zanmi-Lasante de ámbito comunitario de Haití

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia: Supervivencia Infantil*, UNICEF, Nueva York, 2007, pág. 90; Partners in Health, Women's Health, <www.pih.org/issues/maternal.html>, consultado el 13 de marzo de 2008; Información proporcionada por la oficina de UNICEF en Haití, 2008.

El modelo mexicano de reforma sanitaria: una estrategia diagonal

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia: Supervivencia Infantil*, UNICEF, Nueva York, 2007, pág. 38.

Las brigadas médicas móviles de Nicaragua: llevar la atención sanitaria a comunidades remotas

Información proporcionada por la oficina de UNICEF en Nicaragua, 2008.

Desarrollo humano sostenible en Río Santiago: una estrategia específica orientada a prestar servicios a los grupos indígenas que habitan la región fronteriza entre el Perú y el Ecuador

Información proporcionada por la oficina de UNICEF en el Perú, 2008.

CAPÍTULO 4

¹ A menos que se indique de otra forma, todas las recomendaciones de este capítulo proceden de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia: Supervivencia Infantil*, UNICEF, Nueva York, diciembre de 2007.

² Cumbre de las Américas, 'Declaración de Mar del Plata', 5 de noviembre de 2005, <www.summitamericas.org/IV%20Summit/Eng/mainpage-eng.htm>, consultado el 26 De marzo de 2008.

³ Cumbre Especial de las Américas, 12–13 de enero de 2004, <www.summit-americas.org/SpecialSummit/declaration_monterrey-eng.htm>, consultado el 28 De marzo de 2008.

⁴ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *Informe sobre desarrollo humano 2007/2008: La lucha contra el cambio climático*, PNUD, Nueva York, 2007, pág. 276.

⁵ Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas 2007*, vol. 1: Regional, OPS, Washington, D.C., 2007, pág. 351.

ESTADÍSTICAS

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
INDICADORES DEMOGRÁFICOS		
Población total (2006)	559.525.000	6.577.236.000
Población menor de 18 años (2006)	197.134.000	2.212.024.000
Población menor de 5 años (2006)	55.715.000	625.781.000
SUPERVIVENCIA		
Esperanza de vida al nacer (2006)	73	68
Tasa de mortalidad neonatal (menos de 28 días) por cada 1.000 nacidos vivos (2000)	15	30
Tasa de mortalidad infantil (niños menores de un año) por cada 1.000 nacidos vivos (2006)	22	49
Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos (2006)	27	72
Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, promedio de la tasa anual de reducción (1990–2006)	4,4	1,6
Tasa de mortalidad derivada de la maternidad, por cada 100.000 nacidos vivos (2005, ajustada)	130	400
SALUD Y NUTRICIÓN		
Porcentaje de recién nacidos con bajo peso (1999–2006*)	9	15
Porcentaje de niños menores de 5 años con peso inferior al normal moderado o grave (2000–2006*)	7	25
Porcentaje de la población que usa fuentes de agua potable mejoradas (2004)	91	83
Urbana	96	95
Rural	73	73
Porcentaje de la población que usa instalaciones adecuadas de saneamiento (2004)	77	59
Porcentaje de niños de 1 año vacunados (2006) contra:		
Tuberculosis (BCG)	96	87
Difteria/pertusis/tétanos, una dosis (DPT1)	96	89
Difteria/pertusis/tétanos, 3 dosis (DPT3)	92	79
Polio (polio3)	92	80
Sarampión	93	80
Hepatitis B (hepB3)	89	60
<i>Haemophilus influenzae tipo b (Hib3)</i>	90	22
EDUCACIÓN		
Porcentaje de alumnos en la escuela primaria que llegan al 5º grado (datos administrativos; 2000–2006*)	85	78**
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (2000–2006*)		
Hombres	90	80
Mujeres	91	78
Tasa neta de asistencia a la escuela secundaria (2000–2006*)		
Hombres	-	50**
Mujeres	-	47**
Tasa de alfabetización de adultos (2000–2005*)	90	78

ESTADÍSTICAS

INDICADOR	REGIÓN	MUNDO
INDICADORES ECONÓMICOS		
INB per cápita (dólares, 2006)	4.847	7.406
Porcentaje de la población que vive con menos de 1 dólar al día (1995–2005*)	9	19
Porcentaje de los gastos del gobierno central (1995–2005*) asignados a:		
Salud	7	14
Educación	15	5
Defensa	4	11
Porcentaje que corresponde al ingreso en el hogar (1995–2004*):		
40% más bajo	12	20
20% más alto	56	42
VIH Y SIDA		
Índice de prevalencia entre adultos (de 15 a 29 años, finales 2007) [†]		
América Latina	0,5	0,8
El Caribe	0,1	
Número estimado de personas (todas las edades) que viven con VIH (2007) [†]		
América Latina	1.600.000	33.200.000
El Caribe	230.000	
Número estimado de niños (de 0 a 14 años) que viven con VIH (2007)	54.000 [†]	2.100.000
Número estimado de niños (de 0 a 17 años) huérfanos a causa del SIDA (2005)	-	15.200.000 [†]
PROTECCIÓN DE LA INFANCIA		
Inscripción del nacimiento [◊] (1999–2006*)	89	-
Zonas urbanas	93	-
Zonas rurales	83	-
Matrimonio infantil (1987–2006*)	26	-
Zonas urbanas	24	-
Zonas rurales	31	-
Trabajo infantil (5 a 14 años, 1999–2006*)	11	-
Niños	12	-
Niñas	10	-
MUJERES		
Tasa de paridad de la alfabetización (mujeres como porcentaje de hombres, 2000–2006*)	99	86
Cobertura de atención prenatal (porcentaje, 2000–2006*)	94	75
Atención obstétrica en el parto (porcentaje, 2000–2006*)	-	63
Riesgo de mortalidad materna para toda la vida (2005)	1 en: 280	1 en: 92

NOTAS:

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

** Con exclusión de China.

- No hay datos disponibles.

◊ Las estimaciones globales y regionales relativas a la inscripción del nacimiento que se incluyen en esta tabla se basan en el subconjunto de países respecto de los cuales existen datos para el período comprendido entre 1999 y 2006. Existen estimaciones mundiales y regionales para un conjunto mayor de países respecto del período comprendido entre 1997 y 2006, y se encuentran disponibles en www.childinfo.org/areas/birthregistration.

[†] Los datos relativos al VIH y el SIDA proceden del informe *Situación de la epidemia del SIDA 2007*, publicado en noviembre de 2007 por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Los indicadores que figuran aquí pero que no disponen una cifra correspondiente en el informe *Situación de la epidemia del SIDA 2007* se refieren al año 2005, y corresponden a las cifras publicadas en el *Estado Mundial de la Infancia 2008*, pág. 129.

Para toda la infancia
Salud, Educación, Igualdad, Protección
ASÍ LA HUMANIDAD AVANZA

Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe
Avenida Morse, Ciudad del Saber Clayton
Edificio #102, Apartado 0843-03045
Ciudad de Panamá, Panamá

Teléfono: 507-301-7400
Email: tacro@unicef.org
Sitio Web: www.unicef.org/lac

ISBN: 978-92-806-4251-3

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Mayo de 2008