

Aceleración hacia las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para la salud materna y la mortalidad infantil

Informe del Director General

INTRODUCCIÓN

1. Con tan solo seis años para que termine el plazo, muchos países todavía no están bien encaminados para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible destinadas a reducir la mortalidad maternoinfantil para 2030. La meta 3.1 consiste en reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos; con todo, está previsto que 46 países tengan una tasa superior a 140 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos para 2030, más del doble del nivel establecido en la esa meta. La meta 3.2 consiste en reducir la mortalidad neonatal a, por lo menos, 12 por 1000 nacidos vivos, y la mortalidad de los niños menores de 5 años a, por lo menos, 25 por 1000 nacidos vivos. A pesar de eso, 63 países están lejos de alcanzar la meta de mortalidad neonatal para 2030 y 54 países lejos de alcanzar la meta de mortalidad de niños menores de 5 años para 2030. Es fundamental invertir en un concepto de atención primaria de salud, y reorientarse de manera radical hacia él, y hacer frente a la escasez de trabajadores de la salud y asistenciales. Todavía es posible lograr una aceleración hacia las metas de 2030, como lo demuestra el efecto de ampliar la aplicación en varios países de estrategias y soluciones con miras a prevenir la mortalidad maternoinfantil.

TENDENCIAS ACTUALES

2. En 2020 se calculó que la tasa mundial de mortalidad materna era de 223 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos, lo que significa que 287 000 mujeres murieron por causas relacionadas con el embarazo o el parto. De 2016 a 2020, solo una región de la OMS (la Región de Asia Sudoriental) registró una disminución significativa en la mortalidad materna. En dos regiones de la OMS (la Región de África y la Región del Mediterráneo Oriental) no se registraron ni aumentos ni disminuciones en este parámetro. En tres regiones de la OMS (la Región de Europa, la Región de las Américas y la Región del Pacífico Occidental), se registraron aumentos estadísticamente significativos en la razón de mortalidad materna entre 2016 y 2020. En 2020, más de cuatro de cada cinco países de todo el mundo estaban desencaminados para lograr la meta de poner fin a la mortalidad materna prevenible, en consonancia con la meta 3.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

3. La tasa de mortinatalidad es un indicador importante de la calidad de la atención durante el embarazo y el parto. La meta del Plan de Acción «Todos los Recién Nacidos» para 2030 es de 12 o menos mortinatos por 1000 nacidos vivos. En 2021, casi 1,9 millones de bebés nacieron muertos a las 28 semanas o más de gestación, lo que supone una tasa mundial de mortinatalidad de 13,9 muertes prenatales por 1000 nacimientos totales. La carga de muertes prenatales es mayor en África Subsahariana (21 por

1000 nacimientos totales) y Asia Central y Meridional (16 por 1000 nacimientos totales): las dos regiones representan tres cuartas partes de todos los mortinatos.

4. En 2021, alrededor de 2,3 millones de niños murieron durante el primer mes de vida, casi el 47% de las muertes de menores de 5 años en ese año. Las principales causas de muerte neonatal son el parto prematuro y las complicaciones en el parto (asfixia perinatal/traumatismo), las infecciones de las vías respiratorias bajas, las anomalías congénitas y la sepsis neonatal y la meningitis. Las anomalías congénitas representan casi el 5% de toda la mortalidad neonatal y constituyen un porcentaje más alto de las muertes neonatales en los países con bajos niveles de mortalidad neonatal, llegando hasta el 20%. En los países con altos niveles de mortalidad neonatal, las infecciones neonatales constituyen un porcentaje más alto de las muertes neonatales.

5. La tasa estimada de nacimientos prematuros en 2020 fue de 9,9 por 100 nacidos vivos, lo que significa un total de 13,4 millones de nacimientos prematuros en ese año, según los cálculos realizados. Esta cifra es similar a las estimaciones de 13,8 millones de nacimientos prematuros en el año 2010, lo que demuestra que no hubo cambios significativos durante la última década. El parto prematuro sigue siendo la principal causa de mortalidad entre los menores de 5 años en todo el mundo.

6. En 2021, 5 millones de niños murieron antes de cumplir los 5 años, de los cuales 2,7 millones eran niños de entre 1 y 59 meses. A nivel mundial, la tasa de mortalidad entre los niños de 1 a 59 meses (a partir de 28 días) es de 21 muertes por 1000 niños. Los niños de 1 a 59 meses en el África Subsahariana se enfrentan al mayor riesgo: una tasa de mortalidad de 48 muertes por 1000 niños, más del doble de la tasa mundial. Con respecto a la meta propuesta de alcanzar para 2030 una tasa de mortalidad mundial entre los niños de 1 a 59 meses (a partir de 28 días) de 13 muertes por 1000 niños, 42 países están actualmente desencaminados y necesitan asistencia urgente para lograr ese objetivo. La principal causa de muerte en todo el mundo en niños postneonatales (de 1 a 59 meses de edad) siguen siendo las infecciones respiratorias agudas (incluida la neumonía), la diarrea y el paludismo.

7. En 2022, en todo el mundo, 148,1 millones de niños menores de 5 años sufrían retraso del crecimiento, 45 millones emaciación y 37 millones sobrepeso. El retraso del crecimiento ha disminuido constantemente en todo el mundo durante la última década: en 2022 se vieron afectados por este problema un 22,3% de los niños menores de 5 años y el 72% de los que viven en la Región de Asia Sudoriental (34% de la proporción mundial) y en la Región de África (38% de la proporción mundial). Se calcula que, en 2022, el 6,8% de los niños menores de 5 años se vieron afectados por emaciación, de los cuales 13,7 millones (2,1%) sufrieron emaciación grave. Más de la mitad de todos los niños con emaciación grave viven en la Región de Asia Sudoriental (59%) y otro 17% viven en la Región de África. Durante las dos últimas décadas se han mantenido los niveles actuales de obesidad en casi todas las regiones. A nivel mundial, alrededor de 37 millones de niños menores de 5 años tienen sobrepeso, lo que supone un aumento de casi 4 millones desde el año 2000.

8. Las desigualdades en el desarrollo en la primera infancia están muy extendidas en todo el mundo. Por ejemplo, un análisis reciente de los datos de las encuestas de hogares de 95 países de ingreso bajo y mediano muestra que el porcentaje de niños que no están bien encaminados desde el punto de vista del desarrollo en cuanto a la salud, el aprendizaje y el bienestar psicosocial (indicador 4.2.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible) en esos 95 países es más de un 20% superior en los países de ingreso bajo que en los de ingreso mediano alto (38,7% frente a 18,0%).

9. Las tasas mundiales de mortalidad infantil y adolescente alcanzan su punto máximo entre los niños menores de 5 años, caen a una tasa baja entre los adolescentes de 10 a 14 años y luego vuelven a aumentar. En 2021, las tasas mundiales de mortalidad fueron de 38 muertes por 1000 nacidos vivos en niños menores de 5 años, 3 muertes por 1000 niños de 5 a 9 años y la misma tasa en adolescentes jóvenes de 10 a 14 años. En el caso de los adolescentes de 15 a 19 años, la tasa fue ligeramente superior:

5 muertes por 1000, lo que refleja un aumento de la mortalidad por traumatismos, tanto no intencionales como intencionales. Entre 1990 y 2021, las tasas de mortalidad disminuyeron en todos los grupos de edad de niños y adolescentes, y el grupo de adolescentes de mayor edad (de 15 a 19 años) registró la menor tasa de reducción.

10. La tasa mundial de natalidad en adolescentes de 15 a 19 años fue de 41,3 nacimientos por 1000 chicas en 2023, frente a 47,2 en 2015, mientras que la de niñas de 10 a 14 años también disminuyó, de 1,8 nacimientos por 1000 niñas en 2015 a 1,5 por 1000 niñas en 2023.

11. Alrededor del 8% de los niños y niñas pequeños (de 5 a 9 años) y el 14% de la población adolescente (de 10 a 19 años) del mundo tienen un trastorno mental. La ansiedad es el trastorno mental más prevalente entre los adolescentes mayores (de 15 a 19 años): un 4,6% de ellos padece un trastorno de ansiedad, y las tasas son más altas entre las niñas.

12. En el *Informe sobre la situación mundial de la actividad física 2022* de la OMS se indica que más de tres cuartas partes de todos los países habían comunicado realizar una vigilancia nacional de la actividad física entre niños y adolescentes. Se calcula que en los países en cuestión más del 80% de los adolescentes no cumplen las directrices de la OMS sobre la actividad física para la salud.

AVANCES HACIA LA COBERTURA DE INTERVENCIONES CLAVE

13. En 2020, 966 millones de mujeres en edad de procrear en todo el mundo utilizaban algún método anticonceptivo; de estas, 874 millones utilizaban un método moderno y 92 millones uno tradicional. El porcentaje de mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) cuyas necesidades de planificación familiar se encuentran satisfechas mediante métodos modernos (indicador 3.7.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible) es, en todo el mundo, del 77%, lo que supone un aumento del 10% desde 1990. En el África Subsahariana, esta proporción sigue siendo una de las más bajas del mundo, un 56%, aunque ha aumentado más rápidamente que en cualquier otra región del mundo: se ha duplicado con creces desde 1990. Aunque esta proporción aumentó en el caso de los adolescentes (de 15 a 19 años) en todo el mundo, pasando del 45% en 2000 al 61% en 2020, sigue siendo baja en comparación con las proporciones notificadas en los grupos de mayor edad.

14. Para medir la dimensión de cobertura de servicios de la cobertura sanitaria universal (indicador 3.8.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible), se utiliza un índice compuesto de servicios de salud esenciales representativos. Este índice incluye indicadores relacionados con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad y el acceso a los servicios de salud. Los avances más significativos desde 2000 se han observado en el componente de la cobertura de los servicios relativos a las enfermedades infecciosas, donde se han registrado mejoras de un 7% de media anual. Por el contrario, las puntuaciones del índice de cobertura de los servicios para los demás componentes (enfermedades no transmisibles; salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, y la capacidad y el acceso a los servicios de salud) solo aumentaron gradualmente (1% o menos por año) antes de 2015, tras mejoras continuamente mínimas o nulas en los últimos años.

15. Tras examinar 16 intervenciones esenciales en materia de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal e infantil,¹ a partir de datos de 136 países de ingreso bajo y mediano correspondientes al periodo 2017-2022, se constata que el mundo está muy lejos de alcanzar la cobertura universal en relación con esas intervenciones, y que las mayores carencias se dan en los servicios de planificación familiar, lactancia materna y tratamiento de enfermedades infantiles.

16. El índice compuesto de cobertura de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, que se deriva de datos de encuestas de 2011 a 2020 en hogares de 89 países, en su mayoría de ingreso bajo y mediano, es diferente del componente de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil del índice de cobertura de servicios relativo a la cobertura sanitaria universal y es muy útil para evaluar las desigualdades. El índice es el promedio ponderado de ocho indicadores en cuatro etapas a lo largo del proceso continuo de atención.² En relación con este índice se observaron tasas de cobertura más altas para las intervenciones de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil entre quienes vivían en hogares más ricos (cobertura media del 73% en el quintil más rico frente al 58% en el quintil más pobre en 88 países); aquellos con más educación (la mediana de la cobertura es del 71% entre los que tienen educación secundaria o superior, frente al 56% entre quienes no tienen educación, en 78 países), y aquellos que vivían en zonas urbanas (una mediana de cobertura del 70% en las zonas urbanas frente al 63% en las zonas rurales, en 89 países).

17. Las últimas estimaciones disponibles de la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia también muestran que, desde la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19), la cobertura de inmunización contra la difteria, el tétanos y la tos ferina casi se ha recuperado a los niveles de 2019, pero la cobertura de la vacuna contra el sarampión muestra una menor recuperación. La cobertura mundial con una tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el toxoide tetánico y la tos ferina aumentó del 81% en 2021 al 84% en 2022. La proporción de niños que recibieron la primera dosis de la vacuna contra el sarampión aumentó del 81% en 2021 al 83% en 2022, pero sigue por debajo del porcentaje de 86% en 2019. La cifra de niños que no reciben ninguna vacuna, los llamados «dosis cero», disminuyó de 18,1 millones en 2021 a 14,3 millones en 2022, un nivel casi tan bajo como el anterior a la pandemia de 2019 de 12,9 millones.

OBSTÁCULOS PARA ALCANZAR LAS METAS DE MORTALIDAD MATERNOINFANTIL PARA 2030

18. Cada vez está más admitido que los agentes de salud comunitarios son útiles para la prestación de una serie de servicios de salud preventivos, promocionales y curativos relacionados con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. En 2019, la Asamblea de la Salud adoptó la resolución WHA72.3, en la que se ponía «de relieve la función de los agentes de salud comunitarios en la promoción de acceso equitativo a servicios de salud integrales y seguros en zonas urbanas y rurales y en la reducción de las desigualdades, en particular con respecto a la residencia, la igualdad de género,

¹ Entre esas 16 intervenciones cabe mencionar: el tratamiento de las mujeres embarazadas con VIH; la realización de visitas postnatales a los recién nacidos; la vacunación contra el rotavirus; la presencia de personal de salud cualificado en el parto; la protección contra el tétanos neonatal; la atención prenatal (al menos cuatro visitas); la realización de visitas postnatales a las madres; el acceso de la población a, por lo menos, los servicios básicos de agua potable; la búsqueda de atención médica para menores de 5 años con síntomas de neumonía; el inicio temprano de la lactancia materna; la lactancia materna exclusiva (hasta los seis meses); la respuesta a la demanda de planificación familiar con métodos contraceptivos modernos; la administración de soluciones de rehidratación oral para el tratamiento de la diarrea en menores de 5 años; el mantenimiento de la lactancia materna (durante el primer año); la administración de la primera dosis de la vacuna antisarampionosa, y la administración de la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina en niños de un año.

² Salud reproductiva (demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos); salud materna (cobertura de atención prenatal con al menos una visita y asistencia cualificada en el parto); inmunización infantil (cobertura de inmunización con bacilo de Calmette-Guérin, antitoxina tetánica y vacuna contra sarampión, difteria y tos ferina), y tratamiento de enfermedades infantiles (tratamiento de rehidratación oral para diarrea y búsqueda de atención en caso de sospecha de neumonía).

la educación y la posición socioeconómica, así como su labor para colaborar con las comunidades a las que prestan servicio y ganarse su confianza». A pesar de ello, los niveles de apoyo que se prestan a los agentes de salud comunitarios y su integración en los sistemas de salud son desiguales entre los países y dentro de ellos.

19. Los obstáculos para acceder a la atención de salud y alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030 en materia de mortalidad materno-infantil son multifactoriales. Además de los problemas de organización y las deficiencias del sistema de salud en general, otros factores son la falta de atención disponible y la escasez de conocimientos sobre las necesidades; la necesidad de pagos directos; el vivir alejado de los establecimientos de salud; unas infraestructuras de salud inadecuadas; la falta de acceso adecuado a medicamentos, equipos y productos básicos de calidad, y la escasez de trabajadores de la salud y asistenciales competentes. Aunque el personal de partería puede proporcionar alrededor del 90% de los servicios de atención de la salud sexual, reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente necesarios cuando es suficiente en número, ha recibido la debida educación y está regulado e integrado en un equipo interdisciplinario, este representa menos del 10% del personal de salud mundial: se calcula que para 2030 faltarán 750 000 profesionales de partería. Con miras a aumentar el número de intervenciones que salvan vidas de forma exitosa y equitativa, es necesario invertir en la educación, el empleo y la retención del personal de salud. El potencial del personal de partería y de los agentes de salud comunitarios puede aprovecharse plenamente cuando estos profesionales están plenamente integrados en, y apoyados por, equipos interdisciplinarios y multiprofesionales.

20. Se calcula que cada año nacen 8 millones de niños con un defecto congénito, de los cuales 240 000, según los cálculos, mueren como consecuencia de ello en su primer mes de vida. Con todo, la prevención y el tratamiento eficaces de los defectos congénitos forman parte de los servicios de salud ordinarios, pero todavía puede hacerse más para fortalecer la detección, el tratamiento y el manejo de estos defectos y mejorar así la supervivencia y la calidad de vida de los niños.

21. Tampoco se reconoce lo suficiente el hecho de que la mala salud y la discapacidad maternas no son solo problemas médicos sino también problemas sociales influidos por una compleja interacción de factores. Aunque las muertes evitables de millones de mujeres que se producen cada decenio pueden deberse a complicaciones biomédicas en el embarazo, el parto y el postparto (por ejemplo, hemorragias puerperales, trastornos hipertensivos del embarazo, infecciones o abortos), cada vez está más demostrado científicamente que la desigualdad persistente en la salud mundial y en el desarrollo socioeconómico aumentan de manera significativa la mala salud materna. De 185 países analizados, 121 permanecen desde el año 2000 en la misma etapa de transición en cuanto a la mortalidad materna, a pesar de los continuos esfuerzos mundiales por hacer frente a las causas biomédicas de estas muertes.

22. Es bien sabido que la mala calidad de la atención es un obstáculo muy importante para reducir la mortalidad materna, neonatal, infantil y adolescente. Datos de varios países muestran una y otra vez deficiencias sistemáticas y constantes en la calidad de la atención de salud prestada a diversos grupos de población. Por ejemplo, más de 8 millones de personas mueren cada año en países de ingreso bajo y mediano por afecciones que sus sistemas de salud deberían poder tratar. Llama la atención que el 60% de estas muertes se deban a una calidad inadecuada de la atención, mientras que las demás se deban a una infrautilización de los servicios de salud. Un sistema de salud robusto y de alta calidad tiene el potencial de evitar cada año un millón de muertes de recién nacidos y la mitad de todas las muertes maternas producidas en ese periodo.

23. Las poblaciones de madres y niños son particularmente vulnerables al cambio climático. Está previsto que entre 2030 y 2050 la crisis climática cause cada año unas 250 000 muertes adicionales, lo que repercutirá de forma sustancial y a largo plazo en la salud de las poblaciones. Cada vez se dispone de más datos que relacionan el cambio climático con resultados adversos para la salud materna, neonatal e infantil, lo que amenaza con empeorar los niveles de mortalidad. El embarazo aumenta la

vulnerabilidad al calor, las enfermedades infecciosas y la contaminación del aire. Además, los lactantes y los niños, dada su fisiología inmadura y sus necesidades nutricionales, tienen vías únicas de exposición y sensibilidad a los peligros climáticos.

ES POSIBLE LOGRAR UNA ACELERACIÓN CON LA QUE ALCANZAR LAS METAS DE MORTALIDAD MATERNOINFANTIL PARA 2030

24. Existen muchas pruebas sobre intervenciones eficaces para monitorear y mejorar la salud y el bienestar de las mujeres y los niños. A partir de estas pruebas se han elaborado estrategias con el fin de apoyar a los países a seleccionar las intervenciones de alto impacto que deberían incluir en sus planes nacionales del sector de la salud. Estas estrategias son, entre otras: la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030); la estrategia para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM, por sus siglas en inglés); el Plan de Acción «Todos los Recién Nacidos»; la hoja de ruta para combatir la hemorragia posparto entre 2023 y 2030 (*Roadmap to Combat Postpartum Haemorrhage between 2023 and 2030*); el llamamiento a la acción por la supervivencia infantil («Child Survival Action»), y la Aceleración mundial de las medidas para promover la salud de los adolescentes. Los países que están desencaminados para lograr las metas de mortalidad maternoinfantil para 2030 podrían acelerar los avances hacia las metas nacionales y mundiales de salud adoptando estas estrategias y aplicándolas a gran escala.

INTERVENCIÓN DEL CONSEJO EJECUTIVO

25. Se invita al Consejo a que tome nota del informe y proporcione más orientación sobre las medidas que podrían adoptarse, en particular con respecto a las cuestiones que figuran a continuación.

- ¿Qué medidas recomiendan los Estados Miembros para acelerar los avances hacia la consecución de:
 - la meta 3.1 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (sobre la reducción de la mortalidad materna)?
 - la meta 3.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años y reducir la mortalidad neonatal)?
- ¿Qué papel proponen los Estados Miembros que debería tener la Secretaría de la OMS en el apoyo a estas medidas?

= = =