

Informe sobre la salud en el mundo 2005

**¡Cada madre y cada  
niño contarán!**



Organización Mundial de la Salud

Catalogación por la Biblioteca de la OMS

Organización Mundial de la Salud.

Informe sobre la salud en el mundo 2005 – ¡Cada madre y cada niño contarán!

1.Salud mundial - tendencias 2.Bienestar materno 3.Bienestar del niño 4.Servicios de salud materna - organización y administración 5.Servicios de salud infantil - organización y administración 6.Organización Mundial de la Salud I.Título II.Título: Cada madre y cada niño contarán.

ISBN 92 4 356290 8

(Clasificación NLM: WA 540.1)

ISSN 1020-6760

### © Organización Mundial de la Salud 2005

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Comercialización y Difusión, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Comercialización y Difusión, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Se puede solicitar información sobre esta publicación a:

World Health Report

Organización Mundial de la Salud

1211 Ginebra 27, Suiza

E-mail: whr@who.int

Para cursar pedido de ejemplares de esta publicación: bookorders@who.int

Este informe ha sido preparado bajo la dirección general de Joy Phumaphi (Subdirectora General, Salud Maternoinfantil y Planificación de la Familia), Tim Evans (Subdirector General, Pruebas Científicas e Información para las Políticas) y Wim Van Lerberghe (Redactor Jefe). Los autores principales son Wim Van Lerberghe, Annick Manuel, Zoë Matthews y Cathy Wolfheim, y el Director de Edición fue Thomson Prentice.

Realizaron valiosas aportaciones (contribuciones, documentos de antecedentes, análisis, revisiones, sugerencias y críticas) Elisabeth Aahman, Carla Abou-Zahr, Fiifi Amoako Johnson, Fred Arnold, Alberta Bacci, Rajiv Bahl, Rebecca Bailey, Robert Beaglehole, Rafael Bengoa, Janie Benson, Yves Bergevin, Stan Bernstein, Julian Bilous, Ties Boerma, Jo Borghi, Paul Bossyns, Assia Brandrup-Lukanov, Eric Buch, Flavia Bustreo, Meena Cabral de Mello, Virginia Camacho, Guy Carrin, Andrew Cassels, Kathryn Church, Alessandro Colombo, Jane Cottingham, Bernadette Daelmans, Mario Dal Poz, Catherine d'Arcangues, Hugh Darrah, Luc de Bernis, Isabelle de Zoysa, Maria Del Carmen, Carmen Dolea, Gilles Dussault, Steve Ebener, Dominique Egger, Gerry Eijkemans, Bjorn Ekman, Zine Elmorjani, Tim Ensor, Marthe Sylvie Essengue, David Evans, Vincent Fauveau, Paulo Ferrinho, Helga Fogstad, Marta Gacic Dobo, Ulf Gerdham, Adrienne Germain, Peter Ghys, Elizabeth Goodburn, Veloshnee Govender, Metin Gulmezoglu, Jean-Pierre Habicht, Sarah Hall, Laurence Haller, Steve Harvey, Peggy Henderson, Patricia Hernández, Peter Hill, Dale Huntington, Julia Hussein, Guy Hutton, Mie Inoue, Monir Islam, Christopher James, Craig Janes, Ben Johns, Rita Kabra, Betty Kirkwood, Lianne Kuppens, Joy Lawn, Jerker Liljestrand, Ornella Lincetto, Craig Lissner, Alessandro Loretto, Jane Lucas, Doris Ma Fat, Carolyn MacLennan, Ramez Mahaini, Sudhansh Malhostra, Adriane Martin Hilber, Jose Martines, Elizabeth Mason, Matthews Mathai, Dileep Mavalankar, Gillian Mayers, Juliet McEachren, Abdelhai Mechbal, Mario Merialdi, Tom Merrick, Thierry Mertens, Susan Murray, Adepēju Olukoya, Guillermo Paraje, Justin Parkhurst, Amit Patel, Vikram Patel, Steve Pearson, Gretel Pelto, Jean Perrot, Annie Portela, Dheepa Rajan, K.V. Ramani, Esther Ratsma, Linda Richter, David Sanders, Parvathy Sankar, Robert Scherpbier, Peelam Sekhri, Gita Sen, Iqbal Shah, Della Sherratt, Kenji Shibuya, Kristjana Sigurbjornsdottir, Angelica Sousa, Niko Speybroeck, Karin Stenberg, Will Stones, Tessa Tan-Torres Edejer, Petra Ten Hoope-Bender, Ann Tinker, Wim Van Damme, Jos Vandelaer, Paul Van Look, Marcel Vekemans, Cesar Victoria, Eugenio Villar Montesinos, Yasmin von Schirnding, Eva Wallstam, Steve Wiersma, Karl Wilhelmson, Lara Wolfson, Juliana Yartey y Jelka Zupan.

Han contribuido a elaborar los cuadros estadísticos las siguientes personas: Elisabeth Aahman, Dorjsuren Bayarsaikhan, Ana Betran, Zulfiqar Bhutta, Maureen Birmingham, Robert Black, Ties Boerma, Cynthia Boschi-Pinto, Jennifer Bryce, Agnes Couffinal, Simon Cousens, Trevor Croft, David D. Vans, Charu C. Garg, Kim Gustavsen, Nasim Haque, Patricia Hernández, Ken Hill, Chandika Indikadahena, Mie Inoue, Gareth Jones, Betty Kirkwood, Joseph Kutzin, Joy Lawn, Eduardo Levcovitz, Edilberto Loaiza, Doris Ma Fat, Jose Martines, Elizabeth Mason, Colin Mathers, Saul Morris, Kim Mulholland, Takondwa Mwase, Bernard Nahlen, Pamela Nakamba-Kabaso, Agnès Prudhomme, Rachel Racelis, Olivier Ronveaux, Alex Rowe, Hossein Salehi, Ian Scott, U Than Sein, Kenji Shibuya, Rick Steketeë, Rubén Suarez, Tessa Tan-Torres Edejer, Nathalie van de Maele, Tessa Wardlaw, Neff Walker, Hongyi Xu, Jelka Zupan y otros numerosos funcionarios de las oficinas de la OMS en los países, departamentos gubernamentales y organismos e instituciones internacionales.

Denis Aitken y Michel Jancloues aportaron observaciones e indicaciones de gran ayuda. Los Directores Regionales y algunos de sus colaboradores también facilitaron amablemente ayuda y asesoramiento.

El informe ha sido editado por Leo Vita-Finzi, con la ayuda de Barbara Campanini. Facilitaron ayuda editorial, administrativa y a la producción Shelagh Probst y Gary Walker, quien además coordinó las fotografías. Gael Kernen proporcionó la versión para el sitio web y otros medios electrónicos. Marie Fitzsimmons se encargó de la lectura de pruebas. El índice alfabético fue preparado por Kathleen Lyle.

Fotografías de la cubierta (partiendo de arriba a la izquierda, en el sentido de las agujas del reloj): L. Gubb/OMS; Pepito Frias/OMS; Armando Waak/OMS/OPS; Carlos Gaggero/OMS/OPS; Liba Taylor/OMS; Pierre Viro/OMS. Fotografías de la contracubierta (de izquierda a derecha): Pierre Viro/OMS; J. Gorstein/OMS; G. Diez/OMS; Pierre Viro/OMS. En el informe figuran varias fotografías de «River of Life», un concurso fotográfico organizado por la OMS sobre el tema de la salud sexual y reproductiva.

Diseño: Reda Sadki

Maqueta: Steve Ewart y Reda Sadki

Figuras: Christophe Grangier

Retoque fotográfico: Reda Sadki y Denis Meissner

Coordinación de la impresión: Keith Wynn

Impreso en Francia

# índice

<b>Mensaje del Director General</b>	xi
<b>Panorama general</b>	xiii
Progresos irregulares y diferencias cada vez mayores: ¿qué ha fallado?	xiv
Adoptar las decisiones técnicas y estratégicas adecuadas	xv
Avances hacia la cobertura universal: acceso para todos, con protección financiera	xvii
Resumen de los capítulos	xxi
<b>Capítulo 1</b>	
<b>Las madres y los niños son importantes – y su salud también</b>	1
La salud maternoinfantil en sus inicios	2
En la situación actual se trata de un imperativo moral y político	4
Las madres, los niños y los Objetivos de Desarrollo del Milenio	9
Logros desiguales en materia de salud del niño	9
Esas muertes de recién nacidos que antes pasaban inadvertidas	11
La salud materna muestra pocos indicios de mejora	12
Un mosaico de avances, estancamientos y retrocesos	17
Las cifras siguen siendo elevadas	18
<b>Capítulo 2</b>	
<b>Los obstáculos a los progresos: ¿cuestión de contexto o de política?</b>	23
Cuestiones de contexto	24
La pobreza malogra los progresos	24
Los efectos directos e indirectos del VIH/SIDA	26
Los conflictos y las emergencias, causa de involución de los sistemas	27
Las muchas facetas de la exclusión de la atención sanitaria	28
Raíces de la exclusión	28
Esquemas de exclusión	32
Distintos esquemas de exclusión, distintos retos	34
¿Son los distritos la estrategia correcta para avanzar hacia la cobertura universal?	35
Una estrategia sin recursos	35
¿No han superado los distritos la prueba?	37

### Capítulo 3

#### **Grandes expectativas en torno a la reducción de los riesgos del embarazo**

Explotar el potencial de la atención prenatal	43
Cumplir las expectativas relacionadas con el embarazo	44
El embarazo: un periodo con sus propios peligros	46
Aprovechar las oportunidades	49
Orientaciones cruciales para el futuro	50
No todos los embarazos son causa de alegría	52
Planificar los embarazos antes de que lleguen a producirse	52
Los abortos peligrosos: un importante problema de salud pública	54
Atender las complicaciones del aborto	55
Valorar el embarazo: una cuestión de protección jurídica	56

### Capítulo 4

#### **Atender 136 millones de partos anuales**

Arriesgarse a morir para dar vida	65
Atención profesional competente: en el parto y después del parto	70
Éxitos y reveses: su relación con el desarrollo de los sistemas sanitarios	70
Atención calificada: la división del trabajo a examen	73
Una atención cercana a las mujeres... y segura	75
Un apoyo en caso de complicaciones	78
Despliegue simultáneo de los servicios	78
La atención puerperal es igual de importante	79

### Capítulo 5

#### **Los recién nacidos cobran más importancia**

Los mayores riesgos para la vida se presentan al principio	85
Progresos y algunas regresiones	88
Medidas para garantizar la atención neonatal	92
Atención durante el embarazo	92
Asistencia especializada durante el parto	93
Cuidado del recién nacido en casa	95
Garantía de continuidad asistencial	96
Planificación del acceso universal	98
Criterios para determinar las necesidades de oferta	98
Cabe ser optimistas, pero con cautela	101
Medidas para corregir el déficit de recursos humanos e infraestructura	104
Escenarios de expansión	104
Costos de la expansión	105

### Capítulo 6

#### **Replanteamiento de la atención infantil: supervivencia, crecimiento y desarrollo**

Mejorar las posibilidades de supervivencia	111
Aspiraciones del movimiento en pro de la atención primaria de salud	111
Éxito de los programas verticales	112
Necesidad de un cambio de estrategia	115
Combinación de un mayor número de intervenciones	115

Ocuparse de los niños, no sólo de las enfermedades	116
Organización de la atención infantil integrada	117
Familias y agentes de salud	118
Derivación de los niños enfermos	120
Acercar la atención sanitaria a los niños	122
Implantación de las intervenciones de salud infantil	123
Costo de la expansión de la cobertura	125
De las proyecciones de costos a la expansión de la cobertura	128

## Capítulo 7

### Conciliar la salud de la madre, el recién nacido y el niño con el desarrollo de los sistemas de salud

Reubicación de la SMRNN	135
Diferentes interesados, diferentes lenguajes	139
Mantener el impulso político	142
Rehabilitación del personal laboral	144
Algo más que una cuestión de cifras	144
Recuperación tras el legado de desatención	145
Desestabilización con la mejor intención	147
Resolver el problema de los salarios	148
Protección financiera para garantizar el acceso universal	149
Sustitución del cobro de honorarios por el prepago, la mancomunación y la refinanciación del sector	150
Explotar al máximo los mecanismos de protección financiera transitorios	153
Generalización de la protección financiera	153
Canalización eficaz de los fondos	154

## Anexo estadístico

Notas explicativas	163
<b>Cuadro 1</b>	
Indicadores básicos de todos los Estados Miembros	192
<b>Cuadro 2a</b>	
Tasas de mortalidad de menores de 5 años: estimaciones para 2003, cambio porcentual medio anual 1990–2003, y disponibilidad de datos 1980–2003	200
<b>Cuadro 2b</b>	
Tasas de mortalidad de menores de 5 años (por 1000) obtenidas directamente a partir de encuestas y del registro civil, desglosadas por edades y último periodo o año disponible	204
<b>Cuadro 3</b>	
Número anual de defunciones por distintas causas en menores de 5 años en las regiones de la OMS, estimaciones para 2000–2003	208
<b>Cuadro 4</b>	
Número anual de defunciones por distintas causas en recién nacidos en las regiones de la OMS, estimaciones para 2000–2003	208
<b>Cuadro 5</b>	
Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario, 1998–2002	210

<b>Cuadro 6</b>	Algunos indicadores de las cuentas nacionales de salud: mediciones del gasto sanitario per cápita, 1998–2002	218
<b>Cuadro 7</b>	Algunos indicadores sobre la inmunización en todos los Estados Miembros	222
<b>Cuadro 8</b>	Algunos indicadores relacionados con la salud reproductiva y con la salud de la madre y el recién nacido	230

## **Índice alfabético** 239

### **Figuras**

<b>Figura 1.1</b>	Mortalidad en la niñez: progresos más lentos, sobre todo en África	8
<b>Figura 1.2</b>	La mortalidad neonatal y materna, relacionada con la falta de asistentes de partería calificados	10
<b>Figura 1.3</b>	Variación de las tasas de mortalidad de menores de 5 años, 1990–2003: países que muestran progresos, estancamiento o retroceso	14
<b>Figura 1.4</b>	Pautas de reducción de las tasas de mortalidad de menores de 5 años, 1990–2003	14
<b>Figura 1.5</b>	Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos en 2000	15
<b>Figura 1.6</b>	Tasa de mortalidad neonatal por 1000 nacidos vivos en 2000	15
<b>Figura 2.1</b>	Un caso de inversión temporal de la mortalidad materna: Mongolia en los primeros años noventa	25
<b>Figura 2.2</b>	Estancamiento tras un periodo de grandes progresos: cobertura con DTP3 desde 1980	28
<b>Figura 2.3</b>	Distintos esquemas de exclusión: privación masiva a niveles bajos de cobertura, y marginación de los más pobres en los niveles altos	31
<b>Figura 2.4</b>	De la privación masiva a la exclusión marginal: mejoras progresivas de la cobertura	32
<b>Figura 2.5</b>	Brecha de supervivencia entre ricos y pobres: ampliación en algunos países, estrechamiento en otros	33
<b>Figura 3.1</b>	La cobertura de atención prenatal está aumentando	44
<b>Figura 3.2</b>	Resultados de los embarazos que se producen cada año	51
<b>Figura 3.3</b>	Supuestos en los que se permite el aborto	54

<b>Figura 4.1</b>	Causas de mortalidad materna	66
<b>Figura 4.2</b>	La mortalidad materna desde los años sesenta en Malasia, Sri Lanka y Tailandia	70
<b>Figura 4.3</b>	Número de años requeridos para reducir la mortalidad materna a la mitad en algunos países	72
<b>Figura 5.1</b>	Defunciones en menores de cinco años, 2000	86
<b>Figura 5.2</b>	Número de defunciones neonatales por causas, 2000–2003	86
<b>Figura 5.3</b>	Evolución de las tasas de mortalidad neonatal entre 1995 y 2000	87
<b>Figura 5.4</b>	La mortalidad neonatal en los países de África muestra una situación de estancamiento y algunos retrocesos inesperados	88
<b>Figura 5.5</b>	La mortalidad neonatal es menor cuando las madres han recibido atención profesional	94
<b>Figura 5.6</b>	Aumenta la proporción de partos atendidos en centros de salud y partos asistidos por médicos	98
<b>Figura 5.7</b>	Carencia de recursos humanos en Benin, Burkina Faso, Malí y Níger, 2001	101
<b>Figura 5.8</b>	Costo de la expansión de la atención materna y neonatal, por encima del gasto actual	102
<b>Figura 6.1</b>	Enfoque integrado de la salud infantil	119
<b>Figura 6.2</b>	Proporción de distritos donde en 2003 se habían iniciado actividades de formación y fortalecimiento del sistema para la AIEPI	122
<b>Figura 6.3</b>	Costo de la expansión de las intervenciones de salud infantil, por encima del gasto actual	124

## Recuadros

<b>Recuadro 1.1</b>	Hitos del reconocimiento de los derechos de las mujeres y los niños	5
<b>Recuadro 1.2</b>	¿Por qué invertir dinero público en atención sanitaria para madres y niños?	6
<b>Recuadro 1.3</b>	Retroceso de la mortalidad materna en Malawi	12
<b>Recuadro 1.4</b>	El cómputo de nacimientos y defunciones	13
<b>Recuadro 2.1</b>	Crisis económica y quiebra del sistema sanitario: un encadenamiento fatídico de sucesos	24

<b>Recuadro 2.2</b>	El VIH/SIDA afecta directamente a la salud de las mujeres y los niños	25
<b>Recuadro 2.3</b>	Los distritos sanitarios pueden hacer progresos, incluso en circunstancias adversas	27
<b>Recuadro 2.4</b>	Cartografiar la exclusión del acceso a la atención obstétrica que salva vidas	29
<b>Recuadro 2.5</b>	Desarrollar distritos sanitarios funcionales: para obtener resultados sostenibles se requiere un compromiso a largo plazo	36
<b>Recuadro 3.1</b>	Reducción de la carga de malaria en las mujeres embarazadas y sus hijos	46
<b>Recuadro 3.2</b>	La anemia, una enfermedad que mata en silencio	47
<b>Recuadro 3.3</b>	Violencia contra la mujer	49
<b>Recuadro 4.1</b>	Fístula obstétrica: sobrevivir con dignidad	68
<b>Recuadro 4.2</b>	La depresión materna afecta a las madres y los niños	69
<b>Recuadro 4.3</b>	Los decepcionantes resultados del reconocimiento prenatal en la predicción de los partos de alto riesgo	73
<b>Recuadro 4.4</b>	Las parteras tradicionales: otra decepción	74
<b>Recuadro 4.5</b>	Formar al personal sanitario para un ejercicio profesional eficaz y sin riesgo	76
<b>Recuadro 5.1</b>	Explicación de las diferencias en la mortalidad materna, neonatal y en la niñez: ¿atención sanitaria o contexto?	89
<b>Recuadro 5.2</b>	Selección de sexo	91
<b>Recuadro 5.3</b>	Sobremedicalización	100
<b>Recuadro 5.4</b>	Desglose del costo previsto de la expansión de la cobertura de la atención materna y neonatal	103
<b>Recuadro 6.1</b>	¿De qué mueren hoy los niños?	114
<b>Recuadro 6.2</b>	Cómo pueden contribuir las familias a que las cosas cambien	118
<b>Recuadro 6.3</b>	Desglose del costo previsto de la expansión de la cobertura	126
<b>Recuadro 7.1</b>	Fondos internacionales para la salud de la madre, el recién nacido y el niño	136

<b>Recuadro 7.2</b>	
Instrumentos de presión: las alianzas para la salud de la madre, el recién nacido y el niño	137
<b>Recuadro 7.3</b>	
La SMRNN, la pobreza y la necesidad de información estratégica	138
<b>Recuadro 7.4</b>	
Enfoques sectoriales	139
<b>Recuadro 7.5</b>	
Reconstrucción de los sistemas de salud después de las crisis	143
<b>Recuadro 7.6</b>	
El necesario apoyo a la participación de la sociedad civil	152

## Tablas

<b>Tabla 1.1</b>	
Mortalidad neonatal y materna en los países con estancamiento o retroceso de la disminución de la mortalidad en la niñez	16
<b>Tabla 2.1</b>	
Factores que obstaculizan los progresos	24
<b>Tabla 4.1</b>	
Incidencia mundial de las principales complicaciones del parto	67
<b>Tabla 4.2</b>	
Características básicas de la atención materna y neonatal de primer nivel y de apoyo	75
<b>Tabla 5.1</b>	
Medidas para corregir el déficit de oferta sanitaria y expandir la atención materna y neonatal de primer nivel y de apoyo en 75 países (de una cobertura del 43% a una del 73% para 2015 y una cobertura plena para 2030)	105
<b>Tabla 6.1</b>	
Intervenciones básicas para mejorar la supervivencia infantil	125

# mensaje del director general

La crianza de los hijos se acompaña siempre de un fuerte deseo de verlos crecer felices y sanos. Ésta es una de las pocas constantes de la vida de las personas en todo el mundo. Sin embargo, incluso en el siglo XXI, todavía permitimos que muchos más de 10 millones de niños y medio millón de madres mueran cada año, pese a que la mayoría de esas defunciones pueden evitarse. Setenta millones de madres y sus recién nacidos, así como innumerables niños, están excluidos de la atención sanitaria a que tienen derecho. Aún más numerosos son los que sobreviven sin protección alguna contra la pobreza que puede acarrear la mala salud.

Los dirigentes reconocen que no podemos permitir que esta situación se prolongue, pero en muchos países las mejoras en ese sentido son demasiado lentas, si no nulas, y en algunos se registra incluso un empeoramiento. Las madres, los recién nacidos y los niños representan el bienestar de una sociedad y su potencial de cara al futuro. Si sus necesidades de salud quedan desatendidas, toda la sociedad se resiente.

Las propias familias y comunidades pueden hacer mucho para corregir esta situación. Pueden mejorar, por ejemplo, el estatus de la mujer en la sociedad, la crianza de los hijos, la prevención de enfermedades, la atención a los enfermos y el uso de los servicios. Pero esa área de la salud es también una responsabilidad pública.

Los programas de salud pública necesitan colaborar para que todas las familias puedan disfrutar de una continuidad asistencial que se extienda desde el embarazo (incluso antes), pasando por el parto, hasta la infancia, en lugar de los servicios a menudo fragmentados que se ofrecen actualmente. No tiene sentido dispensar cuidados a un niño e ignorar los problemas de salud de su madre, o atender a una mujer en el momento del parto, pero no así al hijo recién nacido.

Si deseamos que todas las familias tengan acceso a la asistencia, los gobiernos deben acelerar el desarrollo de sistemas de salud coherentes, integrados y eficaces. Esto implica abordar la crisis de personal sanitario, lo que exige a su vez un nivel mucho mayor de financiación y una mejor organización de ésta en relación con esos aspectos de la salud. El objetivo deben ser unos sistemas de salud capaces de responder a estas necesidades, eliminar los obstáculos financieros a la atención y proteger a las personas de la pobreza, que es tanto una causa como un efecto de la mala salud.

El mundo necesita apoyar a los países que luchan por instituir el acceso universal y la protección financiera para todos los niños y las madres. Sólo así podremos garantizar que cada madre, cada recién nacido y cada niño necesitados de atención la obtengan efectivamente, y que nadie se vea abocado a la pobreza como consecuencia de los costos de esa atención. De este modo lograremos avanzar no sólo hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sino hacia otras metas más ambiciosas.



LEE Jong-wook  
Director General  
Organización Mundial de la Salud  
Ginebra, abril de 2005

# panorama general

El *Informe sobre la salud en el mundo* de este año se publica cuando apenas queda un decenio para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), esto es, las aspiraciones internacionalmente convenidas en materia de desarrollo para la población mundial que han de cumplirse para 2015. Esos objetivos subrayan la importancia de la mejora de la salud, en particular la de las madres y los niños, como parte integral de la reducción de la pobreza.

La salud de la madre y el niño es una prioridad que se remonta a mucho antes de los años noventa, pues tiene a sus espaldas un siglo de programas, actividades y experiencias. Ahora bien, lo que ha cambiado en la última década es el enfoque mundial de los ODM y su insistencia en seguir de cerca los avances en todas las partes del planeta. Por otro lado, también se ha ido modificando con el tiempo la naturaleza de la prioridad asignada a la salud maternoinfantil. Mientras que las madres y los niños eran antes destinatarios de programas bienintencionados, ahora reclaman cada vez más la posibilidad de acceder a una atención sanitaria de calidad como un derecho garantizado por el Estado. Ese cambio de actitud ha hecho que la salud maternoinfantil haya dejado de ser una preocupación técnica para convertirse en un imperativo moral y político.

En el presente informe, la exclusión se identifica no sólo como un factor clave de la falta de equidad, sino también como uno de los principales obstáculos al progreso. En muchos países el acceso universal a esta atención a la que tienen derecho todas las mujeres y los niños está todavía lejos de materializarse. Además de pasar revista a los irregulares avances logrados hasta la fecha, el informe describe las estrategias requeridas para acelerar las mejoras que se sabe que son posibles. Es necesario reorientar las estrategias técnicas elaboradas en el marco de programas de salud maternoinfantil, así como poner más énfasis en la importancia de los problemas de los recién nacidos, que a menudo se pasan por alto. En ese sentido, se aboga en este informe por replantear la salud de la madre y el niño para empezar a hablar de salud de la madre, *el recién nacido* y el niño.

Las estrategias técnicas adecuadas para mejorar la salud de la madre, el recién nacido y el niño sólo se pueden implantar eficazmente si son ejecutadas – en todos los programas y por todos los dispensadores de servicios – desde el embarazo y el parto hasta la niñez. No tiene sentido atender a un niño e ignorar a su madre, como tampoco lo tiene preocuparse por una parturienta y no prestar la suficiente atención a la salud de su hijo recién nacido. Para asegurar a las familias el acceso universal

a una atención ininterrumpida de esta índole, es preciso que haya una interacción entre los programas, aunque lo que importa en última instancia es que se amplíen y fortalezcan los sistemas de salud. Al mismo tiempo, el hecho de colocar la salud de la madre, el recién nacido y el niño en el centro del movimiento en pro del acceso universal ofrece una plataforma para la construcción de sistemas sanitarios sostenibles allí donde las estructuras existentes son precarias o frágiles. Incluso en los lugares en que los ODM no se cumplirán plenamente para 2015, el avance hacia el acceso universal implica la posibilidad de transformar la vida de millones de personas para las décadas venideras.

## PROGRESOS IRREGULARES Y DIFERENCIAS CADA VEZ MAYORES: ¿QUÉ HA FALLADO?

Cada año 3,3 millones de niños – quizá más – nacen muertos, más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida y otros 6,6 millones mueren antes de cumplir los cinco años. Las muertes maternas también siguen constituyendo un grave problema: el total anual asciende ahora a 529 000 defunciones; con frecuencia se trata de muertes repentinas e imprevistas que se producen durante el embarazo propiamente dicho (unas 68 000 a consecuencia de un aborto peligroso), durante el parto o después de nacer el bebé. Esas muertes dejan atrás a unas familias destrozadas, que a menudo se ven arrastradas a la pobreza por tener que costear una atención sanitaria que llegó demasiado tarde o no dio resultado.

¿Cómo es posible que esa situación se mantenga si las causas de defunción son en buena parte evitables? ¿Y por qué sigue siendo preciso que este informe haga hincapié en la necesidad de centrar la atención en la salud de la madre, el recién nacido y el niño si hace décadas que ésta ocupa un lugar prioritario, y por añadidura han transcurrido más de 10 años desde que la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de las Naciones Unidas incorporó resueltamente el acceso a la atención de salud reproductiva para todos en la agenda mundial?

Aunque en los últimos años son cada vez más los países que consiguen mejorar la salud y el bienestar de las madres, los recién nacidos y los niños, aquellos que de entrada presentaban las cargas de mortalidad y morbilidad más elevadas son los que menos avances han logrado durante los años noventa. En algunos países la situación incluso ha empeorado, y se han registrado preocupantes retrocesos en lo referente a la mortalidad neonatal, en la niñez y materna. Los progresos se han ralentizado y son cada vez más desiguales, ocasionando grandes disparidades entre los países y, dentro de éstos, entre ricos y pobres. Sin una intensificación radical de los esfuerzos, hay escasas esperanzas de eliminar en todos los países las muertes maternoinfantiles evitables.

Los países donde los indicadores sanitarios correspondientes a las madres, los recién nacidos y los niños están en fase de estancamiento o retroceso a menudo han sido incapaces de destinar suficientes inversiones a sus sistemas sanitarios. Los distritos de salud han tenido dificultades para organizar el acceso a una atención eficaz para las mujeres y los niños. Las crisis humanitarias, la pobreza omnipresente y la epidemia de VIH/SIDA han contribuido todas ellas a exacerbar los efectos de los recesos económicos y la crisis de recursos humanos sanitarios. Dado que la exclusión de la atención sanitaria está muy extendida y que las desigualdades son cada vez mayores, los avances exigen un fortalecimiento de los sistemas de salud en gran escala.

Ahora bien, las decisiones técnicas siguen siendo importantes, pues en el pasado los programas no siempre han adoptado los mejores enfoques para asegurar a todos

el acceso a una atención de calidad. Con demasiada frecuencia, se ha permitido la fragmentación de los programas, lo que ha obstaculizado la continuidad en la prestación de asistencia sanitaria o impedido que se confiriese la debida atención a la profesionalización de los servicios. La experiencia técnica y los logros y fallos de los últimos años han mostrado cuál es el mejor camino para seguir adelante.

## ADOPTAR LAS DECISIONES TÉCNICAS Y ESTRATÉGICAS ADECUADAS

No cabe ninguna duda de que se dispone de los conocimientos técnicos necesarios para responder a muchos, si no a la mayoría, de los principales problemas y riesgos relacionados con la salud y la supervivencia de la madre, el recién nacido y el niño. También está cada vez más claro qué estrategias son capaces de contribuir a que las familias y los sistemas de salud puedan asegurar conjuntamente que esas soluciones técnicas se apliquen para todos, en el lugar y el momento oportunos.

Un campo en el que se han observado logros ejemplares es el de la atención prenatal: la demanda ha crecido y sigue aumentando en la mayoría de las partes del mundo. No obstante, se puede explotar mejor su considerable potencial, haciendo hincapié en las intervenciones eficaces y utilizándola como plataforma para otros programas de salud, por ejemplo en relación con el VIH/SIDA y la prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, con iniciativas centradas en la tuberculosis y la malaria y con la planificación familiar. Los agentes sanitarios también pueden aprovechar mejor la atención prenatal para ayudar a las embarazadas a prepararse para el parto y para el papel de madre o a enfrentarse a un entorno que tal vez sea poco propicio para un embarazo saludable y feliz. Las mujeres embarazadas, en particular las adolescentes, pueden estar expuestas a la violencia, la discriminación en el lugar de trabajo y en la escuela o la marginación. Estos problemas deben atajarse también, aunque no sólo, introduciendo mejoras en los entornos sociales, políticos y jurídicos. Un ejemplo ilustrativo es el modo en que las sociedades responden al problema de los embarazos involuntarios, inoportunos y no deseados, que suman muchos millones. Sigue habiendo grandes necesidades desatendidas en materia de anticoncepción, y también subsisten carencias cuantitativas y cualitativas en lo que respecta a la información y la educación. Existe además una necesidad evidente de facilitar el acceso a una atención postaborto de calidad que tenga en cuenta las necesidades de la paciente y a unos servicios de aborto seguros, en la máxima medida de lo permitido por la ley.

Prestar asistencia a la totalidad de los 136 millones de partos que se producen cada año es uno de los principales retos a los que se enfrentan ahora los sistemas de salud de todo el mundo. Ese desafío aumentará en el futuro próximo, conforme grandes cohortes de jóvenes alcancen su edad reproductiva, sobre todo en aquellas partes del planeta donde más peligroso es dar a luz. Las mujeres se arriesgan a morir para traer al mundo una nueva vida, pero con una asistencia especializada y sensible a sus necesidades, tanto durante como después del parto, se puede evitar la casi totalidad de los desenlaces fatales y las secuelas discapacitantes – por ejemplo, la tragedia de las fístulas obstétricas – y mitigar buena parte del sufrimiento. El nacimiento de un niño es un acontecimiento crucial en la vida de las familias y en la construcción de las comunidades; aunque eso debe seguir siendo así, también es importante que el parto tenga lugar en condiciones seguras. Para lograr un grado óptimo de seguridad, todas las mujeres, sin excepción, precisan una asistencia profesional especializada en el momento del parto; asimismo, es primordial que den a luz cerca de su hogar

en un entorno apropiado donde se respeten sus valores culturales en esta esfera. Lo más idóneo es que esa atención sea dispensada por una matrona diplomada o un profesional sanitario con conocimientos de partería, en un servicio descentralizado de primer nivel. Actuando de este modo es posible evitar, mitigar y solucionar muchos problemas potencialmente mortales que pueden surgir durante el parto y reducir la mortalidad materna a niveles sorprendentemente bajos. Conviene subrayar, no obstante, que en el caso de las mujeres con problemas para los que las competencias o el equipo disponibles en el primer nivel de atención son insuficientes, los profesionales especializados en partería necesitan el respaldo que sólo puede proporcionar un hospital. Todas las mujeres necesitan una asistencia materna de primer nivel, y sólo una minoría de ellas precisan una atención de apoyo, pero para ser eficaces, ambos niveles deben funcionar de forma coordinada y ser implantados simultáneamente.

La necesidad de recibir atención no cesa cuando la mujer ha dado a luz. Las horas, los días y las semanas siguientes al parto pueden ser peligrosas tanto para la madre como para su hijo. El énfasis puesto en los últimos años en la mejora de la asistencia especializada durante el parto, aunque muy positivo, no debe desviar la atención de este periodo crucial, durante el cual se producen la mitad de las muertes maternas y una cantidad considerable de enfermedades. Existe una necesidad urgente de idear maneras eficaces de organizar la continuidad de la asistencia durante las primeras semanas siguientes al parto, periodo durante el cual las responsabilidades de los servicios de salud a menudo son ambiguas o están mal definidas.

La brecha sanitaria que se observa en la prestación de atención a la mujer no sólo afecta a la atención posparto sino también a la atención posnatal. Si bien todavía se tiene una idea bastante incompleta de las necesidades desatendidas en materia de atención neonatal, está claro que los problemas de salud de los recién nacidos han sido descuidados y subestimados indebidamente. Los recién nacidos parecen haberse quedado al margen tanto de los programas de maternidad sin riesgo como de las iniciativas de supervivencia infantil. La mortalidad neonatal representa una proporción considerable de la mortalidad de niños menores de cinco años. Resulta hoy evidente que los ODM relacionados con la mortalidad en la niñez no se alcanzarán si no se registran avances sustanciales para los recién nacidos. Aunque en el mundo entero se han observado modestas disminuciones de la mortalidad neonatal (por ejemplo, las vacunas están cada vez más cerca de eliminar el tétanos como causa de muerte neonatal), algunos países del África subsahariana han experimentado retrocesos tan inesperados como alarmantes.

Para lograr progresos en salud neonatal, no se precisan costosas tecnologías, pero sí sistemas sanitarios que aseguren una atención ininterrumpida desde el comienzo del embarazo (o incluso antes) hasta el parto y el puerperio, con la correspondiente asistencia especializada de profesionales sanitarios. Ante todo, es necesario asegurar que efectivamente se produzca el traslado del lactante de los servicios de salud materna a los de salud infantil, un proceso delicado al que a menudo no se presta la debida atención. Aunque los recién nacidos que son amamantados, amados y arropados suelen salir adelante sin dificultades, es posible, y de hecho ocurre, que surjan problemas. Es primordial capacitar a las familias – en particular a las madres y los padres – para cuidar debidamente a sus hijos recién nacidos, reconocer los peligros a tiempo y obtener inmediatamente ayuda profesional si surgiera alguna dificultad.

Los mayores riesgos que acechan a la vida coinciden con el comienzo de ésta, pero ello no quiere decir que desaparezcan cuando el recién nacido crece para convertirse en lactante y luego en niño pequeño. Los programas centrados en las enfermedades

prevenibles mediante vacunación, la malnutrición, las enfermedades diarreicas o las infecciones respiratorias aún tienen mucho camino por recorrer. La inmunización, por ejemplo, ha registrado avances satisfactorios en algunas regiones, pero en otras la cobertura se ha quedado estancada en niveles que oscilan entre el 50% y el 70% y precisa un nuevo ímpetu. Sin embargo, estos programas han logrado tales avances en lo referente a la carga de morbilidad que en muchos países ha cambiado el perfil epidemiológico. Ahora es necesario contar con enfoques más integrados, en primer lugar, para responder eficazmente al cambiante espectro de problemas que requieren atención y, en segundo lugar, para lograr que la asistencia, que hasta ahora se concentraba principalmente en la supervivencia del niño, también dé prioridad a su crecimiento y desarrollo. Esto es lo que se precisa desde el punto de vista de la salud pública, y también lo que esperan las familias.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) combina un conjunto de intervenciones eficaces para prevenir las defunciones y promover un crecimiento y desarrollo sanos. En lugar de añadir simplemente más ramas a un único canal de prestación de servicios, la AIEPI ha transformado la perspectiva del sistema de salud sobre la atención infantil, logrando que no se limite al mero tratamiento de las enfermedades. Tres son los componentes principales de la AIEPI: ampliar los conocimientos del personal de salud para tratar enfermedades y ofrecer asesoramiento a las familias; fortalecer el apoyo del sistema de salud; y mejorar la capacidad de las familias y las comunidades para criar unos hijos sanos y afrontar las enfermedades que surjan. La AIEPI ha ido pues más allá de la tradicional idea de que el cometido del personal de los centros de salud es dispensar una serie de intervenciones técnicas a su población destinataria. Su logro es que está acercando la atención sanitaria a los hogares, al tiempo que contribuye a mejorar las vías de derivación de casos y la atención hospitalaria; el reto estriba ahora en poner la AIEPI al alcance de todas las familias con niños y en crear las condiciones necesarias para que éstas aprovechen ese tipo de atención siempre que sea preciso.

## AVANCES HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL: ACCESO PARA TODOS, CON PROTECCIÓN FINANCIERA

Existe un sólido consenso en cuanto a que, aunque se adopten todas las opciones técnicas adecuadas, los programas de salud materna, neonatal y del niño sólo serán eficaces si establecen conjuntamente, y también con las familias y las comunidades, una continuidad asistencial que vaya desde el embarazo y el parto hasta la niñez. Para asegurar una continuidad de esa índole, es preciso contar con sistemas de salud ampliamente fortalecidos que sitúen la atención materna, neonatal e infantil en el centro de sus estrategias de desarrollo. También es imprescindible que programas e instancias con diferentes antecedentes, intereses e integrantes aúnen sus fuerzas. El proyecto común que puede hacer confluir las distintas agendas es el acceso universal a la atención sanitaria. No se trata simplemente de afinar el discurso promotor: la idea de base es enmarcar la salud de las madres, los recién nacidos y los niños dentro de un proyecto político más amplio que sea claro y sencillo, respondiendo así a la demanda de la sociedad, que pide la protección de la salud de sus ciudadanos y el acceso a la atención sanitaria, una exigencia que se percibe cada vez más como legítima. Con todo, no debe subestimarse la magnitud del reto que supone expandir los servicios para avanzar hacia el acceso universal.

Llegar a todos los niños con un conjunto de intervenciones esenciales de salud infantil que permita cumplir los ODM e incluso superarlos es una tarea técnicamente

factible dentro del próximo decenio. En los 75 países que acaparan el grueso de la mortalidad en la niñez, se precisarían para ello US\$ 52 400 millones, además de los gastos actuales, de los que US\$ 25 000 millones representan el gasto adicional en recursos humanos. Estos US\$ 52 400 millones equivalen a un incremento inmediato del 6% del promedio actual del gasto público en salud en esos países, que para 2015 debería aumentar a un 18%. En los 21 países que encaran las mayores dificultades y donde es probable que el tiempo de implantación sea largo, el gasto público actual en salud se debería incrementar en un 27% a partir de 2006, hasta alrededor de un 76% en 2015.

En lo que respecta a la atención materna y neonatal, la meta del acceso universal está más alejada. Cabe imaginar diferentes escenarios para asegurar la expansión de los servicios, teniendo en cuenta las circunstancias específicas de cada uno de los 75 países antes mencionados. En la actualidad, aproximadamente un 43% de las madres y los recién nacidos reciben algún tipo de asistencia, pero en modo alguno toda la gama de servicios que se precisan para al menos evitar las defunciones maternas. En su conjunto, los escenarios optimistas – pero también realistas – para cada uno de estos 75 países darían acceso a una gama completa de atención de primer nivel y de apoyo en 2015 a 101 millones de madres (alrededor de un 73% del número previsto de partos) y a sus hijos. En caso de cumplirse estos escenarios, los ODM relacionados con la salud de la madre no se alcanzarían en todos los países, aunque a nivel mundial la reducción de la mortalidad materna y perinatal estaría en pleno avance. La puesta en práctica de estos 75 escenarios de país requeriría unos US\$ 39 000 millones por encima de los gastos actuales. Esto representaría en 2006 un crecimiento del 3%, que con el paso de los años iría aumentando hasta un 14%, del promedio actual del gasto público en salud de los países en cuestión. En los 20 países que en estos momentos presentan la cobertura más baja y enfrentan las mayores dificultades, el gasto público actual en salud exigiría un incremento de un 7% en 2006, que en 2015 debería ser de un 43%.

La primera tarea, y también la más apremiante, es desplegar el personal sanitario requerido para expandir los servicios de salud materna, neonatal e infantil y avanzar así hacia el acceso universal. Corregir las graves escaseces y los desequilibrios que muchos países afrontan en lo referente a la distribución de profesionales sanitarios seguirá constituyendo un reto importante en los próximos años. La labor adicional que se precisa para la extensión masiva de las actividades de atención al niño exige el equivalente a 100 000 profesionales polivalentes contratados a tiempo completo, que habría que complementar, según los escenarios para los que se ha calculado el costo, con 4,6 millones de agentes de salud comunitarios. Según las necesidades previstas en materia de dotación de personal para ampliar la cobertura de la atención materna y neonatal, haría falta formar, en los próximos 10 años, al menos 334 000 matronas adicionales – o su equivalente –, así como mejorar la preparación de 140 000 profesionales sanitarios que en estos momentos prestan atención materna de primer grado y 27 000 médicos que actualmente carecen de la competencia necesaria para ofrecer atención de apoyo.

Sin planificación y creación de capacidad, tanto a nivel nacional como dentro de los distritos sanitarios, no será posible solventar esas carencias y mejorar la combinación de especialidades y el entorno de trabajo. La planificación por sí sola, sin embargo, no basta para corregir los desaciertos que han jalonado el desarrollo de los recursos humanos. Existen problemas que tras haber sido descuidados durante años exigen ahora una atención inmediata: el más importante de ellos es la acuciante cuestión de la remuneración de la mano de obra.

En muchos países el nivel de los salarios se considera, con razón, injusto e insuficiente para cubrir los costos diarios de subsistencia, y huelga decir que no está a la altura de las expectativas de los profesionales sanitarios. Esta situación es una de las causas fundamentales de la desmotivación, la falta de productividad y las distintas formas de éxodo de profesionales y migración: de las zonas rurales a las zonas urbanas, del sector público al privado o de los países más pobres a los más ricos. Se trata asimismo de un factor que entorpece seriamente el correcto funcionamiento de los servicios, ya que muchos agentes de salud optan por el pluriempleo para mejorar sus condiciones de vida o simplemente para llegar a fin de mes; esto conduce a una competencia por el tiempo, una pérdida de recursos para el sector público y conflictos de intereses a la hora de atender a los pacientes. Pero los problemas pueden ser incluso más graves si los profesionales sanitarios adoptan un comportamiento depredador: la explotación financiera puede tener consecuencias catastróficas en los usuarios de los servicios, y obstaculizar el acceso para otros, así como acentuar la crisis de confianza en unos servicios a los que tienen derecho las madres y los niños.

Urge idear y desplegar todo un abanico de medidas que permitan romper este círculo vicioso y hacer que la productividad y la dedicación vuelvan a situarse en los niveles que espera la población y a los que aspiran la mayoría de los agentes de salud. Una de las medidas más problemáticas a este respecto es la mejora de la remuneración de la fuerza laboral. Incluso un modesto intento en este sentido, como la duplicación o incluso la triplicación de la masa salarial y las prestaciones totales de la fuerza laboral en los 75 países para los que se han desarrollado escenarios, puede seguir siendo insuficiente para captar, retener y redistribuir a profesionales de calidad. Ahora bien, únicamente para retribuir al personal de atención materna, neonatal e infantil haría falta un aumento del 2% del gasto público actual en salud durante 10 años hasta alcanzar un incremento del 17%. Una medida de ese tipo, por un lado, traería consigo consecuencias políticas y macroeconómicas y, por otro, supondría un gran esfuerzo, que los gobiernos por sí solos no podrían asumir y que también requeriría de la solidaridad internacional. En vísperas de una década que estará centrada en los recursos humanos para la salud, se precisará para ello un debate fundamental, tanto en los países como en el plano internacional, sobre el volumen de los fondos que se podrían asignar y sobre la forma de canalizarlos. Esto es especialmente importante porque la rehabilitación de la remuneración de la fuerza laboral sólo es parte de la solución: crear una atmósfera de estabilidad y esperanza también es fundamental para infundir en los profesionales de la salud la confianza que precisan para trabajar con eficiencia y entrega.

Al mismo tiempo, asegurar un acceso universal no es meramente una cuestión de incrementar la oferta de servicios y remunerar a los dispensadores de atención sanitaria. Para asegurar un uso normal de los servicios, es preciso eliminar los obstáculos económicos y ofrecer a los usuarios una protección financiera previsible contra los costos que implica recibir atención, en particular contra los gastos catastróficos que pueden arrastrar a una familia a la pobreza. Ese tipo de gastos se presentan cuando los honorarios cobrados al usuario son elevados, cuando las familias tienen una capacidad de pago limitada y cuando no están generalizados los sistemas mancomunados y de prepago. Para alcanzar la protección financiera que exige el acceso universal, los países deben evitar los sistemas de pago a cargo del usuario, oficiales o no, y asegurar la implantación generalizada de sistemas mancomunados y de prepago. Con independencia de que los países decidan basar la protección financiera en fondos recaudados mediante impuestos, en el seguro social de enfermedad o en una

combinación de ambos, es importante tener en cuenta dos condiciones: en primer lugar, que no se excluya en último término a ningún grupo de la población, y en segundo lugar, que los servicios de atención materno-infantil figuren en lugar prioritario dentro de los derechos que corresponden a la población en materia de salud y sean financiados de un modo coherente a través del sistema elegido al efecto. Aunque se puede tardar muchos años en pasar de una situación de oferta limitada de servicios, pagos elevados del bolsillo del usuario y exclusión de los más pobres a una situación de acceso universal y protección financiera, la expansión de las redes de prestación de atención de salud debe avanzar simultáneamente con la construcción de mecanismos de seguro como los descritos.

La planificación de la atención materna, neonatal e infantil está supeditada a un elemento clave: la financiación. En primer lugar, se precisan más fondos para sufragar el robustecimiento de la oferta de servicios, con miras a avanzar hacia el acceso universal. En segundo lugar, es imprescindible ir implantando sistemas de protección financiera a medida que mejora el acceso. En tercer lugar, la canalización de ese mayor volumen de fondos, tanto nacionales como internacionales, debe garantizar la flexibilidad y previsibilidad necesarias para hacer frente a las principales dificultades que afectan al sistema sanitario, en particular los problemas relacionados con los recursos humanos.

Canalizar ese mayor volumen de flujos financieros a través de los sistemas nacionales de seguro médico – ya se trate de sistemas basados en los impuestos, del seguro social de enfermedad o de un sistema mixto – constituye la mejor manera de afrontar simultáneamente esos tres retos. Aunque ello exige importantes esfuerzos en materia de fortalecimiento de la capacidad, también ofrece la posibilidad de proteger la financiación de la fuerza laboral en las políticas de reforma del sector público y del sector sanitario y en los foros donde se deciden políticas macroeconómicas y de reducción de la pobreza. Esta solución brinda la posibilidad de abordar el problema de la remuneración y las condiciones de trabajo de los profesionales sanitarios de manera tal que se ofrezca a éstos perspectivas fiables y a largo plazo, cosa que no ocurre con los mecanismos tradicionales de presupuestación o las soluciones provisionales adoptadas en la financiación de proyectos.

Aunque en algunos países el esfuerzo de financiación requerido parece estar dentro de lo razonablemente posible, en muchos otros es demasiado grande para que pueda ser asumido únicamente por los gobiernos. Tanto los países como la comunidad internacional tendrán que mostrar un compromiso político sostenido para movilizar y redistribuir los cuantiosos recursos que se precisan, crear la capacidad institucional necesaria para gestionarlos y asegurar que la salud materna, neonatal e infantil permanezca en el centro de esos esfuerzos. Este decenio puede caracterizarse por la aceleración de los avances hacia la cobertura universal, lo que significa acceso y protección financiera para todos los ciudadanos. De ese modo ninguna madre, ningún recién nacido y ningún niño quedarán desatendidos. Y es que todos y cada uno de ellos merecen la máxima atención.

## RESUMEN DE LOS CAPÍTULOS

### Capítulo 1. Las madres y los niños son importantes – y su salud también

En este capítulo se recuerda cómo la salud de la madre y el niño se convirtió en una prioridad de salud pública en el siglo XX. Durante siglos, la atención maternoinfantil fue considerada como un asunto doméstico, competencia exclusiva de madres y matronas. En el siglo XX esta preocupación puramente doméstica se convirtió en una prioridad de salud pública. En los primeros años del siglo XXI, los ODM la han colocado en el centro de la lucha contra la pobreza y la desigualdad, como una cuestión de derechos humanos. Ese cambio de énfasis es trascendental para determinar cómo debe responder el mundo a los muy desiguales progresos registrados en diferentes países en ese sentido.

El capítulo ofrece un resumen de la situación actual en que se halla la salud de la madre, el recién nacido y el niño. La mayor parte de los avances se han registrado en países que ya se encontraban en una posición relativamente buena a comienzos de los años noventa, mientras que los países que partieron con las tasas de mortalidad más elevadas son también aquellos donde más decepcionantes han sido las mejoras.

En términos mundiales, las tasas de mortalidad de menores de cinco años cayeron en la última parte del siglo XX de 146 por 1000 nacidos vivos en 1970 a 79 por 1000 en 2003. Hacia el cambio de milenio, sin embargo, esa tendencia general a la baja empezó a frenarse en algunas partes del mundo. Las mejoras continuaron o se aceleraron en las Regiones de las Américas, Asia Sudoriental y Europa, mientras que en las Regiones de África, el Mediterráneo Oriental y el Pacífico Occidental se observó una desaceleración de los avances. En 93 países, que conjuntamente representan el 40% de la población mundial, la mortalidad de menores de cinco años está disminuyendo rápidamente. En otros 51 países, a los que corresponde el 48% de la población mundial, los progresos son más lentos, lo que implica que únicamente cumplirán los ODM si las mejoras se aceleran de forma notable. Aún más preocupante es la situación de los 43 países que comprenden el 12% restante de la población mundial, donde los niveles de mortalidad de menores de cinco años, que ya de entrada eran altos o muy altos, están ahora en una fase de estancamiento o de retroceso.

Sólo recientemente se ha empezado a disponer de datos fiables sobre los recién nacidos, datos que por otra parte son más difíciles de interpretar. Según se desprende de las últimas estimaciones, la mortalidad neonatal, bastante más alta de lo que se solía creer, representa el 40% de las defunciones de menores de cinco años; menos del 2% de las muertes de recién nacidos se producen en países de ingresos altos. La diferencia entre países ricos y pobres parece acrecentarse cada vez más.

Más de 300 millones de mujeres del mundo entero padecen actualmente enfermedades, de corta o larga duración, atribuibles al embarazo o al parto. La distribución de las 529 000 defunciones maternas que se registran cada año, incluidas 68 000 muertes provocadas por abortos peligrosos, es aún más desigual que la de las defunciones de recién nacidos y niños: sólo un 1% se da en los países ricos. Aunque impera cierta sensación de progreso, respaldada por el seguimiento de indicadores que apuntan a un mayor uso de los servicios de salud durante el embarazo y el parto en todas las regiones, excepto el África subsahariana, durante los años noventa, el panorama general no muestra ninguna mejora espectacular, y la falta de información fiable sobre la suerte que corren las madres – y sus hijos recién nacidos – en muchos países sigue siendo alarmante.

## Capítulo 2. Los obstáculos a los progresos: ¿cuestión de contexto o de política?

En este capítulo se intentan explicar las razones de los serios reveses sufridos por los progresos de la salud maternoinfantil en muchos países. La lentitud de los avances, o el estancamiento o retroceso de la situación, están claramente relacionados con la pobreza, las crisis humanitarias y, sobre todo en el África subsahariana, los efectos directos e indirectos del VIH/SIDA. Estos factores contribuyen, al menos en parte, a acentuar o mantener la exclusión del acceso a la atención sanitaria. En numerosos países, muchas mujeres y niños ni siquiera tienen acceso a las prestaciones sanitarias más básicas, es decir, las que son importantes para la mera supervivencia.

Las causas, manifestaciones y características específicas de la exclusión varían de un país a otro. En algunos países se observa un modelo de exclusión marginal: la mayoría de la población tiene acceso a las redes de servicios, pero quedan excluidos algunos grupos importantes. En otros, generalmente en los más pobres, predomina una privación masiva: sólo una pequeña minoría, que suele estar conformada por los ricos de las zonas urbanas, disfruta de un acceso razonable, mientras que la inmensa mayoría de la población queda excluida. Estos países suelen contar con sistemas sanitarios débiles, frágiles y de escasa densidad.

Los retos de política sanitaria varían en función de los distintos modelos de exclusión. Muchos países han basado sus regímenes asistenciales en un sistema de distritos sanitarios, respaldado por una red de centros de salud y un hospital de distrito de referencia. Esas estrategias a menudo han adolecido de tal escasez de recursos que no han logrado estar a la altura de las expectativas. En este capítulo se sostiene que el modelo de distritos sanitarios sigue siendo una fórmula racional al alcance de los gobiernos para organizar la prestación de atención de salud descentralizada, aunque se requieren un compromiso e inversiones a largo plazo para obtener resultados sostenidos.

## Capítulo 3. Grandes expectativas en torno a la reducción de los riesgos del embarazo

En este capítulo se repasan los tres elementos más importantes para mejorar el desenlace de los embarazos, a saber: asegurar una buena asistencia prenatal, hallar formas adecuadas de evitar embarazos no deseados o hacer frente a sus consecuencias y mejorar el modo en que la sociedad atiende a las mujeres embarazadas.

La atención prenatal es un campo en el que se han alcanzado logros ejemplares: la cobertura mundial se amplió en un 20% durante los años noventa y sigue aumentando en la mayoría del mundo. La preocupación por un buen desenlace del embarazo ha convertido a las mujeres en el grupo más numeroso implicado activamente en la búsqueda de atención sanitaria. La atención prenatal brinda la oportunidad de prestar una asistencia que vaya mucho más allá de la puramente relacionada con el embarazo. Su potencial para promover modos de vida saludables no está suficientemente explotado; lo mismo ocurre también con el aprovechamiento de la atención prenatal como plataforma para programas centrados en la malnutrición, el VIH/SIDA, las infecciones de transmisión sexual, la malaria, la tuberculosis y la promoción de la planificación familiar. Las consultas prenatales son la ocasión ideal para establecer planes de parto que aseguren que el alumbramiento propiamente dicho tenga lugar en circunstancias seguras y que ayuden a las embarazadas a prepararse para el papel de madre.

En este capítulo se enuncian una serie de orientaciones esenciales para el futuro, entre ellas la necesidad de mejorar la calidad asistencial y de seguir ampliando la cobertura.

Incluso en las sociedades que valoran sobremanera el embarazo, la situación de una mujer encinta no siempre es envidiable. En muchos lugares es necesario mejorar los entornos sociales, políticos y jurídicos para dar respuesta a problemas como el bajo estatus que ocupa la mujer, la violencia de género, la discriminación en el lugar de trabajo y en la escuela o la marginación. Eliminar las fuentes de exclusión social es tan importante como prestar atención prenatal.

Se estima que cada año se producen 87 millones de embarazos involuntarios, inoportunos o no deseados. Subsiste una enorme necesidad desatendida de realizar inversiones en materia de anticoncepción, información y educación para prevenir los embarazos no deseados, aunque lo cierto es que ninguna política de planificación familiar será capaz de prevenirlos en su totalidad. Más de la mitad de las mujeres afectadas – esto es, 46 millones cada año – recurren al aborto provocado; el hecho de que 18 millones se sometan a él en condiciones peligrosas constituye un importante problema de salud pública. Sin embargo, sí es posible evitar todas y cada una de las 68 000 muertes y las discapacidades y el sufrimiento atribuibles a los abortos peligrosos. No se trata sólo de tener en cuenta lo que un país considere legal y lo que no, sino también de garantizar el acceso de la mujer, en la medida máxima permitida por la ley, a unos servicios de aborto y una atención postaborto de buena calidad y acordes con sus necesidades.

#### Capítulo 4. Atender 136 millones de partos anuales

En este capítulo se examinan las principales complicaciones del parto y las causas de mortalidad materna más importantes. Entre las causas directas de defunción materna más destacadas figuran las hemorragias, las infecciones, la eclampsia, el parto obstruido y los abortos peligrosos. Si bien es cierto que el parto es un momento de grandes riesgos, en muchos lugares más de la mitad de las defunciones maternas se producen durante el puerperio. Existen intervenciones eficaces para evitar la mayor parte de las muertes y discapacidades a largo plazo atribuibles al parto. La trayectoria de logros en materia de reducción de la mortalidad materna y neonatal muestra que la prestación de una atención profesional especializada durante el parto y después de éste puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte, tanto para la mujer como para el recién nacido. Y a la inversa, la obstaculización del acceso a una atención de esa índole puede conducir rápidamente a un aumento de los desenlaces desfavorables.

Todas las madres y todos los recién nacidos, no sólo los que se considera que corren un riesgo particularmente alto de padecer complicaciones, precisan una atención materna y neonatal especializada que, además de dispensarse cerca de su hogar, acercarse a su modo de vida y respetar sus valores culturales en esta esfera, ha de ser segura y correr a cargo de un profesional bien preparado que sea capaz de actuar inmediatamente si surgen complicaciones. Lo más idóneo es que esta asistencia obstétrica sea prestada por matronas diplomadas, o profesionales sanitarios con conocimientos equivalentes, en maternidades dirigidas por parteras. Estos profesionales pueden evitar, mitigar o resolver muchos de los problemas potencialmente mortales y en buena parte imprevisibles que pueden surgir durante el parto y reducir así la mortalidad materna a niveles sorprendentemente bajos. Así y todo, deben contar con el respaldo que sólo puede ofrecer un hospital para prestar ayuda a las madres que presenten problemas que superen sus competencias o los medios a su alcance. Todas las mujeres necesitan una atención materna de primer nivel, y sólo en una minoría de los casos se precisa atención de apoyo; ahora bien, para ser eficaces, ambas deben

funcionar de forma coordinada y expandirse simultáneamente. En muchos países, los niveles de utilización de los servicios de atención puerperal son incluso más bajos que los correspondientes a la atención obstétrica. Se trata de una esfera de importancia crucial, con un amplio margen para mejoras.

### Capítulo 5. Los recién nacidos cobran más importancia

Hasta hace poco no se habían hecho verdaderos esfuerzos por solucionar los problemas de salud específicos de los recién nacidos. La asistencia neonatal ha estado desatendida debido a una falta de continuidad entre los programas de salud materna y los de salud infantil.

Todos los años nacen muertos casi 3,3 millones de niños, y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida. Las defunciones de lactantes durante el periodo neonatal son tan numerosas como las que se producen en los 11 meses siguientes al parto o las registradas en los niños entre uno y cuatro años. La asistencia profesional especializada durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal es tan fundamental para el recién nacido como lo es para la madre. El desafío estriba en encontrar una manera más adecuada de establecer una continuidad entre la atención durante el embarazo, la asistencia durante el parto y la atención prestada a la madre cuando está en casa con su hijo recién nacido. Aunque el eslabón más débil de la cadena es la asistencia especializada durante el parto, la atención prestada durante las primeras semanas de vida también es problemática, porque a menudo no existe una definición clara de las responsabilidades profesionales y programáticas.

En este capítulo se presentan una serie de puntos de referencia con respecto a las necesidades en materia de recursos humanos y redes de servicios para facilitar a todos una atención materna y neonatal de primer nivel y de apoyo. En muchos países existen notables carencias de servicios y, lo que es especialmente importante, de recursos humanos. Utilizando una serie de escenarios para expandir los servicios de salud y avanzar hacia el acceso universal a una atención materna y neonatal tanto de primer nivel como de apoyo en 75 países, parece realista prever que la cobertura aumente del 43% actual (con una gama mínima de intervenciones) a alrededor de un 73% (con una gama completa de intervenciones) en 2015. La puesta en práctica de esos escenarios costaría US\$ 1000 millones en 2006, que aumentarían progresivamente, a medida que se expandiera la cobertura, hasta llegar a 6000 millones en 2015, lo que equivale a un desembolso total, por encima del gasto actual en salud materna y neonatal, de US\$ 39 000 millones a lo largo de 10 años. Esa suma supondría un costo adicional de unos US\$ 0,22 anuales por habitante al principio, que se iría incrementando hasta llegar a US\$ 1,18 en 2015. Según estimaciones preliminares del posible impacto de una expansión de estas características, la mortalidad materna disminuiría en esos 75 países, entre 2000 y 2015, de un nivel global de 485 por 100 000 nacimientos a 242 por 100 000 nacimientos, mientras que la mortalidad neonatal pasaría de 35 a 29 por 1000 nacidos vivos.

### Capítulo 6. Replanteamiento de la atención infantil: supervivencia, crecimiento y desarrollo

Gracias al aumento de los conocimientos, se dispone ya de intervenciones eficaces y técnicamente idóneas para reducir la mortalidad en la niñez y mejorar la salud infantil. Lo que hace falta ahora es aplicarlas en una escala mucho mayor.

En este capítulo se explica que los programas verticales empleados en los años setenta y ochenta reportaron sin duda alguna resultados rápidos y significativos. Así,

por ejemplo, el Programa Ampliado de Inmunización y diversas iniciativas en pro de la terapia de rehidratación oral, que combinaban métodos de gestión modernos y tecnologías sencillas basadas en investigaciones bien fundadas, se adoptaron y promovieron de forma muy fructífera.

A pesar de los llamativos resultados de los enfoques verticales, pronto se observaron las limitaciones que entrañaban. Al mismo tiempo, quedó claro que era conveniente adoptar un enfoque más general con respecto a las necesidades del niño, tanto para mejorar los resultados como para responder a una demanda real de las familias. La respuesta a esa nueva situación consistió en agrupar una serie de intervenciones sencillas, asequibles y eficaces para tratar de forma conjunta las principales enfermedades infantiles y la malnutrición, en el marco de una iniciativa denominada Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). La AIEPI conjuga intervenciones eficaces para prevenir las defunciones, teniendo en cuenta los cambios en la estructura de las causas de mortalidad, pero también comprende intervenciones y enfoques destinados a mejorar la salud y el desarrollo del niño. En lugar de limitarse a añadir más programas a un único canal de prestación de asistencia, la AIEPI ha dado un paso más y ha tratado de modificar la manera de enfocar la atención infantil en el sistema de salud, con objeto de asegurar una continuidad asistencial desde la familia y la comunidad, pasando por los servicios de salud de primer nivel, hasta los servicios de derivación de casos, con énfasis especial en el apoyo psicosocial y la solución de problemas.

Muchos niños siguen sin recibir una asistencia global e integrada. A medida que los programas de salud infantil continúan avanzando hacia la integración, es necesario realizar progresos hacia la cobertura universal. Si se consiguiera que una serie de intervenciones esenciales tuviera una cobertura plena, la incidencia y la tasa de letalidad de las afecciones que provocan la muerte de los niños menores de cinco años disminuirían a un nivel que permitiría a los países acercarse a los ODM e incluso superarlos. Pero esto no será posible sin un incremento masivo del gasto en salud infantil. La puesta en práctica de una serie de escenarios para alcanzar la plena cobertura en 75 países costaría US\$ 2200 millones en 2006, que aumentarían progresivamente, a medida que se expandiera la cobertura, hasta llegar a 7800 millones en 2015, lo que equivaldría a un desembolso total, por encima del gasto actual en salud materna y neonatal, de US\$ 52 400 millones a lo largo de 10 años. Esa suma supondría un costo adicional de unos US\$ 0,47 anuales por habitante al principio, que se iría incrementando hasta llegar a US\$ 1,48 en 2015.

## Capítulo 7. Conciliar la salud de la madre, el recién nacido y el niño con el desarrollo de los sistemas de salud

En este último capítulo se analiza el lugar que la salud de la madre, el recién nacido y el niño ocupa dentro del contexto más amplio del desarrollo de los sistemas sanitarios. En la actualidad, las agendas de salud materna, neonatal e infantil ya no se examinan en términos puramente técnicos, sino como parte de la agenda, más extensa, del acceso universal. De este modo, quedan enmarcadas dentro de un proyecto político claro y sencillo: el de responder a la demanda de la sociedad, que pide la protección de la salud de los ciudadanos y el acceso a la atención sanitaria, una exigencia que se percibe cada vez más como legítima.

A fin de asegurar el acceso universal, se precisa una red asistencial suficientemente densa para suministrar los servicios pertinentes. La clave está en desplegar el personal de salud requerido para lograr expandirlos. En muchos países la característica

más patente de la crisis de recursos humanos sanitarios es la abrumadora falta de profesionales de la salud y su desigual distribución. Colmar esas lagunas seguirá constituyendo un reto importante en los próximos años. Parte del problema radica en que es preciso idear formas sostenibles de ofrecer una retribución competitiva y una serie de incentivos que contribuyan a captar, motivar y retener a agentes de salud competentes y productivos. En muchos de los países donde los avances hacia la consecución de los ODM son decepcionantes, se precisan urgentemente incrementos cuantiosos de la remuneración global del personal sanitario, un reto de una magnitud tal que muchos países pobres son incapaces de afrontarlo sin ayuda.

Sin embargo, para garantizar el acceso universal no basta con desplegar unos profesionales eficientes que se encarguen de prestar los servicios oportunos. Si se quiere asegurar que los servicios de salud sean utilizados, es necesario reducir o eliminar los obstáculos financieros que dificultan el acceso y proporcionar al usuario una protección previsible frente a los costos ocasionados por la atención recibida. En este capítulo se explica que en general la introducción de sistemas basados en el pago de los gastos a cargo del usuario no supone una solución viable al problema de la falta de fondos que encara el sector de la salud e institucionaliza la exclusión de los pobres. Por otro lado, tampoco contribuye a acelerar los avances hacia el acceso universal y la protección financiera, que sólo se pueden garantizar mediante sistemas generalizados de prepago y mancomunación. Sea cual sea el método escogido para organizar estos sistemas, es importante tener en cuenta dos condiciones: en primer lugar, que no se excluya en último término a ningún grupo de población; y, en segundo lugar, que los servicios de salud de la madre, el recién nacido y el niño se sitúen en el centro del conjunto de servicios que corresponden a la población en materia de salud y sean financiados de un modo coherente a través del sistema elegido al efecto.

Con el tiempo, la mayoría de los países tienden a avanzar hacia la cobertura universal, ampliando los sistemas de prepago y de mancomunación, a medida que expanden sus redes de prestación de atención sanitaria. Esto también tiene consecuencias en los flujos de financiación dirigidos a la salud materna, neonatal e infantil. En la mayoría de los países, la mejor forma de garantizar en esta esfera la sostenibilidad financiera a corto y medio plazo radica en contemplar todas las fuentes de financiación: externas e internas, así como públicas y privadas. La canalización de los fondos hacia sistemas de seguro generalizados que, por un lado, costeen la expansión de las redes de atención sanitaria y, por otro, aseguren la protección financiera es el sistema que mayores garantías de éxito ofrece para lograr una financiación sostenible de la salud de la madre, el recién nacido y el niño y de los sistemas sanitarios de los que ésta depende.