



unicef 
para cada niño

CADA VIDA CUENTA

**La urgente necesidad de poner fin
a las muertes de los recién nacidos**

Agradecimientos

(ordenados alfabéticamente por apellido)

Jefe de producción: Guy Taylor

Redactores principales: Siobhan Devine, Guy Taylor

Datos y análisis: Liliana Carvajal-Aguirre, Lucia Hug, Tyler Porth, Danzhen You

Revisión y análisis técnico: Maaïke Arts, France Begin, Ted Chaiban, Laurence Chandy, Chika Hayashi, Mark Hereward, Vrinda Mehra, Anastasia Mshvidobadze, Luwei Pearson, Stefan Peterson, Katherine Rogers, David Sharrow, Irum Taqi, Nabila Zaka y Willibald Zeck.

Gracias a Sinae Lee, Padraic Murphy y María Eleanor Reserva por su colaboración en el proceso de revisión y el análisis de datos.

Corrección: Tara Dooley, Meg French, Katherine Rogers

Edición: Kristin Moehlmann

Comprobación de datos: Xinyi Ge, Yasmine Hage

Diseño: QUO Global

Los autores de este informe quieren expresar su agradecimiento especialmente a los compañeros de las oficinas de UNICEF en los países, en particular a UNICEF Etiopía, UNICEF Kirguistán y UNICEF Malawi, por su apoyo, y a la Dra. Margaret E. Kruk de la Escuela de Salud Pública de Harvard T.H. Chan y a la Profesora Joy Lawn de la Facultad de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres, por sus inestimables conocimientos.

CADA VIDA CUENTA

**La urgente necesidad de poner fin
a las muertes de los recién nacidos**

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2018

Se requiere permiso para reproducir cualquier parte de esta publicación. El permiso será otorgado libremente a las organizaciones educativas o sin fines de lucro.

Sírvase dirigirse a:
Recaudación de fondos y alianzas en el sector privado
UNICEF, Palais des Nations
1211 Ginebra 10, Suiza

Fotografías

Portada: © UNICEF/UN0157449/Ayene
Página 4: © UNICEF/UNI39905/Chute
Página 7: © UNICEF/UNI150965/Asselin
Página 9: © UNICEF/UN0157425/Ayene
Página 10: © UNICEF/UNI139096/Chute
Página 15: © UNICEF/UNI100595/Asselin
Página 17: © UNICEF/UN0147842/BOSCH/AFP
Página 18: © UNICEF/UN0155830/Zammit
Página 23: © UNICEF/UN0157421/Ayene
Página 24: © UNICEF/UNI100590/Asselin
Página 27: © UNICEF/UN0146977/Voronin
Página 28: © UNICEF/UNI182031/Rich
Página 30: © UNICEF/UNI100801/Asselin

Índice

Resumen	1
El reto de mantener a cada niño con vida	5
Mortinatos: una tragedia envuelta en silencio	6
Dónde mueren los bebés	11
Lugares donde se enfrentan más riesgos al nacer	11
Los lugares donde es más seguro nacer	12
El riesgo para los recién nacidos varía entre los países y dentro de ellos	14
Programa de acción	19
Ampliar el acceso a los servicios de salud es básico	19
El acceso a la asistencia de la salud no basta, la calidad es la clave	19
El camino a seguir	20
1 Emplazamiento: establecimientos de la salud funcionales y limpios	20
2 Personal: trabajadores de la salud cualificados	21
3 Productos: equipos y medicamentos que salvan vidas	21
4 Poder: dignidad, respeto y responsabilidad	22
Mantener a cada niño con vida	25
Notas	29
Anexo: Tasas de mortalidad de recién nacidos y clasificación de países por grupo de ingresos	31

Imagine por un momento que está a punto de dar a luz. Está en casa, acompañada solo por unos cuantos familiares. Sufre dolores, pero no tiene acceso a ningún médico, enfermero o partero. Sabe que existe un riesgo real de que tanto usted como el hijo que espera no sobrevivan al parto. Incluso aunque lo consigan, es consciente de que los siguientes días y semanas estarán repletos de riesgos.

Imagine ahora que es usted partera o partero y se prepara para asistir el parto de un bebé prematuro. El centro de la salud donde trabaja no tiene agua corriente, electricidad ni apenas suministros. Está a oscuras, y sujeta un teléfono móvil entre los dientes, cuyo brillo constituye la única luz con la que puede iluminarse. La madre a la que está atendiendo tiene 16 años. Está entrando en la fase activa del trabajo de parto. Usted es su única fuente de esperanza y asistencia médica.

Estas situaciones representan la cruda realidad a la que se enfrentan millones de madres, bebés y trabajadores de la salud de todo el mundo. Es una realidad que podemos y debemos cambiar para lograr las metas de
CADA VIDA CUENTA.

Resumen

Cada año, 2,6 millones de bebés mueren antes de cumplir un mes de edad¹. En el caso de 1 millón de estos niños, su primera y su última respiración se producen el mismo día en que nacen. Otros 2,6 millones de niños nacen muertos.

Cada una de estas muertes supone una tragedia, sobre todo si se tiene en cuenta que la mayor parte de ellas se podría haber evitado. Más del 80% de las muertes de recién nacidos se producen como resultado de un nacimiento prematuro, complicaciones durante el trabajo de parto o el parto e infecciones como sepsis, meningitis y neumonía. Las mismas causas, especialmente las complicaciones en el trabajo de parto, son las causantes de buena parte de los casos de mortinatos.

Cada año se podría salvar la vida de millones de bebés si las madres y los propios recién nacidos pudieran disfrutar de una asistencia de salud de calidad y asequible, una nutrición adecuada y agua limpia. Sin embargo, estos servicios básicos están con demasiada frecuencia fuera del alcance de las madres y los niños que más los necesitan.

Las muertes de niños de entre 1 mes y 5 años se han reducido drásticamente en los últimos decenios. No obstante, los avances en la reducción de las muertes de recién nacidos –los que tienen menos de 1 mes de vida– no han sido tan llamativos: cada día siguen muriendo 7.000 recién nacidos. Esto se debe en parte a que las muertes de recién nacidos no se pueden evitar con un solo medicamento o intervención, sino que requieren un enfoque global del sistema. Otra causa es la falta de dinamismo y compromiso global para con la supervivencia de los recién nacidos. Estamos fallando a los más pequeños y vulnerables del planeta y, con tantos millones de vidas en juego, el tiempo es un factor crucial.

Como muestra este informe, el riesgo de que un recién nacido muera varía en gran medida en función de dónde nazca. Los bebés que nacen en el Japón son los que más probabilidades tienen de sobrevivir, con una proporción de solo 1 fallecido de cada 1.000 durante los primeros 28 días de vida². En cambio, en el Pakistán se registran las peores estadísticas: 46 de cada 1.000 recién nacidos –es decir, casi 1 de cada 20– mueren antes de cumplir un mes de vida.

La supervivencia de los recién nacidos está estrechamente relacionada con el nivel de ingresos de un país. La tasa de mortalidad de recién nacidos en los países de ingresos altos es de tan solo 3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos³. En contraste, en los países de bajos ingresos la tasa asciende a 27. La diferencia es muy significativa: si todos los países redujeran su tasa de mortalidad de recién nacidos a por lo menos la media de los países de ingresos altos, para 2030 se podría salvar la vida de 16 millones de recién nacidos.

Sin embargo, el nivel de ingresos de un país explica solo parte del problema. En los Estados Unidos de América y Kuwait, ambos países de ingresos altos, la tasa de mortalidad de recién nacidos es de 4. Esta cifra es solo ligeramente inferior a la de países de ingresos medianos bajos como Sri Lanka y Ucrania, donde la tasa es de 5. En los últimos decenios, Rwanda, un país de bajos ingresos, ha conseguido reducir su tasa de mortalidad de recién nacidos más de un 50% –de 41 en 1990 a 17 en 2016–, lo que le sitúa muy por delante de otros países de ingresos medianos altos como la República Dominicana, donde la tasa asciende a 21. Este hecho demuestra que la existencia de voluntad política para invertir en sistemas de la salud sólidos que den prioridad a los recién nacidos y lleguen a los más pobres y marginados es esencial y puede marcar una gran diferencia, incluso en aquellos países donde los recursos son limitados.

Además, las tasas de mortalidad nacionales esconden a menudo variaciones dentro de los países: los bebés cuyas madres no han recibido una educación tienen casi el doble de riesgo de morir durante el período neonatal que aquellos cuyas madres cuentan al menos con la educación secundaria. La probabilidad de que los bebés nacidos en las familias más pobres mueran durante el período neonatal es un 40% mayor que la de aquellos bebés nacidos en las familias menos pobres⁴.

Si analizamos las causas fundamentales, estos bebés no mueren como resultado de problemas médicos como la prematuridad o la neumonía, sino porque sus familias son demasiado pobres o están demasiado marginadas para acceder a la asistencia que necesitan. De todas las injusticias del mundo, quizá esta sea la más flagrante.

La buena noticia es que es posible conseguir avances incluso allá donde escasean los recursos. El éxito en países como Rwanda es una fuente de esperanza y suponen una valiosa lección para otros países comprometidos con la causa de “Cada vida cuenta”. Concretamente, este ejemplo nos enseña que existen dos pasos clave:

- 1 Mejorar el acceso a una asistencia de la salud asequible.
- 2 Mejorar la calidad de dicha asistencia.

El acceso restringido a los servicios para madres y recién nacidos que ofrecen los proveedores de la salud cualificados está estrechamente relacionado con una mayor tasa de mortalidad de recién nacidos. En Somalia, un país con una de las tasas de mortalidad de recién nacidos más altas del mundo (39), solamente hay 1 médico, enfermero o partero por cada 10.000 personas; en la República Centroafricana, donde la tasa de mortalidad de recién nacidos es de 42, solo hay tres. En contraste, Noruega, donde la tasa de mortalidad de recién nacidos es de 2, y el Brasil, un país de ingresos medianos altos con una tasa de mortalidad de recién nacidos de 8, cuentan con, respectivamente, con 218 y 93 trabajadores de la salud cualificados por cada 10.000 personas.

Mejorar el acceso de las madres y los recién nacidos a los servicios de salud es, por tanto, el primer paso necesario para reducir la tasa de mortalidad de recién nacidos. No obstante, si sucede que la calidad de los servicios no es la adecuada, la existencia de un establecimiento de salud o un trabajador de la salud no será suficiente para marcar la diferencia entre la vida y la muerte.

Calidad de la asistencia de la salud

La calidad de la asistencia de la salud se define como el grado en el que los servicios de salud mejoran los resultados de la salud deseados. En aras de lograr una asistencia de la salud de calidad y mejorar los resultados de la salud, los médicos, enfermeros y partero/as deben contar con la formación, recursos e incentivos necesarios para ofrecer un tratamiento puntual, eficaz y respetuoso a todas las madres y niños.

Con miras a mejorar la calidad de la asistencia de la salud, reducir las enfermedades y muertes evitables de madres y recién nacidos, y mejorar la experiencia de la atención de la salud de las madres, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF presentaron en 2017 la *Quality of Care Network*, una red dedicada a mejorar la calidad de la atención médica de madres, recién nacidos y niños.

Cobertura de la salud universal

La cobertura universal de la salud se define como una situación en la que todas las personas tienen acceso a los servicios de la salud que no solo tratan enfermedades, sino que también fomentan la buena salud y evitan que las personas caigan enfermas. La cobertura de la salud universal también garantiza que los servicios son de buena calidad y que nadie se tiene que enfrentar a dificultades económicas al pagar por ellos.

Salvar vidas nunca es fácil y, sin ayuda, ningún gobierno ni institución podrá superar el reto de acabar con las muertes evitables de recién nacidos. En efecto, para ofrecer una asistencia de la salud de calidad y asequible a todas las madres y bebés, empezando por lo más vulnerables, hará falta lo siguiente:

- **Emplazamiento:** garantizar unos establecimientos de la salud limpios, funcionales y equipados con agua, jabón y electricidad al alcance de todas las madres y los bebés.
- **Personal:** contratar, formar, mantener y gestionar un número suficiente de médicos, enfermeros y parteros con las cualidades y competencias necesarias para salvar las vidas de los recién nacidos.
- **Productos:** poner los 10 medicamentos y productos más importantes para salvar vidas a disposición de todas las madres y bebés (*véase el gráfico 6*).
- **Poder:** empoderar a las adolescentes, madres y familias para que exijan y reciban una atención de la salud de calidad.

La campaña mundial “Cada vida cuenta” de UNICEF es un llamamiento urgente a los gobiernos, empresas, proveedores de la salud, comunidades y personas para cumplir la promesa de ofrecer una cobertura universal de la salud⁵ y mantener con vida a todos los niños. La campaña, cuyo objetivo es alcanzar un consenso sobre el principio de que todas las madres y bebés merecen una atención de la salud asequible y de calidad, apoya a UNICEF y a sus colaboradores en nuestra labor conjunta por cumplir las promesas relativas al emplazamiento, el personal, los productos y el empoderamiento en los 10 países seleccionados: Bangladesh, Etiopía, Guinea Bissau, India, Indonesia, Malawi, Malí, Nigeria, Pakistán y República Unida de Tanzania. Juntos, estos países representan más de la mitad de todas las muertes de recién nacidos del mundo.

Puede obtener más información sobre la campaña y cómo ayudar a salvar vidas en www.unicef.org/spanish/every-child-alive. Todas las medidas dirigidas a alcanzar este objetivo merecen la pena, independientemente de su magnitud, porque ningún niño debería perder tan pronto su oportunidad de sobrevivir y prosperar. Por otro lado, ningún padre debería tener que enfrentarse al sufrimiento o la muerte de su hijo, sobre todo cuando existen medios para mantenerlo sano y salvo.

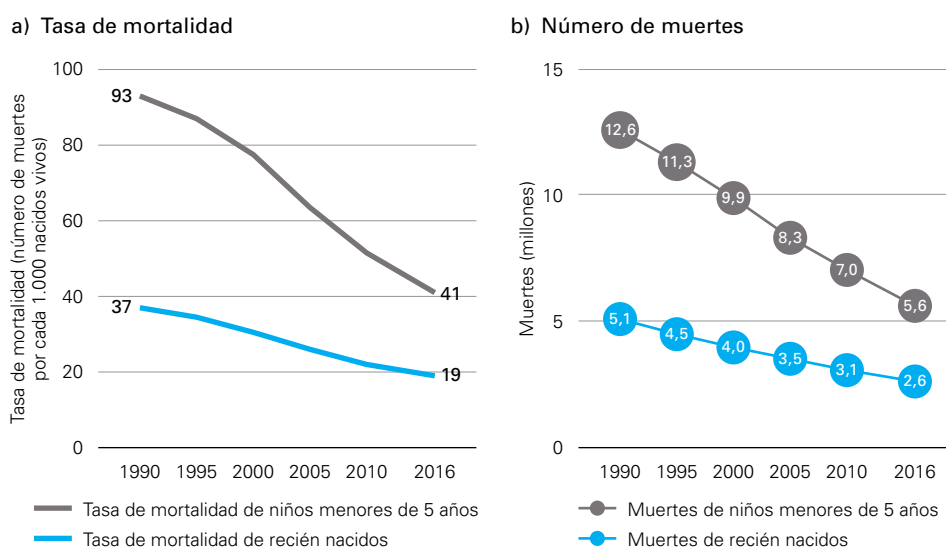


El reto de mantener a cada niño con vida

Las muertes de recién nacidos representan un porcentaje cada vez mayor de todos los fallecimientos de niños menores de 5 años.

Se calcula que 7.000 recién nacidos mueren cada día en todo el mundo. Más del 80% de esas muertes se producen por causas que podrían haberse evitado con soluciones básicas, como una asistencia de la salud de calidad y asequible ofrecida por doctores, enfermeros y matronas bien capacitados, una nutrición prenatal y posnatal para madres y bebés, y agua limpia. Aunque la tasa de mortalidad de recién nacidos se ha reducido en los últimos decenios, sigue muy alejada de los enormes avances conseguidos para los niños de entre 1 mes y 5 años. Entre 1990 y 2016, la tasa de mortalidad de este grupo de edad descendió un 62%, casi dos tercios. En cambio, la tasa de mortalidad de recién nacidos se redujo tan solo un 49%. Como resultado, las muertes de recién nacidos representan un porcentaje cada vez mayor de todos los fallecimientos de niños menores de 5 años.

Gráfico 1
Tasas de mortalidad y número de muertes, período 1990-2016



Fuente: Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, 2017.

Hay dos factores clave que ayudan a explicar este patrón alarmante. El primero es que las principales causas de la mortalidad de recién nacidos incluyen la prematuridad, complicaciones en el parto e infecciones como sepsis, meningitis y neumonía. La mayoría de estas causas son evitables, pero a menudo no se pueden tratar con un solo medicamento o intervención y requieren un enfoque global del sistema.

El segundo factor, de igual importancia, es la falta de interés mundial por acabar con la mortalidad de recién nacidos.

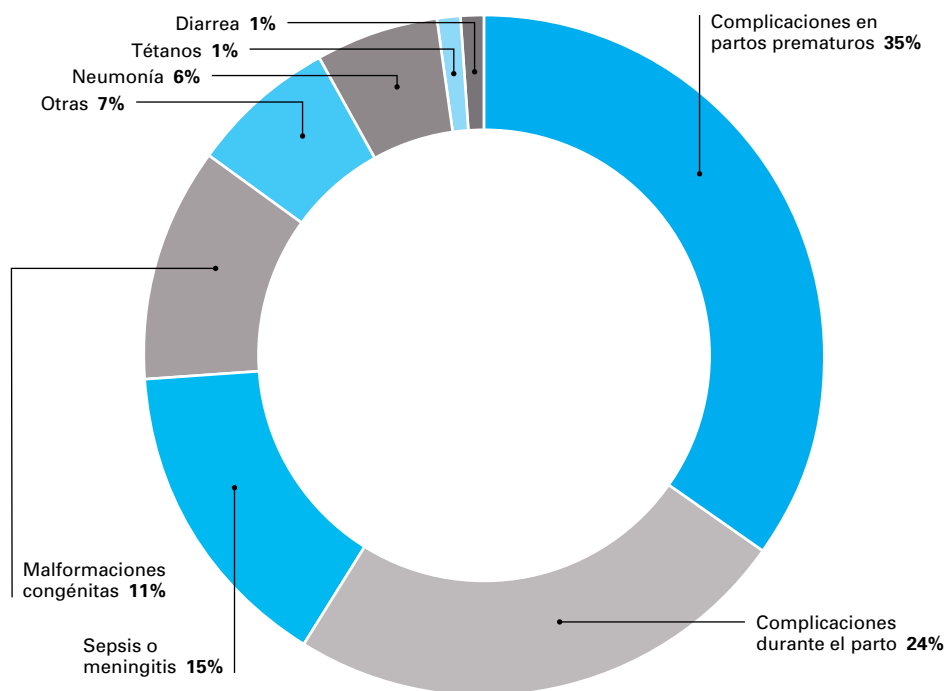


Gráfico 2
Causas de muerte de los recién nacidos, 2016

Nota: Las estimaciones se han redondeado y por eso puede que no sumen un 100% exacto. Las complicaciones en partos prematuros son las que se producen antes del parto; las complicaciones durante el parto ocurren en el proceso del parto.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS) y Grupo de Estimaciones de Epidemiología Maternoinfantil (MCEE), 2018. Estimaciones de las causas de muerte en la niñez, 2000-2016.

Mortinatos: una tragedia envuelta en silencio

Al igual que ocurre con la cantidad de recién nacidos que mueren durante su primer mes de vida, el número de mortinatos también es demasiado elevado. Se calcula que cada año se producen 2,6 millones de casos de mortinatos, la mayoría de ellos en países de ingresos medianos bajos. La mitad de los bebés que nacen muertos están vivos al iniciarse el trabajo de parto⁶.

Los sistemas de la salud públicos y los encargados de formular políticas no suelen tener en cuenta estas muertes a la hora de realizar los cálculos. En la mayoría de los casos, los mortinatos no reciben un certificado oficial de nacimiento o de defunción. Aunque no se registre legalmente, cada pérdida deja una huella indeleble en los corazones de sus padres y familiares.

A pesar de que existen objetivos mundiales para la supervivencia de los recién nacidos y los niños en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), no hay ninguno destinado específicamente a los mortinatos. Los bebés mortinatos y sus padres se merecen un trato mejor. UNICEF reconoce que esta situación requiere una solución y por eso hace un llamamiento a los líderes mundiales para que tomen las medidas necesarias con objeto de garantizar que se tienen en cuenta todos los casos de mortinatos, establecer unos objetivos ambiciosos respecto a la reducción de la cifra de mortinatos y comprometerse a alcanzarlos.

Muchas de las intervenciones y enfoques que evitan la muerte de los recién nacidos pueden utilizarse también para prevenir la mortinatalidad. El Plan de Acción Todos los Recién Nacidos, una iniciativa integral presentada en 2014 para evitar la mortalidad de recién nacidos y la mortinatalidad, calculó que cada año se podría salvar la vida de 3 millones de madres, recién nacidos y mortinatos mejorando los cuidados en el momento del parto y ofreciendo una atención especial a los recién nacidos enfermos o pequeños⁷.

Cuidado especial para los recién nacidos pequeños o con bajo peso

Se calcula que cada año nacen 15 millones de bebés de forma prematura, antes de las 37 semanas de gestación.

Los partos prematuros exponen a las madres y los bebés a numerosas complicaciones potencialmente mortales, como un peso bajo al nacer. Además, los bebés prematuros que sobreviven al período neonatal a menudo se enfrentan a complicaciones con consecuencias de por vida, como el retraso del crecimiento o discapacidades de aprendizaje.

Los datos mundiales demuestran que existe una fuerte correlación entre la calidad de la atención posnatal y la supervivencia de los recién nacidos en situación de alto riesgo. Un ejemplo habitual de intervención que aumenta la supervivencia es el método madre canguro (o contacto piel con piel temprano y constante entre la madre y el bebé).

Formar al personal de la salud e implantar enfoques basados en pruebas como el método madre canguro a escala contribuirá a reducir significativamente los riesgos a los que se enfrentan los bebés prematuros y ayudará a mantener a cada niño con vida.



ETIOPÍA

Hawa Mustafa, de 29 años, sujeta en brazos a su hija de seis meses de edad, Muna Ibrahim, en un centro de la salud respaldado por UNICEF en la remota región de Benishangul-Gumuz (Etiopía). El primer hijo de Hawa nació en casa y murió casi inmediatamente después. Sus otros cuatro hijos, incluida Muna, nacieron en el centro de salud. Aunque sigue estando por encima de la media nacional, la tasa de mortalidad de recién nacidos de Benishangul-Gumuz descendió casi un 50% entre 2000 y 2016, pasando de 65 a 35 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. La mejora se debe en parte al aumento del número de mujeres que dan a luz a sus bebés en centros como este.

Esta es la historia de Hawa, tal y como se la contó al personal de UNICEF: *Hace 10 años me quedé embarazada de mi primer hijo. Tuve un parto muy doloroso durante dos días y di a luz a un niño, Mahmoud. Murió nada más nacer. Aquello me rompió el corazón. Durante seis meses no pude salir de casa. Mi marido y mi familia iban a buscar leña y agua por mí. Sé que, si hubiera dado a luz a Mahmoud en el centro de salud, podrían haberle salvado la vida. Ahora tengo cuatro hijos y a todos los tuve aquí. Verlos vivos me llena de alegría. No importa si gritan o patalean, me siento muy agradecida de que hayan sobrevivido. Puede que algún día uno de ellos sea médico.*





Dónde mueren los bebés

Las tasas de mortalidad de recién nacidos varían entre los países y dentro de ellos. El riesgo de que una madre o su bebé mueran en el parto o poco después es muy reducido en una gran cantidad de países. En otros, sin embargo, tanto el parto como los días previos y posteriores están repletos de peligros.

Lugares donde se enfrentan más riesgos al nacer

El Pakistán es el país donde es más arriesgado nacer, de acuerdo con su tasa de mortalidad de recién nacidos: 46 de cada 1.000 bebés nacidos en 2016 –es decir, 1 de cada 22– murieron antes de cumplir 1 mes de vida. De los 10 países con las tasas de mortalidad de recién nacidos más elevadas, 8 de ellos se encuentran en África Subsahariana y 2 en Asia Meridional.

Gráfico 3a

Los 10 países con las tasas de mortalidad infantil más altas en 2016, y el número de profesionales de la salud calificados por cada 10.000 habitantes

Países con las tasas de mortalidad de recién nacidos más altas en 2016	Tasa de mortalidad de recién nacidos (número de muertes por cada 1.000 nacidos vivos)	Profesionales de la salud calificados por cada 10.000 habitantes
Pakistán	45,6 [33,9; 61,5]	14 (2014)
República Centroafricana	42,3 [25,7; 68,6]	3 (2009)
Afganistán	40,0 [31,6; 48,9]	7 (2014)
Somalia	38,8 [19,0; 80,0]	1 (2014)
Lesotho	38,5 [25,5; 55,6]	6 (2003)
Guinea-Bissau	38,2 [25,8; 55,2]	7 (2009)
Sudán del Sur	37,9 [20,5; 67,3]	no data
Côte d'Ivoire	36,6 [26,3; 50,3]	6 (2008)
Malí	35,7 [20,1; 60,7]	5 (2010)
Chad	35,1 [27,4; 44,3]	4 (2013)

Nota: Las tasas de mortalidad de recién nacidos son estimaciones con márgenes de incertidumbre. Las cifras entre paréntesis presentan los márgenes de incertidumbre más altos y más bajos de intervalos de incertidumbre del 90% de la tasa de mortalidad de recién nacidos. Las clasificaciones se basan en las estimaciones medias de las tasas de mortalidad de recién nacidos (número de muertes por cada 1.000 nacidos vivos), que no tienen en cuenta la incertidumbre. Por ello, las posiciones en la clasificación pueden variar. La tabla no incluye a países con menos de 1.000 nacidos vivos en 2016 o con una población total de menos 90.000 habitantes. El gráfico incluye 11 países, puesto que Belarús, la República de Corea, Noruega y Luxemburgo presentan la misma tasa de mortalidad de recién nacidos (1,5).

Fuente: Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, 2017. Actualización de 2016 de las estadísticas de la fuerza de trabajo en salud de la OMS, <http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/>, consultado el 30 de enero de 2018.

Países con las tasas de mortalidad de recién nacidos más bajas en 2016	Tasa de mortalidad de recién nacidos (número de muertes por cada 1.000 nacidos vivos)	Profesionales de la salud cualificados por cada 10.000 habitantes
Japón	0,9 [0,8; 1,0]	131 (2012)
Islandia	1,0 [0,7; 1,4]	201 (2015)
Singapur	1,1 [1,0; 1,3]	76 (2013)
Finlandia	1,2 [0,9; 1,4]	175 (2012)
Estonia	1,3 [1,1; 1,6]	93 (2014)
Eslovenia	1,3 [1,1; 1,6]	114 (2014)
Chipre	1,4 [1,1; 1,9]	64 (2014)
Bielorrusia	1,5 [1,2; 1,8]	150 (2014)
República de Corea	1,5 [1,4; 1,7]	79 (2014)
Noruega	1,5 [1,3; 1,8]	218 (2014)
Luxemburgo	1,5 [1,1; 2,0]	152 (2015)

Gráfico 3b

Los 10 países con las tasas más bajas de mortalidad infantil en 2016, y el número de profesionales de la salud cualificados por cada 10.000 habitantes

Nota: Las tasas de mortalidad de recién nacidos son estimaciones con márgenes de incertidumbre. Las cifras entre paréntesis presentan los márgenes de incertidumbre más altos y más bajos de intervalos de incertidumbre del 90% de la tasa de mortalidad de recién nacidos. Las clasificaciones se basan en las estimaciones medias de las tasas de mortalidad de recién nacidos (número de muertes por cada 1.000 nacidos vivos), que no tienen en cuenta la incertidumbre. Por ello, las posiciones en la clasificación pueden variar. La tabla no incluye a países con menos de 1.000 nacidos vivos en 2016 o con una población total de menos 90.000 habitantes. El gráfico incluye 11 países, puesto que Belarús, la República de Corea, Noruega y Luxemburgo presentan la misma tasa de mortalidad de recién nacidos (1,5).

Fuente: Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, 2017. Actualización de 2016 de las estadísticas de la fuerza de trabajo en salud de la OMS, <http://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/en/>, consultado el 30 de enero de 2018.

Ocho de los países con las tasas de mortalidad de recién nacidos más elevadas se consideran Estados frágiles⁸. En dichos países, las crisis que incluyen conflictos, desastres naturales, inestabilidad y una gobernanza deficiente a menudo han afectado a los sistemas de la salud y han mermado la capacidad de los encargados de formular políticas de realizar su labor e implantar políticas que promuevan la supervivencia de los recién nacidos.

No obstante, existe una diferencia entre las tasas de mortalidad de recién nacidos y el número de recién nacidos que mueren anualmente. En los países con un número elevado de recién nacidos, las tasas de mortalidad pueden ser más bajas que en países con menos recién nacidos, pero el *número* real de fallecimientos es mayor. Para que las medidas globales tengan éxito y se ponga fin a la mortalidad de recién nacidos prevenible, es esencial emprender más acciones en dichos países y evitar las muertes de los recién nacidos, prestando especial atención a los más pobres y marginados.

Los lugares donde es más seguro nacer

En el extremo opuesto, el Japón, Islandia y Singapur son los tres países más seguros donde nacer, de acuerdo con las tasas de mortalidad de recién nacidos. En estos países, solo 1 de cada 1.000 bebés muere durante sus primeros 28 días de vida. Un bebé nacido en el Pakistán tiene 50 veces más probabilidades de morir durante el primer mes que si nace en uno de estos tres países.

Gráfico 4

Los 10 países con mayor número de muertes de recién nacidos en 2016, y sus tasas de mortalidad de recién nacidos

Países con mayor número de muertes de recién nacidos en 2016	Número de muertes de recién nacidos (en miles)	Proporción de todas las muertes de recién nacidos del mundo (%)	Tasa de mortalidad de recién nacidos (número de muertes por cada 1.000 nacidos vivos)
India	640	24	25,4 [22,6; 28,4]
Pakistán	248	10	45,6 [33,9; 61,5]
Nigeria	247	9	34,1 [24,7; 46,3]
República Democrática del Congo	96	4	28,8 [19,5; 41,5]
Etiopía	90	3	27,6 [21,7; 35,2]
China	86	3	5,1 [4,3; 6,0]
Indonesia	68	3	13,7 [10,7; 17,5]
Bangladesh	62	2	20,1 [17,7; 22,5]
República Unida de Tanzania	46	2	21,7 [17,2; 27,6]
Afganistán	46	2	40,0 [31,6; 48,9]

Nota: Las cifras entre corchetes presentan los márgenes de incertidumbre más altos y más bajos de intervalos de incertidumbre del 90% de la tasa de mortalidad de recién nacidos. No se incluyen los países con menos de 1.000 nacidos vivos en 2016 o con una población total de menos 90.000 habitantes.

Fuente: Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, 2017.

Países como el Japón, Islandia y Singapur tienen sistemas de la salud robustos que cuentan con recursos abundantes, numerosos trabajadores de la salud cualificados, una infraestructura bien desarrollada, agua limpia de fácil acceso y altos niveles de saneamiento e higiene en los establecimientos de salud. La educación de la salud pública, combinada con unas normas estrictas de atención médica, garantiza el acceso universal a una asistencia de la salud de calidad a cualquier edad. Además, las normas generales en materia de nutrición, educación y seguridad ambiental también son rigurosas. Probablemente, todos estos factores contribuyen a que las tasas de mortalidad de recién nacidos sean muy bajas.

De media, los países de ingresos altos tienen una tasa de mortalidad de recién nacidos de 3, en comparación con la tasa de 27 de los países de bajos ingresos. Si todos los países redujesen su tasa de mortalidad de recién nacidos por debajo de la media de los países de ingresos altos, podría salvarse la vida de 16 millones de recién nacidos para 2030.

Sin embargo, el nivel de ingresos de un país no explica todo el problema. Trinidad y Tabago, un país de ingresos altos, tiene una tasa de mortalidad de recién nacidos de 13, comparable con las de algunos países de ingresos bajos y medianos bajos. Kuwait y los Estados Unidos de América, ambos países de ingresos altos, tienen una tasa de mortalidad de recién nacidos de 4, ligeramente inferior a la de países de ingresos medianos bajos como Ucrania y Sri Lanka, donde esta tasa es de 5. Por otro lado, la tasa de mortalidad de recién nacidos de Guinea Ecuatorial, un país de ingresos medianos altos, es de 32, y se sitúa entre los 20 países del mundo con las tasas de mortalidad de recién nacidos más altas. Aunque un nivel de ingresos elevado implica la existencia de los recursos financieros necesarios para invertir en sistemas de la salud de calidad, también hace falta una voluntad política sólida para dirigir dichas inversiones; pero esta no siempre está presente. De igual forma, cuando los recursos escasean, un gran compromiso político puede asegurar que los limitados recursos disponibles se inviertan de forma sensata en la creación de

sistemas de la salud robustos que den prioridad a los recién nacidos y lleguen a los más pobres y marginados.

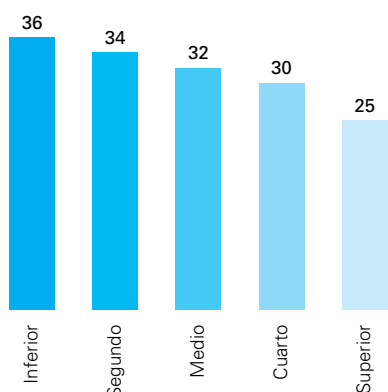
De la misma forma que las tasas de mortalidad de recién nacidos, los avances para reducir estas cifras también varían entre los distintos países. Algunos países de bajos ingresos y medianos bajos han conseguido reducir significativamente sus tasas de mortalidad pese a disponer de recursos limitados. El éxito de un país de bajos ingresos como Rwanda en la reducción de su tasa de mortalidad de recién nacidos de 41 en 1990 a 17 en 2016 fue posible gracias al compromiso del Gobierno, que participó activamente en la implantación de un plan nacional de seguros que llegó a las madres más pobres y vulnerables. Rwanda también instauró un sistema integral de certificación para los establecimientos de la salud –responsabilidad de las autoridades locales– adaptado a las necesidades de las comunidades locales^{9, 10, 11}.

El riesgo para los recién nacidos varía entre los países y dentro de ellos

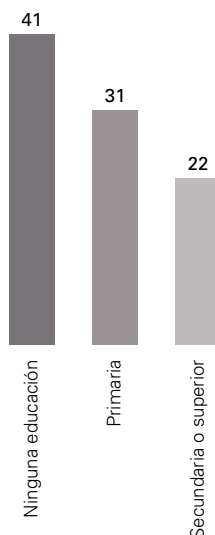
Las medias nacionales ocultan variaciones dentro de los países. La probabilidad de que los bebés nacidos en las familias más pobres mueran durante el período neonatal es 1,4 veces superior a la de aquellos que han nacido en familias más ricas¹². Los bebés cuyas madres no han recibido ninguna educación tienen casi el doble de riesgo de morir siendo recién nacidos que aquellos cuyas madres cuentan al menos con una educación secundaria.

En otras palabras, los bebés no solo mueren por causas médicas como la prematuridad y la neumonía. Mueren porque sus padres son quienes son y por dónde han nacido, porque sus familias son demasiado pobres o están demasiado marginadas para tener acceso al cuidado que necesitan.

Por quintil de riqueza del hogar



Por nivel educativo



Por zona de residencia



Gráfico 5

Tasas de mortalidad de recién nacidos por quintil de riqueza del hogar, nivel educativo y residencia

Nota: Los datos se basan en encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS) o Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) realizadas desde 2005. Para aquellos países en los que se ha llevado a cabo más de una encuesta, se utilizan los datos de la más reciente. Los datos desglosados por quintil de riqueza se basan en 57 encuestas, los desglosados por nivel educativo, en 64, y los desglosados por zona de residencia, en 65.

Fuente: Análisis de UNICEF a partir de las MICS y las EDS.



MALAWI

Mary James, de 18 años, vive en Likangala, una comunidad rural de Malawi. El 16 de agosto de 2017, su hijo nació... y murió.

Esta es la historia de Mary, tal y como se la contó al personal de UNICEF: *Sentí como si me arrancaran el corazón. Ya tenía elegido un nombre para el niño, pero nunca llegó a abrir los ojos ni a llorar, así que nos lo guardamos para nosotros.*

Le dije a mi hermana que me había puesto de parto, así que fuimos a pie hacia el centro de salud. El hospital está muy lejos y tuvimos que ir andando. Cuando el niño nació, estaba tan débil que ni siquiera lloraba. El personal hizo todo lo que pudo para salvarle la vida, pero por la noche me dijeron que mi hijo se iba a morir. Creo que se debió a la falta de personal médico. Cuando veo a los hijos de mis amigos, espero de corazón poder tener el mío propio algún día.





Programa de acción

El progreso conseguido a duras penas en muchos países de bajos ingresos y medianos bajos ofrece una valiosa información acerca de lo que hace falta para mantener a cada niño con vida.

Ampliar el acceso a los servicios de salud es básico

Mejorar el acceso de las madres y los recién nacidos a los servicios de salud es el primer paso necesario para reducir las tasas de mortalidad de recién nacidos. Por ejemplo, es esencial disponer de un número adecuado de trabajadores de la salud cualificados, que tengan a su disposición instalaciones donde puedan abordar las principales causas de la mortalidad de recién nacidos y a las que la comunidad pueda acceder fácilmente. En la mayoría de los casos, las probabilidades de supervivencia aumentan significativamente cuando las mujeres dan a luz con la asistencia de personal de la salud capacitado o en un establecimiento de salud. En la República Centroafricana, un país asolado desde hace mucho tiempo por los conflictos, la inestabilidad política y la escasez de recursos, casi la mitad de todas las madres no dan a luz en establecimientos de salud. La tasa de mortalidad de recién nacidos del país sigue siendo alta, pese a haberse reducido ligeramente de 49 en 2000 a 42 en 2016.

La importancia de la nutrición

Millones de mujeres llegan al embarazo con desnutrición. Además del riesgo que esto supone para la salud de la madre, las deficiencias nutricionales pueden poner en peligro el crecimiento y la supervivencia de su bebé. En los países de ingresos bajos y medianos, 1 de cada 5 bebés nace con un tamaño o peso muy inferior al recomendado para su edad gestacional. Este tipo de desnutrición está relacionada con más del 20% de las muertes de recién nacidos en estos países¹⁵.

Nada más nacer, la leche materna es la primera vacuna para el bebé y la mejor protección contra las enfermedades. Es esencial que los trabajadores de la salud proporcionen una orientación nutricional adecuada a las madres durante el embarazo. Además, pueden ofrecer el apoyo básico que estas necesitan para iniciar la lactancia materna inmediatamente después del parto y durante los primeros seis meses de vida del niño.

En cambio, Malawi, un país de bajos ingresos, ha mejorado significativamente el acceso a los servicios de la salud para las madres y los recién nacidos y ha conseguido una mejora proporcional en la supervivencia neonatal. En 2000, poco más del 50% de las mujeres de Malawi dio a luz con la ayuda de un médico, enfermero o partero. Gracias al apoyo constante de los responsables de la formulación de políticas y los colaboradores, y al énfasis en construir sistemas de la salud sólidos para la comunidad, el país logró aumentar esa cifra hasta el 90% en 2016¹³. Desde 2000 hasta 2016, la tasa de mortalidad de recién nacidos de Malawi pasó de 41 a 23, es decir, que se produjo una reducción del 44%¹⁴.

El acceso a la asistencia de la salud no basta, la calidad es la clave

Sin embargo, poder acceder a los servicios de salud no es suficiente, la calidad de la asistencia es igual de importante. Apoyar el inicio inmediato de la lactancia materna es una de las formas en que los trabajadores de la salud pueden ayudar a proteger la vida de los recién nacidos. En países como Rwanda y Nepal, donde las tasas de inicio inmediato de la lactancia materna han mejorado significativamente, las tasas de mortalidad de recién nacidos también se han reducido drásticamente¹⁶. No obstante, en algunos países, la tasa de lactancia materna en el plazo de una hora desde el alumbramiento es menor entre las mujeres que cuentan con la ayuda de un médico, enfermero o partero en el alumbramiento, en comparación con las mujeres que dan a luz sin la asistencia de personal cualificado.

En la región del Oriente Medio y África del Norte, por ejemplo, la tasa de inicio inmediato de la lactancia materna en partos asistidos por trabajadores de la salud cualificados es del 45%, en contraste con el 58% en los nacimientos

no asistidos por profesionales cualificados¹⁷. Existen varias razones que explican este hecho en apariencia contradictorio: a menudo, los trabajadores de la salud no disponen del tiempo, los conocimientos o las destrezas necesarias para remediar los conceptos erróneos que rodean a la lactancia materna o para apoyar a aquellas madres que se esfuerzan por amamantar a sus hijos. Además, estos profesionales a veces pueden utilizar prácticas que dificultan aún más la lactancia materna, como tener por costumbre separar a los recién nacidos de sus madres nada más nacer a fin de examinarlos o lavarlos, o alimentar al bebé con alimentos distintos a la leche materna. En cualquier caso, estas actitudes tienen consecuencias graves: retrasar la lactancia materna entre 2 y 23 horas después del parto aumenta en un 40% el riesgo de que un recién nacido muera. Retrasarla 24 horas o más aumenta ese riesgo en casi un 80%¹⁸.

La calidad no solo depende de si existen los servicios y recursos, sino de *cómo* se facilitan. ¿Están las instalaciones limpias, equipadas con agua corriente y electricidad? ¿Están los trabajadores de la salud bien capacitados, remunerados y supervisados? ¿Disponen de un acceso oportuno a suministros amplios de equipos y medicamentos que salvan vidas? ¿Se trata a las madres con dignidad y respeto, especialmente a las adolescentes? Con demasiada frecuencia, las comunidades pobres y marginadas tienen que tratar con servicios de la salud de mala calidad. Esto, a su vez, socava su confianza en el sistema de la salud local y reduce la demanda de servicios.

La calidad también está relacionada con que los trabajadores de la salud crean que merece la pena salvar la vida de todas las madres y bebés, independientemente de su nivel de ingresos, edad, etnia, religión y normas socioculturales. Mantener sanos a los bebés y las madres depende de que las comunidades y las familias compartan esta creencia y esperen que los proveedores de la salud hagan todo lo posible para lograrlo.

A menos que se priorice la calidad de la asistencia, la mera existencia de un establecimiento de salud o de un trabajador de la salud no siempre será suficiente para marcar la diferencia entre la vida y la muerte. En el Pakistán, por ejemplo, el porcentaje de madres que dieron a luz en un establecimiento de la salud aumentó del 21% al 48% entre 2001 y 2013¹⁹, y la proporción de mujeres que dieron a luz con asistencia en el parto por personal cualificado aumentó más del doble –del 23% al 55%– en el mismo período. Sin embargo, pese a estos importantes avances, logrados en gran medida gracias a la rápida urbanización y la proliferación de proveedores del sector privado no sujetos a una vigilancia adecuada, la elevada tasa de mortalidad de recién nacidos del Pakistán se redujo menos de un 25%, de 60 en el año 2000 a 46 en 2016.

El camino a seguir

Ofrecer a todos los recién nacidos una oportunidad justa de sobrevivir y prosperar requiere una cooperación sólida entre gobiernos, empresas, proveedores de la salud, comunidades y familias. Estos actores deben reunirse para exigir y proporcionar una asistencia de la salud de calidad y asequible a todas las madres y bebés, empezando por los más vulnerables. Durante el embarazo, el parto y los primeros días y semanas de vida, esa asistencia debe incluir el acceso a establecimientos de la salud funcionales y limpios, donde trabajen profesionales cualificados con acceso los equipos y medicamentos básicos necesarios. Los **emplazamientos**, el **personal**, los **productos** y el **empoderamiento** deben proporcionar una cobertura de la salud universal y hacer responsables a los proveedores y los encargados de formular las políticas de ofrecer unos servicios de calidad.

1 Emplazamiento: establecimientos de la salud funcionales y limpios

Los establecimientos de la salud comunitarios pueden constituir la piedra angular de unos sistemas de la salud nacionales sólidos. Para ello, sin embargo, deben ser accesibles y hospitalarios para todos los miembros de la comunidad de forma ininterrumpida. Requieren un suministro constante de agua limpia, instalaciones de la salud y electricidad, y deben someterse a supervisiones rutinarias donde se comprobará su nivel de limpieza, el desempeño del personal y la solvencia financiera.

Con demasiada frecuencia, los establecimientos de salud y los trabajadores de la salud se ven limitados por factores aparentemente tan simples como la ausencia de agua limpia o de un saneamiento adecuado. Un estudio reveló que el 35% de las instalaciones de la salud de 54 países no contaba con agua y jabón para lavarse las manos²⁰. Si no se dispone de elementos de higiene tan básicos, las madres y los bebés corren el riesgo de contraer enfermedades e infecciones. Algunas mejoras sencillas, como contar con retretes limpios

y lavabos funcionales, aumentan la predisposición de las familias a visitar los establecimientos de la salud y acceder a los servicios y, al mismo tiempo, dan ejemplo para que lo apliquen en sus hogares²¹.

Dado que los países se están esforzando por mantener a cada niño con vida, la prioridad principal debería ser garantizar el acceso a establecimientos de la salud funcionales y limpios equipados con agua, jabón y electricidad, y al alcance de las madres y sus hijos.

2 Personal: trabajadores de la salud cualificados

Un profesional debidamente capacitado puede salvar la vida de un recién nacido. De hecho, los médicos, enfermeros y parteros ofrecen distintos servicios durante el embarazo, el nacimiento y las etapas posteriores. Entre ellos cabe destacar la atención prenatal, la administración de suplementos con micronutrientes, la asistencia en el parto, la atención obstétrica de urgencia, la atención posnatal y el tratamiento para recién nacidos enfermos o pequeños, el apoyo a la lactancia materna inmediata y exclusiva, y la vacunación.

Un profesional debidamente capacitado puede salvar la vida de un recién nacido.

Un análisis llevado a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) reveló que, para cumplir el Objetivo de Desarrollo Sostenible sobre salud y bienestar, todos los países deberían disponer de 44,5 médicos, enfermeros o parteros por cada 10.000 habitantes²². Sin embargo, en los 10 países con las mayores tasas de mortalidad de recién nacidos la media es de 11 trabajadores de la salud cualificados por cada 10.000 personas, muy por debajo del mínimo recomendado. En Somalia solamente existe 1 médico, enfermero o partero por cada 10.000 habitantes. En cambio, en los países con las menores tasas de mortalidad de recién nacidos la media es de 120, muy por encima del mínimo recomendado. En Noruega, concretamente, hay 218 médicos, enfermeros o parteros por cada 10.000 habitantes, y en el Brasil, un país de ingresos medios, hay 93.

Además de contar con el número suficiente de personal cualificado, estos trabajadores de la salud deben haber recibido la formación, remuneración y supervisión adecuadas, como demuestra el ejemplo de la lactancia materna (véase la página 19).

3 Productos: equipos y medicamentos que salvan vidas

Para poder proporcionar una atención de la salud de calidad, los trabajadores de la salud necesitan medicamentos, productos y equipos para abordar las causas más habituales de que se produzcan casos de mortinatos y de muertes de recién nacidos. Algunos de estos suministros son sofisticados, pero muchos otros son sencillos. Un paño, por ejemplo, puede servir para envolver a un recién nacido junto a su madre a fin de mantenerlo caliente y fomentar la lactancia materna. Sin este sencillo artículo, un bebé prematuro puede no recibir el calor y la nutrición que necesita para crecer sano y fuerte durante sus primeros días de vida. Como resultado, el bebé y la madre quizá tengan que quedarse en el establecimiento de salud durante más tiempo del necesario, lo que a su vez aumenta el riesgo de contraer infecciones. Sin embargo, a menudo productos tan básicos como estos no están disponibles cuando se necesitan. Juntos, los Gobiernos y las empresas pueden contribuir a que todas las madres y bebés tengan acceso a los 10 productos, medicamentos y equipos más importantes para la supervivencia (véase el gráfico 6).

Gráfico 6
Los 10 elementos más importantes para la supervivencia del recién nacido

Respiradores manuales para reanimar a los recién nacidos que no respiran al nacer.
Antibióticos para tratar a las madres y a los recién nacidos que presentan algún tipo de infección.
Mantas y paños para mantener al bebé caliente y fomentar el contacto piel con piel, también durante la lactancia materna.
Clorhexidina, un antiséptico de amplio espectro utilizado para prevenir la infección del cordón umbilical, que podría desencadenar en sepsis.
Máquinas de presión positiva continua en las vías respiratorias para bebés prematuros cuyos pulmones no están aún bien desarrollados y respiran con dificultad.
Equipos concentradores de oxígeno para ayudar a respirar a los bebés que nacen con un peso muy bajo.
Máquinas de fototerapia para reducir la ictericia en los recién nacidos.
Suplementación con micronutrientes, especialmente hierro y ácido fólico, para prevenir la anemia ferropénica en las mujeres embarazadas y reducir el riesgo de que los bebés nazcan con un peso bajo y se produzcan complicaciones en el parto.
Vacuna antitetánica para evitar la infección por tétanos, derivada de unas condiciones antihigiénicas durante el parto.
Termómetros para supervisar la temperatura de los recién nacidos enfermos.

4 Poder: dignidad, respeto y responsabilidad

Algunos de los elementos clave de una asistencia de calidad son el empoderamiento de las mujeres y las niñas para que tomen las mejores decisiones para sí mismas y sus familias, y un trato digno y respetuoso durante el embarazo, el parto y en etapas posteriores. De hecho, existe un fuerte vínculo entre la mortalidad de recién nacidos y el empoderamiento de las mujeres y las niñas. En los países donde la tasa de mortalidad de recién nacidos es más elevada, a menudo las mujeres tienen un nivel de educación, una participación en la vida política y un empoderamiento económico mucho menores que los hombres. Las adolescentes son especialmente vulnerables: sus bebés tienen más probabilidades de tener un tamaño reducido y un riesgo considerablemente más elevado de morir durante el período neonatal²³.

Existen distintas políticas e intervenciones que pueden ayudar a empoderar a las adolescentes, las madres y las familias para que exijan y reciban una asistencia de calidad. Entre ellas, la educación para la salud sexual y reproductiva, las transferencias de efectivo para promover el acceso a los servicios de la salud y de nutrición, las iniciativas orientadas a conocer la opinión de las niñas y las mujeres sobre estos servicios, y las políticas impuestas legalmente relativas las licencias familiares tras el nacimiento de un hijo.





Mantener a cada niño con vida

Cuando hablamos de datos estadísticos tan fríos como tasas, medias, porcentajes o indicadores, es fácil olvidar que estamos hablando de la vida y la muerte de bebés reales, que merecen tener la oportunidad de sobrevivir, crecer sanos y contribuir a sus sociedades. Este informe arroja luz sobre el hecho de que millones de recién nacidos no disfrutan de este derecho y mueren demasiado pronto por causas casi siempre evitables.

La prioridad más urgente de todos los Gobiernos debería ser tomar medidas en los cuatro ámbitos mencionados en este informe (emplazamiento, personas, productos y poder) a fin de avanzar hacia un mundo con una cobertura de la salud universal donde ningún recién nacido muera por una causa evitable.

KIRGUISTÁN

La **Dr. Baktygul** observa cómo Jydegul sostiene en brazos a su recién nacido, Nurdan. Después de dos días en el hospital, madre e hijo están listos para volver a casa.

Esta es la historia de la Dra. Baktygul, tal y como se la contó al personal de UNICEF: *Estábamos preparados para el parto porque, actualmente, este hospital goza de muy buenas condiciones. Hemos recibido formación y tenemos acceso a agua limpia. Tenemos ventanas nuevas y calefactores eléctricos para caldear la sala de partos. Siempre tenemos que estar preparados, independientemente de las circunstancias. Somos responsables de dos vidas: la de la madre y la del bebé.*





Notas

- 1 El periodo neonatal dura 28 días. En el presente informe, “un mes” y “período neonatal” se usan indistintamente.
- 2 Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, *Levels and Trends in Child Mortality: Report 2017*, estadísticas elaboradas por el Grupo para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nueva York, 2017.
- 3 En este informe, las cifras de la tasa de mortalidad de recién nacidos se redondean a números enteros para abreviar y facilitar la lectura. En las tablas se utilizan las cifras no redondeadas para determinar la posición exacta en la clasificación de los países. Esto se debe al hecho de que, en algunos países con tasas de mortalidad bajas, los valores de la tasa de mortalidad de recién nacidos redondeados son similares (por ejemplo, la tasa de mortalidad de recién nacidos redondeada del Japón, Islandia y Singapur es 1) pese a las pequeñas diferencias que puedan presentar los valores no redondeados (la del Japón es 0,9, la de Islandia es 1,0 y la de Singapur es 1,1).
- 4 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *El compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada, Informe sobre los progresos de 2014*, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2014.
- 5 Organización Mundial de la Salud, <www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/es>, consultado el 23 de enero de 2018.
- 6 Lawn, Joy E. et al., “Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030”, *The Lancet*, vol. 387, núm. 10018, 587-603, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00837-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5).
- 7 Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Reaching the Every Newborn National 2020 Milestones*, WHO 2017, pág. 5.
- 8 Los Estados frágiles son aquellos que aparecen en la Lista armonizada de situaciones de fragilidad anual del Grupo Banco Mundial. Entre los criterios para la inclusión en la lista se encuentran: una evaluación media armonizada de las políticas e instituciones nacionales de 3,2 o menos, la presencia de una operación de mantenimiento de la paz regional o de las Naciones Unidas, y la presencia de una misión política y de consolidación de la paz regional o de las Naciones Unidas. La lista completa con todos los requisitos está disponible en <<http://pubdocs.worldbank.org/en/189701503418416651/FY18FCSLIST-Final-July-2017.pdf>>, consultado el 6 de septiembre de 2017.
- 9 Makaka, Andrew, Sarah Breen y Agnes Binagwaho, *Universal health coverage in Rwanda: a report of innovations to increase enrolment in community-based health insurance*, *The Lancet*, vol. 380, Número especial, S1–S22, 21 de octubre de 2012.
- 10 Ministerio de Salud de la República de Rwanda, *Rwanda Community Based Health Insurance Policy*, abril de 2010, pág. 5, http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/Docs/Mutual_policy_document_final1.pdf.
- 11 Ministerio de Salud de la República de Rwanda, *Rwanda Hospital Accreditation Standards*, octubre de 2014, pág. 5, http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/Clinical/RWANDA_HOSPITAL_ACCREDITATION_STANDARDS-SIGNED-1.pdf.
- 12 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *El compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada, Informe sobre los progresos de 2014*, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2014.
- 13 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *UNICEF Global Databases: Maternal Newborn and Child Health*, División de Datos, Investigación y Políticas, Nueva York, enero de 2018.
- 14 Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, *Levels and Trends in Child Mortality Report 2017*, pág. 27.
- 15 Lee, A.C., et al., *Estimates of burden and consequences of infants born small for gestational age in low and middle income countries with INTERGROWTH-21st standard: Analysis of CHERG assets*, *BMJ*, 2017, 358, pág. j3677.
- 16 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *UNICEF Global Databases: Infant and Young Child Feeding: Early initiation of breastfeeding, Ever Breastfed*, División de Datos, Investigación y Políticas, Nueva York, enero de 2018.
- 17 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *A partir de la primera hora de vida: Promover una mejor alimentación del lactante y el niño pequeño en todo el mundo*, UNICEF, Nueva York, octubre de 2016, pág. 38.
- 18 NEOVITA Study Group, “Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: prospective analysis of pooled data from three randomised trials”, *The Lancet Global Health*, vol. 4, págs. 266 a 275, abril de 2016.
- 19 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *UNICEF Global Databases: Maternal Newborn and Child Health*, División de Datos, Investigación y Políticas, Nueva York, enero de 2018.
- 20 Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Water, Sanitation and Hygiene in Health Care Facilities: Status in low- and middle-income countries and way forward*, OMS, Ginebra, 2016, pág. 7.
- 21 Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *WHO/UNICEF Report: Water, Sanitation and Hygiene in Health Care Facilities: status in low-and middle-income countries and way forward. 10 Key Findings*, WHO, http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-hcf-10things.pdf, consultado el 24 de enero de 2018.
- 22 Organización Mundial de la Salud, “Health Workforce Requirements for Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals”, *Human Resources for Health Observer*, núm. 17, Ginebra, 2016, pág. 21, disponible en <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250330/1/9789241511407-eng.pdf?ua=1>>, consultado el 24 de enero de 2018. La cifra estimada de 4,45 médicos, enfermeros o parteros por cada 1.000 habitantes para que se cumpla el ODS “puede respaldar la elaboración de estimaciones mundiales, análisis globales y comparaciones entre países. No obstante, no debería utilizarse como punto de referencia para la planificación nacional, ya que no refleja la heterogeneidad de los países en lo que respecta a las condiciones básicas, las necesidades del sistema de la salud, la composición óptima de la fuerza de trabajo o la combinación de competencias”. Es esencial que esta cifra se tome como referencia para invertir lo suficiente en puestos de la salud esenciales para lograr la meta de este ODS y la cobertura de la salud universal, “más allá de los médicos, enfermeros y parteros”. La OMS considera que, “para poder planificar la fuerza de trabajo necesaria para cumplir los ODS para 2030, todos los países deben tener en cuenta su epidemiología, demografía, economía y sistema de la salud concretos, así como las cifras, distribución y combinación de las competencias existentes de los trabajadores de la salud”.
- 23 OMS, *Nota descriptiva sobre el embarazo en la adolescencia*, actualizado en enero de 2018, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>



Anexo: Tasas de mortalidad de recién nacidos y clasificación de países por grupo de ingresos

Ingresos bajos

País o territorio	Clasificación de la tasa de mortalidad de recién nacidos utilizando un valor medio (de mayor a menor)	Tasa de mortalidad de recién nacidos (número de muertes por cada 1.000 nacidos vivos)	País o territorio	Clasificación de la tasa de mortalidad de recién nacidos utilizando un valor medio (de mayor a menor)	Tasa de mortalidad de recién nacidos (número de muertes por cada 1.000 nacidos vivos)
República Centroafricana	1	42,3 [25,7; 68,6]	Burkina Faso	17	25,6 [18,7; 34,8]
Afganistán	2	40,0 [31,6; 48,9]	Guinea	18	25,1 [19,0; 33,2]
Somalia	3	38,8 [19,0; 80,0]	Haití	19	24,6 [17,2; 34,9]
Guinea-Bissau	4	38,2 [25,8; 55,2]	Burundi	20	24,2 [18,3; 31,9]
Sudán del Sur	5	37,9 [20,5; 67,3]	Malawi	21	23,1 [17,6; 30,3]
Malí	6	35,7 [20,1; 60,7]	Zimbabwe	22	22,9 [17,3; 29,8]
Chad	7	35,1 [27,4; 44,3]	Liberia	23	22,8 [15,4; 33,6]
Sierra Leona	8	33,2 [24,2; 44,0]	República Unida de Tanzania	24	21,7 [17,2; 27,6]
Comoras	9	32,8 [13,8; 71,5]	Uganda	25	21,4 [17,2; 26,5]
Benin	10	31,4 [23,2; 43,5]	Nepal	26	21,1 [17,4; 25,6]
República Democrática del Congo	11	28,8 [19,5; 41,5]	Senegal	27	20,6 [15,9; 26,7]
Etiopía	12	27,6 [21,7; 35,2]	Madagascar	28	18,6 [12,3; 27,4]
Gambia	13	27,5 [13,8; 50,2]	Eritrea	29	17,7 [10,8; 29,2]
Mozambique	14	27,1 [19,6; 37,9]	Rwanda	30	16,5 [10,4; 26,4]
Togo	15	26,0 [19,6; 33,6]	República Popular Democrática de Corea	31	10,7 [6,5; 15,9]
Níger	16	25,7 [17,5; 36,9]			

Nota: Las cifras entre corchetes presentan los márgenes de incertidumbre más altos y más bajos de intervalos de incertidumbre del 90% de la tasa de mortalidad de recién nacidos. Las tablas no incluyen a países con menos de 1.000 nacidos vivos en 2016 o con una población total de menos de 90.000 habitantes.

Fuente: Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, 2017.

Ingresos medianos bajos

País o territorio	Clasificación de la tasa de mortalidad de recién nacidos utilizando un valor medio (de mayor a menor)	Tasa de mortalidad de recién nacidos (número de muertes por cada 1.000 nacidos vivos)
Pakistán	1	45,6 [33,9; 61,5]
Lesotho	2	38,5 [25,5; 55,6]
Côte d'Ivoire	3	36,6 [26,3; 50,3]
Nigeria	4	34,1 [24,7; 46,3]
Mauritania	5	33,7 [17,2; 64,4]
Djibouti	6	32,8 [20,7; 50,0]
Sudán	7	29,4 [23,0; 37,5]
Angola	8	29,3 [14,5; 54,1]
República Democrática Popular Lao	9	28,7 [19,6; 40,8]
Ghana	10	26,9 [20,2; 35,8]
Yemen	11	26,8 [19,0; 37,5]
India	12	25,4 [22,6; 28,4]
Myanmar	13	24,5 [18,0; 32,2]
Camerún	14	23,9 [17,3; 32,6]
Papua Nueva Guinea	15	23,5 [13,3; 42,0]
Zambia	16	22,9 [16,2; 31,5]
Kenya	17	22,6 [17,8; 28,6]
Kiribati	17	22,6 [12,3; 38,3]
Timor-Leste	19	21,6 [13,4; 34,1]
Swazilandia	20	21,4 [13,6; 33,2]
Congo	21	20,5 [14,3; 28,7]
Bangladesh	22	20,1 [17,7; 22,5]
Tayikistán	23	19,9 [11,3; 35,9]
Bolivia (Estado Plurinacional de)	24	19,0 [13,0; 27,9]
Bhután	25	18,1 [12,0; 26,7]
Marruecos	26	17,8 [12,7; 24,8]

País o territorio	Clasificación de la tasa de mortalidad de recién nacidos utilizando un valor medio (de mayor a menor)	Tasa de mortalidad de recién nacidos (número de muertes por cada 1.000 nacidos vivos)
Micronesia (Estados Federados de)	27	17,2 [6,7; 41,4]
Camboya	28	16,2 [9,9; 26,2]
Santo Tomé y Príncipe	29	15,0 [9,4; 24,7]
Guatemala	30	14,0 [11,2; 17,5]
Uzbekistán	31	13,8 [10,1; 18,0]
Indonesia	32	13,7 [10,7; 17,5]
Egipto	33	12,8 [9,8; 16,7]
Filipinas	34	12,6 [9,0; 17,6]
República de Moldova	35	11,9 [8,3; 17,6]
Vanuatu	36	11,8 [6,9; 19,4]
Kirguistán	37	11,6 [9,9; 13,5]
Viet Nam	38	11,5 [8,9; 14,6]
Estado de Palestina	39	10,8 [7,5; 15,7]
Jordania	40	10,6 [7,3; 15,2]
Honduras	41	10,4 [7,4; 14,5]
Islas Salomón	41	10,4 [7,5; 14,4]
Cabo Verde	43	10,2 [7,6; 13,8]
Mongolia	44	9,7 [6,3; 14,5]
República Árabe Siria	45	8,9 [6,5; 12,8]
Nicaragua	46	8,8 [5,3; 14,5]
Túnez	47	8,1 [5,6; 11,7]
El Salvador	48	7,5 [5,0; 11,4]
Armenia	49	7,4 [5,2; 10,4]
Georgia	50	7,1 [6,2; 8,3]
Ucrania	51	5,4 [3,5; 7,0]
Sri Lanka	52	5,3 [4,6; 6,2]

Nota: Las cifras entre corchetes presentan los márgenes de incertidumbre más altos y más bajos de intervalos de incertidumbre del 90% de la tasa de mortalidad de recién nacidos. Las tablas no incluyen a países con menos de 1.000 nacidos vivos en 2016 o con una población total de menos de 90.000 habitantes.

Fuente: Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, 2017.

Ingresos medianos altos

País o territorio	Clasificación de la tasa de mortalidad de recién nacidos utilizando un valor medio (de mayor a menor)	Tasa de mortalidad de recién nacidos (número de muertes por cada 1.000 nacidos vivos)
Botswana	1	32,0 [18,6; 51,4]
Turkmenistán	2	25,5 [11,3; 48,4]
Gabón	3	22,3 [9,3; 49,9]
República Dominicana	4	21,8 [14,0; 33,2]
Guyana	5	20,8 [15,5; 27,9]
Iraq	6	20,0 [13,2; 30,5]
Azerbaiyán	7	18,2 [13,2; 25,1]
Namibia	8	18,1 [10,7; 31,0]
Argelia	9	17,8 [12,0; 26,5]
Sudáfrica	10	15,6 [13,5; 18,3]
Ecuador	11	12,4 [9,9; 15,2]
Paraguay	12	11,2 [6,6; 19,1]
Jamaica	13	11,1 [6,7; 18,4]
Suriname	14	10,9 [6,4; 18,3]
Belice	15	10,6 [4,6; 23,5]
San Vicente y las Granadinas	16	10,3 [9,0; 11,8]
Venezuela (República Bolivariana de)	16	10,3 [8,0; 13,0]
Irán (República Islámica del)	16	10,3 [8,8; 11,9]
Panamá	19	9,6 [6,3; 14,4]
Santa Lucía	19	9,6 [5,2; 16,8]
Samoa	21	9,2 [7,3; 11,7]
Fiji	21	9,2 [5,2; 14,6]
Colombia	23	8,8 [6,6; 11,7]
Colombie	24	8,5 [6,4; 11,1]
Mauricio	25	8,4 [7,4; 9,5]
Granada	26	8,3 [6,4; 10,5]

País o territorio	Clasificación de la tasa de mortalidad de recién nacidos utilizando un valor medio (de mayor a menor)	Tasa de mortalidad de recién nacidos (número de muertes por cada 1.000 nacidos vivos)
Ex República Yugoslava de Macedonia	26	8,3 [6,1; 13,3]
Brasil	28	7,8 [5,4; 10,3]
México	28	7,8 [7,2; 8,4]
Perú	30	7,5 [5,7; 10,0]
Tailandia	31	7,3 [3,9; 12,6]
Libia	32	7,1 [4,7; 10,5]
Tonga	33	6,8 [3,7; 11,7]
Turquía	34	6,5 [6,1; 7,0]
Albania	35	6,2 [3,0; 12,5]
Argentina	35	6,2 [5,8; 6,7]
Kazajstán	37	5,9 [4,7; 7,3]
Costa Rica	38	5,7 [3,5; 7,8]
China	39	5,1 [4,3; 6,0]
Maldivas	40	4,8 [3,4; 6,4]
Bosnia y Herzegovina	41	4,7 [4,2; 5,2]
Líbano	41	4,7 [2,2; 8,8]
Malasia	43	4,4 [3,9; 4,9]
Rumania	44	4,3 [3,8; 4,9]
Bulgaria	45	3,8 [3,5; 4,2]
Serbia	46	3,7 [3,3; 4,2]
Federación de Rusia	47	3,4 [2,5; 4,5]
Croacia	48	2,9 [2,6; 3,3]
Cuba	49	2,4 [2,2; 2,6]
Montenegro	49	2,4 [2,0; 2,9]
Belarús	51	1,5 [1,2; 1,8]

Nota: Las cifras entre corchetes presentan los márgenes de incertidumbre más altos y más bajos de intervalos de incertidumbre del 90% de la tasa de mortalidad de recién nacidos. Las tablas no incluyen a países con menos de 1.000 nacidos vivos en 2016 o con una población total de menos de 90.000 habitantes.

Fuente: Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, 2017.

Ingresos altos

País o territorio	Clasificación de la tasa de mortalidad de recién nacidos utilizando un valor medio (de mayor a menor)	Tasa de mortalidad de recién nacidos (número de muertes por cada 1.000 nacidos vivos)
Trinidad y Tabago	1	12,6 [5,8; 29,4]
Seychelles	2	9,0 [6,7; 11,9]
Barbados	3	7,9 [5,9; 10,3]
Arabia Saudita	4	6,9 [3,4; 14,4]
Bahamas	5	5,8 [4,3; 7,5]
Chile	6	5,4 [4,9; 5,9]
Omán	7	5,2 [3,4; 6,6]
Uruguay	8	5,0 [4,6; 5,5]
Malta	9	4,6 [3,8; 5,5]
Brunei Darussalam	10	4,4 [3,7; 5,1]
Kuwait	10	4,4 [3,9; 5,1]
Qatar	12	4,1 [3,4; 4,8]
Emiratos Árabes Unidos	13	4,0 [2,7; 5,7]
Antigua y Barbuda	14	3,8 [2,5; 5,6]
Estados Unidos de América	15	3,7 [3,4; 4,0]
Canadá	16	3,2 [2,7; 3,9]
Dinamarca	16	3,2 [2,7; 3,8]
Bahrein	18	3,1 [2,5; 3,7]
Nueva Zelandia	19	3,0 [2,6; 3,6]
Eslovaquia	19	3,0 [2,7; 3,3]
Suiza	21	2,9 [2,7; 3,2]
Hungría	22	2,8 [2,3; 3,4]
Polonia	22	2,8 [2,7; 3,0]
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	24	2,6 [2,1; 3,1]
Lituania	25	2,5 [2,1; 2,9]

País o territorio	Clasificación de la tasa de mortalidad de recién nacidos utilizando un valor medio (de mayor a menor)	Tasa de mortalidad de recién nacidos (número de muertes por cada 1.000 nacidos vivos)
Países Bajos	25	2,5 [2,3; 2,7]
Francia	27	2,4 [2,1; 2,7]
Letonia	27	2,4 [2,0; 2,8]
Alemania	29	2,3 [2,2; 2,5]
Grecia	29	2,3 [1,9; 2,8]
Australia	31	2,2 [2,0; 2,4]
Austria	31	2,2 [1,9; 2,4]
Bélgica	31	2,2 [1,9; 2,5]
Irlanda	31	2,2 [1,9; 2,7]
Portugal	35	2,1 [1,5; 2,9]
Israel	36	2,0 [1,7; 2,2]
Italia	36	2,0 [1,8; 2,3]
España	36	2,0 [1,7; 2,4]
Chequia	39	1,6 [1,4; 1,8]
Suecia	39	1,6 [1,4; 1,7]
Luxemburgo	41	1,5 [1,1; 2,0]
Noruega	41	1,5 [1,3; 1,8]
República de Corea	41	1,5 [1,4; 1,7]
Chipre	44	1,4 [1,1; 1,9]
Estonia	45	1,3 [1,1; 1,6]
Eslovenia	45	1,3 [1,1; 1,6]
Finlandia	47	1,2 [0,9; 1,4]
Singapur	48	1,1 [1,0; 1,3]
Islandia	49	1,0 [0,7; 1,4]
Japón	50	0,9 [0,8; 1,0]

Nota: Las cifras entre corchetes presentan los márgenes de incertidumbre más altos y más bajos de intervalos de incertidumbre del 90% de la tasa de mortalidad de recién nacidos. Las tablas no incluyen a países con menos de 1.000 nacidos vivos en 2016 o con una población total de menos de 90.000 habitantes.

Fuente: Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez, 2017.

Para cada niño
Quien quiera que sea.
Donde quiera que viva.
Cada niño merece disfrutar de su infancia.
Un futuro.
Una oportunidad justa.
Por eso, UNICEF está presente.
Para todos y cada uno de los niños.
Trabajando un día sí y otro también.
En más de 190 países y territorios.
Llegando a quienes resulta más difícil llegar.
Aquellos que están más lejos de la ayuda.
Quienes han quedado más atrás.
Los más excluidos.
Por eso estamos hasta el final.
Y nunca nos rendimos.

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2018

Se requiere permiso para reproducir cualquier parte de esta publicación. El permiso será otorgado libremente a las organizaciones educativas o sin fines de lucro.

Sírvase dirigirse a:
Recaudación de fondos y alianzas en el sector privado
UNICEF, Palais des Nations
1211 Ginebra 10, Suiza

unicef 
para cada niño