

# **Medidas encaminadas a la cobertura universal de las intervenciones sobre salud de la madre, del recién nacido y del niño: informe bienal**

## **Informe de la Secretaría**

1. En su resolución WHA58.31, titulada «Hacia la cobertura universal en las intervenciones de salud materna, del recién nacido y del niño», la Asamblea de la Salud, entre otras cosas, instó a los Estados Miembros a que consignaran recursos y acelerasen la aplicación de medidas nacionales. También pidió al Director General que reforzara las actividades y el apoyo de la OMS en esta esfera, y que informara cada dos años a la Asamblea de la Salud. En el presente informe se utilizan datos disponibles desde 2003,<sup>1</sup> ya que un periodo de sólo dos años es demasiado breve para determinar tendencias medibles, y se describen medidas previstas para aumentar la cobertura en el futuro.

### **Tendencias actuales en la cobertura**

2. Si bien la información disponible sigue siendo incompleta, el cuadro general indica que ha habido un progreso moderado, distribuido de forma desigual tanto entre los países como dentro de ellos. A continuación se señalan los progresos realizados en relación con los programas específicos.

3. El análisis de los servicios de planificación familiar en zonas o países de ingresos bajos revela que su grado de utilización no ha variado. En muchos países, principalmente de África, los niveles de las tasas de fecundidad, del crecimiento demográfico y de las necesidades en materia de planificación familiar siguen siendo altos. Por ejemplo, en 20 países de África menos del 10% de las mujeres casadas utilizan métodos anticonceptivos modernos. Los esfuerzos encaminados a mejorar la salud tropiezan con dificultades debido a la persistencia de altas tasas de fecundidad, y a las consecuencias demográficas del mayor número de nacimientos. A nivel mundial, todavía hay más de 120 millones de parejas sin acceso a los servicios de planificación familiar que necesitan y cada año se interrumpen 45 millones de embarazos involuntarios; 19 millones de esas interrupciones se efectúan en condiciones de riesgo, a raíz de las cuales se presentan complicaciones que, según se estima, provocan cada año la muerte de 68 000 mujeres.

4. En los últimos dos decenios, el porcentaje de fecundidad en las mujeres de entre 15 y 19 años de los países de América Latina y África meridional aumentó de menos del 10% a entre el 12% y el 15% del porcentaje correspondiente a todas las mujeres en edad fecunda; todo indica que esta tendencia se mantendrá. A nivel mundial, se estima que las necesidades de métodos anticonceptivos de las adoles-

---

<sup>1</sup> Las cifras representan promedios nacionales y no siempre reflejan las desigualdades de cobertura dentro de los países o de las poblaciones.

centes es al menos en 10% mayor que las del conjunto de mujeres en edad fecunda. Más del 10 % de las madres son adolescentes que tienen el doble de probabilidad de fallecer por causas relacionadas con el embarazo.

5. En todas las regiones, salvo en el África subsahariana, se mantiene la tendencia a aumentar la prestación de asistencia profesional en el parto. En América Latina y el Caribe, el 80% de los partos son asistidos por personal cualificado. El ritmo de ampliación de la cobertura de servicios de atención prenatal sigue siendo cada vez más lento, sobre todo en África, donde su prestación es fundamental debido a la epidemia de VIH. Las deficiencias más importantes se refieren a la atención después del parto; en algunos países hasta el 80% de las mujeres que dan a luz en el hogar no reciben atención cualificada. En muchos países sigue habiendo graves deficiencias en la prestación de servicios, en especial en las zonas más desatendidas. En las zonas menos necesitadas los principales problemas consisten en la mala calidad de los servicios y en los múltiples obstáculos para acceder a ellos. Aún no se dispone de información precisa acerca de la densidad de la fuerza laboral y la disponibilidad de personal sanitario.

6. Los progresos en la prestación de atención a los niños enfermos han sido moderados. Sólo siete de los 60 países con mayor número de defunciones infantiles o mayores tasas de mortalidad infantil están en camino de lograr la meta 5 del cuarto Objetivo de Desarrollo del Milenio: reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años. En cambio, entre 1990 y 2004, las tasas de mortalidad aumentaron en 14 países, en su mayoría afectados por disturbios civiles o por la epidemia generalizada de VIH. Si bien con respecto a algunas intervenciones están mejorando las tasas de cobertura, en el caso de muchas otras la cobertura media sigue siendo baja. En 2006 seis países informaron que las tasas de búsqueda de atención apropiada para el tratamiento de la neumonía ya era del 70%, mientras que en 12 países esa tasa seguía siendo inferior al 30%; seis países notificaron que el 50% de la población infantil recibía tratamiento adecuado para la diarrea, mientras que 15 países informaron de que el porcentaje correspondiente era inferior al 30%; 22 países notificaron que la cobertura del tratamiento antipalúdico era superior al 30%, pero sólo seis habían alcanzado la meta del 60% fijada para 2005 en la Declaración de Abuja sobre Hacer Retroceder el Paludismo en África (2000); 10 países comunicaron que al menos el 50% de los niños menores de seis meses eran alimentados exclusivamente con leche materna, mientras que 23 países notificaron tasas del 20% o inferiores. En los 60 países la cobertura de otras intervenciones capaces de salvar vidas, como el suministro de mosquiteros tratados con insecticida y la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño, sólo es del 3%. Muy pocos niños reciben atención eficaz en el periodo neonatal y todavía no se recogen ni notifican sistemáticamente datos relativos a las visitas médicas de atención posnatal. (Cabe señalar que todos estos datos no incluyen evaluaciones de la calidad de las intervenciones.)

7. Las tasas mundiales de cobertura de inmunización, que durante el decenio de 1990 se mantuvieron estables, comenzaron a aumentar lentamente en los últimos años. Esto se debe en gran medida a los progresos notables en las Regiones del Mediterráneo Oriental y de África, donde entre 2000 y 2005 la tasa de cobertura de vacunación (calculada indirectamente por la proporción de niños inmunizados con tres dosis de vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina) aumentó del 54% al 67% y del 73% al 82%, respectivamente. Por otra parte, durante ese periodo la cobertura con la misma vacuna en la Región del Asia Sudoriental se mantuvo en el 66%. Es posible que en muchos casos los promedios nacionales de cobertura de vacunación no reflejen las diferencias que existen dentro de los países. Por ejemplo, la India es el país con el mayor número de niños sin inmunizar y, si bien en algunos estados la cobertura es alta, el bajo nivel de cobertura en unos pocos estados determina la baja tasa nacional, estimada en el 59%.

8. El aumento de la cobertura de vacunación contra el sarampión y el ofrecimiento de una segunda oportunidad de inmunización han permitido lograr las metas de reducción de la mortalidad por esta enfermedad.<sup>1</sup> Se han hecho progresos similares con respecto al tétanos neonatal: el número de países que no habían eliminado esta enfermedad disminuyó de 57 en 2000 a 49 en 2005 y es probable que en 2007 se certifique en otros 10 países su eliminación como problema de salud pública. Mediante vinculaciones con otros programas, en 80 de los 136 países con alta prevalencia de hipovitaminosis A se administraron suplementos vitamínicos durante la inmunización sistemática o con ocasión de campañas de vacunación masiva.

9. En muchos países la falta de recursos humanos representa un grave obstáculo para la ampliación de los servicios de salud materna, del recién nacido y del niño. Para lograr una tasa de cobertura adecuada (80%) de partos atendidos por asistentes de partería cualificados, o de inmunización contra el sarampión, es fundamental alcanzar el umbral de 2,5 profesionales de atención sanitaria (médicos y personal de enfermería y partería) por 1000 habitantes; 57 países aún no lo han logrado y tienen graves problemas de escasez de personal.<sup>2</sup> Los datos relativos a la distribución de profesionales cualificados dentro de los países indican en las zonas rurales una tendencia al aumento de las tasas de cobertura con atención de asistentes de partería cualificados; en las zonas urbanas el ritmo de incremento es más pausado.

## MEDIDAS PARA MEJORAR LA COBERTURA

10. La necesidad de adoptar con urgencia medidas para mejorar la salud materna, del recién nacido y del niño suscita creciente atención en otras organizaciones asociadas del sistema de las Naciones Unidas y en los foros mundiales en general. Desde 2003 se han publicado en revistas sanitarias numerosos artículos sobre supervivencia infantil, salud del recién nacido, salud sexual y reproductiva, así como sobre los progresos realizados en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. La Alianza Mundial para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño, creada en 2005 y cuya secretaría está establecida en la sede de la OMS, ha generado fondos considerables para ampliar las intervenciones en seis países de África. Por su parte, la Comisión Europea ha aportado recursos considerables para la salud de la madre y el recién nacido en ocho países de África y el Caribe. El Secretario General de las Naciones Unidas recomendó a la Asamblea General en su sexagésimo primer periodo de sesiones, celebrado en septiembre de 2006,<sup>3</sup> que se incluyera una nueva meta en el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio: «Lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015»; la inclusión de esta nueva meta también debería fomentar el incremento de las tasas de cobertura.

11. Tras el respaldo por la Asamblea de la Salud, en su resolución WHA57.12, de la estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo relacionados con la salud reproductiva, se elaboró un marco de ejecución y se prepararon documentos de información sobre políticas. Varios países aplican la estrategia o la adaptan a sus necesidades nacionales. En la Sesión Especial de la Conferencia de Ministros de Salud de la Unión Africana (Maputo, 18 a 22 de septiembre de 2006) se adoptó un plan de acción con indicación de costos para lograr el acceso universal a servicios integrales de salud reproductiva y sexual. La mayor parte de los países de África

---

<sup>1</sup> Véase el documento A60/28, sección J.

<sup>2</sup> *Informe sobre la salud en el mundo 2006: Colaboremos por la salud*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

<sup>3</sup> A/61/1, párrafo 24.

también ha elaborado guías generales para acelerar el ritmo de reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad maternas y neonatales; varios países de otras regiones han actualizado sus estrategias de maternidad sin riesgo asegurando la atención cualificada en todos los partos y durante el periodo posnatal, así como la prevención de la transmisión de VIH de la madre al niño.

12. Muchas regiones de la OMS han elaborado estrategias para ampliar las intervenciones, uno de cuyos elementos centrales es la continuidad de la atención durante todo el ciclo vital y en los distintos niveles de atención. En 2006, el Comité Regional para África, en su 56º periodo de sesiones, aprobó una estrategia para la supervivencia infantil preparada conjuntamente por la OMS, el UNICEF y el Banco Mundial. La Oficina Regional para el Pacífico Occidental aplica la estrategia regional OMS/UNICEF para la supervivencia infantil, respaldada por el Comité Regional en 2005, y la Oficina Regional para Europa presta apoyo a los Estados Miembros en la elaboración de estrategias nacionales basadas en la estrategia europea en pro de la salud y el desarrollo del niño y del adolescente, que el Comité Regional adoptó en 2005. La Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental ha prestado asistencia a nueve países para introducir la iniciativa regional sobre política para la salud del niño y en 2006 un país de la Región adoptó una política integral y plan de acción. (Cabe señalar que la salud del recién nacido puede incluirse en la estrategia nacional de salud materna, en la estrategia de salud del niño o bien en ambas.)

13. En 2006 la OMS publicó estimaciones por países, regionales y mundiales sobre mortalidad neonatal y perinatal, así como, por primera vez, sobre la distribución mundial, regional y nacional de las defunciones de niños menores de cinco años atribuibles a neumonía, diarrea, paludismo, sarampión y otras afecciones en los primeros 28 días de vida.<sup>1</sup> Esta información será fundamental para definir conjuntos de intervenciones eficaces, así como sus vías de suministro a nivel nacional y subnacional.

14. Sobre la base de las declaraciones conjuntas OMS/UNICEF acerca del tratamiento clínico de la diarrea aguda y el tratamiento de la neumonía en entornos comunitarios, muchos países adoptan políticas para la administración de suplementos de zinc y la producción local de zinc en comprimidos o en solución oral; 17 países han adoptado políticas para ampliar a la comunidad el tratamiento de la neumonía, incluso mediante la distribución de antibióticos.

15. Como consecuencia del reconocimiento creciente de la contribución de la mortalidad neonatal a la mortalidad infantil en general (aproximadamente el 40%) y del gran número de muertes prenatales, se han elaborado directrices y estrategias para mejorar la salud de la madre y el recién nacido. Se está reforzando la capacidad en materia de recursos humanos y se prevé que, cuando la Directora General presente su próximo informe a la Asamblea de la Salud, los Estados Miembros habrán establecido intervenciones en materia de políticas e instalaciones sanitarias, así como a nivel comunitario.

16. En los países en desarrollo se ha acelerado considerablemente la introducción de nuevas vacunas, en particular contra la hepatitis B y *Haemophilus influenzae* tipo b en los programas de vacunación sistemática. El número de programas nacionales de vacunación contra la hepatitis B ha aumentado de 96 en 2000 a 158 en 2005. La vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo b se administró a niños en 101 países en 2005 (mientras que en 1997 esa vacuna sólo se administraba en 26 países), con progresos considerables en América Latina y algunos países de África. Las tasas de infección por *H. influenzae* de tipo b, que, según las estimaciones, provoca aproximadamente 500 000 defunciones infantiles por año, ha registrado una disminución espectacular en algunos países que han introducido

---

<sup>1</sup> Estadísticas Sanitarias Mundiales 2006. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.

---

la vacuna. Con el apoyo de la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, se prevé introducir en 2008 vacunas antineumocócicas y antirrotavirus en los países más pobres del mundo.

17. En 53 países, en su mayoría menos adelantados, se han aplicado con éxito diversos aspectos del enfoque «Llegar a todos los distritos». La cobertura de inmunización general ha mejorado a nivel nacional y las tasas han aumentado incluso en los distritos con resultados menos satisfactorios, con la consiguiente reducción de las desigualdades geográficas.

18. Si bien la asistencia oficial para el desarrollo se destina por lo general a los países con mayores tasas de mortalidad infantil, no existe una asociación directa y sistemática entre la gravedad de los problemas de salud materna, del recién nacido y del niño en determinado país y la cantidad de apoyo que éste recibe. Salvo unas pocas iniciativas especiales apoyadas por donantes - por ejemplo, para la erradicación de la poliomielitis -, no ha habido un incremento sustancial de las inversiones en salud materna, del recién nacido y del niño. Por el contrario, tres donantes importantes han reducido sus contribuciones en esta esfera. Si persiste esta tendencia, no será posible mantener expectativas realistas acerca de la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Se han podido obtener recursos adicionales mediante mecanismos especiales, como la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, pero aún es demasiado pronto para evaluar las repercusiones.

19. Tras permanecer durante mucho tiempo en un segundo plano, la cuestión de la salud materna, del recién nacido y del niño está volviendo a atraer la atención pública. Sin embargo, hasta el momento esa mayor sensibilización a nivel mundial no ha ido acompañada de un incremento suficiente de la financiación. En el futuro será preciso adoptar medidas centradas en la movilización de la voluntad política a nivel nacional y la formulación de estrategias nacionales y regionales para la ampliación de los programas, con la necesaria aportación de recursos. En estas estrategias deberá asignarse alta prioridad política a las cuestiones relacionadas con el personal sanitario a fin de aportar los medios institucionales y normativos para situar la cuestión del acceso a los servicios de salud materna, del recién nacido y del niño en el centro del conjunto de beneficios sanitarios que los gobiernos han de garantizar a los ciudadanos de sus países.

## **INTERVENCIÓN DE LA ASAMBLEA DE LA SALUD**

20. Se invita a la Asamblea de la Salud a tomar nota del presente informe.

= = =