

LA BRECHA ASESINA

UN ÍNDICE GLOBAL DE LA DESIGUALDAD EN
SALUD PARA LA NIÑEZ



LA BRECHA ASESINA

UN ÍNDICE GLOBAL DE LA DESIGUALDAD EN SALUD PARA LA NIÑEZ

© Visión Mundial Internacional 2013

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida de forma alguna sin el previo consentimiento del editor, excepto por los breves extractos de revisiones.

Publicado por Visión Mundial Internacional.

Para mayor información acerca de esta publicación o de otras publicaciones de Visión Mundial Internacional, o para copias adicionales de esta publicación, favor contactar a wvi_publishing@wvi.org.

Visión Mundial Internacional agradece recibir detalles de cualquier uso de este material en entrenamientos, investigación o diseño, implementación o evaluación de programas.

Este reporte fue escrito por Hilary Pereira, Miembro del Gremio de Escritores en Salud, con significativas contribuciones hechas por el equipo de La Salud Infantil Ahora de Visión Mundial Internacional.

Diseño de portada y distribución interior: Agencia Ishimodo de Marca y Diseño

Fotografía de portada © Visión Mundial/Robert Coronado

Fotografías internas © personal de Visión Mundial

Las fuentes incluyen:

- Euromonitor International
- Instituto Australiano de Salud y Bienestar
- UN-DESA
- UNICEF
- Reporte de GDM 2012
- Reporte Mundial de Salud 2006
- ONUSIDA
- Asociación Canadiense de Salud Pública
- Organización Internacional del Trabajo
- Índice de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
- Reporte de Estadísticas Mundiales de Salud 2013
- Cuenta Regresiva al 2015, perfiles de país del 2012,
- Estadísticas del Índice de Desarrollo Humano del PNUD,
- Reportes de Estadísticas Mundiales de Salud 2013, 2012 2011, y 2010
- Repositorio de Datos del Observatorio Mundial de Salud de la OMS
- Comisión sobre Determinantes Sociales de Salud (2008). Cerrar la brecha en una generación: Equidad en salud a través de la acción sobre los determinantes sociales de la salud: reporte final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial para la Salud, Ginebra.

RESUMEN EJECUTIVO

Estamos realizando un progreso extraordinario en cuanto a salud infantil. Como una comunidad internacional de familias, sociedad civil, corporaciones, gobiernos, la ONU y organizaciones como Visión Mundial, debemos celebrar el éxito que hemos visto en los pasados 20 años, al reducir el número de muertes evitables de niños menores de cinco años: de 12 millones de niños en 1990 a casi siete millones en el 2011.

Pero el número es todavía muy alto. Cada niño perdido es una tragedia para su familia, comunidad y país. Y cada niño perdido es un recordatorio de que aún tenemos mucho trabajo por hacer.

Conforme hacemos nuestro último esfuerzo hacia la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs), sentimos el deber urgente de hacer más, de hacer todo lo que podamos para comprender –y tomar acción– en torno a las razones de por qué estamos tan lejos de lograr las metas de los ODMs que los estados miembros de la ONU se pusieron para el 2000. Dicho de manera simple, hemos fallado en llegar a los niños más pobres y vulnerables.

Visión Mundial ha producido el Índice sobre la Brecha Mundial en Salud para tratar de hacer exactamente esto: analizar dónde y por qué los niños siguen muriendo, y definir lo que se puede hacer. Este índice demuestra que, a pesar del progreso global en la reducción del número de muertes de niños menores de cinco años, algunos de los niños más pobres del mundo aún no han sido alcanzados. Es un oportuno y crudo recordatorio de que la brecha entre aquellos que tienen un buen acceso a servicios que salvan vidas y aquellos que no, permanece inaceptablemente grande.

Nisha Das, una segura e inspiradora joven de 15 años de la India, es un poderoso recordatorio de por qué la inequidad importa: para los niños cuyas vidas están siendo salvadas y los millones que debemos enfocarnos por alcanzar.

“Me siento triste de ver que los niños de todo el mundo aún no son tratados con dignidad e igualdad, a pesar de que el mundo ha avanzado tanto. Es una paradoja. Muchos niños no reciben educación ni son incluidos en las sociedades porque son pobres, discapacitados o invisibles en la sociedad,” dijo Nisha a la ONU cuando habló recientemente en un debate sobre desigualdad. “Los niños necesitan las mismas oportunidades, sin importar si son ricos o pobres, niños o niñas, discapacitados o no.”

Con poco más de 800 días para que llegue la fecha límite de los ODMs, en Visión Mundial estamos trabajando con las familias y comunidades para amplificar voces como la de Nisha. Únase a nosotros en www.childhealthnow.org para instar a los líderes a hacer todo lo posible por cerrar la brecha en la salud de los niños:

- Asegurar que se dé una mayor atención al más alto nivel político a fin de cerrar la brecha para las mujeres y los niños.
- Abordar el problema de falta de información para los grupos vulnerables a través del establecimiento de sistemas de recolección de información rutinaria a nivel local, nacional e internacional, que mida la brecha en la salud.
- Atraer y empoderar a las familias y comunidades en la recolección de información y en el planeamiento, entrega y revisión de los servicios de salud.
- Priorizar la salud del niño y de la madre en la agenda de desarrollo posterior al 2015, a través de la inclusión de metas ambiciosas para acabar con las muertes evitables de niños y madres, y reducir de forma significativa el retraso en el crecimiento.

Andrew Hassett
Director de Campaña de Salud Infantil Ahora
Visión Mundial Internacional



©Visión Mundial/Annika Harris



© Visión Mundial/Abraham Nhial

CUIDADO CON LA BRECHA

A tan solo dos años de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODMs), la brecha en la prestación y entrega de servicios de salud que salven vidas y los resultados de salud para niños entre y dentro de los países sigue siendo enorme. El nuevo Índice sobre la Brecha Mundial en Salud de Visión Mundial da una imagen de qué tan bien están abordando los gobiernos la salud de todas las personas en sus países, y demuestra que las oportunidades de un niño de sobrevivir dependen más de la riqueza de su familia.

El tamaño e impacto de las brechas entre los 'ricos en salud' y los 'pobres en salud' pueden tener repercusiones desastrosas, particularmente para los niños menores de cinco años. Una gran brecha en salud en un país determinado significa que sus niños más vulnerables tienen menos oportunidades de acceso a tratamientos y establecimientos de salud muy necesarios. Esto significa que los niños siguen con una salud pobre a pesar del progreso global o nacional.

Las cifras totales y promedios generalmente utilizados para evaluar el progreso global y nacional en cuanto al logro de los ODMs muestran que algunos países han logrado alcanzar sus objetivos sin abordar las necesidades de su niñez más vulnerable. Conforme esta brecha se acentúa, los niños y mujeres más pobres son dejados atrás. Cerrar la brecha mundial en salud significa primero comprender quiénes son y dónde están.

En un momento en que debidamente se celebran mejorías significativas en cuanto a la salud mundial, necesitamos mirar por qué todavía 19,000 niños menores de cinco años mueren cada día. Así como la vida y salud han mejorado para algunos, ¿por qué no para otros? Los ODMs han buscado mejorar la pobreza global, así que ¿por qué las complicaciones evitables en el parto y la diarrea tratable aún matan a tantos cada año?

Este Índice sobre la Brecha Mundial en Salud demuestra que es porque el acceso a buenos cuidados en salud permanece en algo así como un sueño para millones de niños. Más y más evidencia expone los resultados desiguales en salud que existen dentro de los países, y que ciertos grupos de niños y familias vulnerables se están dejando atrás.

19,000
niños
menores de cinco
morirán hoy

¿QUIÉNES SON LOS 'RICOS EN SALUD'?

Las personas con mayor acceso a la mejor educación, conocimiento, prevención y tratamientos de salud son los ricos en salud.

¿QUIÉNES SON LOS 'POBRES EN SALUD'?

Las personas que enfrentan la mayoría de barreras para tener acceso a educación, conocimiento, prevención y tratamientos de salud son pobres de salud. Estas barreras pueden deberse a factores geográficos, costos directos o indirectos de servicios, idioma, estatus de refugiados o discriminación, así como otro gran número de factores.

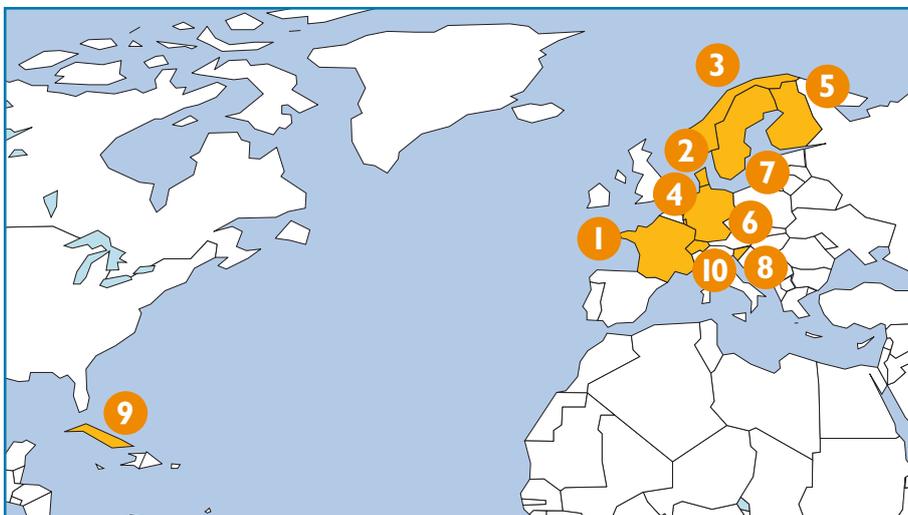
EL ÍNDICE SOBRE LA BRECHA MUNDIAL EN SALUD – LO QUE SIGNIFICA

El Índice sobre la Brecha Mundial en Salud de Visión Mundial clasifica a cada país de acuerdo con el tamaño de la brecha entre sus ricos en salud y sus pobres en salud, utilizando cuatro indicadores:

- **EXPECTATIVA DE VIDA:** Esta medición muestra las actuales desigualdades en la expectativa de vida entre los grupos de personas y diferentes áreas de un país, incluyendo muertes de neonatos y niños menores de cinco años.
- **COSTO PERSONAL POR EL USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD:** Medido a través de los pagos que un individuo hace de su bolsillo para cuidados de salud. Los muy altos costos de los servicios de salud para familias son una barrera clave para buscar cuidados si alguien no se siente bien. Muchas familias más pobres se ven forzadas a escoger entre gastos catastróficos que los llevarían a una mayor pobreza, o renunciar a un tratamiento.
- **LA TASA DE FERTILIDAD ADOLESCENTE:** La salud y supervivencia de un bebé están relacionadas de manera crítica a la salud de la madre, y la edad de una madre es un factor clave para determinar el resultado de salud de ambos. Cuando las niñas están en capacidad de retrasar el matrimonio y el embarazo, tienden a tener menos embarazos y partos más seguros, y están mejor capacitadas para criar hijos más sanos y bien nutridos. La Tasa de Fertilidad Adolescente es una representación de la habilidad de un país o grupo poblacional de mantener a sus hijos y madres saludables.
- **COBERTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD:** Medida por el número de médicos, personal de enfermería y obstetricia por cada 10,000 personas en un país. La evidencia muestra que países con menos de 23 médicos, enfermeros y obstetras por cada 10,000 personas son incapaces de llegar a toda la población con servicios esenciales de salud de manera adecuada.

Para elaborar el Índice sobre la Brecha Mundial en Salud, Visión Mundial asignó igual peso a cada indicador y luego clasificó a cada país de acuerdo con cómo le fue. Los países con el mismo número para un indicador particular, tuvieron una calificación igual. El total de puntajes fueron sumados, revelando el estado general de cada país.

EL ÍNDICE SOBRE LA BRECHA MUNDIAL EN SALUD – LOS TOP 10

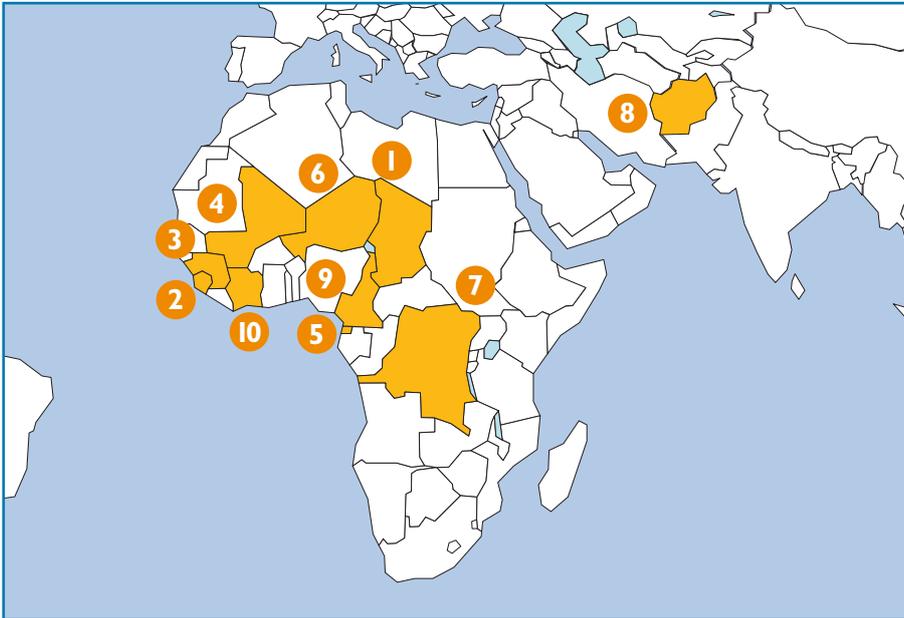


1. FRANCE
2. DENMARK
3. NORWAY
4. LUXEMBOURG
5. FINLAND
6. GERMANY
7. SWEDEN
8. SLOVENIA
9. CUBA
10. SWITZERLAND

¿QUÉ ES LA BRECHA EN SALUD?

Una brecha entre aquellos que son 'ricos en salud' y los 'pobres en salud' existe tanto entre países como dentro de los países. Aquellos que son ricos en salud tienen más acceso a educación, conocimiento, prevención y tratamientos de salud a un costo financiero limitado para ellos. Aquellos que son pobres en salud no tienen acceso o es prohibitivamente caro o de difícil acceso geográfico el tener educación, conocimiento, prevención y tratamientos de salud. El tamaño relativo de la brecha entre países o dentro de un país representa la inequidad que enfrentan las personas en cuanto a acceso a la salud.

THE GLOBAL HEALTH GAP INDEX – THE BOTTOM 10



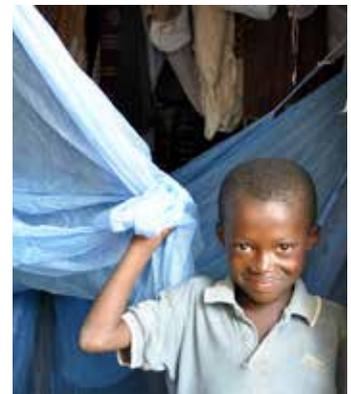
1. CHAD
2. SIERRA LEONE
3. GUINEA
4. MALI
5. EQUATORIAL GUINEA
6. NIGER
7. DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO
8. AFGHANISTAN
9. CAMEROON
10. COTE D'IVOIRE

EXPONER LAS BRECHAS

Cada uno de los 176 países del nuevo Índice sobre la Brecha Mundial en Salud de Visión Mundial está clasificado de acuerdo con el tamaño de la brecha entre sus ricos de salud y sus pobres de salud. Los diez países con los más bajos puntajes – Francia, Dinamarca, Noruega, Luxemburgo, Finlandia, Alemania, Suecia, Eslovenia, Cuba y Suiza- tienen las brechas de salud más pequeñas; mientras que los diez países con los puntajes más altos – Chad, Sierra Leona, Guinea, Mali, Guinea Ecuatorial, Níger, la República Democrática del Congo, Afganistán, Camerún y Costa de Marfil – tienen las brechas más grandes.

El Índice muestra que existe una brecha de salud en todos los países, los desarrollados y aquellos en desarrollo, ricos y pobres, lo cual no es inesperado (aunque el tamaño de algunas brechas es sorprendente). Pero el Índice determina que la mayor brecha persiste en los contextos y países más pobres y frágiles, donde las familias marginadas son a menudo las más afectadas, tienen la menor capacidad para hacerles frente, y donde los gobiernos están menos dispuestos o son menos capaces de proveer a aquellos que más lo necesitan. Siete de cada 10 países con las mayores brechas en salud están entre los países más pobres del mundo.

Pero tres de los países con las brechas de salud más grandes no son los más pobres, lo que muestra que la riqueza de un país no garantiza que toda su gente se beneficiará de acceso a un buen cuidado de la salud, y tendrá la oportunidad de disfrutar de buena salud. Los EEUU –una de las naciones más ricas del mundo- ocupa el número 46 entre los 176, mientras que Cuba, un país mucho menos rico, ocupa el número 9 del Índice sobre la Brecha Mundial en Salud. Y Guinea Ecuatorial, un país de altos ingresos, se encuentra entre los últimos cinco países en cuanto a brechas de salud.



©Visión Mundial/Esperanza Ampah

La mortalidad infantil ha bajado más de un tercio desde 1990, pero el progreso es aún muy lento para alcanzar el objetivo de dos tercios para el 2015.

2



©Visión Mundial/Zeeshan Alvi

¿QUÉ IMPULSA LA BRECHA DE LA SALUD MUNDIAL?

Los niveles de ingreso explican en gran medida las brechas tanto en países de alto como de bajo ingreso. Desde el 2006 hasta el 2011, la desigualdad de ingresos incrementó en la mayoría de países del mundo. La pobreza de ingresos a menudo significa condiciones de vida deficientes, dietas pobres, exposición a más enfermedades y menos oportunidades y educación para superar las mismas. En países con mayores ingresos la brecha es más evidente en la expectativa de vida. Por ejemplo, en el vecindario escocés de Calton, Galsgow, la expectativa de vida al nacer para los hombres es de 54 años, lo cual es 28 años menos que los hombres de Lenzie, un vecindario a sólo unos pocos kilómetros de distancia. En países de bajos ingresos, los efectos son los mismos, sólo que en diferente escala.

Pero, tal como lo señala el Índice sobre la Brecha en la Salud Mundial, la riqueza material general de un país no garantiza buenas oportunidades de salud para toda su población.

Sólo ocho países han logrado el Objetivo de Desarrollo del Milenio número cuatro —“reducir las muertes infantiles en dos tercios para el 2015”. Bangladesh es uno de ellos, y aun así se ubica en el lugar 128 del Índice sobre la Brecha Mundial en Salud, lo que indica qué tan crítico es asegurar que el progreso se logre en todas las partes de la sociedad, aún en las comunidades más marginales.

Complicaciones prematuras matan a un millón de niños cada año

Más del 40 por ciento de las muertes infantiles suceden en el primer mes de vida.

LAS CAUSAS DE LA BRECHA EN TODOS LOS TIPOS DE PAÍSES INCLUYEN:

- Las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen
- Falta de igualdad de inversión en los años tempranos de vida, que es el período con mayor potencial para brindar una buena salud de por vida
- Políticas y prácticas que han priorizado el crecimiento urbano, dejando a las comunidades rurales sufrir de baja inversión crónica en infraestructura y servicios
- Empleo y condiciones de trabajo desiguales
- Falta de seguridad social: globalmente, cuatro de cada cinco personas carecen del respaldo de cobertura básica en seguridad social. Los sistemas sociales de protección generosos contribuyen con una mejor salud, incluyendo una menor mortalidad
- Alto gasto en cuidados de salud
- Falta de inversión en fuerzas sanitarias nacionales: existe poco balance en la densidad de trabajadores de salud entre las áreas rurales y urbanas de los países
- Desigualdades de género: la posición de las mujeres en la sociedad está asociada con la supervivencia y salud infantil

Existen ciertos factores más allá del ingreso que separan a la niñez más vulnerable de la menos vulnerable. En todos los países, dichos factores incluyen discriminación, discapacidad, raza y normas socioeconómicas. En los países más pobres, incluyen madres y niños que permanecen escondidos por una falta de sistemas adecuados de información y conteo. También incluyen que las instalaciones están muy lejos o son inaccesibles para que las personas lleguen a ellas para poder recibir un tratamiento vital. Algunas veces, incluyen una falta del monto y tipo correcto de financiamiento, lo que quiere decir que el dinero destinado a salud se queda a nivel nacional y no llega a las áreas donde se necesita más.

Todos estos factores son evitables o tratables, que es lo que hace que las grandes brechas de salud sean aún más perturbadoras. Las grietas en el sistema evitan la entrega de servicios de salud vitales para aquellos que más los necesitan. Más significativamente –como el proceso del Índice sobre la Brecha Mundial en Salud descubrió– la falta de información a menudo significa que no se reconoce el problema. Existen grandes agujeros en el tipo de información de salud recolectada por todos los países, lo que hace difícil analizar con gran detalle quién sufre como resultado de las brechas en la salud. El Índice revela cuáles países tienen las mayores brechas en salud, pero quién es el más afectado no es siempre obvio. Muchos países aún no monitorean los grupos que más sufren de los efectos de la brecha en la salud mundial –tales como niños no registrados al nacer, niños viviendo con discapacidades, niños huérfanos, niños de minorías étnicas, niños apátridas, y madres dando a luz sin la ayuda de parteras capacitadas. Recolectar información más detallada, revelar dónde viven los niños y familias, lo que están padeciendo –y de qué están muriendo–, es crucial para poder llegar a ellos.

Los gobiernos necesitan tener como prioridad el satisfacer las necesidades de toda su población, incluyendo a los más pobres y vulnerables, mediante el desarrollo de fuertes sistemas nacionales de salud con acceso para los más necesitados.

Los recién nacidos son los que tienen mayor riesgo de morir, de todos los niños

“Las privaciones que enfrentan los niños y adolescentes con discapacidades son violaciones de sus derechos.”

ANTHONY LAKE,
UNICEF

RANKING TOTAL DEL ÍNDICE MUNDIAL

TOP 10

PAÍS	Ranking Índice Desigualdad Del Desarrollo Humano	Ranking de Gastos del bolsillo	Ranking de la Tasa de Fertilidad Adolescente	Ranking de Densidad del Personal de Salud	Total	RANKING TOTAL
Francia	9	7	14	16	46	1
Dinamarca	11	20	11	6	48	2
Noruega	5	21	20	7	53	3
Luxemburgo	4	13	23	24	64	4
Finlandia	6	45	21	2	74	5
Alemania	7	16	17	35	75	6
Suecia	3	33	11	33	80	7
Eslovenia	8	19	8	49	84	8
Cuba	18	4	61	11	94	9
Suiza	8	62	6	20	96	10

TOP 20

República Checa	6	28	25	44	103	11
Islandia	2	40	36	25	103	11
Bélgica	11	46	35	14	106	12
Austria	9	30	31	42	112	13
Irlanda	10	29	47	27	113	14
Bielorrusia	31	50	24	13	118	15
Canadá	15	25	34	44	118	15
Tonga	58	18	24	21	121	16
Japón	4	32	8	83	127	17
Omán	29	14	6	80	129	18
Países Bajos	10	5	8	108	131	19
Australia	12	41	43	40	136	20

TOP 50

Croacia	19	27	33	67	146	21
Libia	38	76	1	31	146	21
Samoa	55	9	32	51	147	22
España	8	49	29	61	147	22
Reino Unido	13	11	76	47	147	22
Micronesia (Estados Federados de)	80	10	28	30	148	23
Nueva Zelanda	17	12	80	39	148	23
Estonia	22	39	62	28	151	24
Rumanía	37	44	40	36	157	25
Kuwait	26	38	12	82	158	26
Qatar	29	31	42	56	158	26
Israel	6	51	34	68	159	27
Maldivas	30	72	10	48	160	28
Montenegro	27	77	19	38	161	29
Uruguay	35	21	77	29	162	30
Bahréin	23	36	15	89	163	31
Italia	6	48	12	98	164	32
Corea (República de)	10	82	2	73	167	33
Surinam	66	13	51	43	173	34
Lituania	29	68	54	23	174	35
Bosnia y Herzegovina	37	80	18	42	177	36
Brunei Darussalam	21	26	66	66	179	37
Chipre	8	121	12	40	181	38
Federación Rusa	44	86	36	15	181	38
Portugal	14	64	44	61	183	39
Islas Salomón	85	1	45	53	184	40
Polonia	21	56	37	72	186	41
Hungría	20	66	43	58	187	42
Ucrania	43	102	38	4	187	42
Serbia	33	87	24	45	189	43
Malasia	26	85	13	66	190	44
Jordania	54	61	30	46	191	45
Estados Unidos	25	15	107	47	194	46
Argelia	63	43	4	86	196	47
Malta	16	83	46	55	200	48
Moldova (República de)	46	112	41	3	202	49
Fiji	53	48	59	44	204	50

GRUPOS DE INGRESO – DE ACUERDO CON LAS ESTADÍSTICAS MUNDIALES DE SALUD

INGRESO ALTO

INGRESO MEDIO

INGRESO BAJO

RANKING TOTAL DEL ÍNDICE MUNDIAL CONTINUACIÓN

TOP 100

PAÍS	Ranking Índice Desigualdad Del Desarrollo Humano	Ranking de Gastos del bolsillo	Ranking de la Tasa de Fertilidad Adolescente	Ranking de Densidad del Personal de Salud	Total	RANKING TOTAL
Letonia	28	90	49	37	204	51
Turquía	52	32	52	71	207	52
Vanuatu	69	6	68	64	207	52
Grecia	13	87	27	82	209	53
Arabia Saudita	47	47	10	107	211	54
Emiratos Árabes Unidos	24	34	70	84	212	55
Mongolia	79	99	23	12	213	56
Singapur	1	142	7	66	216	57
Uzbekistán	90	114	12	1	217	58
Albania	46	136	19	17	218	59
Túnez	50	100	3	65	218	59
Sri Lanka	36	111	26	48	221	60
Kirguistán	82	95	42	5	224	61
Tailandia	41	24	56	104	225	62
Kazajstán	72	101	36	19	228	63
Bulgaria	32	108	58	32	230	64
Bahamas	45	75	39	76	235	65
China	56	86	5	88	235	65
Antigua Yugoslavia	36	92	24	84	236	66
República de Macedonia						
San Vicente y las Granadinas	60	39	74	64	237	67
Timor-Leste	102	2	81	52	237	67
Sudeste	100	7	73	62	242	68
Botsuana	90	3	65	85	243	69
Eslovaquia	20	63	55	105	243	69
Belice	48	59	98	41	246	70
Armenia	65	130	46	6	247	71
Líbano	56	131	17	52	256	72
República Árabe Siria	40	128	55	33	256	72
Turkmenistán	95	98	21	43	257	73
Papúa Nueva Guinea	92	23	42	112	269	74
Brasil	62	78	96	34	270	75
Egipto	59	140	61	10	270	75
Filipinas	68	126	68	8	270	75
Mauricio	39	123	46	63	271	76
Namibia	86	8	92	86	272	77
Vietnam	55	138	30	54	277	78
Panamá	49	60	104	69	282	79
Costa Rica	32	72	84	97	285	80
Colombia	57	35	94	100	286	81
Granada	37	127	57	66	287	82
Tayikistán	97	148	33	9	287	82
Bolivia (Estado Plurinacional de)	91	67	97	33	288	83
Argentina	38	55	119	78	290	84
Zimbabue	103	69	40	80	292	85
Barbados	34	73	109	79	295	86
Bután	89	27	63	117	296	87
Djibouti	116	79	9	93	297	88
Georgia	67	149	60	22	298	89
Iraq	83	42	113	60	298	89
México	45	116	89	49	299	90
Suazilandia	113	17	102	67	299	91
Azerbaiyán	84	151	43	26	304	92
Haití	105	58	25	116	304	92
Ruanda	125	57	22	101	305	93
Trinidad y Tobago	73	94	44	94	305	93
Gambia	110	54	50	93	307	94
Marruecos	74	145	14	75	308	95
El Salvador	68	84	101	59	312	96
Guyana	87	37	85	103	312	96
Lesoto	112	52	48	106	318	97
Perú	64	89	70	98	321	98
Santa Lucía	42	109	78	93	322	99
Indonesia	75	120	59	72	326	100
Pakistán	106	123	16	81	326	100

GRUPOS DE INGRESO – DE ACUERDO CON LAS ESTADÍSTICAS MUNDIALES DE SALUD

INGRESO ALTO

INGRESO MEDIO

INGRESO BAJO

RANKING TOTAL DEL ÍNDICE MUNDIAL CONTINUACIÓN

RESTO DEL MUNDO

PAÍS	Ranking Índice Desigualdad Del Desarrollo Humano	Ranking de Gastos del Bolsillo	Ranking de Tasa de Fertilidad Adolescente	Ranking de Densidad del Personal de Salud	Total	RANKING TOTAL
Sao Tomé y Príncipe	101	135	42	50	328	101
Myanmar	93	157	5	78	333	102
República Democrática Popular Lao	87	104	50	94	335	103
Guatemala	78	125	116	18	337	104
Irán (República Islámica de)	71	137	35	96	339	105
Comoras	108	107	34	95	344	106
Paraguay	77	141	88	39	345	107
Ghana	98	71	87	90	346	108
Chile	25	88	120	114	347	109
Mozambique	124	15	94	115	348	110
Mauritania	115	82	53	99	349	111
Nicaragua	59	97	118	78	352	112
República Dominicana	70	96	117	76	359	113
Madagascar	94	74	86	112	366	114
Burundi	134	105	6	122	367	115
Ecuador	61	124	105	77	367	115
Senegal	104	84	68	113	369	116
Eritrea	94	129	42	106	371	117
Etiopía	114	91	47	119	371	117
Cabo Verde	51	118	100	103	372	118
Congo	117	89	74	96	376	119
Venezuela (República Bolivariana de)	48	132	110	87	377	120
Kenia	111	113	64	93	381	121
Liberia	119	53	90	119	381	121
Honduras	76	117	111	78	382	122
Gabón	99	119	109	57	384	123
Camboya	101	139	54	92	386	124
Nepal	81	134	67	104	386	124
Zambia	127	65	93	102	387	125
Sudán (**antiguo)	109	152	38	91	390	126
Togo	118	113	41	118	390	126
Tanzania (República Unida de)	107	81	83	120	391	127
Bangladesh	88	143	53	109	393	128
Burkina Faso	126	83	79	107	395	129
Yemen	91	156	52	97	396	130
Benín	123	110	72	97	402	131
Guinea-Bissau	139	93	71	105	408	132
Nigeria	131	147	74	59	411	133
Uganda	121	122	95	74	412	134
India	96	144	106	70	416	135
Angola	136	70	108	104	418	136
República Centro-africana	135	109	69	118	431	137
Malawi	122	22	75	116	457	138
Costa de Marfil	120	150	82	109	461	139
Camerún	130	147	81	111	469	140
Afganistán	140	154	74	102	470	141
Congo (República Democrática del)	138	115	114	106	473	142
Níger	128	106	115	124	473	142
Guinea Ecuatorial	133	103	120	118	474	143
Mali	137	133	112	110	492	144
Guinea	129	146	99	125	499	145
Sierra Leona	132	155	91	123	501	146
Chad	141	153	103	121	518	147

GRUPOS DE INGRESO – DE ACUERDO CON LAS ESTADÍSTICAS MUNDIALES DE SALUD

INGRESO ALTO

INGRESO MEDIO

INGRESO BAJO



© Visión Mundial/Lucy Murunga

SER VÍCTIMA DE LA BRECHA MUNDIAL EN SALUD

DESLIZÁNDOSE A TRAVÉS DE LAS GRIETAS

Los niños que quedan al margen del sistema de salud enfrentan no sólo una, sino múltiples privaciones a la vez, y hacer algo al respecto es a menudo imposible porque son no contados e invisibles. Los gobiernos, especialmente, no recolectan información de rutina sobre los grupos de niños más vulnerables, haciendo imposible comprender y abordar la pobre salud que los mata.

La falta de un preciso registro de nacimiento y muerte, y de recolección de otra información sobre grupos específicos de niños hace difícil saber acerca de ellos, a qué servicios de salud tienen acceso – o de qué están muriendo. Crecer sin ser contado o siendo invisible significa que se deslizarán entre las grietas, a nivel local, nacional y global. No sabemos quiénes son, así que ¿cómo podemos ayudarlos? Para poder arreglar esto se requiere una comprensión acerca de dónde están las grietas y lo que ellas causan a los niños.

Los niños que son discriminados y abandonados caen víctimas de la brecha mundial de salud, sufriendo el resultante pobre acceso a buena salud. La discriminación y negligencia pueden ser el resultado de género, grupos indígenas, condición de VIH, minorías étnicas y religiosas, raza, clase, edad, discapacidad y orientación sexual. En muchas comunidades, estas diferencias son malentendidas o no entendidas del todo, y los niños que caen en estas categorías son excluidos del acceso a servicios de salud que pueden representar la diferencia entre una vida plena y feliz y una de miseria e incluso muerte, ya que permanecen escondidos, no contados o invisibles.

Un estimado de **370 millones** de personas en **90 países** pertenecen **a grupos indígenas**

Sólo ocho países han logrado el Objetivo de Desarrollo del Milenio número cuatro –“reducir las muertes infantiles en dos tercios para el 2015”. Perú es uno, y aun así está en el lugar 98 del Índice sobre la Brecha Mundial en Salud. Esto refleja que Perú, aunque alcance sus objetivos, aún enfrenta una gran brecha entre sus ricos en salud y sus pobres en salud.

NIÑOS INDÍGENAS Y MINORÍAS ÉTNICAS

Los niños nacidos en familias indígenas representan una rica diversidad de culturas, religiones, tradiciones, idiomas e historias, pero continúan entre los más grupos más pobres y marginados en todos los países. La pobre nutrición, el limitado acceso a cuidados, la falta de recursos cruciales para mantener la salud y el bienestar contribuyen a que sean víctimas de la brecha en salud. Por ejemplo, en Australia, los bebés de madres indígenas tienen el doble de probabilidades de tener bajo peso al nacer que los bebés de madres no indígenas. Y los indígenas canadienses enfrentan mayor riesgo de problemas en el embarazo que la población canadiense en general, y aún las tasas de natalidad de niños indígenas son cerca del doble del promedio canadiense.

AISLADOS Y HAMBRIENTOS

POR ANNILA HARRIS EN INDIA

Krishna, de cuatro años, ama su carrito de juguete. Hecho de un CD y un palo, es su única fuente de entretenimiento. Es casi como si él pretendiera ser un granjero como su padre, labrando con su carrito en forma de arado.

Krishna es de la tribu indígena de Korku en la región Melghat de la India, donde los barrancos, colinas y bosques enmascaran mortales tasas de desnutrición.

El aislamiento de la tribu significa que están separados de los servicios de salud y educación, lo que resulta en una dieta pobre en nutrientes, pobres prácticas alimenticias, grandes familias, y en general una salud materna e infantil descuidadas.

La madre de Krishna, Neta Sanj, se casó a la edad de 18. Frágil y baja de peso, dio a luz a su primer hijo, Kiran, quien también sufrió de bajo peso y desnutrición. En poco tiempo, ella había dado luz a tres niños más con los mismos problemas.

“Los niños siguen enfermándose. Ya sean resfriados, tos, fiebre o diarrea,” dice la trabajadora local de salud, Soni.

Los persistentes ataques de resfrío y diarrea debilitaron el sistema inmune de Krishna al punto de que empezó a perder su habilidad de combatirlos, lo que lo llevó al hospital.

Fue hasta que se abrió cerca un programa de alimentación y educación, que los niños tuvieron acceso por primera vez a ingredientes con altos nutrientes, tales como maní y jiggery, frijoles de soya, grama verde, huevos hervidos y papas, leche, grama y vegetales verdes, garbanzos y frijoles mungos. Su salud empezó a mejorar casi inmediatamente, y en pocas semanas, fue dado de alta del hospital.

“Yo no tuve estos privilegios de niña, pero estoy feliz de que mis hijos los puedan disfrutar,” dice Neta Sanj.



©Visión Mundial/Annila Harris

FALTA DE REGISTRO DE NACIMIENTO

Quizás la mayor contribución con la brecha mundial de salud es el número de niños que permanecen sin ser contados, desde el nacimiento. Sólo la mitad de todos los niños menores de cinco años en el mundo en desarrollo, tienen registrado su nacimiento. Algunas veces es un precedente a nivel nacional; algunas veces hay bajos niveles de registro entre los diferentes grupos socioeconómicos, geográficos o étnicos, aunque la prevalencia nacional sea alta. La gran brecha en salud es tanto una causa como una consecuencia de lo anterior, ya que la falta de conocimiento y educación, y los costos y acceso prohibitivos, evitan que los padres registren el nacimiento de sus hijos. Sin registros de nacimiento, los gobiernos permanecen ignorantes de la existencia de estos niños. Sin conocimiento de su existencia, los servicios que podrían brindárseles permanecen fuera de alcance.

SIN REGISTRAR E INVISIBLES

POR XENIA DAVIS EN MONGOLIA



©Visión Mundial/Xenia Davis

En un distrito ger en las afueras de Ulán Bator, la capital de Mongolia, Asar –de diecinueve años- asiste a una clínica móvil que, a diferencia de las clínicas oficiales de salud, trata a todos los niños.

Esto es importante para Asar porque él no tiene un certificado de nacimiento. De acuerdo con todos los registros oficiales, él no existe. A pesar de que el gobierno debe proveer tratamientos médicos para todos los niños, en Mongolia los niños no registrados a menudo no son diagnosticados o tratados, ya que no tienen acceso a los cuidados de salud que requieren en las clínicas oficiales u hospitales.

Los doctores de la clínica móvil de Visión Mundial diagnostican a niños vulnerables y no registrados, tratándolos o refiriéndolos a las clínicas familiares locales.

En los distritos ger, las altas tasas de pobreza se unen a pobre higiene y falta de comida, que son la causa de múltiples problemas de salud. Los niños son particularmente vulnerables y sufren de falta de vacunas. Como muchos de ellos tampoco han sido registrados, no tienen seguro médico o manera de pagar algunas veces muy pequeñas tarifas asociadas con la búsqueda de tratamiento.

Sólo la mitad de todos los niños menores de cinco años en el mundo en desarrollo han sido registrados al nacer

Al trabajar con los gobiernos locales y clínicas familiares, los doctores de las clínicas móviles diagnostican a los niños vulnerables que no tienen registro y supervisión, y los tratan o refieren a clínicas familiares. Ellos también informan al gobierno local acerca del número de niños no registrados en el área, como un primer paso para proveerles de identificación que les permita asistir a la escuela.

El Dr. Batjargal dice, mientras examina a Asar:
 “Lo más importante es que nos encargamos de los niños no registrados.”

Asar tiene cáncer de huesos y le removieron algunos huesos de su pierna. “Han pasado seis meses desde que la clínica móvil empezó a revisarlo,” dice la abuela de Asar. “Él está mejorando. Si las cosas no son claras, ellos lo llevan al hospital, le hacen rayos x y otros exámenes y lo regresan y nos dicen exactamente lo que debemos hacer. Yo no podría obtener servicios médicos de ninguna otra manera.”

NIÑOS REFUGIADOS Y DESPLAZADOS

Los niños que son refugiados o desplazados dentro de sus propios países son más difíciles de contabilizar debido a la naturaleza de sus condiciones de vida. Los refugiados a menudo sufren porque nadie se siente responsable de ellos. Ellos van sin identificación y sin registro, fuera de la atención de los proveedores de servicios de salud.

HUYENDO POR SEGURIDAD

POR VIKKI MEAKIN EN LÍBANO

El nuevo hogar de Yasmin es una banca del parque. La niña de cuatro años empezó a vivir allí poco después de haber llegado al valle de Bekaa, Líbano, con sus tres hermanos mayores y sus padres, luego de que la vida en Siria se tornara demasiado peligrosa. La escuela se había cerrado debido a un bombardeo cercano, y la casa de sus vecinos fue atacada, así que la familia huyó con sólo lo que traían puesto.

Pero la vida en Líbano no es tampoco fácil. Mientras algunos refugiados han podido encontrar alojamiento modesto con amigos o erigir una estructura improvisada en tierras rentadas, la familia de Yasmin no ha podido encontrar refugio en ninguna parte.

El único juguete que tienen los cuatro niños es un volante de plástico. Ellos dejaron Siria con tanta prisa que no hubo tiempo de empacar.

Su madre, Layla, cuyo esposo discapacitado no puede trabajar, teme por sus hijos. Ellos están empezando a enfermarse y Layla sabe que su familia no está saludable. Yasmin estornuda a menudo, pero Layla hace un gran esfuerzo por encontrar un pañuelo para limpiar su nariz— un ejemplo alarmante de lo poco que tienen.

Layla nos dice que la única comida que pueden pagar es un poco de pan para los niños. Dado que la familia no está registrada aún como refugiada, es difícil para ellos obtener cupones para comida o visitar un doctor. La prioridad es encontrar un lugar donde quedarse, dice ella. “Nadie está peor que nosotros.”



©Visión Mundial/Patricia Mouamar

45.1 millones de personas fueron desplazadas en el 2012, el mayor número en casi 20 años. Se estima que casi la mitad de ellas son niños. Muchos de estos niños pasan toda su niñez lejos de casa.

NIÑOS QUE VIVEN CON DISCAPACIDADES

Los niños con discapacidades son una causa de vergüenza en algunas comunidades, que literalmente los esconden del público, niegan su existencia, y los privan del acceso a servicios vitales de salud. En algunos casos, las familias esconden a sus niños con discapacidades por temor a ser juzgadas. Esta invisibilidad da como resultado la exclusión. Los niños caen a través de la red de recolección de información del gobierno y de los servicios de salud, aun cuando son los que más necesitan de cuidado. Ellos tienen más probabilidad de ser pobres que otros niños, y probablemente tengan menos oportunidad de asistir a la escuela o tener acceso a la clínica local. En países en desarrollo, los hogares con uno o más miembros que viven con una discapacidad, pasan más tiempo recibiendo cuidados de salud.

Esto significa que aun cuando un hogar que técnicamente está por arriba de la línea de la pobreza tiene uno o más miembros con discapacidad, podrían de hecho tener un estándar de vida equivalente al de un hogar por debajo de la línea de la pobreza.

ESCONDIDOS DE LA MIRADA – Y DE LA AYUDA

POR KLEVISA BRESHANI EN ALBANIA



©Visión Mundial/Klevisa Breshani

Las voces de tres felices niños cantan desde la casa donde viven Mysli, de 6 años, y sus dos pequeñas hermanas; Elidona y Elda. Elidona canta mientras Mysli baila, aunque él no la puede escuchar.

Puede que Mysli haya nacido sordo, como dice su madre Florina: “Cuando tenía apenas un año de edad, tuvo altas temperaturas y esto podría haberle causado la pérdida de audición.”

Florina nunca ha llevado a Mysli al doctor para averiguar qué causó su sordera, o si existe probabilidad de arreglarla.

“ No sé con certeza qué tan grande es su problema, pero no puedo pagar los precios de los cuidados de salud o pagar por medicamentos, si fuesen necesarios,” comenta.

Estimaciones indican que el **número de niños** que viven con una **discapacidad moderada o severa** alcanza los **93 millones** de niños, pero se piensa que el número real es **mucho más alto**

La comunidad Dibra, donde Mysly y su familia viven, tiene lo que ellos llaman “perspectivas tradicionales” sobre la discapacidad y enfermedad, lo cual obliga a las familias a esconder a sus niños con discapacidad en casa. Esto provoca una desventaja aún mayor. En lugar de buscar el correcto —y algunas veces simple— tratamiento para ellos, los padecimientos de dichos niños empeoran.

Mysli vive con su madre, dos hermanas y su abuela, en un hogar de dos habitaciones donde los alimentos y el vestido son escasos. El padre de Mysli es un alcoholístico que no gana dinero ni contribuye al hogar. Ni Mysli ni Elda asisten al kínder porque es muy costoso y no lo pueden pagar.

Conforme Mysli crece y su problema se hace más obvio, es probable que le impida jugar con los otros niños del vecindario porque ellos se alejan de niños que parecen ser diferentes. “Lo máspreciado que tenemos es nuestra compañía,” dice Elidona. “Esto es lo que me fortalece.”

NIÑOS TRABAJADORES Y NIÑOS VÍCTIMAS DE TRATA

Los niños que han sido forzados a trabajar o que han sido víctimas de trata a menudo caen fuera del proceso de conteo. Los niños trabajadores son definidos como tales si están por debajo de la edad mínima para trabajar, o aquellos que pueden legalmente trabajar, pero lo hacen en un trabajo que representa una amenaza para su bienestar. Las peores formas de trabajo infantil incluyen cualquier forma de esclavitud, tráfico, trabajo forzado, prostitución, actividades ilegales y trabajo que pueda perjudicar la salud, seguridad o moral de los niños. Los niños que forman parte o son forzados a hacer trabajos que son sucios, peligrosos o degradantes tienen menos probabilidades de asistir a la escuela y de tener acceso a cualquier forma de cuidado sanitario, por lo que se atrasan en la escuela en promedio dos grados o dos años escolares a la larga, lo que significa un salario 20 por ciento más bajo en sus vidas adultas.

LAS CADENAS DEL TRABAJO INFANTIL

POR BARDHA QOKAJ EN ALBANIA

Klodi, de 10 años, es un niño listo con una dulce sonrisa y grandes esperanzas. “Mi sueño es ser un buen doctor y ayudar a las personas con problemas de salud,” dice. Él sueña acerca del mañana, pero primero Klodi debe sobrevivir el hoy. Junto con su hermana Irena, de 9 años, él recorre las calles y busca en los contenedores de Albania desde las 9 p.m. hasta las 2 a.m. todas las noches, y luego de nuevo desde las 6 a.m. cada día, buscando metal para vender.

Su vida es un legado que su padre les ha dejado a ellos y a sus tres hermanos. Shpetim ha tenido problemas de salud durante la mayoría de sus 42 años, y con sólo 4 años de educación, ha luchado por encontrar un trabajo fijo, lo que ha significado que sus hijos se unan a él en las calles, para ayudarlo a traer suficiente dinero para la comida. Es una historia que se repite mucho en sus comunidades romaníes y egipcias.

La familia de Klodi comparte una pequeña habitación con otras seis. No hay un sanitario dentro, su “sala de estar” contiene unos pocos muebles viejos producto de donaciones, y la forma de vida hace estragos con la salud de los niños. Las pobres condiciones de vida, alimentación inadecuada y exposición a frío y calor extremos durante las largas jornadas de trabajo en las calles hacen que la buena salud esté fuera de alcance.

Shpetim advierte que los niños padecen de neumonía. “Ver a un hijo enfermo y no poder pagar un hospital es la posición más horrible como padre,” afirma.



© Personal de Visión Mundial

Un estimado de 306 millones de niños en todo el mundo están involucrados en algún tipo de trabajo; 215 millones de estos niños son clasificados como niños que trabajan, y 53 millones de niños de edades entre 5 y 14 están involucrados en actividades peligrosas.

NIÑOS HUÉRFANOS

Los niños huérfanos –incluyendo los que acaban huérfanos a causa del VIH, quienes a menudo sufren de mayor estigma y rechazo- caen entre las grietas, ya que se ven obligados a cuidar de sí mismos, o deben apoyarse en familias y miembros comunitarios que ya tienen bastante carga. Los niños huérfanos a causa del VIH pueden hasta tener el virus, y sin tratamiento, enfrentan muertes dolorosas y prematuras. Los niños huérfanos no sólo están afectados emocionalmente por la muerte de sus padres, cuyo deterioro físico pueden haber presenciado, sino que también se ven negados de acceso a servicios vitales de salud, dado que sus necesidades son malentendidas o ignoradas.

CAMINATA HACIA EL TRATAMIENTO

BY MAKOPANO SEMAKALE IN LESOTHO



©Visión Mundial/Makopano Semakale

Por un día entero, Matseleng de 13 años viaja a pie con su hermana de dos años, Makhotsa, atada a su espalda. Su destino es la clínica que provee a la niña del tratamiento contra el VIH que requiere para mantenerse con vida.

El padre de las niñas las abandonó y su madre murió hace dos años, dejando a Matseleng a cargo de Makhotsa, y sus otros dos hermanos, Moliehi de 10 y Reitumetse de seis.

“Cuidar de un bebé tan pequeño ha sido muy difícil. Algunas veces durante la noche, ella llora y yo no estoy segura de lo que le sucede,” dice Matseleng.

Cada mes, Matseleng debe repetir la caminata con su hermanita para asegurarse de que la niña reciba sus medicinas y permanezca sana. Ellas deben llegar al pueblo un día antes y dormir allí, con el fin de asegurarse de ver al doctor la mañana siguiente y que les dé sus medicinas.

“Algunas veces me preocupo por qué vamos a comer, pero siempre llegan buenos samaritanos a nuestro rescate,” dice Matseleng.

Más de **151 millones** de niños en el mundo son **huérfanos**; **18 millones** han perdido ambos padres. **Más del 80** por ciento viven en **Asia y África.**

EMBARAZO Y NACIMIENTO

La falta de conocimiento acerca del número de muertes maternas aún es alta. Ninguna fuente identifica todas las muertes, y la evidencia de algunas es anecdótica.

Las fuentes incluyen censos, encuestas a hogares, encuestas demográficas nacionales y estudios de mortalidad en edad reproductiva, pero todos tienen limitaciones. Los censos, por ejemplo, son sólo llevados a cabo cada 10 años, así que no pueden brindar una reflexión precisa del panorama, e identifican únicamente las muertes relacionadas con el embarazo, y no las muertes maternas. Las muertes relacionadas con el parto no son todas reportadas porque la tarea de atribuir las muertes femeninas al parto se hace más compleja dado que el estado de embarazo o la causa de muerte pueden no estar claros.

A pesar de ello, sabemos que el embarazo y el parto son los mayores asesinos de madres en los países en desarrollo en la actualidad. Las muertes resultantes no sólo derivan de las desventajas, sino que causan más desventajas. Cuando una madre muere, la perspectiva para su bebé es usualmente pobre. La desnutrición prevalece más entre niños sin madre. Casi la mitad de todas las muertes de niños menores de cinco años ocurren dentro del primer mes de nacimiento, y sin la inmunidad que provee el amamantamiento, el bebé es más susceptible a infecciones y enfermedades.

LA INFORMACIÓN Y EL ACCESO CAMBIAN VIDAS

POR ZEESHAN ALVI EN PAKISTÁN

Salma no tiene que buscar lejos para encontrar una historia acerca de una mujer de su comunidad que haya sufrido los efectos de dar a luz sin una partera capacitada.

Una de sus amigas dio a luz a su bebé en casa y aunque el niño nació seguro, la madre se vio severamente debilitada por el parto, dada la falta de nutrición durante el embarazo. Safia, una joven madre del pueblo contiguo tenía una prima, Shamim, que murió mientras daba a luz en su casa.

A pesar de ello, cuando Salma de 18 años quedó embarazada, ella quería dar a luz en su casa con el apoyo de una partera sin capacitación, en lugar de ir a un centro de salud. Se sentía más segura haciendo eso, rodeada de su familia; los centros de salud no están disponibles cerca de donde ella vive, y la situación financiera de la familia no le permite costear un centro de salud, aun cuando pudiera llegar a él.

Pero las historias de mujeres que han sufrido y perdido bebés, atormentaba a Salma. Con la información de los trabajadores locales en salud, ella empezó a comprender la diferencia entre su experiencia y la de su amiga. Ella se dio cuenta que era posible dar a luz con la ayuda de una partera capacitada, sin costo adicional, en un centro de salud cercano.

“Ello salvó mi vida en términos de mi salud y la de mi bebé después del parto. Ahora, cuando veo el rostro de mi hijo, mi corazón se llena de enorme gratitud hacia aquellos que me ayudaron a tomar esta decisión.”



©Visión Mundial/Zeeshan Alvi

La mayoría de los estimados acerca de la mortalidad materna contienen altos niveles de errores de clasificación y falta de reportes

4



©Visión Mundial/Gary Dowd

CERRAR LAS BRECHAS, CON INFORMACIÓN

Se ha hecho mucho progreso desde que los líderes mundiales acordaron y aceptaron los ODMs en el 2000, pero las más grandes mejoras se han hecho entre comunidades que son más fáciles de alcanzar y educar acerca de los servicios de salud, mientras que millones de niños y familias continúan sufriendo y muriendo en lugares remotos de difícil acceso. La brecha mundial en salud es antiética, injusta, y sobre todo, letal. Se acaba el tiempo —y no sólo para alcanzar la fecha límite de los ODMs en el 2015. El tiempo se está acabando para los millones de niños y madres que siguen sufriendo o muriendo innecesariamente, porque se deslizan entre las grietas en la provisión de servicios de salud para salvar vidas.

Un 'estándar de oro' para la recolección de datos es la clave, y debe ser establecido e implementado como prioridad. Cada nación debe enfocarse en los mismos indicadores para la recolección de información, para incluir ingresos, discapacidad, educación, geografía y etnia. Se debe hacer medición para asegurar que hasta los lugares más remotos y de difícil acceso, y las personas que carecen de conocimiento y acceso sean contadas, sean tomadas en cuenta, e involucradas.

La opción más sencilla ha sido la que se ha escogido más a menudo. Cada caso es importante, pero son las comunidades más complejas y desafiantes las que sufren más. Los gobiernos y hacedores de políticas deben asegurar que la discriminación y el terreno difícil no les impidan salvar las vidas de los niños en sus propios países.

Los niños cuyas **madres mueren** tienen diez veces más posibilidades **de morir** antes de cumplir **cinco años.**

CÓMO CERRAR LA BRECHA

- **Asegurar que se ponga mayor atención en el más alto nivel político a cerrar la brecha de salud para mujeres y niños.**
 - A tan sólo 800 días de la fecha límite para los ODM, todavía hay oportunidad de cerrar la brecha en salud. Se requiere acción en los más altos niveles de gobierno, y debe involucrar una buena coordinación entre todos los ministerios y departamentos del gobierno
 - Se deben hacer mayores esfuerzos para buscar a las familias y comunidades que han sido dejadas atrás en cuanto a salud infantil y materna, y se deben orientar los recursos hacia donde tengan el mayor impacto.
- **Abordar el problema de la información faltante para los grupos vulnerables mediante el establecimiento de sistemas rutinarios de recolección de datos a nivel local, nacional e internacional, que midan la brecha en salud.**
 - Mirar bajo los promedios nacionales y tratar de comprender las desventajas que enfrentan las diferentes secciones de la sociedad, tanto las ricas como las pobres.
 - El sistema mínimo de vigilancia para la equidad en salud debe ser representativo a nivel nacional, pero también debe incluir información desglosada por género, educación, ingresos, etnia, discapacidad, geografía, y la salud de grupos indígenas, por ejemplo.
 - Registrar a los niños en el momento del nacimiento de manera gratuita es un elemento importante de un buen sistema de información de salud.
 - Se debe coordinar a nivel nacional un sistema de monitoreo, y los datos deben estar disponibles y ser accesibles de manera pública.
- **Atraer y empoderar a familias y comunidades en la recolección de datos y el planeamiento, entrega y revisión de los servicios de salud.**
 - Un monitoreo de los resultados de salud y de los servicios de salud basado en la comunidad, puede asegurar datos auténticos y confiables, y podría además servir para atraer y empoderar a las comunidades para convertirse en participantes activos en su propia salud.
 - Las familias y comunidades deben sentirse empoderadas para alzar sus voces con respecto a su derecho a cuidados de salud igualitarios y a que los proveedores de servicios de salud y los gobiernos se hagan responsables de su capacidad de brindar dichos servicios.
- **Priorizar la salud infantil y materna en la agenda de desarrollo posterior al 2015, a través de la inclusión de metas ambiciosas para acabar con las muertes evitables de niños y madres, así como reducir de forma significativa la desnutrición crónica**
 - Es vital completar los puntos inconclusos de los ODM y cerrar la brecha en salud, una meta de alto nivel para acabar con las muertes evitables de madres, recién nacidos y niños.
 - La nutrición fue pasada por alto en gran medida en los actuales ODM y requiere mucho más enfoque y atención en el marco de desarrollo posterior al 2015.



©Visión Mundial/Sopheak Kong

Visión Mundial es una organización Cristiana de asistencia, desarrollo y promoción, dedicada a trabajar con niños, familias y comunidades alrededor del mundo, a fin de lograr todo su potencial, atacando las causas de la pobreza e injusticia. Visión Mundial está dedicada a trabajar con las personas más vulnerables del mundo. Visión Mundial sirve a todas las personas sin distinción de religión, raza, etnia o género. Salud Infantil Ahora es la campaña global de cinco años de Visión Mundial, activa en cerca de 50 países, que busca acelerar la acción para acabar con las muertes evitables de niños menores de cinco años.

OFICINAS INTERNACIONALES

Visión Mundial Londres Oficina Ejecutiva

Waterview House
1 Roundwood Avenue
Stockley Park
Uxbridge, UB11 1FG
UK

www.wvi.org

www.childhealthnow.org