

¿QUIÉN SE ACUERDA HOY DE LOS OBJETIVOS DEL MILENIO ¿ RADIOGRAFIA MORAL DE LOS ACUERDOS DEL MILENIO

Cuando empecé a reflexionar la problemática de la evaluación a nivel mundial de la mortalidad materna e infantil, me pregunté ¿quién se acuerda hoy de los objetivos de Desarrollo del Milenio?

En la gran crisis económica y social apenas ha salido en prensa ni una sola vez la urgencia de resolver los problemas de los países en desarrollo. Y vemos estupefactos las inyecciones de dinero público a los principales causantes de nuestro problema económico , y de la misma forma, los causantes (no los únicos) de que se sigan manteniendo en niveles escandalosos los niveles de pobreza en países ricos, cuánto mas más en los pobres.

Todos esperando reuniones de mandatarios e inyecciones de fondos.

¿Quién se acuerda hoy de los objetivos del Milenio?? Vuelvo a preguntar.

Y lo hago porque si queremos sacar honestamente lecciones de cómo han evolucionado los indicadores que se trazaron en aquella reunión de Septiembre del 2000,y firmaron 189 mandatarios para conseguir un mundo más justo. Estos 189 mandatarios aprobaron dicha declaración para trabajar de manera conjunta para construir un mundo más seguro, más prospero y equitativo. La declaración se tradujo, en un plan de acción con 8 Objetivos y 48 Indicadores. Un nuevo consenso sobre estrategia de desarrollo que ha sido aceptado con demasiado automatismo, no sólo por la Comunidad de Donantes sino también por parte de las ONGs. Los Objetivos son impuestos por la Comunidad de Donantes. El olvido de los objetivos del

Milenio, en MCS, entre mandatarios, en la población; ya es indicador que contextualiza un poco la realidad que pretendemos abordar y nos da la pista para iluminar un poco de qué estamos hablando.

Esta situación es una magnífica oportunidad para hacer un chequeo moral de estas decisiones, de la pertinencia o no de las metas, del Sistema de evaluación y seguimiento de los Indicadores, de la pertinencia, existencia o no de registros; los instrumentos diversos de medición que se utilizan, y que según los que sean pueden alejarnos de la realidad, a acercarnos a ella.

En fin, voy a hacer una radiografía de los problemas que tenemos cuando faltan 6 años para el final del compromiso para poder identificar las principales dolencias que deben ser discutidas y discernidas públicamente.

Esto es muy importante porque los problemas de que hablamos; la muerte materno- infantil posee varios rostros e interesa recordarlo; lo 1º que veo es la gran disparidad de registros no nos va a servir el mismo dato en todos los países pues no nos va a hablar de lo mismo, como ya veremos.

Vista la situación mundial de la salud materna tal como se describe el objetivo y la meta, focaliza nuestra atención en números globales, y no nos dice nada del contexto radical donde se produce, que es donde deben dirigirse las actuaciones para reducir la mortalidad materna. No es lo mismo lo que nos enseña el dato de la muerte materna en India que en Nigeria, que Afganistán. ¡Ya lo veremos!

La otra gran pregunta que me hago sobre los ODM, el 4º y el 5º, es ¿cómo se pueden plantear objetivos para resolver problemas sin discutir 1º las causas?

Los dirigentes mundiales se dieron cita en NY el 25 de septiembre de 2008, en una reunión de alto nivel convocada por el Secretario General de la ONU y el Presidente de la Asamblea para renovar los compromisos en la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio, establecidos para

el 2015, y establecer planes concretos y adoptar las medidas prácticas necesarias para las correcciones pertinentes. Como objetivos para avanzar se plantearon varias reuniones. En la Conferencia Internacional de Madrid los países donantes no quisieron comprometer fondos para paliar la crisis alimentaria. Esto que es manifiesto es para hacernos una idea del grado de compromiso de los mandatarios. El hambre y desnutrición es la principal causa de mortalidad infantil y su descenso es uno de los objetivos del Milenio. Según la FAO en el año 2007 los cereales se encarecieron un 41%, los aceites vegetales un 60% y los productos lácteos un 83%. Alimentos básicos para el desarrollo infantil y su supervivencia.

1. Los Objetivos del desarrollo ¿cómo alcanzarlo?

Para valorar la situación actual de este compromiso del Milenio tenemos que conocer por un lado cómo trabajan los técnicos que impulsan este compromiso, que promueven los países donantes y por otra parte cómo se aplican los compromisos en los países receptores de la ayuda.

En una reunión de alto nivel

MARK MALLACH BROWN en la Junta Ejecutiva del PNUD que actuaba en nombre del Secretario se comprometieron a:

1º- Redactar Informes

2º. Formación de un interés político en la lucha contra la pobreza y atribuir prioridad pública en ese empeño

3º. Ayuda al comercio, aliviar la deuda, Facilitar Nuevas tecnologías y corrientes de inversión

4º. Cómo se financiará el desarrollo hasta el 2015?

El PNUD programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, en colaboración con los gobiernos, coordina la presentación de informes por países sobre el progreso hacia los objetivos. ODM. Cada objetivo tiene una o unas metas específicas junto con los indicadores sociales, económicos y ambientales específicos usados para seguir el progreso en la consecución de los objetivos.

. El 1º dato que aportó en el descenso de mortalidad materna es que entre 1999 y 2005 ha descendido menos de un 5%

Según datos del Banco Mundial FMI (2007)

La pobreza malogra los progresos.

a. **acepta que África subsahariana que reúne** a la mayor parte de los países cuya tasa de mortalidad en los niños no ha descendido aparece como la región con mayor incidencia de pobreza extrema, y sigue ascendiendo al contrario que los pobres del resto del Mundo.

b. **Los conflictos y las emergencias, son también causa de involución**

De los 43 países en los que la mortalidad de los niños se ha estancado o ha retrocedido, 19 han sido objeto de crisis alimentaria de más de dos años. Sistemas nacionales desorganizados es otro problema que dificulta el logro de los ODM.

c. **No Existe una respuesta internacional** ante los graves problemas que dificultan unos logros mínimos

Los ataques armados tienen a menudo como objetivo las infraestructuras y sistemas básicos, carreteras abastecimiento de salud (Israel, Palestina)

Las operaciones militares limitan el acceso a los Servicios de Salud.

Se genera una gran violencia contra los seres humanos y el entorno.

d. Facetas de exclusión de la atención sanitaria.

Una proporción desigual pero amplia de madres y niños sigue estando excluida de prestaciones sanitarias al alcance de otros conciudadanos.

Exclusión en relación a las desigualdades socio - económicas

El Objetivo 5: Mejorar la salud materna. Meta:

***Disminuir la tasa de la mortalidad materna en sus 3/4 partes.**

Indicador. * Tasa de mortalidad materna

* % de partos con asistencia de personal sanitario específico

El indicador Tasa Mortalidad materna o muerte materna es un término estadístico que describe la muerte de una mujer, durante o poco después del embarazo.

La OMS la define como "la muerte de una mujer durante un embarazo o parto o dentro de los 42 días después de su terminación por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo parto a puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales.

La mortalidad materna es un evento centinela que vigila la calidad de los Sistemas Sanitarios (SS) en los países del Mundo.

Dentro de esta definición **se excluye la mortalidad materna accidental.** Queda excluida también la mortalidad que puede ocurrir a una mujer embarazada de una zona de **conflictos bélicos**, que dada la situación de indigencia de la mujer en esas situaciones es más vulnerable a cualquier accidente en tránsito, violación, tortura, etc. También quedan excluidas de este concepto las **muerres violentas ocurridas en campos de refugiados**, y muertes maternas relacionadas con la violencia de género, por lo que se excluyen del dato oficial, o cómputo, que nos ofrecen los organismos como tasa de mortalidad materna,

*Por otra parte más del 10% de muertes materna que se conoce ocurre más allá de los 42 días del puerperio. La comparación entre países y el conocimiento de la realidad es muy difícil pues algunas definiciones de muerte materna incluyen un puerperio tardío. Se reconoce por los Organismos Internacionales que los datos recibidos de mortalidad materna, son una importante minoría de los eventos reales, sabiendo que menos del 40% de los países miembros de la OMS reportan de manera correcta y sistemática y en forma verificable sus niveles de mortalidad materna.

Las Causas de la mortalidad materna:

- Infecciones bacterianas
- Toxemia del embarazo
- Memonobiotétrica
- Embarazo ectópico
- Sepsis durante el puerperio
- Embolismo del liquido amniótico
- Complicaciones de un aborto

Necesidades familiares

Causas indirectas: Malaria, anemia VIH, Suicidio enfer, cardiovas.

La causa antecedente: lo que no desvela la tasa de mortalidad materna,

- El indicador propuesto para evaluar el descenso de mortalidad es un indicador demográfico definido por :
- La tasa de mortalidad materna, que es la razón entre el número de defunciones de mujeres embarazadas x 100.000 nacidos vivos, y este denominador nos lleva a otro problema **¿Qué es para cada país un RN vivo?**

Si tomamos El dato global de muertes de embarazadas estimadas en 2008,

El mayor índice de ellas, en orden decreciente, es:

India 136.000 muertes de embarazadas anuales

Nigeria. 37.000

Afganistán. 20.000

Si tomamos estos datos de forma globalizada no nos dicen nada de las causas de su muerte; si damos por supuesto que se mueren por alguna de las causas que señalan los libros, las soluciones van a ir encaminadas como así propone la Conferencia de donantes a mejorar y acercar el SS a las mujeres y la implantación de nuevas tecnologías quirúrgicas .

Pero si estos 3 datos los ponemos en los 3 contextos diferentes a los que pertenecen nos van a señalar las verdaderas causas antecedentes de muerte maternas sobre las cuales no se incide, ni se habla.

Las muertes maternas en la India.

En India posiblemente el datos sea mucho mayor en un país con 1.300.000.000 de habitantes y graves situaciones de pobreza, y desigualdad. Para saber la disminución del número global de muertes y su significado, habría que ponerlo en relación con la tasa de fecundidad.

En la India no rellenan los datos de la Historia de mujeres de causas de enfermedad. Esto ya supone una serie de dudas sobre la veracidad y validez de los datos que aporta y que manejamos.

Hoy conocemos cómo en muchos países el uso de los servicios sanitarios por las mujeres embarazadas se ve limitado por el hecho de que las mujeres no tienen capacidad de decisión por el escaso valor que se atribuye a la Salud femenina, y por las actitudes o críticas de los familiares para que no se hagan atender por personal especializado y adoptar los cuidados adecuados para protegerse por esta condición subalterna de la mujer.

La India es un crisol de religiones en las que mayoritariamente en los más se considera a la mujer propiedad del marido y de la familia del marido, y sin capacidad de decisión. Por lo que no se acercan a los Servicios Sanitarios durante el embarazo, parto y puerperio, y se producen muertes totalmente evitables. Y en India hay un índice de maltrato a la mujer, muy elevado y existen mayor número de muertes, pero éstas no se incluyen en la tasa de mortalidad materna, no entra en el concepto.

¿Qué sabemos realmente de las embarazadas en la India?

¿De qué sirve que haya centros de salud si la familia y el marido impiden el acceso a los servicios sanitarios especializados.?

¿Es realista poner como meta para conseguir el Objetivo 5 del Milenio, que se mejoren los equipos quirúrgicos obstétricos de los Hospitales para que

descienda la mortalidad materna, cuando predominan las culturas fuertemente machistas, religiosas, lo que origina la condición subalterna y la indigencia de la misma para tomar decisiones

Y nos enseña que no se puede abordar un problema, ignorando las causas radicales del mismo

2. El caso de mortalidad materna en Niger.

Si abordamos el caso de la mortalidad materna en Nigeria que es el 2º país a nivel mundial en mortalidad materna; tenemos que reflexionar sobre un grave problema que causa la muerte y tiene un transfondo cultural ancestral. The Lancet 2006, publica un estudio donde se señala que la mutilación genital femenina MGF expone a las mujeres y a los niños a riesgos importantes en el momento del parto. La MGF es una actividad realizada a las niñas y adolescentes de muchos países, **y la OMS afirma que la MGF se asocia a una mayor probabilidad de sufrir problemas durante el parto, y mayor posibilidad de perder el bebé.**

La complicación durante el parto de la mujer con MGF implica la necesidad de practicar cesárea por estrechez del canal del parto y posteriormente el riesgo de muerte por hemorragia es mucho mayor (70% de los casos de hemorragia post parto son MGF) Las mujeres con MGF sufren un 30% más de cesárea en comparación con quienes no han sido sometidas a MGF. La cesárea es una situación de riesgo; en segundo lugar en Nigeria sólo los

privilegiados tienen acceso a esta cirugía. Por lo que la muerte se eleva en las zonas rurales más pobres que no pueden pagar la asistencia quirúrgica.

JOY Pamaphi Subdirector General de Salud Familiar de la OMS afirma "La MGF es una práctica anclada en las culturas y tradiciones; pero a la que habría que poner término". La OMS ha expresado su rechazo total a que esta práctica se realice por personal médico.

PAUL VAN LOOK Director del Programa especial de Investigaciones sobre reproducción humana de la ONU afirma que "se calcula 100 millones de mujeres y niñas han sufrido ablación total o parcial de genitales externos. Esta práctica es causa de partos prolongados (ya veremos después que son causa de sufrimiento fetales y su complicación de muerte infantil y grave mortalidad en los mismos

Nigeria es el país con más alto índice de MGF en el mundo. Si esta problemática se invisibiliza y no se aborda de nada servirá aumentar el material quirúrgico en los hospitales para practicar cesáreas porque más de un 80% de mujeres paren en medio rural sin medios ni siquiera higiénicos sanitarios., y mueren por causa de sus mutilación genital y sus secuelas. No morirían si no tuvieran este problema.

Sierra Leona y los conflictos bélicos. Sudán

Para introducir el problema de Afganistán voy hacer referencia a La tasa de mortalidad materna en Sudán que es a día de hoy de 1500 muertes por 100.000 nacidos vivos, muy superior a Libia con 120 y Egipto con 170. Dos de los países fronterizos con Sudán. Se sabe que en conflicto

bélico los niños y niñas y mujeres son muy vulnerables a la desnutrición o a la enfermedad y la violencia.

Los conflictos bélicos generan un gran problema de desplazados y de campamentos de refugiados.

La falta de atención de la salud reproductiva de estas mujeres desplazadas ha generado gran preocupación por la muerte materna.

Esto es otro ejemplo donde la causa antecedente es ocultada en la globalización del dato y no sólo es ocultada sino que no es afrontada en ninguna de las metas.

3. El caso de Afganistán. Los conflictos bélicos y la invisibilidad de la mujer.

La tasa de mortalidad maternal en Afganistán es de 1600/100.000

Las condiciones de vida de las mujeres en los conflictos bélicos son infinitamente peores que las de los hombres. Las opciones y los recursos con que cuentan las mujeres de poblados en las áreas de conflicto civil difieren mucho de aquellos de los hombres.

En Afganistán cada 7 segundos sigue muriendo una joven madre. Es un grave problema el casarse con 13 y 14 años, nos dice la representante de la OMS (2007) en Badakhstan. La edad de las madres no figura en las tasas de mortalidad y ella misma es un indicador predictor de muerte materna.

Estar embarazada en Afganistán es similar a descubrir que has contraído una enfermedad potencialmente mortal.-nos dice la representante de la Afganistán sólo es superado en muertes por Sierra Leona con la tasa de mortalidad materna más alta del mundo. Según datos de UNICEF en 2009

En Afganistán las costumbres ancestrales y el fundamentalismo religioso hacen que resulta inaceptable que una mujer sea tratada por un hombre. Y uno de los problemas en Afganistán es la acusada escasez de personal médico femenino porque ha huido de la persecución de los Talibanes. Badakhstan registra la peor tasa de mortalidad materna del mundo con la cifra de 1650 muertes por 1000 nacidos vivos. En los últimos años ha aumentado el nº de matronas que ejercen en condiciones precarias; pero no resuelven el problema de que se embaracen en edad de riesgo 13 y 15 años. No tienen ningún valor como personas para el marido y los hombres. El riesgo de mortalidad por embarazo es muy alto en Afganistán, agravado por tres décadas de guerra.

Este problema está presente también en países fuertemente machistas.

Si lo comparamos con países de Occidente tenemos que la tasas de mortalidad materna en Canadá, Austria, Dinamarca, Italia .Alemania y Suecia menos de 10/100.000

Como podemos ver las tasas de mas alta mortalidad materna (no olvidemos que no se cuentan los accidentales); están en relación con los conflictos armados; están en relación con actitudes de dominación sobre las mujeres y están en relación con prácticas ancestrales, inaceptables para una sociedad y unos compromisos que pretenden ser justos y solidarios.

El caso de América Latina...

Ser pobre o ser mujer es a menudo motivo de discriminación, malestar, abandono. Los propios SS ofrecen a veces un servicio ineficaz o indiferente a sus necesidades, hay discriminación por parte del personal sanitario

Los SS pueden ser importantes fuentes de exclusión dice la organización panamericana de la salud (2006). La muerte materna y los problemas relacionados con el embarazo, en algunos países por ejemplo en Ecuador y Honduras más que un fracaso de la utilización de los servicios, la exclusión tiene su origen principalmente en lo que ocurre dentro del propio Sistema Sanitaria

Informe sobre la Salud en el Mundo (mortalidad materna (2008)

Trabajando sobre datos oficiales vemos que tampoco se puede ser optimista

En el Informe sobre la Salud en el Mundo se afirma que para alcanzar el 5º Objetivo del Milenio es necesario reducir el 5'5 % anual; la razón de mortalidad materna entre 1990 - 2015.

Los datos de El banco Mundial muestra una reducción anual inferior al 1%
En el 2005 fallecieron 536.000 y en 1990, 575.000

Pero estos datos del 2005 registran un descenso 450/100.000 nacidos vivos en varios países en desarrollo y un descenso de 9(100.000 nacidos vivos en países desarrollados

Por lo que la pequeña bajada ha tenido lugar en países con una mortalidad materna relativamente baja. En los países con las mayores cifras iniciales apenas ha habido progreso en los 10 años.

La reducción del 5'5% anual, afirma el referido Informe, no se ha conseguido hasta el 2005 en ninguna región.

La mayoría de las muertes maternas están localizadas en países en conflicto y de grave pobreza, por lo que los recursos deben dirigirse a esos países.

270.000-Se produjo África Subsahariana

188.000 en Asia Meridional

Estas dos regiones sufrieron el 86% de las muertes maternas registradas en el mundo

*El 65% se estas muertes se registran en 11 países

Cifras engañosas hablan de muertes totales, y no se puede comparar la población de la India con Nigeria. Habría que relacionarlas con las tasas de fecundidad.

*+ La probabilidad de que una niña de 15 años muera de una complicación relacionada con el embarazo y parto a lo largo de su vida es más elevada en África con 1 de cada 26 mujeres mueren en el parto o durante el embarazo.

*+ En regiones desarrolladas la probabilidad deque muera una niña de 15 años por las mismas razones, es de 1 de 7.333 niñas

*+Níger fue la que presentó mayor riesgo, 1 de cada 7. Lo que da fuerza a una reflexión sobre la influencia de costumbres ancestrales.

*+El otro problema es la tasa de fecundidad muy elevada, las mujeres corren el riesgo de morir muchas veces a lo largo de su vida (África)- Lo que plantea la necesidad de un buen programa sobre la Salud reproductiva para prevenir embarazos y es lamentable en este terreno las dificultades y la oposición de las religiones, de la Iglesia Católica, por la prohibición del uso de anticonceptivos. **Se calcula que mueren al año 85.000 mujeres por abortos clandestinos.**

Muerte materna adolescente: El silencio Institucional mata.

Embarazo adolescente y aborto clandestino son los otros asesinos. 1 /3 parte de abortos realizados en malas condiciones en el mundo son practicados sobre jóvenes entre los 15 y 19 años de edad, de las que mueren cerca 78.000 muertes por abortos inseguros cada año. (Fondo de población de Naciones Unidas FNUAP)

. Siendo ésta causa junto con el embarazo y el parto la primera causa de defunción en la población femenina adolescente

Predisposición a una mortalidad materna asociada a embarazos, los abortos de altos riesgo, practicados por personas no especializadas o en lugares sin requisitos mínimos.

- *+Sudamérica 34 abortos peligros / 1000 mujeres.
- *+África Oriental 31/1000
- *+Constituyendo la principal razón de muerte materna 78.000 al año según estadísticas

Organización M Salud. Informe sobre la Salud en el mundo, 2005 pone de manifiesto

* Existe un porcentaje de muertes maternas que se puede evitar con la planificación familiar. OMS 2005. **Se podrían evitar no menos de 100.000 defunciones maternas.**

México cada año registra 500.000 adolescentes embarazadas. 25% del total de embarazo

Para alcanzar el ODM reducir la mortalidad en las $\frac{3}{4}$ partes en 2015.

Hay que dar prioridad:

- mejora Atención Sanitaria de la mujer.
- Acceso Universal a los servicios de salud reproductiva
- acceso a la planificación familiar
- Prevención del embarazo no planificado
- Atención calidad al embarazo y al parto
- Atención obstétrica de urgencias
- Corregir las causa violentas y causas ancestrales culturales y religiosas que matan en relación con la salud reproductiva de la mujer

Los Servicios de Salud sólo pueden ayudar a la mujer si se pueden utilizar.

En América Latina si nos atenemos a las tasas de mortalidad, mejora Chile, que tiene la menor tasa de mortalidad materna de América Latina. 16/100.000, y llama la atención en consonancia con nuestra reflexión sobre violencia.

Según datos de UNICEF (2007) , Colombia con altos índices de violencia armada y machista tiene la tasa más alta de mortalidad materna 420/100.000

El informe sobre el seguimiento de Indicadores de la ONU, manifiestan que el% de madres que son atendidas por profesionales al dar a luz pasó del 68% en 1999 al 86% en2006. Se redujo la mortalidad materna de 180/100.000 nacidos vivos. A 130/100.000 nacidos vivos en America latina En Bolivia que era otro país con tasas altas, también mejora. Siendo Cuba el país que menos tasa de mortalidad materna tiene.

Objetivo 4 Reducir la mortalidad infantil.

Meta 5. Reducir en 2/3 partes entre 1990 y 2015 la mortalidad de los niños menores de 5 años.

Indicadores : * 13 tasa de mortalidad de niños menores de 5 años

*porcentaje de niños vacunados con sarampión

Situación mundial de la Infancia según UNICEF (2006)

12.10⁶ subsisten con un dólar al día

854 pasan hambre

114.10⁶ en edad escolar no acuden al colegio y de ellos 63.10⁶ son niñas

11.10⁶ pierden la vida al año

2400.10⁶ No tienen acceso al agua potable

3.10⁶ mueren de SIDA al año.

215.10⁶ mueren de hambre en 2006 o por desnutrición JLAN ZIEGLER,

Relatos Naciones Unidas

58% de mortalidad total mundial es por desnutrición, UNICEF

El desafío infantil que confronta la humanidad:

*Casi 11.10⁶ niños/as mueren anualmente antes de cumplir 5 años.

Esto equivale a más de 29.000 muertes al día, por causas previsibles. **La bajada de mortalidad infantil, pasa por un mejor acceso a los medicamentos y una mejora de la nutrición.**

Por lo que la meta de la mortalidad infantil queda dificultada con la crisis alimentaria y el grave ascenso de los precios de los alimentos.

*En los 42 países que en el año 2000 reunían el 90% de las defunciones de menos de 5 años, el 60% de los niños con neumonía no obtuvieron el antibiótico que necesitaban, y el 70% de niños con malaria no obtuvieron tratamiento.

*De las 2/3 parte niños/as menores de 5 años sin vacunar viven en 6 países China. Congo, India, Indonesia. Pakistán.

*En India se calcula que hasta un 50% de niñas probablemente mueran entre el 1º y el 5º cumpleaños.

Para poder entender la magnitud de las cifras y lo que radiografían ; conocidos los datos generales de la situación de la infancia, vamos a desarrollar qué contenidos puede explicar dicha tasa, y qué situaciones ocultan . Voy a dar unos conceptos.

La tasa de mortalidad infantil se define como

nº de defunciones de niños/niñas < 1 año por 1000 nacidos vivos.

Tenemos el problema de que cada país define el RN vivo de forma diferente. Algo que nos podía parecer tan sencillo Ejemplo, en España no se considera RN vivo hasta pasadas las primeras 24 horas En otros países no se considera RN vivo hasta pasadas 72 horas del alumbramiento

Mortalidad infantil Según nivel de desarrollo.

Países en desarrollo	< 1 años	< 5 años
Alto	9	10%
Medio	46%	61%
Bajo	108%	183%
<u>En España</u>	<u>3.99%</u>	<u>8.71%</u>

*** Si comparamos las tasas de mortalidad infantil en países desarrollados y no desarrollados vemos la influencia de la pobreza.**

Países con menor mortalidad infantil del mundo 2008

Noruega y Finlandia 3 ^{0/00} menores de un año

4 ^{0/00} menores de 5 años

En América Latina, Cuba, tiene la tasa más baja 4,7 ^{0/00} año 2008

*** Las peores tasas de mortalidad infantil pertenecen todas a África**

Nigeria registra la peor tasa del mundo en mortalidad

154 ^{0/00} menores de un año con

262 ^{0/00} en menores de 5 años

*Recordamos que la mortalidad infantil en los partos de mujeres con MGF sube considerablemente. Como la mortalidad en países en conflictos bélicos.

Un estudio de la Universidad de BRISTOL publicado por THE Lancet (2006) pone de manifiesto que el 60% de los bebés que nacen de madres con MGF necesitan reanimación, a lo que seguirá fácilmente una minusvalía por hipoxia. En estos partos hay un sufrimiento fetal que luego se traduce en grave morbilidad.

En América Latina

*Haití el país con peores indicadores:

70^{0/00} < año y 118^{0/00} < 5 años

En Asia es Yemen con 82^{0/00} < un año y 113^{0/00} < 5 años

La tasa de mortalidad infantil es un indicador válido para medir y comparar las defunciones, nos dice poco de las causas importantes de las mismas que son diversas a lo largo del 1º año y que se concentran en periodos de tiempo determinados, por lo que es importante conocer esos datos para saber si estamos consiguiendo el objetivo 4.

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE INFANTIL EN EL MUNDO

Neumonía, diarrea, paludismo y sarampión se pueden prevenir a un bajo costo económico

La neumonía es la que más mata. 37% de las muertes < 5 años ocurre en el primer mes de vida.: Las acciones deberían dirigirse a mejorar la atención Neonatal, y el acceso a los fármacos por lo que habría que incidir en la industria farmacéutica

Mortalidad neonatal

SCIENCES ACTUALITES afirma que de 130.10^6 bebés que nacen cada año en el mundo 4.10^6 viven menos de 4 semanas; de ellos $\frac{3}{4}$ partes se podían salvar con medidas poco costosas. Asia cuenta con el mayor número de fallecimientos de lactantes debido a una mayor demografía. En África Subsahariana se encuentra 14 de los 18 países con tasa de mortalidad materna más elevada.

El estado nutricional de la embarazada es otro factor de riesgo de muerte infantil.

Y para poder dotar de recursos de forma adecuada a las necesidades para evitar la muerte tendremos que obtener información adecuada porque no significa lo mismo morir en las primeras horas de vida que morir a los 9 meses, las causas de las mismas defunciones tendrán diferente interpretación.

La revista SCIENCES ACTUALITES, hablando de mortalidad Neonatal dice. Hay un peso importante de muertes en el periodo neonatal. La mala calidad de atención a la mujer afecta adversamente a la salud de la madre y de los niños

Ejemplo: Un neonato es un bebé que tiene 27 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea. Este periodo es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo en ella suceden cambios muy rápidos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del RN. Un importante porcentaje de muertes infantiles ocurren en la 1ª semana de vida, donde tiene mucha importancia los cuidados neonatales que son inexistentes en muchas regiones del planeta.

Por otra parte la mayoría de las enfermedades causantes de esas muertes son prevenibles con vacunas, en especial las sugeridas por el Programa ampliado de inmunización. Informe Unicef 2008.

*Número de niños vacunados menores de un año en el Mundo 100.10^6 ,
 *número de vidas que podrían salvarse por medio de vacunación ordinaria
 $2.2.10^6$ niños

*Más d 1/3 parte de niños/as del Mundo no reciben vacuna DPT en menores de un año

En los cuidados neonatales:

*Vacunas BCG y Va contra Hep B son dos vacunas disponibles mundialmente para bebés en las primeras 24 horas del nacimiento.

*Prueba del Talón - Detección Precoz de Varias enfermedades. Se realiza entre los 5 - 7 días

- Hipotiroidismo 1^a 24 horas)
- Fenilcetonuria 3 - 7 días
- Fibrosis quística

■ Estudio de Neonato, detección precoz de sorderas deficiencia tan invalidante

Durante los 30 primeros días se pueden descubrir la mayoría de los defectos congénitos y genéticos, Se pueden prevenir y tratar gran parte de las enfermedades del nuevo ser humano.

*Se debe hacer cribado para detectar neonatos de riesgo (No se pueden hacer en el Medio Rural)

Profilaxis de enfermedades prevalentes

(Necesitan fármacos): - Infecciones oculares

- Gonorrea

- Clamidas - Las 3 infecciones se producen a

través del aparato reproductor de las madres

- Necesitan antibióticos

- Enfermedades Hemorragias de RN Tratamiento Vit K

- Piodermatitis

- Inmunizaciones un 25% de mas de 12.10⁶

Sólo el 38% de todos los niños que mueren lo hacen en periodo neonatal, cerca de las $\frac{3}{4}$ partes ocurren en la 1ª semana.

Teniendo el mayor riesgo de morir el 1º día de vida.

La mortalidad infantil es la mayoría de los países necesita atención prenatal al parto. Y pediatría para neonatos

Los conflictos armados en la mortalidad infantil

Dentro de la mortalidad infantil influye de la misma manera la guerra que en la mortalidad materna.

Por aquí se observan mayores marginaciones y son más graves porque se producen en el mismo país.

. ALTERINFOS América Latina (2008) .aporta los datos siguientes

* Unos 250.000 niños, mueren asesinados.

*500.10⁶ sufren explotación laboral.

*2.10⁶ Son víctimas de tráfico sexual

Según datos de la UNESCO **La principal violencia infantil son los conflictos armados.**

Cada año 250.000 son asesinados.

600-000 resultan heridos.

6.000 mueren por minas antipersonas.

35.10⁶ refugiados por este motivo.

En Colombia se estima que entre 15.000 niños/as con edades entre 9 y 16 años son combatientes guerrilleros (niñas como esclavos sexuales para la tropa) Se explica la tasa de mortalidad materna

“El futuro está hipotecado para los niños que padecen conflictos armados” Carol Bellaus Directora Ejecutiva de UNICEF

Factores étnicos de mortalidad infantil:

Está muy poco estudiado e investigado, pero hay datos que dentro de los mismos países son un factor de inseguridad y desigualdad.

Hay factores étnicos que influyen en la mortalidad infantil

Kazajistán.

El riesgo de morir niños y niñas nacidos de padres de etnia Kazagka es 1.5 mayor que los padres de etnia rusa.

- Nigeria. El riesgo de muerte de niños de madres sin educación es 2.5 veces mayor que los madres con educación
- India. Exclusión por razón de sexo. Una niña tiene 1.5 menos posibilidades de ser hospitalizada que un niño , y hasta un 50% más probable que muera entre el 1º y 5º cumpleaños

¿CÓMO SABER QUE ESTAMOS CONSIGUIENDO LOS OBJETIVOS, CON INDICADORES TAN DISPARES?

La pregunta que nos hacemos al evaluar este compromiso por el desarrollo es: ¿Se están consiguiendo los objetivos? O ¿qué barreras

impiden conseguir estos objetivos? ¿Qué determinantes impiden su desarrollo? ¿Han cumplido los países donantes con sus compromisos para conseguir los objetivos del Milenio y en concreto en el 4 y 5? ¿Nos sirven los indicadores que han propuesto para la evaluación y que se están manejando?

Todo ello porque lo que pretendemos con la evaluación es proponer las acciones necesarias para impulsar un avance. Y para ello tendremos que saber si la información que obtenemos con los indicadores nos muestra la realidad.

El riesgo general de los SS del Mundo en desarrollo es su incapacidad para atender las necesidades sanitarias de toda la población y su dependencia de la evolución negativa de las economías de estos países.

Ahora bien, el obstáculo de los progresos ¿es cuestión de contextos o de políticas?.

El que las políticas hacia el Tercer Mundo del FMI y del BM vayan en una dirección precisa, para lograr el control financiero del núcleo occidental sobre los S Sociales de estos países; conduce en la práctica al círculo de empobrecimiento, donde la deuda externa es creciente, y el aumento de la dependencia exterior es irremediable. Con ello se desencadena la espiral de tensión social, militar y política, y su correlato sanitario de persistencia o empeoramiento de las malas condiciones de salud de sus poblaciones-

VICENTE NAVARRO

Las investigaciones de los ODM apuntan al estancamiento, el retroceso o fracaso de los progresos de algunos países. Está claramente relacionado con la pobreza, las crisis humanitarias y factores que llevan a la exclusión

de acceso a los centros Sanitarios. Si bien se ha ensayado un modelo de Sistema de asistencia de Distrito Sanitario con una red de centros de salud y hospitales de referencia; no puede aplicarse con éxito este modelo en contextos con graves limitaciones de recursos y en conflictos como hemos visto.

A la hora de aportar datos, que los tenemos, nos encontramos con unos indicadores que no indican el trasfondo de la realidad y existen conceptos dispares sobre el mismo indicador según qué países. No hay acuerdo en qué es un RN vivo, por ejemplo, y la mayoría de las tasas están referidas al nº de RN vivos.

Voy a señalar los principales problemas que encontramos con los principales indicadores y tasas que hay que manejar para evaluar los avances o retrocesos de los Objetivos del Milenio

En algunos casos se produce un sesgo de clasificación que no nos permite hacer comparaciones adecuadas porque se produce una distorsión del parámetro medido, como resultado de errores en la clasificación de los individuos respecto a los diferentes categorías de las variables a estudiar.

Ejemplo. Dato de mortalidad materna en el mundo Queremos conocer la tasa de mortalidad para resolver el problema.: el dato que obtenemos: 500.000 mujeres que mueren, no nos dice nada de la situación por qué mueren mujeres; mortalidad materna en reacción ¿a qué? Cuestiones geográficas como en Bolivia que es un país de alta mortalidad materna, y que se ha bajado en los últimos 2 años. En Bolivia el problema principal es el acceso al Sistema de Salud por accidentes geográficos y de recursos asistenciales. Los recursos que tienen que poner aquí no son los mismos que

cuando la causa de muerte, es en el parto por mala calidad asistencial. O cuando la mortalidad es debida a la situación de riesgo de un campo de refugiados por confrontación bélica; o si es producida por abortos practicados en malas condiciones clínicas.

Otro problema que hemos encontrado es el Sistema de registro, que también lo apuntan algunos investigadores: el problema de los Sistemas de Registro, es que no hay acuerdos internacionales a la hora de aplicación del concepto. ¿Cómo tienen que ser los registros? ¿Quién registra la muerte producida en las poblaciones aisladas? ¿Cuál es el instrumento de medida ¿el registro civil? ¿La historia clínica? Según datos de UNICEF 2006. Además de la inequidad en los Servicios de Salud existe una gran desigualdad en los Sistemas de Información. De los 42 países en los que se presenta el 90% de las muertes infantiles sólo México tiene un sistema registro completo.

Otro Ejemplo La tasa de mortalidad infantil se hace en relación a 100.000 nacidos vivos. ¿Tienen el mismo concepto de RN vivo? ¿Cuándo considera cada país un RN vivo?

Hace 40 años aquí, en España, hasta las 72 horas de existencia. En el momento actual en nuestro país se considera RN vivo después de pasadas las 24 horas de su nacimiento.

A la hora de afirmar si hemos progresado o nos hemos estancado en el objetivo de disminución de la tasa de mortalidad materna e infantil nos hacemos la pregunta ¿conocemos la validez del instrumento de medida y de la recogida de la información relativa a la muerte de las mujeres y los niños? Tasa de mortalidad infantil es un indicador de Salud más comúnmente empleado para los análisis de situación de salud por razones políticas y estratégicas. Al considerarse al menor de un año como población vulnerable,; este indicador evaluaría el estado de salud de una población

Pero la vida en los países son índole muy dispar y la mortalidad infantil evitable tiene caras muy diferentes según contextos.

Otro problema son los errores en la información:

Ejemplo. Tasa de mortalidad perinatal de nuestro país. Se puede pensar que estamos en uno de los países que la tiene más baja, lo que indicaría un buen funcionamiento de los SS en los cuidados perinatales, sin embargo diversos estudios que investigan que existe un subregistro de la mortalidad perinatal (MONTSERRAT RUÉ)

Otro problema es.

Ambigüedad de los datos y variabilidad en su interpretación. Variabilidad en los umbrales de definición de caso (diferentes pesos o semanas de gestación para clarificar una muerte fetal tardía) Variabilidad en la interpretación diferentes sensibilidades para interpretar un signo, etc.

No aborda ni se habla de otro dato de interés que influye en el SS.

El hecho del ejercicio libre del médico privado ejerciendo una medicina occidentalizada, cuando el 84% de la población vive en el medio rural que está en manos de los curanderos en La exclusión de las prestaciones sanitarias genera desigualdades en la supervivencia, aún más acusada en las madres y RN. Esto es lo que hace un SS público mínimo y un SS privado máximo.

El empeoramiento de niveles educativos de salud y salubridad del agua como consecuencia de las masivas privatizaciones de desregulación del servicio público, al amparo de las políticas neoliberales empeoran la situación que se pretende revertir.

. Tasa de camas por habitantes nos daría una idea cuántas son gubernamentales, y cuántas privados.

Lo que nos daría una idea de la accesibilidad real al SS

No queremos decir que no sean útiles los datos que obtenemos, Pues siempre indican una tendencia.

Pero para resolver problemas de esta envergadura se debe ser más preciso y firme en la averiguación de las causas.

MAPA de MUERTE en el MUNDO

Los Logros de los Objetivo de desarrollo del Milenio.

Informe 2008.

El logro más importante ha sido la amplitud y profundidad y el compromiso con los ODM, Un esfuerzo global sin para en los últimos 50 años de experiencia de desarrollo dice la ONU Sobre reducir la mortalidad materna dice que dependerá de los S. Nacionales con personal calificado y de una eficaz infraestructura institucional. Habrá que esperar para ver resultados porque se muestra pesimista. Todas las regiones han experimentado progreso, a la hora de garantizar que las mujeres reciban asistencia prenatal, al menos una vez durante todo el embarazo (hablan de regiones, no de países)

- El número de muertes de niños menores de 5 años permanece inaceptablemente alto
- Alto riesgo de muerte durante el embarazo o en el parto no ha descendido en el África Subsahariana o meridional

* Las muertes causadas por sarampión se redujeron de 750.000 en 2000 a 250.000 en 2006. El 80% de los niños /as reciben vacuna de sarampión en países en desarrollo. Los datos son muy variables ,según los informes se afirma que las muertes en África por Sarampión se redujeron de 506000 casos en 1999 a 126000 en 2005

*La $\frac{1}{4}$ parte de la totalidad de los niños/as de países en desarrollo tienen insuficiencia ponderal y corren riesgo de que su futuro se vea comprometido por los efectos a largo plazo de la desnutrición.

*La proporción de niños desnutridos de < 5 años, desciende del 32 % del año 1990 al 26% en 2006. Sin embargo la cantidad de los niños con insuficiencia ponderal, corre el riesgo de que su futuro se verá comprometido por los efectos a largo plazo de la desnutrición.

*La proporción de niños subnutridos < 5 años desciende de 32% en 1990 a 26% en 2006. Sin embargo la cantidad de niños con insuficiencia ponderal en los países en desarrollo todavía era superior a 140,10⁶

En la medida que la desnutrición infantil a esa edad, es muy representativa de la dimensión del hambre en la población en su conjunto, el progreso es insuficiente para lograr la meta objetivo del Milenio.

La situación global se va a empeorar por la subida de precios de los alimentos

En Asia meridional tienen las tasas mayores de insuficientes ponderal.

En esta región por si sola se encuentra más de la mitad de los niños desnutridos del mundo, pero los países que avanzan menos en reducir la malnutrición infantil son los países del África Subsahariana.

Habría que investigar ¿a qué se debe esto?

En 2006. 1ª vez que las muertes anuales de niños menores de 5 años descendió por debajo de los 10,10⁶ Pero la posibilidad de que mueran en los 1º años de vida de un niño en el Tercer Mundo es 13 veces mayor que en el Primer Mundo.

*Aproximadamente la mitad de muertes ocurre en África Subsahariana. 27 países no avanzaron en la reducción de la mortalidad infantil Asia Oriental. América Latina. Caribe Los índices de mortalidad infantil son más o menos 4 veces superiores a regiones desarrolladas. Se demuestra también que la muerte está unida también a la educación básica de la madre.

Habría que diferenciar en los indicadores de muerte, las causa, las que son sociales y las que son estructuras sanitarias.

Los fármacos, por lo que habría que incidir sobre la Industria Farmacéutica

El 80% de población infantil reciben vacunas. En la campaña de vacunas se sigue de forma desigual Tienen alta cobertura en la 1ª dosis, pero luego desciende.

Se plantea reducir en un 90% la muerte por sarampión en el año 2010

La vacunación del sarampión ha sido eficaz. Hemos visto cómo han descendido las causas de muerte por sarampión.

Informe de Salud de OMS Septiembre 2008. Para América afirma que: Desciende nº de muertes menos de 5 años que pasó de 55/1000 nacidos vivos en 1990 a 25/1000 nacidos vivos en 2006.

Han contribuido a este éxito la vacunación universal del sarampión.

El 93% de la región la recibe en la actualidad y en 1990. Sólo $\frac{3}{4}$ partes.

Los 47 países que daban cuenta del 95% de las muertes tenían baja cobertura de vacunación. Lo que pone de manifiesto el papel de la industria farmacéutica y de la Educación Sanitaria y la cobertura sanitaria

Logros Mortalidad materna:

La presencia de un trabajo de salud calificado en el parto constituye un factor decisivo en la reducción de las muertes maternas

La cobertura en el 2006 sigue siendo baja en Asia Meridional y en África Subsahariana. 47% Las dos regiones con mayor mortalidad materna.

Nos encontramos con 137 millones de mujeres que no tienen satisfecha la necesidad de planificación familiar

La prevalencia anticonceptiva aumentó de un 55% en 1999 a un 64% en 2005. Aunque sigue siendo muy baja en África subsahariana, 21%

Los intentos de reducir la mortalidad materna debe adaptarse a las condiciones locales,; ya que las causas de muerte varían según las regiones y países

CONCLUSIONES

Los informes que realiza la ONU ofrecen una visión complaciente en ocasiones (ONU ODM InfoOrme 2007) Sin embargo los estudios científicos tienden a ser más críticos en sus conclusiones con los aspectos que estarían impidiendo el alcance de los ODM y con el camino que todavía que por recorrer.

Los estudios son heterogéneos y muchas cuestionan hasta la idoneidad de la metodología para medir su progreso. Pero lo que todos ponen de manifiesto es la gran disparidad de necesidades de los diversos países por lo que se plantean de lleno es que las metas no pueden ser homogéneas.

Es muy llamativo que siendo uno de los indicadores tener cobertura sanitaria durante el embarazo, no se plantee en ningún lugar la cantidad de obstetras, pediatras y matronas que se van a necesitar.

Urge planificar cuantos y como se van a formar y distribuir, así como presupuestar sus sueldos, mantenidos por lo menos a medio plazo.

El ODM 4 que se propone reducir la mortalidad infantil, el panorama es muy desalentador, se reconoce que hay un parón.

Esta ralentización se debe como hemos visto a desigualdades educativas, desigualdad de acceso a servicios preventivos, a fármacos y a los alimentos. La mayoría de los programas se están logrando en países que ya estaban en una situación relativamente buena, mientras que los que

estaban en una situación desfavorable se han quedado atrás,(p.e. África Subsahariana) Se explica esta brecha por los contextos donde se han desarrollado sistemas sanitarios:

- Crisis humanitarias. Con aumento de la mortalidad
- Extremada pobreza
- Costumbres ancestrales

Estas investigaciones evidencian que el ajuste estructural impuesto por el Banco Mundial y el FMI Internacional en los 80 tuvo un efecto sobre los Indicadores de Salud manteniéndose posteriormente en países de América Latina y el Caribe sobre todo mortalidad infantil.

El objetivo que menos ha avanzado ha sido el descenso de la mortalidad materna (muertes evitables)

La mortalidad materna es más que un problema sanitario. Supone el no cumplimiento de los derechos humanos fundamentales de las mujeres y muestran la posición de desventaja y vulnerabilidad en la que se encuentran.

Tal como reconoce LA ONU .LA Salud materna es un concepto que supone mucho más que la reducción de mortalidad

Otro problema metodológico relacionado con la mortalidad materna son por un lado los diferentes definiciones del problema lo que dificulta la identificación de causas y comparaciones. Complica el cálculo de la medida porque no existen buenos registros.

En el momento que los gobiernos reconocen que los registros del RN den cifras artificiales, modifican los denominadores y como consecuencia desciende drásticamente la mortalidad materna acercándose por este artefacto a la tasa de muerte prevista

El conocimiento existente sobre los determinantes de carácter político y cultural de la mortalidad materna es escaso.

Extensamente hemos desarrollado el problema,

Tampoco se ha generado conocimiento sobre el peso de la política en el avance o estancamiento de los indicadores. La cultura como protectora (Higiene,...) o determinante de la muerte materna. Tampoco la influencia de la religión y de la ideología patriarcal.

La ayuda oficial al Desarrollo (AOD) no estará actuando como un instrumento que contribuye al alcance de los ODM. Aspecto destacado por la ONU. No invierte suficientes recursos básicos para Salud y Educación. Una gran falta de transparencia.

Urge aumentar el % de aportación de la AOD destinada a la formación y mantenimiento del personal sanitario necesario en los países en desarrollo. La AOD no está siendo orientada adecuadamente para alcanzar los ODM ya que no siempre se dirige a países prioritarios.

El funcionamiento del comercio internacional constituye uno de los principales determinantes de la desigualdad económica mundial. El propio Banco Mundial lo revela en 1990. La liberación estaría también afectando a los servicios de Salud de los países en desarrollo mediante los acuerdos GATS favoreciendo la privatización de los mismos, excluyendo a los más pobres.

Los ODM no han obtenido sus logros en la $\frac{1}{2}$ del tiempo transcurrido. porque existen importantes barreras, a saber, un esfuerzo político internacional caracterizado por la coherencia en sus acciones.

Propuestas

*Promover políticas públicas que contribuyan a unas relaciones económicas internacionales en condiciones de justicia social en los niveles local, regional, nacional, internacional.

*Ayuda al desarrollo transparente.

*Cancelación de la deuda externa.

* Se debe de incrementar la ayuda de forma eficaz y eficiente

Se hace necesario un nuevo compromiso para crear las condiciones que permitan avanzar hacia una aplicación eficaz:

- Un análisis honesto de las causas determinantes y de las muertes con los países protagonistas
- El compromiso honesto y decidido de los países donantes con la ayuda en donde realmente se necesita.
- Compromiso político por la paz y la justicia. No apoyo de los conflictos bélicos
- Revisión de la metodología de los indicadores de evaluación para saber realmente lo que sucede y asignar los recursos necesarios
- licos de ningún país donantes, con restricciones económicas
- En el objetivo de disminuir la mortalidad materna en $\frac{3}{4}$ partes dependerá de los SS nacionales que cuente con personal calificado y adecuadamente equipado, y de una eficaz infraestructura institucional, con un fuerte compromiso político.
- Erradicar las causas ancestrales de mortalidad como la MGF
- Incidir de forma determinante en aquellos países en los que tiene la mujer una condición subalterna
- Planteamiento más realista con la Salud reproductiva y la anticoncepción

- Compromiso claro y decidido con la no venta de armas en los conflictos bélicos

*Perfeccionamiento de los sistemas de información y de registro, como un mecanismo fundamental para poder planificar las acciones a realizar de forma más efectiva, y dotar de recursos adecuados a cada necesidad,

*Perfeccionamiento de servicios de vigilancia epidemiológica para garantizar informaciones adecuadas.-

*Desagregar indicadores para monitorizar mejor el progreso donde las situaciones son más complejas.

*Fortalecimiento de capacidad y apoyo técnico, que incluye la definición de Metodología para establecer líneas d base y medir el progreso.

*Fortalecimiento de Institutos de estadísticas nacionales.

*Garantizar que la ayuda sea adecuada y llegue a donde se necesite y no se pierda en planificación y reuniones. El banco Mundial estima que más de 1/3 parte de la ayuda se invierte en consultoría.

Acabar con la actitud de los países donantes de establecer alianzas y ayudas con aquellos países donde perciben intereses estratégicos

Establecer sistemas de controles de la información y la circulación del dinero