



Informe Recover

EL ESTADO DE LA SALUD
MATERNO-INFANTIL EN COSTA DE
MARFIL, CAMERÚN Y BENÍN



Editado por:
Fundación Recover
Hospitales para África

Hilarión Eslava, 27 Bis. 1ª planta, local 7
28015 Madrid
Tel.: +34 91 411 09 68
info@fundacionrecover.org
www.fundacionrecover.org

Redacción de textos:
Anna Arakelyan
Coordinación:
Susana Romao, Nery Villalobos
Revisión de textos:
Katia Álvarez, Chus de la Fuente
Diseño y maquetación:
Escriña Diseño Gráfico

Índice

pág

1. Marco internacional para la promoción de la salud materno-infantil	7
1.1. Nuevos Objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS)	8
1.2. Salud materno-infantil: una perspectiva transversal de las metas de los ODS	8
2. Perspectiva del estado actual de la salud materno-infantil: Progreso y retos	17
3. Estado actual de la salud materno-infantil en Costa de Marfil, Camerún y Benín .	26
3.1. Costa de Marfil, Camerún y Benín: perfiles generales de la salud. .	27
3.1.1. Costa de Marfil	27
3.1.2. Camerún.	31
3.1.3. Benín	36
3.2. Comparativa Costa de Marfil, Camerún y Benín: indicadores de la salud materno-infantil	40
3.2.1. Tasa de mortalidad materna.	41
3.2.2. Tasa de partos atendidos por personal de la salud cualificado.	41
3.2.3. Tasa de mortalidad infantil y tasa de mortalidad neonatal	42
3.2.4. Porcentaje de mujeres en edad reproductiva con acceso a métodos de planificación familiar.	43
3.2.5. Tasa de natalidad en mujeres adolescentes	45
3.3. Costa de Marfil, Camerún y Benín: factores que influyen en la salud materno-infantil	46
3.3.1. Financiación del sector de la salud Pública en Benín, Costa de Marfil y Camerún	47
3.3.2. Factores que influyen en la calidad de los servicios del seguimiento del embarazo y salud materno-infantil . . .	51
3.3.2.1. Recursos.	51
3.3.2.2. Educación y Sensibilización sobre Salud Sexual y Reproductiva.	59
4. La Cooperación al Desarrollo y la Acción Humanitaria en el campo de la Salud. .	62
4.1. La Ayuda Oficial al Desarrollo en el sector Salud en los países de África Subsahariana	64
4.2. España y ayuda oficial al desarrollo en el sector de la salud	66
Citas y bibliografía	69



Presentación informe SMI

África es el más joven de los continentes. Mientras que entre sus laderas, selvas y costas nacen 39 bebés por cada 1.000 habitantes, en Europa hay 10 neonatos, contando así con una edad media de 23 años, en contraste con la española de 42. Unas cifras que se ven reflejadas en cada informe y en cada dato, empezando por los sanitarios: mientras en un hospital medio de la capital de Camerún se atienden más de 2.000 partos al año, con una base de 45.000 pacientes, en el hospital madrileño de La Paz, referencia en volumen de partos en Europa, se atienden 5.700, con una base de más de 200.000 pacientes.

Pero por desgracia, estos elevados índices de natalidad del continente africano, y más concretamente del África subsahariana, no van solos. El joven continente soporta también los índices más elevados de mortalidad materna, infantil y neonatal.

No obstante, gracias al esfuerzo de todos los agentes implicados, como gobiernos, organismos internacionales o de cooperación internacional, la situación ha mejorado mucho en los últimos años. Por esta razón, mantenemos la esperanza en que las cifras pueden revertirse y que, con el compromiso de los países con mayores recursos, logremos rebajar las cifras de mortalidad.

En Fundación Recover, donde contamos con 10 años de trabajo en Camerún y otros países vecinos, somos conscientes de esta realidad y ponemos cada día nuestro empeño para conseguirlo, sumando así nuestros esfuerzos para la consecución de los ODS marcados en la agenda 2030. Desde nuestra pequeña dimensión, tenemos en marcha diversos proyectos que contribuyen a lograrlo:

- Ampliando, rehabilitando y equipando las áreas de maternidad en diferentes centros médicos como

en Obout, Bouaflé, Kpakpame, Sangmelimá, Djunang o San Martín de Porres, entre otros.

- Formando profesionales sanitarios vinculados a ginecología y pediatría, con formación formal e informal y con estancias en centros hospitalarios en Europa y en África. En total, 13 formaciones que suponen el 18% de las becas ofertadas por Recover.

- Apoyando en el diagnóstico y tratamiento desde nuestro programa de Telemedicina Salud 2.0, donde junto a medicina interna, las áreas de ginecología y pediatría son las más consultadas, con más de un 25%.

- Con campañas rurales de sensibilización y formación sobre salud reproductiva y enfermedades de transmisión sexual. Solo en 2017 se sensibilizó a casi 500 personas en el entorno de Sangmelimá, en Camerún.

- Con la creación y puesta en marcha de una campaña de sensibilización y despistaje sobre cáncer de cuello útero que, arrancando en 2017, ha logrado formar a 5 centros de Camerún que atenderán, al menos, a 1.300 mujeres en este primer año de vida del programa.

Se trata de pequeñas iniciativas que, sin lugar a dudas, tienen un importante impacto en las poblaciones beneficiarias.

Con este informe, nuestro objetivo último es dar un paso más allá en el necesario cambio que debe darse en la realidad sanitaria de estos países. Creemos firmemente que poner en relieve la situación real de la salud materno-infantil en los países en los que tenemos presencia (Camerún, Benín y Costa de Marfil) contribuye a crear conciencia global sobre la situación de inequidad internacional, así como aporta argumentos adicionales que, esperamos, inviten a unirse a esta causa para que el lugar donde nacemos, en un futuro próximo, ya no determine la salud que vamos a tener.

Nuestro mayor agradecimiento a todas las instituciones -OMS, Unicef, Médicos del Mundo...-, que han documentado esta realidad y han servido de soporte para la elaboración de estas páginas.

“La supervivencia, la salud y el bienestar de las mujeres, niños y adolescentes son esenciales para acabar con la pobreza extrema, fomentar el desarrollo y la resiliencia, y lograr los ODS.”

Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer,
el Niño y el Adolescente (2016-2030)

7

MARCO INTERNACIONAL
PARA LA PROMOCIÓN DE LA
SALUD MATERNO-INFANTIL



1.1. Nuevos Objetivos de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS)

En el año 2015, más de 150 líderes mundiales y representantes de organismos de las Naciones Unidas, instituciones financieras para el desarrollo, organizaciones internacionales y sociedad civil se reunieron en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York para adoptar una nueva y ambiciosa agenda para el desarrollo sostenible. Se trataba de una oportunidad histórica y sin precedentes de unir a países y ciudadanos de todo el mundo con el objetivo de decidir sobre el futuro común y emprender nuevos caminos de mejora de la calidad de vida a lo largo y ancho del globo.

La nueva agenda, “Transformando Nuestro Mundo: Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”, presentó nuevos objetivos para el desarrollo sostenible, 17 en total, con sus respectivas metas, que son los hitos con los que evaluar el progreso de los objetivos de desarrollo sostenible para el mundo en 2030.

A primera vista, podría parecer que la salud tiene un papel secundario en los ODS, pues sólo uno de los 17 objetivos establece metas específicas para la salud. Sin embargo, este objetivo de “Garantizar vidas saludables y promover el bienestar para todos a todas las edades” (ODS3) es mucho más extenso y está en realidad respaldado por 13 metas que se conectan de manera transversal con muchos de los demás objetivos. Esto le brinda a la salud una posición central en todo el marco de los ODS, pues cualquier otro determinante social, ambiental u económico, como la educación, los ingresos y la urbanización, tiene impacto sobre la salud y, a su vez, dependen de que la población esté sana. **De esta forma, la salud queda reconocida en los ODS como uno de los factores clave para el desarrollo humano¹.**

1.2. Salud materno-infantil: una perspectiva transversal de las metas de los ODS

El ODS 3 aborda las prioridades principales de la salud y llama a mejorar la salud reproductiva, materna e infantil²; acabar con las enfermedades transmisibles; reducir las enfermedades no transmisibles y otros peligros para la salud; garantizar el acceso universal a vacunas y medicamentos seguros, efectivos, de calidad y asequibles, así como a la cobertura universal de la salud para todos.

Además, **entre las metas del ODS 3, la salud materno-infantil y la salud de los y las adolescentes fueron reconocidas por la comunidad internacional como un tema transversal que debe integrarse en el resto de los ODS con sus respectivas metas.** La evidencia muestra que la prevención, intervención y tratamiento oportunos reducen la morbilidad y mortalidad materna, perinatal, neonatal y postneonatal.

“La supervivencia, la salud y el bienestar de las mujeres, niños y adolescentes son esenciales para acabar con la pobreza extrema, fomentar el desarrollo y la resiliencia, y lograr los ODS.” Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030)³.

En 2010, el entonces Secretario General de las Naciones Unidas Ban Ki-moon lanzó la campaña global “Todas las mujeres, todos los niños” para impulsar el apoyo mundial y mantener la salud y el bienestar de las mujeres, niños y adolescentes en el corazón del desarrollo sostenible. Hoy en día se ha convertido en una plataforma que reúne a múltiples agentes interesados, moviliza alianzas y coordina esfuerzos en todos los sectores del desarrollo sostenible para garantizar que cada mujer, cada niño/a y adolescente no solo sobreviva, sino también prospere para ayudar a transformar el mundo. **Desde el año 2015, 62 países se han unido al movimiento y se forjaron alrededor de 150 compromisos de múltiples partes interesadas, con un total de 30 mil millones de dólares,** para cumplir con las promesas de un futuro sostenible para todos⁴.

La OMS (Organización Mundial de la salud), el organismo especializado de las Naciones Unidas para la salud y la agencia principal para la cooperación internacional a nivel mundial en materia de la salud, reconoce que la salud materna, perinatal, neonatal y postnatal son cruciales para todas las personas, sociedades y países y deberían ser consideradas como temas clave desde la perspectiva de los derechos humanos y del bienestar de todas las sociedades.

En 2016, la OMS lanzó la estrategia actualizada⁵ para mejorar la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes y poner fin a todas las muertes evitables para 2030.

Los objetivos de la estrategia están alineados con los ODS, y son:

“Sobrevivir - Poner fin a la mortalidad prevenible;

- Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 defunciones por 100 000 nacidos vivos.
- Reducir la tasa de mortalidad de recién nacidos al menos a 12 defunciones por 1 000 nacidos vivos en todos los países.
- Reducir la mortalidad de menores de cinco años al menos a 25 defunciones por 1 000 nacidos vivos en todos los países.
- Poner fin a las epidemias de VIH, tuberculosis, malaria, enfermedades tropicales desatendidas y otras enfermedades transmisibles.
- Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles y promover la salud y el bienestar mentales.

Prosperar - Lograr la salud y el bienestar;

- Poner fin a todas las formas de malnutrición y atender las necesidades nutricionales de las adolescentes y las embarazadas, así como de las madres lactantes.
- Garantizar el acceso universal a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva (incluida la planificación familiar) y al goce de los derechos correspondientes.
- Garantizar un desarrollo adecuado de la totalidad de las niñas y los niños en la primera infancia.
- Reducir considerablemente la mortalidad y la morbilidad relacionadas con la contaminación.
- Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, y el acceso a servicios, medicamentos y vacunas esenciales de calidad.

Transformar - Ampliar los entornos propicios;

- Erradicar la pobreza extrema.
- Ampliar los entornos propicios.
- Garantizar que la totalidad de las niñas y los niños completen la educación primaria y secundaria.
- Eliminar todas las prácticas nocivas, la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas.
- Lograr el acceso universal a agua potable segura y asequible y a servicios de saneamiento e higiene.
- Fomentar la investigación científica, mejorar las capacidades tecnológicas y alentar la innovación.
- Dotar a todas las personas de identidad jurídica, incluido el registro de los nacimientos.
- Reforzar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.”

Tabla 1. Perspectiva transversal de la Salud materno-infantil en las metas de ODS

OBJETIVOS METAS



Meta 1.2. Para 2030, reducir al menos a la mitad la proporción de hombres, mujeres y niños de todas las edades que viven en la pobreza en todas sus dimensiones con arreglo a las definiciones nacionales.

Meta 1.3. Poner en práctica a nivel nacional sistemas y medidas apropiadas de protección social para todos, incluidos niveles mínimos, y, para 2030, lograr una amplia cobertura de los pobres y los vulnerables.

Meta 1.4. Para 2030, garantizar que todos los hombres y mujeres, en particular los pobres y los vulnerables, tengan los mismos derechos a los recursos económicos, así como acceso a los servicios básicos, la propiedad y el control de las tierras y otros bienes, la herencia, los recursos naturales, las nuevas tecnologías apropiadas y los servicios financieros, incluida la microfinanciación.



Meta 2.2. De aquí a 2030, poner fin al hambre y asegurar el acceso de todas las personas, en particular los pobres y las personas en situaciones de vulnerabilidad, incluidos los niños menores de 1 año, a una alimentación sana, nutritiva y suficiente durante todo el año.



Meta 3.1. Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacimientos vivos.

Meta 3.2. Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1 000 nacimientos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1 000 nacimientos vivos.

Meta 3.3. Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.

Meta 3.7. Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de la salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

Meta 3.8. Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de la salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.



Meta 4.2. De aquí a 2030, asegurar que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y educación preescolar de calidad, a fin de que estén preparados para la enseñanza primaria.



Meta 5.1. Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.

Meta 5.2. Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.

Meta 5.3. Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina (MGF).



Meta 6.2. De aquí a 2030, lograr el acceso a servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos para todos y poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas y las personas en situaciones de vulnerabilidad.



Meta 16.2. Poner fin al maltrato, la explotación, tráfico y todas las formas de violencia y tortura contra los niños.

Meta 16.9. De aquí a 2030, proporcionar acceso a una identidad jurídica para todos, en particular mediante el registro de nacimientos.



17.3. Movilizar recursos financieros adicionales de múltiples fuentes para los países en desarrollo.

17.6. Mejorar la cooperación regional e internacional Norte-Sur, Sur-Sur y triangular en materia de ciencia, tecnología e innovación y el acceso a estas, y aumentar el intercambio de conocimientos en condiciones mutuamente convenidas, incluso mejorando la coordinación entre los mecanismos existentes, en particular a nivel de las Naciones Unidas, y mediante un mecanismo mundial de facilitación de la tecnología.

17.9. Aumentar el apoyo internacional para realizar actividades de creación de capacidad eficaces y específicas en los países en desarrollo a fin de respaldar los planes nacionales de implementación de todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incluso mediante la cooperación Norte-Sur, Sur-Sur y triangular.

17.16. Mejorar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible, complementada por alianzas entre múltiples interesados que movilicen e intercambien conocimientos, especialización, tecnología y recursos financieros, a fin de apoyar el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en todos los países, particularmente los países en desarrollo.

17.17. Fomentar y promover la constitución de alianzas eficaces en las esferas pública, público-privada y de la sociedad civil, aprovechando la experiencia y las estrategias de obtención de recursos de las alianzas.

17.18. De aquí a 2020, mejorar el apoyo a la creación de capacidad prestado a los países en desarrollo, incluidos los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo, para aumentar significativamente la disponibilidad de datos oportunos, fiables y de gran calidad desglosados por ingresos, sexo, edad, raza, origen étnico, estatus migratorio, discapacidad, ubicación geográfica y otras características pertinentes en los contextos nacionales.

17.19. De aquí a 2030, aprovechar las iniciativas existentes para elaborar indicadores que permitan medir los progresos en materia de desarrollo sostenible y complementen el producto interno bruto, y apoyar la creación de capacidad estadística en los países en desarrollo.

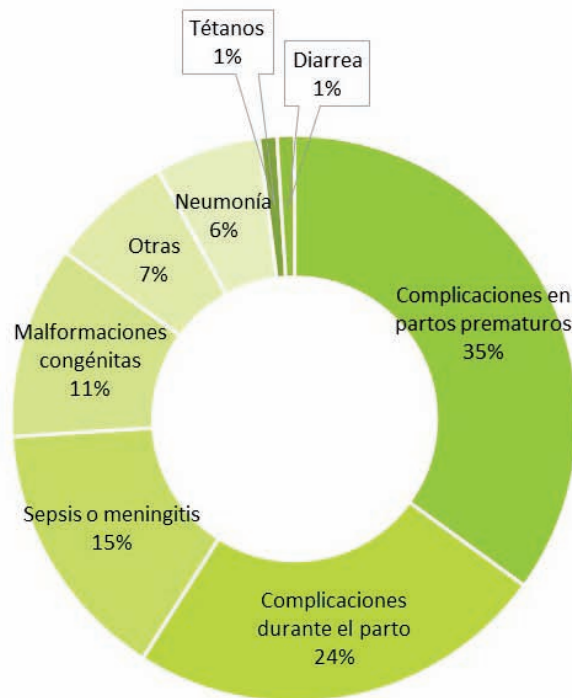
Cada año, alrededor de 2,6 millones de bebés mueren antes de cumplir un mes de edad. Otros 2,6 millones nacen muertos.

Las muertes de los recién nacidos constituyen un impactante 46% de todas las muertes infantiles. En el 80% de los casos, estas muertes neonatales son causadas por nacimientos prematuros, complicaciones durante el parto e infecciones (sepsis, neumonía, meningitis) siendo muchas de ellas evitables mediante el acceso a servicios sanitarios esenciales y de calidad relacionados con la atención prenatal, perinatal y postnatal **(Meta 3.8)**.⁶ **La neumonía, la diarrea y la malaria siguen siendo las principales causas de la muerte entre los niños y niñas menores de 5 años, representando casi un tercio de las muertes en menores de 5 años y alrededor del 40% de las muertes en menores de 5 años en África subsahariana.** Las principales causas de la mortalidad de niños/as menores de 5 años en 2016 incluyeron complicaciones del parto prematuro (18%), neumonía (16%), episodios intraparto (12%), diarrea (8%), sepsis neonatal (7%) y malaria (5%) **(Meta 3.3)**. Muchas de estas enfermedades infecciosas podrían prevenirse con vacunas **(Meta 3.8)**.⁷

Entre las causas y los factores de alto riesgo más importantes para la mortalidad infantil y el desarrollo infantil deteriorado se encuentran el retraso en el crecimiento y la desnutrición. La malnutrición contribuye a aproximadamente el 45% de las muertes de niños y niñas menores de cinco años en todo el mundo⁸. Combatir la pobreza (ODS1) y ayudar a las familias a acceder a la alimentación necesaria para la nutrición adecuada de sus hijos e hijas disminuiría las muertes de menores de 5 años en todo el mundo y ayudaría a lograr mejor calidad de vida para millones de personas en el futuro **(Meta 2.2)**.⁹

La evidencia reciente de la investigación científica demuestra que para el desarrollo integral infantil, la estimulación es al menos tan importante como la nutrición y hay amplia evidencia del beneficio económico de la educación infantil temprana (Meta 4.2). Además, el estrés tóxico causado por factores externos como las guerras, conflictos, desastres, etc. afecta el desarrollo del cerebro de menores de edad y se mitiga a través de la protección infantil **(Metas 5.2 y 16.2)**¹⁰.

Imagen 1. Causas de la muerte de recién nacidos, OMS 2016

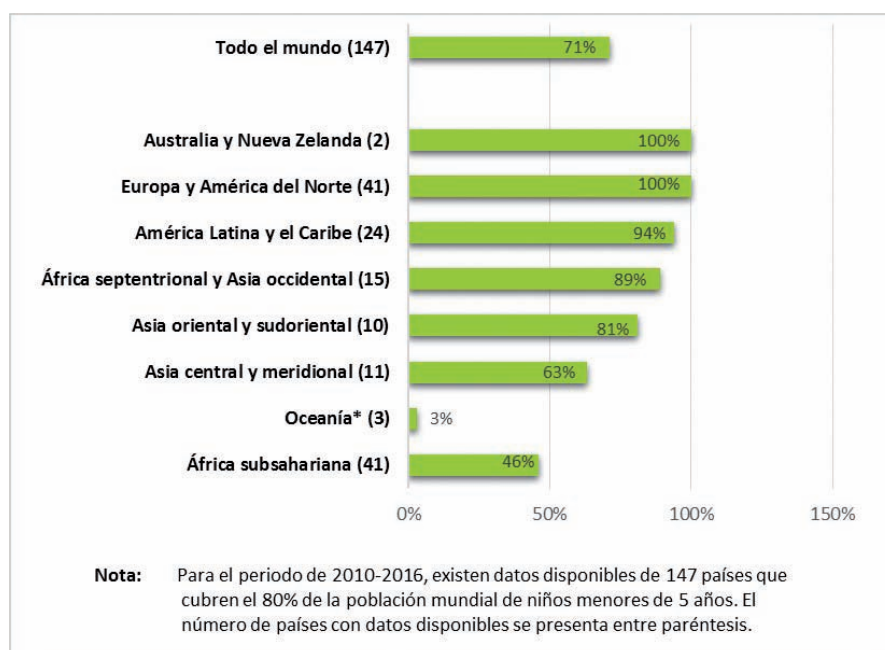


Nota: Las estimaciones se han redondeado y por eso puede que no sumen 100%.

Cuando hablamos de los derechos de la infancia y de la protección de los niños y niñas, es crucial tener en cuenta que, sin registro de nacimiento (**Meta 16.9**), los niños/as no podrán salvaguardar sus derechos y tener acceso a los distintos servicios sociales (salud, educación, justicia, etc.) y tampoco habrá información adecuada para medir el progreso hacia el cumplimiento del ODS3 y la rendición de cuentas¹¹.

La Dra Margaret Chan, directora de la OMS, afirma que “educación y salud van de la mano (ODS4). Así, las niñas con mayor nivel educativo tienen menos hijos y más tarde, también son mejores madres, aumentan su status, favorecen su salud sexual y ofrecen un entorno más saludable a su familia”.¹²

Imagen 2. Proporción de niños y niñas menores de 5 años con nacimientos registrados¹³



Según los datos de la OMS, en 2015 murieron aproximadamente 830 mujeres cada día por causas que se podrían evitar, las cuales fueron relacionadas con el embarazo y el parto. Un 99% de la mortalidad materna correspondió a los países empobrecidos. Las principales causas de la muerte fueron la hemorragia (27% de todas las muertes maternas), la hipertensión y la preeclampsia (14%), así como las infecciones y otras causas indirectas, especialmente la situación de la salud de la mujer embarazada con enfermedades o patologías ya preexistentes y agravadas por el embarazo (28%, en su mayor parte se trata de diabetes, cardiopatías y VIH/SIDA).¹⁴

De las 830 muertes maternas diarias, 550 ocurrieron en África subsahariana y 180 en el sur de Asia, lo que contrasta con las 5 muertes ocurridas en países con altos ingresos. El riesgo de que una mujer en un país con un Índice de Desarrollo Humano (IDH) bajo, muera por causas relacionadas con la maternidad durante su vida es aproximadamente 33 veces mayor en comparación con una mujer de un país con un IDH alto¹⁵. Lograr disminuir los niveles de la pobreza y la pobreza extrema en los países empobrecidos (**ODS 1**) y promover la protección social de las personas más vulnerables, mujeres y niños/as en primer lugar, a través de la cobertura sanitaria universal (**Meta 3.8**) son los mecanismos clave para poder combatir de manera eficaz y completa la mortalidad y morbilidad materno-infantil en todo el mundo.

Otro factor crucial que subyace tanto a la mortalidad materno-infantil como a las enfermedades transmitidas por el agua, a la malnutrición y al microbioma, es el saneamiento (**Meta 6.2**).¹⁶

Existe una relación directa entre las muertes a causa de infecciones y condiciones antihigiénicas durante el parto y nacimiento, en el hogar o en las instalaciones sanitarias, y por prácticas de higiene deficientes en las seis semanas después del nacimiento. Una higiene deficiente durante y después

del corte del cordón umbilical, así como las manos sucias o el uso de trapos sucios, puede producir significativamente más infecciones en el cordón umbilical en los recién nacidos. Así, los niños/as, desde el nacimiento hasta la infancia, corren el riesgo de contraer infecciones, sufrir un retraso en su desarrollo y manifestar una función cognitiva reducida como resultado de ingerir agua poco saludable, disponer de un saneamiento deficiente u otras prácticas antihigiénicas. **Aproximadamente medio millón de niños y niñas mueren cada año de enfermedades diarreicas causadas por agua sucia y malas prácticas sanitarias y de higiene.** El 50% de la malnutrición mundial se debe a enfermedades transmitidas por el agua, como la diarrea y las lombrices intestinales, y se puede atribuir un cuarto de retraso en el crecimiento a cinco o más episodios de diarrea antes de los dos años de edad.¹⁷

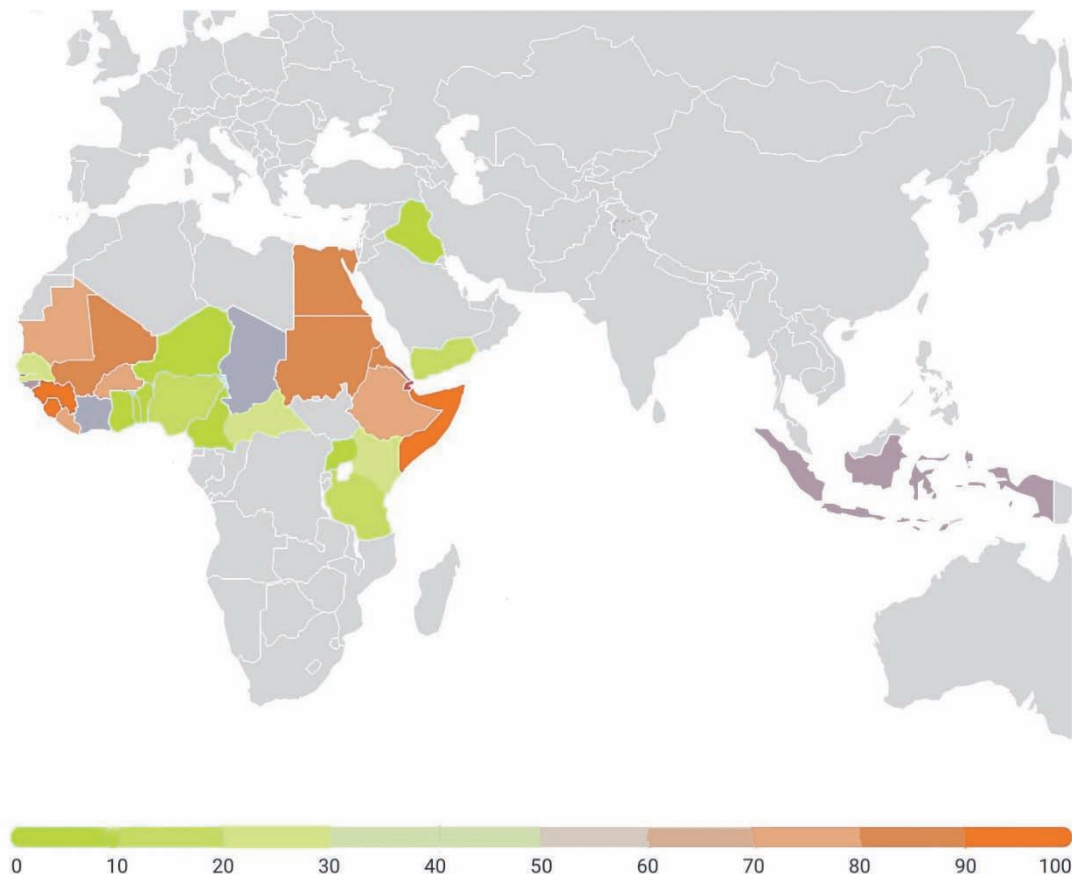
Los países con altas tasas de mortalidad materna son aquellos en los que la carga de enfermedades infecciosas sigue siendo alta, y la información sanitaria y la atención primaria de salud son de difícil acceso. Por tanto, mejorar el acceso al agua limpia y al saneamiento y proporcionar a las mujeres embarazadas servicios básicos e información precisa sobre higiene es vital para reducir las tasas de mortalidad materna y cumplir con los objetivos mundiales para erradicar las muertes infantiles evitables.

Muchas complicaciones en la salud a las que se enfrentan madres y niños/as están causadas por el embarazo precoz y por un espaciamiento inadecuado entre los embarazos. Aproximadamente 16 millones de niñas dan a luz cada año. Este número representa alrededor del 10% de todos los nacimientos. **En los países empobrecidos las complicaciones causadas por el embarazo y el parto prematuro son la principal causa de la muerte entre las niñas de 15-19 años.** Los bebés recién nacidos de madres adolescentes tienen mayor probabilidad de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años. Esas muertes pueden prevenirse mediante la planificación familiar y el cese del matrimonio precoz y forzado (**Metas 3.7 y 5.3**).¹⁸

La mutilación genital femenina (MGF), tradición que es una terrible forma de violencia contra mujeres y niñas, es altamente peligrosa y nociva para su salud; se da en 30 países del mundo y se estima que se le ha practicado a al menos 200 millones de niñas y mujeres¹⁹. Su práctica resulta en graves consecuencias para la salud sexual y reproductiva de las mujeres y conlleva múltiples problemas para la salud, como dolores crónicos, quistes dermoides, abscesos y úlceras genitales, cicatrices hipertróficas, infecciones del aparato reproductor e infecciones de transmisión sexual, VIH, complicaciones durante el parto y peligros para la vida del recién nacido, así como numerosos trastornos psicológicos. Aunque en los últimos años, según los informes de países donde se lleva registro de casos de mutilación genital femenina, se ha observado una reducción importante de esta práctica, mucho queda por hacer para conseguir datos oficiales y fiables sobre su prevalencia y terminar con su práctica para siempre (meta 5.3). Detrás de estos problemas, que también impiden el acceso a la atención médica, está la discriminación contra las mujeres y las niñas (**Meta 5.1**).²⁰

“Entre las metas de los ODS, la salud materno-infantil y la salud de los y las adolescentes fueron reconocidas por la comunidad internacional como un tema transversal.”

Imagen 3. Porcentaje de la población mundial de mujeres y niñas de 15 a 49 años que han sufrido algún tipo de MGF, UNICEF 2018



Notes: In Liberia, girls and women who have heard of the Sande society were asked whether they were members; this provides indirect information on FGM since it is performed during initiation into the society. Data for Indonesia refer to girls aged 0 to 11 years since prevalence data on FGM among girls and women aged 15 to 49 years is not available.

Source: UNICEF global databases, 2018, based on DHS, MICS and other national surveys, 2004-2017.

Por último, **sin la financiación adecuada y sin el compromiso global (ODS17) que se manifieste a través de la creación y fortalecimiento de las alianzas para alcanzar las metas del ODS3, la promoción de la salud materno-infantil seguirá siendo una prioridad a causa de su naturaleza transversal.** Sin ella, los países de bajos ingresos no sólo no podrían alcanzar el resto de las metas del ODS3 para el año 2030, sino que también fracasarían en cumplir con los demás ODS, ya que el tema de la salud materno-infantil está directamente relacionado con el fomento del potencial humano, y la promoción del bienestar y la salud en las sociedades, siendo así una inversión esencial para el futuro y una de las claves del desarrollo sostenible.

“La cooperación surge de la convicción plena de que nadie puede llegar a la meta si no llegan todos.”

Virginia Burden

2

PERSPECTIVA DEL ESTADO ACTUAL DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL: PROGRESO Y RETOS



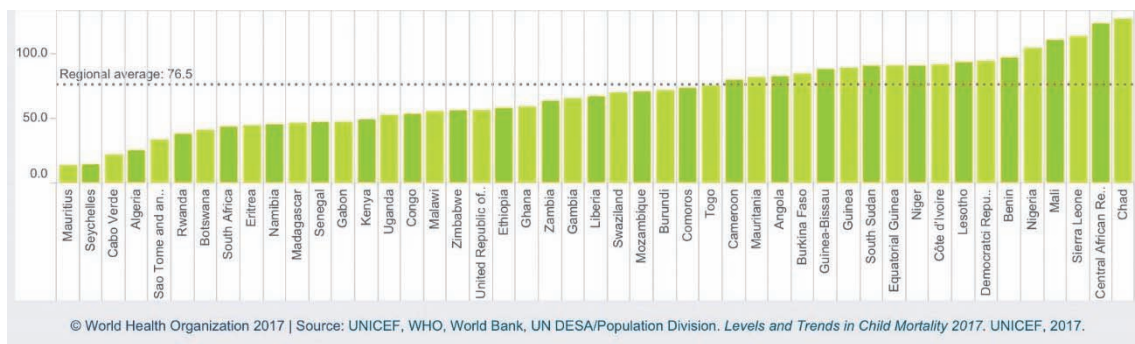
Desde la implementación de la Agenda para el Desarrollo del Milenio 2000-2015, en los últimos 15 años han tenido lugar avances notables en la salud a nivel mundial. La incidencia de enfermedades transmisibles ha disminuido, al igual que las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles. Los servicios de la salud se han actualizado mediante mejoras en programas de control materno y reproductivo; eliminación selectiva de enfermedades y control, que incluyen un tratamiento más amplio y vacunación; y una mayor financiación para apoyar la investigación médica y la salud básica en los países empobrecidos.

Aun así, para poder alcanzar las metas y cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, estas intervenciones deben ampliarse, especialmente en las regiones de África subsahariana y Asia del sur que, según indican los datos de la ONU (UNSTAT), tienen los mayores niveles de morbilidad y mortalidad materno-infantil²¹.

2.1. Reducción de la tasa de mortalidad infantil

Hasta hoy, ha habido avances significativos en la reducción de la mortalidad infantil. En 2016, la tasa de mortalidad de niños/as menores de 5 años en todo el mundo fue de 40,8 muertes por cada 1 000 nacimientos vivos, un avance extraordinario frente a las 77,5 muertes en el año 2000. A pesar de mostrar tendencias estables positivas en la reducción de mortalidad infantil, persisten grandes disparidades regionales y nacionales. **África subsahariana sigue teniendo la mayor tasa de mortalidad en menores de 5 años a nivel mundial, con 76,5 muertes por cada 1 000 nacimientos vivos en 2016, que es casi el doble del promedio mundial (Imagen 4).**

Imagen 4. La tasa de mortalidad de menores de 5 años en África subsahariana, OMS 2017²²

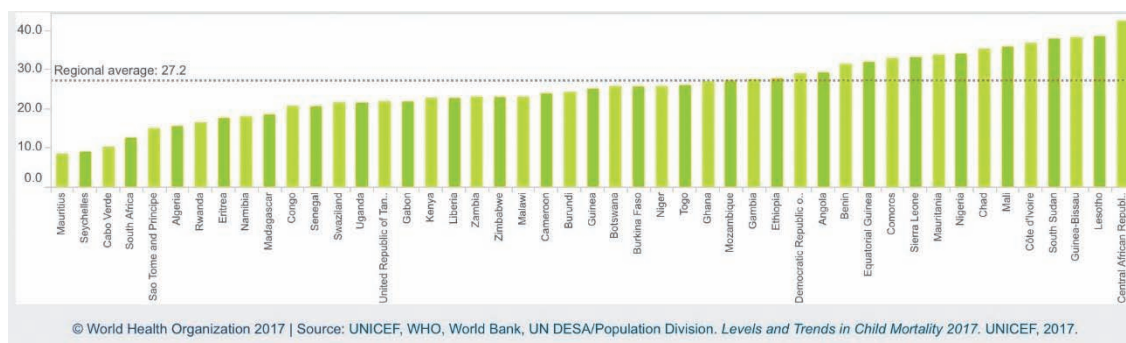


Los niños y niñas son mucho más vulnerables durante los primeros 28 días de vida (el período neonatal), pues cerca de 7 000 bebés recién nacidos mueren cada día. Además, se estima que por encima del 80% de estas muertes durante el período neonatal son resultado de causas que podrían haberse prevenido mediante actuaciones básicas, tales como atención médica asequible y de calidad ofrecida por personal sanitario bien capacitado, nutrición adecuada prenatal y postnatal para la madre y el bebé, o acceso a agua limpia potable y servicios de saneamiento e higiene adecuados. A su vez, se estima que el 40% de las muertes neonatales podrían prevenirse ofreciendo atención de alta calidad a la madre y al bebé durante el proceso del parto.

En el año 2016, las muertes de recién nacidos constituyeron el 46% de las muertes en menores de 5 años. De hecho, las muertes de recién nacidos ahora representan una creciente proporción de las muertes entre los niños menores de 5 años, una tendencia inquietante que llama a prestar mayor atención a este período crucial para la supervivencia de los bebés. En 2016, la tasa mundial de mortalidad

neonatal fue de 18,6 muertes por cada 1 000 nacimientos vivos, un progreso importante que indica una tendencia hacia la mejora de la situación a nivel mundial. Aun así, este indicador sigue alto en las regiones del Este del Mediterráneo (27,7), África subsahariana (27,2) y Asia Central y Meridional (22,6) (Imagen 5).

Imagen 5. La tasa de mortalidad neonatal en África subsahariana, OMS 2017²³



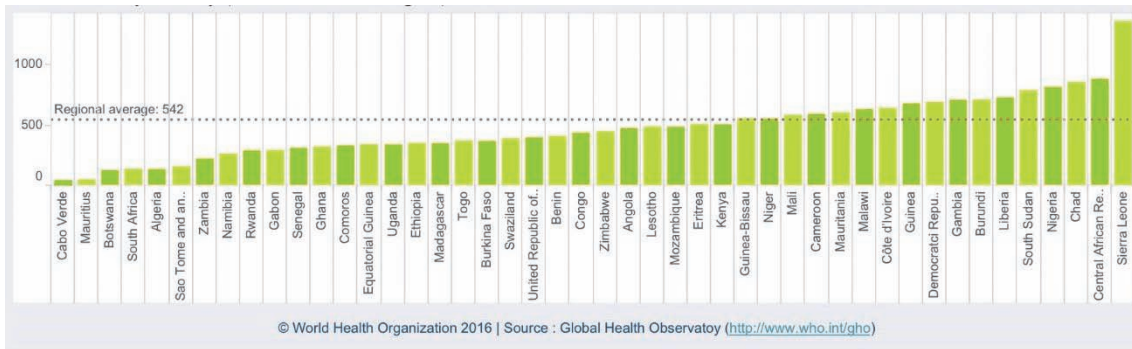
Otro tema que últimamente ha sido reconocido como urgente, pero que ha estado desatendido hasta hoy y por tanto ha pasado desapercibido durante años sin haberse visto reflejado en los ODS, es el problema de los mortinatos, niños que nacen muertos, lo que hoy por hoy apenas se refleja en las políticas y programas de la salud materno-infantil. Se estima que en 2015, por cada 1000 nacimientos, hubo 18,4 bebés que nacieron muertos. Los datos de la OMS constatan que alrededor de 2,6 millones de mortinatos ocurren anualmente en todo el mundo. El 98% tienen lugar en los países de bajos y medianos ingresos y 1,3 millones o la mitad de ellos ocurren durante el parto y el nacimiento. Tres cuartos de todos los mortinatos ocurrieron en el sur de Asia y el África subsahariana y el 60% se producen en familias rurales de estas áreas debido a falta de atención obstétrica cualificada y acceso a los servicios sanitarios de calidad. La tasa de mortinatos en África subsahariana es aproximadamente 10 veces superior a la de los países desarrollados (29 frente a 3 por cada 1000 nacimientos)²⁴.

2.2. Reducción de la tasa de mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna (indicador ODS 3.1.1) es el número anual de muertes de mujeres por cada 100.000 nacimientos vivos por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su proceso (excluyendo causas accidentales o incidentales). La tasa incluye las muertes durante el embarazo, el parto o dentro de los 42 días posteriores a la interrupción del embarazo, independientemente de la duración y el lugar del mismo, durante un año específico.²⁵

En 2015, el número global de fallecimientos de mujeres debido a complicaciones durante el embarazo y el parto fue de 303 000 muertes registradas. Esto se traduce en una tasa mundial de mortalidad materna de 216 muertes por cada 100 000 nacimientos vivos en 2015, lo que significa una reducción del 37% desde el año 2000. **Alcanzar el objetivo mundial de menos de 70 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos vivos para 2030 requiere una tasa mundial anual de reducción de al menos un 7,5%, más del doble de la tasa alcanzada entre 2000 y 2016 (Imagen 6).** En África subsahariana, este indicador es el más alto del mundo, alcanzando una media de 542 muertes maternas por 100 000 nacimientos vivos.

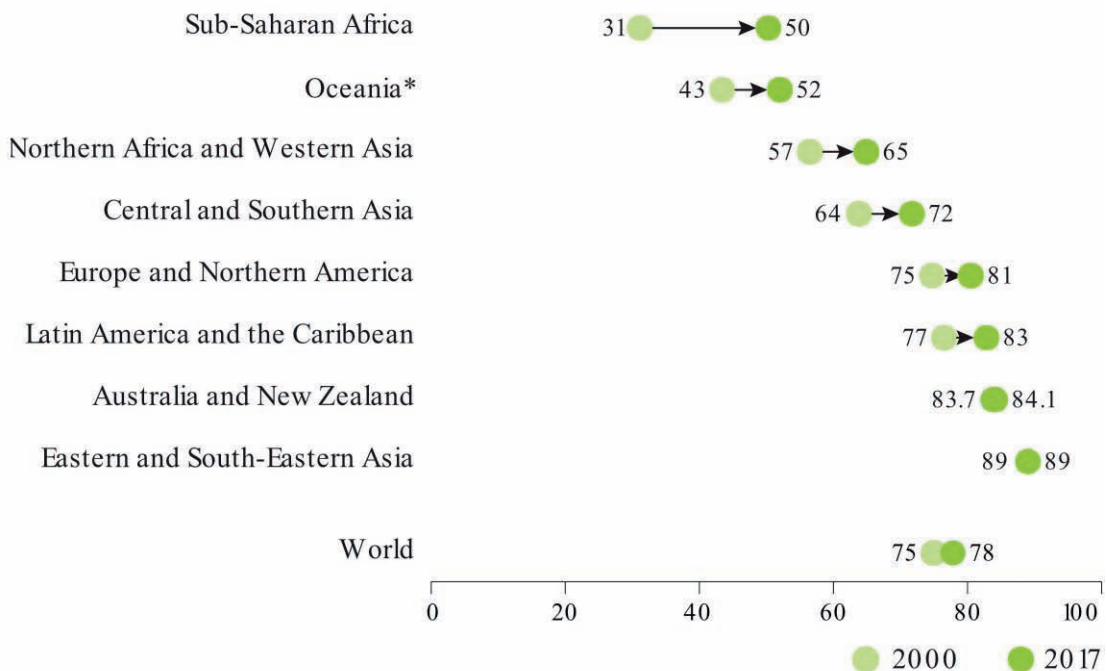
Imagen 6. La tasa de mortalidad materna en África subsahariana, OMS 2016²⁶



La mayoría de esas muertes se podrían prevenir proporcionando atención prenatal durante el embarazo y atención especializada durante el parto, así como atención y apoyo en las semanas posteriores al parto. En África subsahariana, solo la mitad de los nacimientos vivos se beneficiaron de la atención especializada durante el parto en 2016.

Por otro lado, la prevención de embarazos no deseados a través del acceso universal a la planificación familiar es fundamental para mejorar aún más la salud y el bienestar de las mujeres y los niños y niñas. En el año 2017, se estimó que el 78% de las niñas y mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) en todo el mundo tendrían necesidades de planificación familiar adecuada con métodos modernos. A nivel mundial existen amplias disparidades regionales: en 2017, la mitad de las mujeres casadas o en unión en África subsahariana y en Oceanía, con la excepción de Australia y Nueva Zelanda, que necesitaban planificación familiar, no tuvieron acceso a estos servicios.

Imagen 7. Proporción de mujeres en edad reproductiva, casadas o en unión, cuyas necesidades de planificación familiar con métodos modernos fueron cumplidas. Comparativa entre 2000 y 2017²⁷



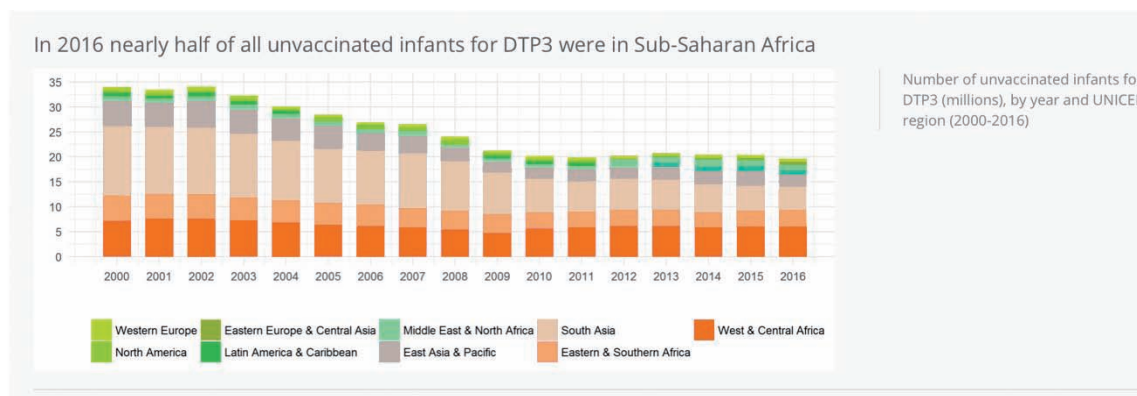
Note: Oceania* refers to Oceania excluding Australia and New Zealand.

2.3. Vacunación

La vacunación evita aproximadamente entre 2 y 3 millones de muertes al año a causa de la difteria, el tétanos, la tos ferina y el sarampión, pudiéndose evitar 1.5 millones de muertes si se mejorase la cobertura mundial de vacunación. Durante el año 2016, alrededor del 86% de los bebés de todo el mundo (116,5 millones de niños y niñas) recibieron las 3 dosis de vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3), protegiéndolos de enfermedades infecciosas que pueden causar enfermedades graves y la muerte.

Sin embargo, la cobertura mundial de vacunación (la proporción de niños/as del mundo que reciben vacunas recomendadas), se ha estancado en los últimos años. **En 2016, aproximadamente 19,5 millones de niños y niñas en todo el mundo no fueron vacunados en el marco de los servicios de vacunación rutinaria. Según estiman la OMS y UNICEF, en 2016 casi la mitad de niños en todo el mundo que no fueron vacunados contra Difteria, Tétanos y Tos Ferina (DTP3) vivían en África subsahariana.**

Imagen 8. Número de niños menores de 5 años (en millones) que no fueron vacunados con DTP3, 2016, UNICEF



Las muertes a causa de hepatitis B van en aumento, aunque la vacunación de los y las menores de 5 años contra este virus reduce en gran medida la incidencia de casos de esta enfermedad. En cualquier caso, se logró una victoria temprana en la respuesta global a la hepatitis viral a través de una mayor cobertura de vacunación y, en 2015, el 84% de los niños/as de un año recibieron la vacuna contra la hepatitis B, frente al 29% en el año 2000. Como resultado, la prevalencia mundial de la infección por el virus de la hepatitis B entre los niños/as menores de 5 años fue del 1,3% en 2015, mucho más bajo que el 4,7% durante el período previo a la vacunación, que abarca desde la década de 1980 hasta principios de la década de los 2000.

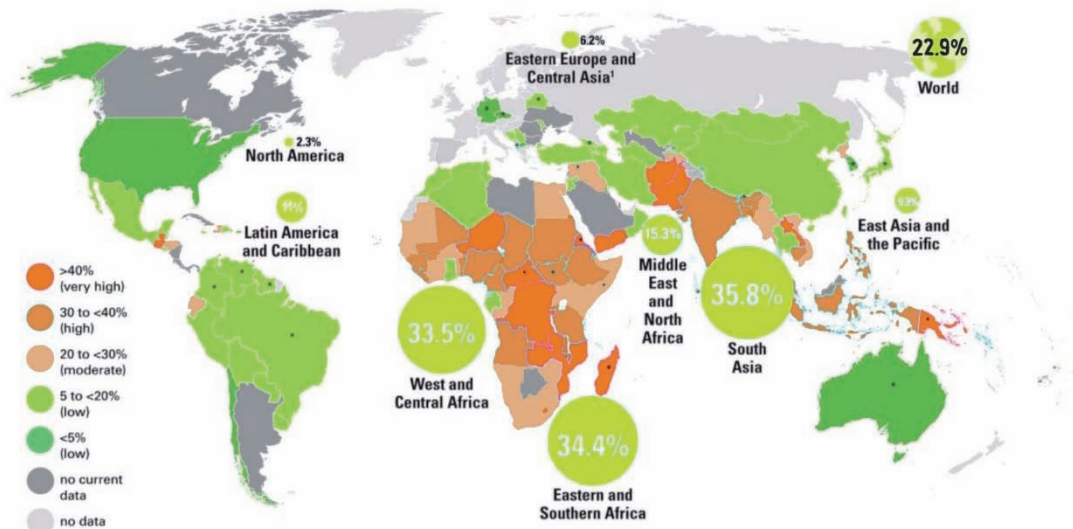
2.4. Nutrición infantil mejorada

Las dietas nutritivas estimulan el desarrollo intelectual y ponen a los niños/as en el camino del aprendizaje y la prosperidad de por vida. Independientemente de cómo se manifiesta la malnutrición en un niño, su prevención requiere un conjunto similar de intervenciones de probada eficacia: nutrición materna adecuada antes y durante el embarazo y la lactancia; lactancia adecuada en los primeros dos años de vida; alimentos nutritivos y seguros en la primera infancia; suplementos de vitaminas y nutrientes y alimentos enriquecidos según corresponda; y acceso a servicios básicos y un ambiente saludable. Estas inversiones en nutrición, particularmente en los primeros años de vida, pueden producir resultados impactantes para las niñas y niños, sus familias y sus comunidades²⁸.

En 2016 se alcanzó el mínimo histórico de niños/as en el mundo con retraso en el crecimiento y con desnutrición crónica. No obstante, si bien las tasas de retraso del crecimiento disminuyeron en casi un 40% entre 1990 y 2015, todavía hay 156 millones de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento en todo el

mundo, dos tercios de ellos en países de ingresos bajos. En contraste con las tendencias mundiales, el número de niños con retraso en el crecimiento debido a desnutrición aguda en África está aumentando en parte a causa del rápido incremento de la población, con niveles destacables de crecimiento en el África subsahariana²⁹.

Imagen 9. Desnutrición como causa del retraso en el crecimiento, UNICEF 2016



2.5. Otros retos: contaminación del aire en hogares

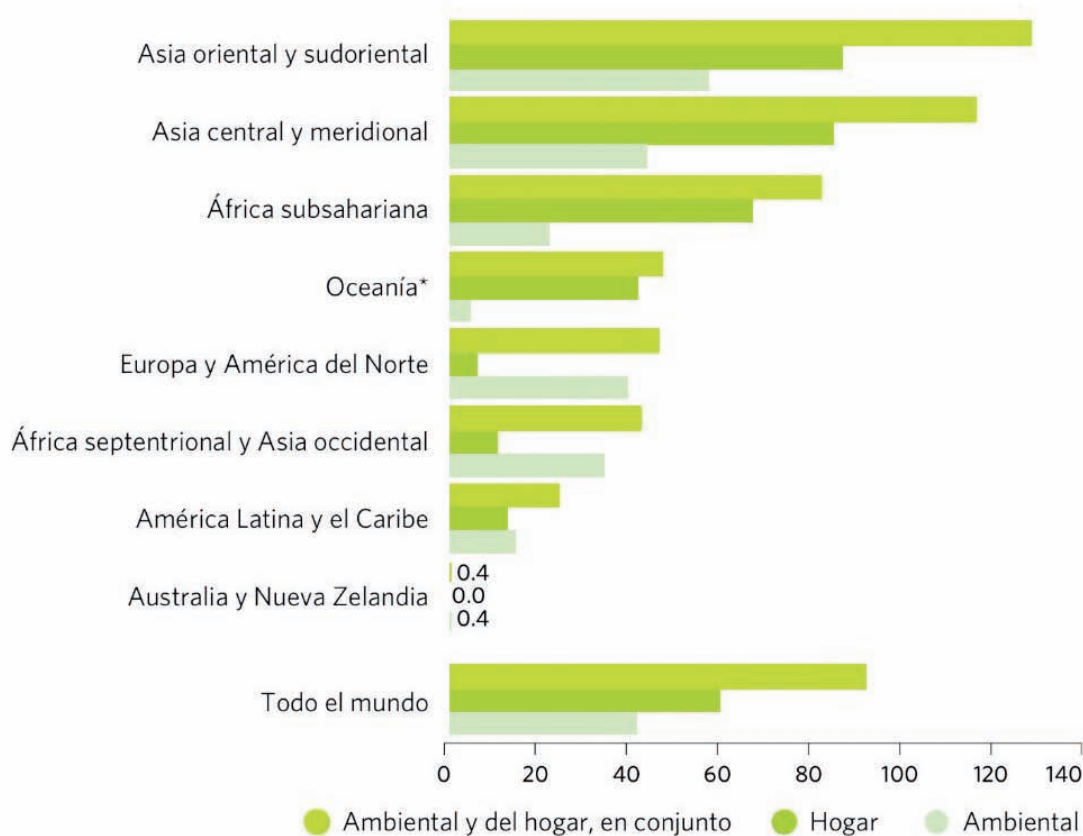
Entre otras causas medioambientales de morbilidad y mortalidad materno-infantil destaca la exposición a la contaminación del aire en el hogar debido al uso de combustibles nocivos y tecnologías inadecuadas en la cocina, siendo esta particularmente alta entre las mujeres y los niños pequeños que pasen más tiempo en el interior de los hogares y cerca de las estufas.

Se estima que, cada año, más de 4 millones de personas mueren prematuramente por enfermedades atribuibles a la contaminación del aire de los hogares como consecuencia del uso de combustibles sólidos para cocinar. Más del 50% de las muertes por neumonía en menores de 5 años son causadas por partículas inhaladas en interiores con aire contaminado.³⁰ La tasa de mortalidad a causa de la contaminación del aire en hogares es más alta en los países asiáticos y en África Subsahariana, con cifras de entre 68 y 87 muertes por cada 100 000 personas, en comparación con 60 muertes por cada 100 000 a nivel global.³¹

“Se estima que, cada año, más de 4 millones de personas mueren prematuramente por enfermedades atribuibles a la contaminación del aire de los hogares como consecuencia del uso de combustibles sólidos para cocinar.”

Imagen 10. Tasa de mortalidad atribuible a la contaminación en hogares y del aire ambiental, 2012 (muertes por cada 100 000 habitantes)³²

Tasa de mortalidad atribuible a la contaminación en hogares y del aire ambiental, 2012 (muertes por cada 100,000 habitantes)



2.6. Promoción de la salud universal

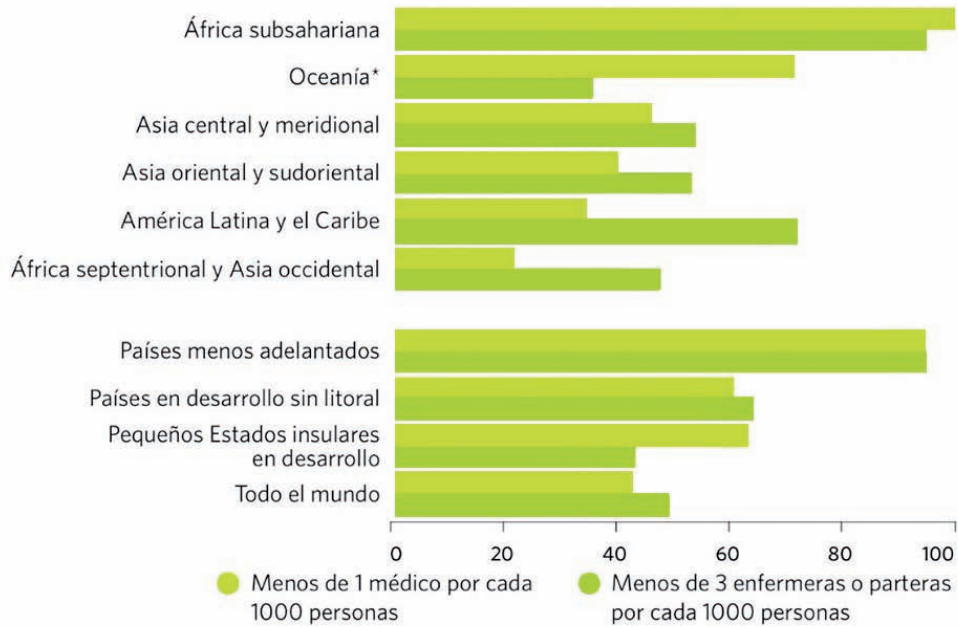
Promover la salud y el bienestar para todas las personas de todas las edades genera una alta demanda de la fuerza de trabajo en el sector sanitario en todo el mundo y requiere de inversiones sustantivas y estratégicas tanto en las infraestructuras de la salud (centros de atención primaria) como en los recursos humanos del sector³³.

Los datos de 2005-2015 revelan que más del 40% de los países tienen menos de un/una médico/a por cada 1 000 personas, y alrededor de la mitad tienen menos de tres enfermeros/as y parteros/as por cada 1 000 personas. La falta de personal médico cualificado va acompañada de escasez de hospitales y centros de salud, particularmente en zonas rurales y de difícil acceso.

La gran escasez de estos profesionales capacitados representa una gran preocupación en casi todos los países de África subsahariana, donde menos de un/una médico/a y tres enfermeros/as y parteros/as atienden en promedio a 1 000 personas. Además, sin intervenciones específicas, la situación en algunos de estos países podría verse exacerbada por el aumento de la migración laboral de su personal sanitario hacia países que disponen de un mayor poder adquisitivo, lo que socavaría los sistemas sanitarios ya vulnerables.³⁴

Imagen 11. Proporción de los países con escasez laboral en el sector de la salud³⁵

Proporción de países con profesionales de la salud insuficientes, 2005-2015 (últimos disponibles) (porcentaje)



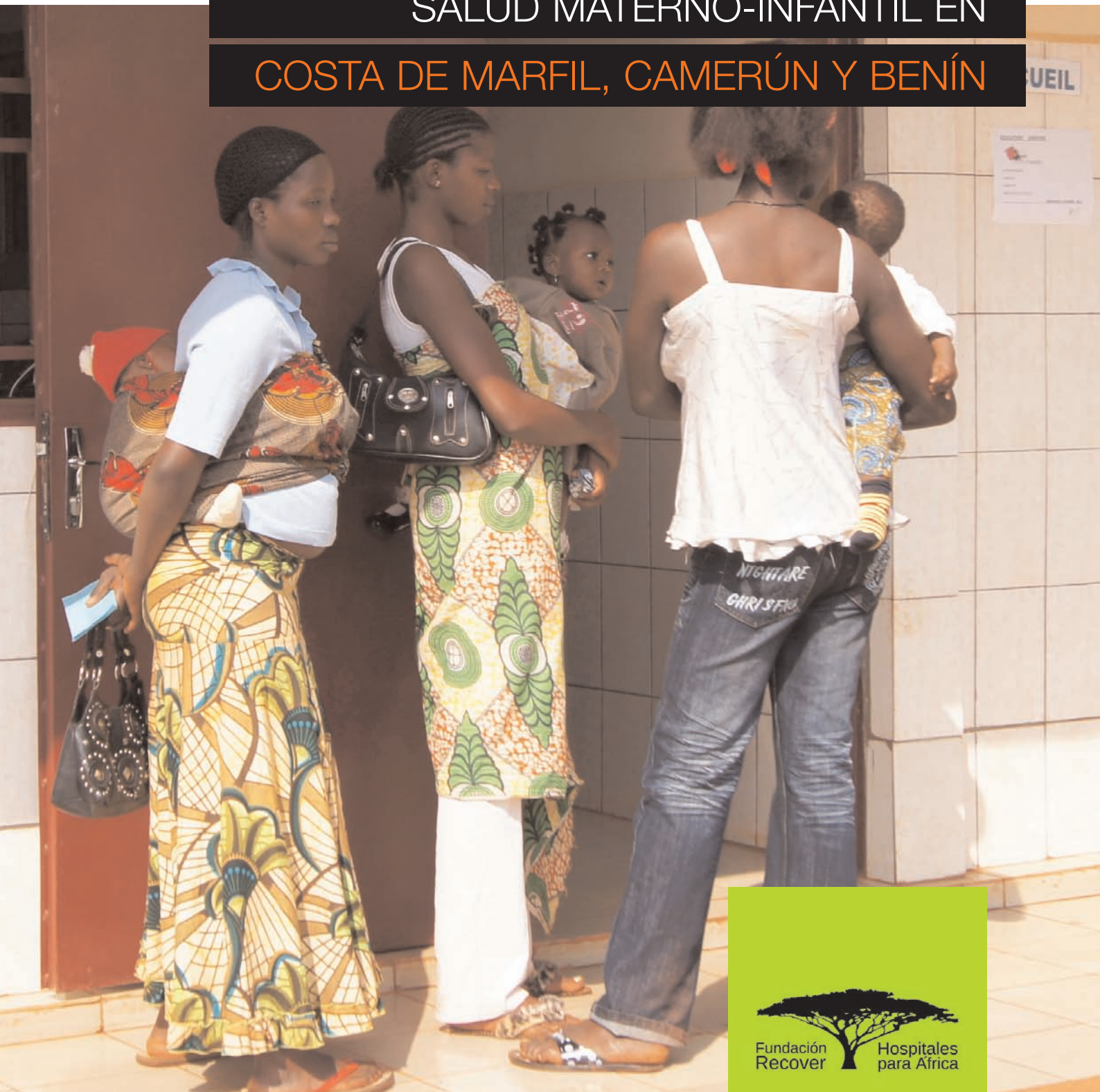
Nota: Se considera que un país tiene un número insuficiente de profesionales de la salud cuando cuenta con menos de 1 médico y menos de 3 enfermeras o parteras por cada 1000 personas. Todos los países con datos disponibles en las regiones de Europa y América del Norte, y Australia y Nueva Zelandia, tienen al menos 1 médico y al menos 3 enfermeras o parteras por cada 1000 personas.

“Sanar es una cuestión de tiempo, pero a veces también es cuestión de oportunidad.”

Hipócrates

3

EL ESTADO ACTUAL DE LA SALUD MATERNO-INFANTIL EN COSTA DE MARFIL, CAMERÚN Y BENÍN



3.1. Costa de Marfil, Camerún y Benín: los principales indicadores de salud materno-infantil

Costa de Marfil, Camerún y Benín son tres de los 16 países africanos que están situados en la parte occidental de África subsahariana. Comparten algunas características comunes, como el clima, que varía entre sabanas, zonas semiáridas y tropicales, así como el legado histórico de la colonización francesa.

3.1.1. Costa de Marfil

Costa de Marfil tiene una tasa de crecimiento demográfico anual del 2,6% y una alta proporción de jóvenes (41,5%). Su población es de 23,7 millones de personas cuya situación de la salud se caracteriza por altas tasas de mortalidad materna y de niños/as menores de 5 años (Tabla 2. ODS 3) debido a la escasez y baja calidad de los servicios ofrecidos en el sector de la salud por un lado y la pobreza de su población por el otro. El perfil epidemiológico está dominado por una alta prevalencia del VIH/SIDA y una alta incidencia de la malaria y diversas enfermedades infecciosas transmisibles, como la tuberculosis.

I. Tasa de mortalidad materna y factores socio-económicos que influyen en ella

En Costa de Marfil la tasa de mortalidad materna según los últimos datos de la OMS (Tabla 2. ODS 3) es de 645 muertes maternas al año por 100 000 nacimientos vivos, una de las más altas en el mundo.

Entre los factores socio-económicos que contribuyen a los niveles altos de la mortalidad materna en Costa de Marfil destacan:

- escasez de personal médico y de servicios obstétricos de calidad para el seguimiento del embarazo, parto y post-parto y falta de instalaciones de la salud, especialmente en zonas rurales;
- bajos niveles de asistencia profesional al parto y falta de medios necesarios para poder asistir a los partos complicados;
- **la pobreza que limita el acceso a los servicios sanitarios (32,4% de su población vive en situación de extrema pobreza multidimensional y 59,3% vive en condiciones de pobreza³⁶. A su vez, los pagos del bolsillo o los pagos directos por parte del paciente por los servicios de salud y medicamentos constituyen el 51,2% de los gastos en salud y el 76,5% de los gastos de salud en el sector privado³⁷);**
- falta de educación de las madres sobre salud sexual y reproductiva y planificación familiar;
- malnutrición;
- matrimonios precoces;
- práctica de mutilación genital femenina (MGF);
- el escaso acceso al agua potable y servicios básicos de saneamiento e higiene tanto en los establecimientos de salud como en hogares y sitios de acceso público.

Qué dicen los datos

Según indican los últimos datos de la OMS (2017), **hay tan solo 0,479 matrones/as y enfermeros/as cualificados/as por 1 000 habitantes³⁸. Como mucho 44,2% de las mujeres embarazadas tuvieron al menos 4 citas con su matron/a o el/la médico/a especialista durante el embarazo y tan solo 59,4% de todos los partos fueron asistidos por personal médico cualificado³⁹. Solo 30,9% de mujeres de edad reproductiva que están casadas y/o viven en unión tuvieron sus necesidades de planificación familiar**

con métodos modernos⁴⁰. Con respecto a la infraestructura de salud, se caracteriza por bajo número de hospitales y centros médicos (4 camas por 10 000 habitantes⁴¹) y 1,71 hospitales por 100 000 habitantes⁴², así como por una falta de acceso al agua potable y servicios básicos de saneamiento e higiene (0,55% de acceso al agua potable, 0,70% de acceso a servicios básicos de saneamiento y 0,73% de acceso a los servicios básicos de higiene⁴³).

Los datos sobre la población en Costa de Marfil muestran que solo el 30% de la población tiene acceso al uso diario de los servicios básicos de saneamiento, es decir, dispone de unidad de saneamiento de uso privado no compartido, y el 73% de la población tiene acceso a agua potable en su hogar y/o en fuentes mejoradas, siempre que el tiempo de recolección no exceda los 30 minutos para un viaje de ida y vuelta. De cara a la higiene, el 20% tiene acceso a unidad de lavado de manos con jabón en casa y el 24 % de la población del país sigue practicando defecación al aire libre.⁴⁴

II. Enfermedades relacionadas con el embarazo y el parto

Según estiman UNICEF y la OMS, las enfermedades directamente relacionadas con las tasas altas de mortalidad materna en Costa de Marfil son hemorragias obstétricas (34%), infecciones (21%), enfermedades hipertensivas (pre-eclampsia y eclampsia, 16%), distocia (parto anormal, complicado, 11%), así como abortos arriesgados (18%), agravados por causas indirectas como malaria, anemia, desnutrición, hepatitis y VIH / SIDA⁴⁵.

Hoy en día, las fístulas obstétricas son reconocidas como una de las formas de morbilidad materna más graves, que en algunos casos están relacionada con la práctica nociva de la Mutilación Genital Femenina (MGF), pero en su mayor parte son una consecuencia de parto prolongado y trabajo de parto obstruido. Las estimaciones de la OMS oscilan entre 50 000 y 100 000 para mujeres que desarrollan fístulas obstétricas cada año y en más de dos millones para mujeres que viven actualmente con este trastorno en los países de África Subsahariana y Asia⁴⁶.

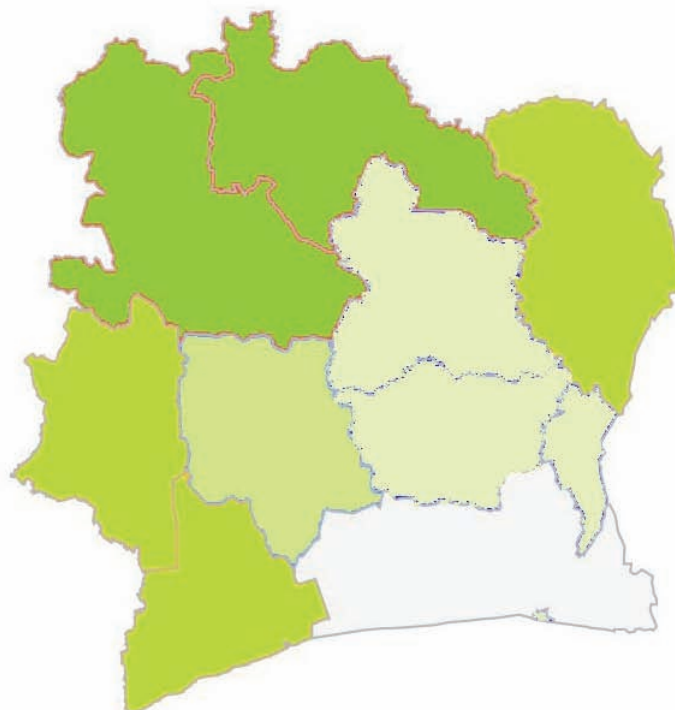
En la mayoría de los países empobrecidos, todavía no existen registros de datos oficiales sobre incidencias de fístulas obstétricas debido al estigma cultural que rodea este problema y que resulta un sufrimiento silencioso de sus víctimas, así como la falta de atención al problema por parte de los gobiernos, que no la incluyen en los estudios nacionales sobre salud demográfica. Sin embargo, en algunos países, como Camerún o Benín, se han realizado estudios sobre prevalencia de fístulas obstétricas en los hospitales universitarios y hospitales de referencia de estos países.

III. Tasa de fertilidad/natalidad entre mujeres de edad reproductiva (15-49 años)

En Costa de Marfil la tasa de fertilidad para las mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) es de 4,8 nacimientos por cada mujer⁴⁷. A su vez, según los últimos datos de la OMS⁴⁸, la tasa de natalidad entre adolescentes en Costa de Marfil es alta, con 125 nacimientos vivos por 1 000 mujeres de 15-19 años de edad.

Según indica el Fondo de Población de Naciones Unidas, la alta tasa de natalidad entre adolescentes en Costa de Marfil está vinculada con los matrimonios precoces, –y como consecuencia la edad temprana de dar a luz–, así como al bajo uso de los métodos modernos de contracepción y planificación familiar (principalmente en zonas rurales)⁴⁹.

Imagen 12. FPNU, Costa de Marfil: mapa de distribución de matrimonios precoces (porcentaje de adolescentes que se casaron antes de cumplir 15 años), 2015⁵⁰



Source: [Demographic and Health Surveys 2012](#)

IV. Tasa de partos institucionalizados

29

Según los datos de la OMS para 2017, solo 59,4% de los partos en Costa de Marfil fueron asistidos por personal médico cualificado⁵¹.

V. Mutilación Genital Femenina (MGF)

Según datos de UNICEF, en febrero de 2018, en Costa de Marfil, el 37% de las mujeres en edad reproductiva (15-49 años) fueron sometidas a MGF⁵².

VI. Tasa de mortalidad infantil en Costa de Marfil y factores que influyen en ella

La tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años en Costa de Marfil es de 91,8 por 1 000 nacimientos vivos, una de las más altas en el mundo (Tabla 2. ODS 3).

Según indican datos de la OMS, las principales causas de las muertes de niños menores de 5 años y de recién nacidos son:

- Infecciones respiratorias, neumonía: 17,1%
- Partos prematuros: 14,1%
- Asfixias y traumas de nacimiento: 12,3%
- Otras condiciones perinatales, nutricionales, transmisibles: 11,3%
- Diarrea: 9,5%
- Sepsis o meningitis: 8,9%
- Malaria: 7,7%
- Anomalías congénitas: 5,4%
- Lesiones: 5,4%
- Otras enfermedades no transmisibles: 3,3%
- VIH/SIDA: 2,2%

Causas de muerte de los niños menores de 5 años y recién nacidos, OMS Costa de Marfil 2016

OMS 2016: Costa de Marfil			
Causas de la muerte de los niños menores de 5 años y recién nacidos como (%) de todas las muertes registradas			
Causa de la muerte	Edad		
	0-27 días	1-59 meses	0-4 años
VIH/SIDA	0,1	3,6	2,2
Diarrea	0,6	15,6	9,5
Pertussis	0	0	0
Tétanos	1,1	0	0,5
Sarampión	0	0,6	0,4
Meningitis/encefalitis	0	3,5	2,1
Malaria	0	13,1	7,7
Infecciones respiratorias, neumonía	6,7	24,4	17,7
Parto prematuro	30,1	3	14,1
Asfixias y traumas de nacimiento	27,6	1,6	12,3
Sepsis o meningitis	21,7	0	8,9
Otras condiciones perinatales, nutricionales, transmisibles	4,7	15,9	11,3
Anomalías congénitas	6,5	4,6	5,4
Otras enfermedades no transmisibles	0,1	5,5	3,3
Lesiones	0,9	8,5	5,4

Elaboración propia. 2018

Fuente: La base de datos de la OMS, <http://apps.who.int/gho/data/view.main.ghe3002015-CIV?lang=en>

Otros factores principales que afectan a la mortalidad y morbilidad de niños menores de 5 años en Costa de Marfil son:

- Escasez de servicios obstétricos de calidad para el seguimiento del embarazo, parto y post-parto, lo que se traduce en niveles altos de mortalidad neonatal a causa de asfixias y traumas de nacimiento, mortinatos, partos prematuros e infecciones (sepsis, meningitis) (páginas 18-19).
- La pobreza, que limita gravemente el acceso de las mujeres a servicios de salud reproductiva⁵³ y el acceso de familias a los servicios de pediatría y medicamentos, lo que se manifiesta en niveles altos de mortalidad infantil para menores de 5 años a causa de malaria e infecciones.
- Falta de medios de protección contra malaria o paludismo, causado por picaduras de mosquitos que transmiten la enfermedad (60% de niños menores de 5 años duermen debajo de redes tratadas con insecticida según UNICEF y la OMS)⁵⁴.
- Malnutrición que aumenta los riesgos de contraer infecciones y enfermedades⁵⁵.

- Falta de educación de las madres sobre salud sexual y reproductiva y planificación familiar⁵⁶.
- El escaso acceso a agua potable y servicios básicos de saneamiento e higiene tanto en los centros de salud como en hogares y sitios de acceso público que resulta en alto porcentaje de mortalidad de niños menores de 5 años a causa de diarrea y contribuye a la propagación de infecciones⁵⁷.

VII. Malnutrición en niños menores de 5 años

En cuanto a la malnutrición infantil, el indicador principal que se suele utilizar para medir el impacto que tiene la malnutrición sobre el estado físico y desarrollo intelectual del niño es el crecimiento infantil. De hecho, es el más utilizado y reconocido internacionalmente como indicador de la salud pública para valorar el estado de la salud de los niños.

Este indicador pertenece a un conjunto más amplio cuyo objetivo es medir el desequilibrio nutricional y la malnutrición que causan desnutrición (evaluada por bajo peso, retraso en el crecimiento y emaciación) o sobrepeso. Los niños que sufren retraso en el crecimiento como resultado de dietas deficientes y / o infecciones recurrentes tienden a tener un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad.

En Costa de Marfil, la proporción de niños menores de 5 años con retraso de crecimiento es del 29,6%⁵⁸.

VIII. Tasa de vacunación

Las tasas de vacunación en Costa de Marfil en el año 2016, según los datos del sistema de monitorización de la OMS⁵⁹ y según los datos proporcionados por la base de datos de Global Health Observatory, estaban por debajo del 100% para las enfermedades transmisibles relacionadas con la mortalidad infantil.

Según los datos de Global Health Observatory para 2017, las tasas de vacunación en Costa de Marfil para niños menores de 1 año fueron⁶⁰:

Enfermedad	% de niños menores de 1 año vacunados
Difteria, tétanos y pertussis (DTP3)	85%
Tuberculosis (BCG)	95%
Haemophilus influenzae tipo b (Hib3)	85%
La primera dosis de vacuna contra Sarampión (MCV1)	77%
Hepatitis (HEPB3)	85%
Tétano neonatal	90%
Polio (Pol3)	80%
Neumococo	83%

Elaboración propia. 2018

Fuente: La base de datos de la OMS, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A824?lang=en>

3.1.2. Camerún

Camerún, con una población de 24,1 millones de personas⁶¹, es un país “joven”, pues el 44% tiene menos de 15 años y crece a una tasa del 2,6% al año. Las tasas de mortalidad materna y neonatal siguen siendo altas (**Tabla 2. ODS 3**) y la malaria es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, especialmente en niños menores de 5 años⁶². La pobreza limita tremendamente el acceso de la población a los servicios de la salud.

La prevalencia del VIH se estima en 4,3% pero muestra una variación regional considerable, lo que también ocurre según la edad y el sexo. En 2012, el número de personas que vivían con el VIH se estimaba en 550 000, incluidos más de 43 000 niños. En el año 2016, según los datos de la OMS, a causa de VIH/SIDA fallecieron 1 873 niños.

Por otro lado, la tuberculosis sigue siendo una de las mayores amenazas para la salud de la población: el número total de casos declarados en 2016 fue de 25 975, aunque la tasa de mortalidad a causa de ella está disminuyendo gracias a las medidas preventivas (vacunación de niños menores de 5 años) y a los tratamientos.

La malnutrición es otra de las grandes preocupaciones, pues tiene un alto impacto sobre la salud y supervivencia en los niños: el 31,7% de los menores de 5 años padecen malnutrición crónica a nivel nacional, siendo particularmente alta (más del 44%) en las regiones del Norte y Extremo Norte⁶³.

I. Tasa de mortalidad materna y factores socio-económicos que influyen en ella

En Camerún, la tasa de mortalidad materna, según los últimos datos de la OMS (Tabla 2. ODS 3), es de 596 muertes maternas al año por 100 000 nacimientos vivos, y sigue siendo una de las más altas en el mundo.

Los factores socio-económicos que influyen en niveles altos de mortalidad materna en Camerún son:

- escasez de personal médico cualificado y de servicios obstétricos de calidad para el seguimiento del embarazo, parto y post-parto debido a disparidades en la distribución de los recursos humanos del sector de la salud entre las diferentes regiones del país, así como la falta de centros médicos, especialmente en zonas rurales;
- bajos niveles de asistencia profesional al parto y falta de medios necesarios para asistir a los partos complicados;
- **la pobreza, que limita el acceso a los medicamentos y servicios de la salud (el 48,2% de la población camerunesa vive en condiciones de pobreza y el 27,1% en situación de extrema pobreza multidimensional⁶⁴). A su vez, los pagos directos por parte del paciente por los servicios sanitarios y medicamentos constituyen el 61,5% de los gastos en salud y el 94,10% de los gastos de salud en el sector privado⁶⁵;**
- falta de educación de las madres sobre su salud sexual y reproductiva y planificación familiar;
- malnutrición;
- matrimonios precoces;
- el escaso acceso al agua potable y servicios básicos de saneamiento e higiene tanto en los centros de salud como en hogares y sitios de acceso público.

Qué dicen los datos

Según indican los últimos datos de la OMS (2017), **Camerún es uno de los países de África Subsahariana que más sufre a causa de la falta del personal médico. Según el informe del Banco Mundial sobre el estado económico de Camerún y su sistema de salud, también hay grandes disparidades en distribución geográfica de recursos humanos en el sector sanitario⁶⁶. Los dos factores contribuyen al estado crítico en el que hoy se encuentra la sanidad del país.**

Hay tan solo 0,52 matrones/as y enfermeros/as cualificados/as por cada 1 000 habitantes⁶⁷. Un poco más de la mitad de mujeres embarazadas (58,8%) tuvieron al menos 4 citas con su matrn/a o el/la médico/a especialista durante el embarazo y tan solo 64,7% de los partos fueron asistidos por personal médico cualificado. Además, solo el 40,2% de mujeres en edad reproductiva, casadas y/o viviendo en pareja, tuvieron sus necesidades de planificación familiar cubiertas con métodos modernos⁶⁸.

Con respecto a la infraestructura de salud, se caracteriza por el bajo número de hospitales y centros médicos (13 camas en hospital por 10 000 habitantes⁶⁹ y 0,79 hospitales por 100 000 habitantes⁷⁰). Según el informe de la ONU que recoge los últimos datos oficiales sobre disponibilidad de servicios básicos de saneamiento e higiene y acceso al agua potable en centros médicos en Camerún, tan sólo el

67% de hospitales y el 55% de centros de salud disponían de servicios básicos de saneamiento e higiene y tan solo el 70% de los hospitales y el 60% de los centros de salud tenían acceso al agua potable⁷¹).

Los datos sobre la población revelan que tan solo el 39% de toda la población tiene acceso al uso diario de los servicios básicos de saneamiento, es decir, dispone de unidad de saneamiento de uso privado en casa no compartido, y solo el 65% de la población tiene acceso a agua potable en hogares y/o fuentes mejoradas, siempre que el tiempo de recolección no exceda los 30 minutos para un viaje de ida y vuelta. De cara a la higiene, tan solo 3% de su población total tiene acceso a unidad de lavado de manos con jabón en casa y el 7% de la población de Camerún sigue practicando defecación al aire libre.⁷²

II. Enfermedades relacionadas con el embarazo y el parto

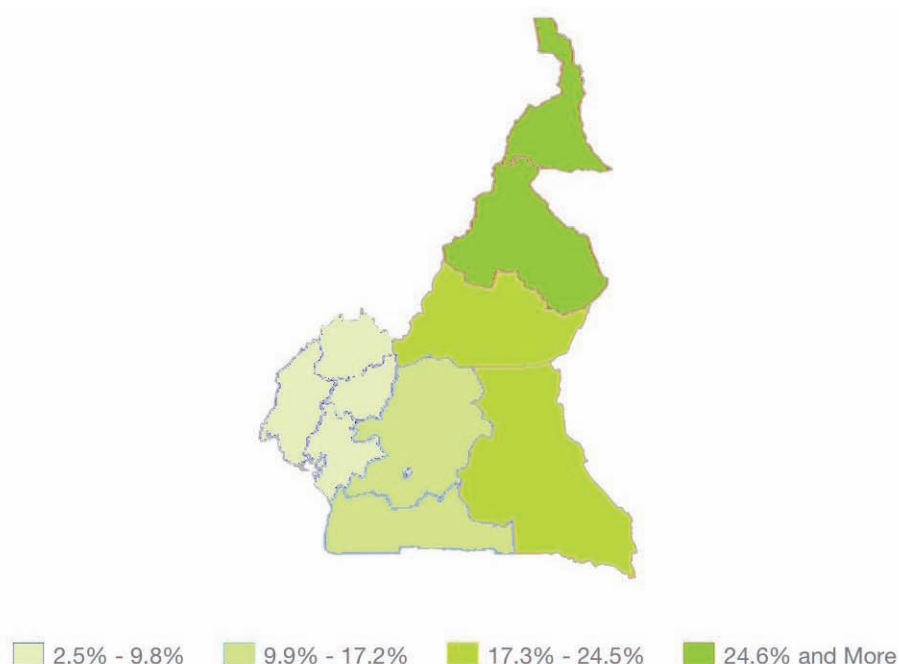
Según los datos presentados por la revista The Pan African Medical Journal en un artículo sobre la mortalidad materna en Camerún, publicado por el departamento de Obstetricia y ginecología del Hospital Central de Yaundé, **las principales causas de mortalidad y morbilidad materna son: hemorragia posparto (25%), aborto inseguro (25%), embarazo ectópico (12,5%), eclampsias y pre-eclampsias (8,3%), malaria (8,3%), anemia (8,3%), enfermedades cardíacas (4,2%), neumonía (4,2%) y placenta previa (4,2%).**

Alrededor de 20.000 mujeres en al año 2011 vivían con una fístula obstétrica⁷³.

III. Tasa de fertilidad/natalidad entre mujeres de edad reproductiva (15-49 años)

Según los datos del Fondo de Población de Naciones Unidas para el año 2017, la tasa de fertilidad de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) en Camerún es de 4,6, mientras que la tasa de natalidad en adolescentes (mujeres de 15-19 años de edad) es de 119, una de las más altas en África Subsahariana. Al igual que en Costa de Marfil, la tasa alta de natalidad en adolescentes está relacionada con matrimonios precoces, y como consecuencia la edad temprana de dar a luz así como el bajo uso de los métodos modernos de contracepción y planificación familiar (principalmente en zonas rurales)⁷⁴.

Imagen 13. FPNU, Camerún: mapa de distribución de matrimonios precoces (porcentaje de adolescentes que se casaron antes de cumplir 15 años) 2015⁷⁵



Source: Demographic and Health Surveys 2011

IV. Tasa de partos institucionalizados

Según los datos de la OMS para 2017, el 64,7% de los partos en Camerún fueron asistidos por personal médico cualificado⁷⁶.

V. Mutilación Genital Femenina (MGF)

Según los datos de UNICEF en febrero de 2018, Camerún tenía una tasa baja (1%) de las mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que fueron sometidas a MGF a lo largo de su vida⁷⁷.

VI. Tasa de mortalidad infantil en Camerún y factores que influyen en ella

La tasa de mortalidad infantil en Camerún es de 79,7 por 1 000 nacimientos vivos, por lo que es una de las más altas en el mundo (Tabla 2. ODS 3).

Según indican los datos de la OMS, las principales causas de muerte de niños menores de 5 años y de recién nacidos en Camerún en el año 2016 fueron:

- Infecciones respiratorias, neumonía: 15,8%
- Otras condiciones perinatales, nutricionales, transmisibles: 11,7%
- Partos prematuros: 11,2
- Asfixias y traumas de nacimiento: 10,9%
- Diarrea: 10,4%
- Malaria: 10,1%
- Lesiones: 6,9%
- Anomalías congénitas: 6,6%
- Otras enfermedades no transmisibles: 6,6%
- Sepsis o meningitis: 5,1%
- VIH/SIDA: 2,8%
- Meningitis/Encefalitis: 1,7%.

Causas de muerte en niños menores de 5 años y de recién nacidos, OMS Camerún 2016

OMS 2016: Camerún			
Causas de la muerte de los niños menores de 5 años y recién nacidos como (%) de todas las muertes registradas			
Causa de la muerte	Edad		
	0-27 días	1-59 meses	0-4 años
VIH/SIDA	0,1	4	2,8
Diarrea	0,4	14,8	10,4
Pertussis	0	0	0
Tétanos	0,7	0	0,2
Sarampión	0	0	0
Meningitis/encefalitis	0	2,4	1,7
Malaria	0	14,6	10,1
Infecciones respiratorias, neumonía	7,2	19,6	15,8
Parto prematuro	28,8	3,4	11,2
Asfixias y traumas de nacimiento	31,1	1,9	10,9
Sepsis o meningitis	16,4	0	5,1
Otras condiciones perinatales, nutricionales, transmisibles	5,4	14,5	11,7
Anomalías congénitas	8,5	5,7	6,6
Otras enfermedades no transmisibles	0,2	9,4	6,6
Lesiones	0,9	9,5	6,9

Los factores que contribuyen a los niveles altos de mortalidad y morbilidad infantil en Camerún incluyen:

- Escasez de servicios obstétricos de calidad para el seguimiento del embarazo, parto y post-parto, lo que se traduce en niveles altos de mortalidad neonatal a causa de asfixias y traumas de nacimiento, partos prematuros e infecciones.
- La pobreza, que limita gravemente el acceso de mujeres a los servicios de salud reproductiva⁷⁸ y acceso de familias a servicios de pediatría y medicamentos, lo que se manifiesta en niveles altos de mortalidad infantil para menores de 5 años a causa de malaria e infecciones.
- Falta de medios de protección contra la malaria o paludismo, causado por picaduras de mosquitos que transmiten la enfermedad (55% de los niños menores de 5 años duermen debajo de redes tratadas con insecticida según UNICEF y la OMS)⁷⁹.
- Malnutrición, que aumenta los riesgos de contraer infecciones y enfermedades⁸⁰.
- Falta de educación de las madres sobre salud sexual y reproductiva y planificación familiar⁸¹.
- El escaso acceso al agua potable y servicios básicos de saneamiento e higiene tanto en los establecimientos de la salud como en hogares y sitios de acceso público, que resulta en alto porcentaje de mortalidad de niños menores de 5 años a causa de diarrea y contribuye a propagación de infecciones⁸².

VII. Malnutrición en niños menores de 5 años

Según indican los datos de la OMS para Camerún, la tasa de niños menores con retraso de crecimiento a causa de malnutrición y enfermedades contraídas es de 31,7%⁸³.

VIII. Tasa de vacunación

Según estimaban el sistema de monitorización de la OMS⁸⁴ y su base de datos Global Health Observatory, los niveles de vacunación para las enfermedades transmisibles relacionadas con la mortalidad infantil en Camerún estuvieron por debajo de 100% en el año 2017⁸⁵.

Elaboración propia. 2018

Enfermedad	% de niños menores de 1 año vacunados
Difteria, tétanos y pertussis (DTP3)	85%
Tuberculosis (BCG)	70%
Haemophilus influenzae tipo b (Hib3)	85%
La primera dosis de vacuna contra Sarampión (MCV1)	78%
Hepatitis (HEPB3)	85%
Tétano neonatal	85%
Polio (Pol3)	83%
Neumococo	84%

Fuente: La base de datos de la OMS, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A824?lang=en>

3.1.3. Benín

Benín tiene una población de 7.839.914 habitantes, con una tasa de crecimiento del 3,25%. La población de Benín está compuesta principalmente por jóvenes, pues el 49% de su población son niños menores de 15 años de edad.

El país se caracteriza por un sistema de la salud descentralizado y una buena distribución de la infraestructura sanitaria. De hecho, el 77% de la población vive a menos de 5 km de un centro de salud, con una baja tasa de frecuentación del 44%.

En Benín, la situación de la salud materno-infantil se caracteriza por sus altos niveles de mortalidad y morbilidad por la pobreza siendo uno de los mayores factores contribuyentes. La tasa de mortalidad materna se estima en 405 casos de muertes maternas por 100 000 nacimientos vivos (**Tabla 2. ODS 3**). **En Benín, la asistencia al parto en hogares con la ayuda de parteras tradicionales sin cualificación es de alrededor del 22%, especialmente en el norte del país, en las zonas rurales (26%) y en los hogares más pobres (43%)**. Además, la práctica de mutilación genital femenina (MGF), que muestra ser altamente nociva para la salud de las mujeres y las niñas, aún sigue en pie. La mortalidad de niños menores de 5 años está disminuyendo, pero sigue teniendo niveles demasiado altos y alejados de las metas establecidas para el ODS 3. (**Tabla 2. ODS 3**)

I. Tasa de mortalidad materna y factores socio-económicos que influyen en ella

Según estimaciones de la OMS, en Benín la tasa de mortalidad materna es de 405 muertes maternas al año por 100 000 nacimientos vivos (Tabla 2. ODS 3).

Entre los factores socio-económicos que influyen en los altos niveles de mortalidad materna en Benín destacan:

- Escasez de personal médico cualificado y escasez de servicios obstétricos de calidad para el seguimiento del embarazo, parto y post-parto.
- Niveles insuficientes de asistencia profesional al parto y falta de medios necesarios para poder asistir a los partos complicados (**22% de los partos ocurren en el hogar, especialmente en el norte del país, en las zonas rurales y en los hogares más pobres**).
- **La pobreza, que limita el acceso a los medicamentos y servicios de la salud (37,7% de su población vive en situación de extrema pobreza multidimensional y 64,2% de su población vive en condiciones de pobreza⁸⁶. A su vez, los pagos directos por parte del paciente por los servicios de salud y medicamentos constituyen el 40,5% de los gastos en salud, y el 89,20% de los gastos de salud en el sector privado⁸⁷).**
- Falta de educación hacia las madres sobre su salud sexual y reproductiva y planificación familiar.
- El escaso acceso a agua potable y servicios básicos de saneamiento e higiene, tanto en los centros de salud como en hogares y sitios de acceso público.

Qué dicen los datos

Hay tan solo 0,59 matrones/as y enfermeros/as cualificados/as por cada 1 000 habitantes⁸⁸. 58,8% de las mujeres embarazadas tuvieron al menos 4 citas con su matrn/a o el/la médico/a especialista durante el embarazo y el 77,2% de los partos fueron asistidos por personal médico cualificado. Tan solo el 24,5% de las mujeres en edad reproductiva que están casadas y viven en pareja tuvieron cubiertas sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos⁸⁹.

En cuanto a la infraestructura sanitaria, a pesar de ofrecer una buena accesibilidad a los centros, a un máximo de 5 km del poblado más cercano, se caracteriza por una tasa baja de hospitalización (**5 camas por 10 000 habitantes⁹⁰**) y un bajo número de hospitales en general (**0,41 hospitales por 100 000 habitantes⁹¹**). **Según el artículo⁹² publicado por la revista oficial de la oficina regional de la OMS African Health Monitor, en Benín uno de los mayores problemas a los que se está enfrentando el sector de la salud es la ineficiencia de la gestión de los recursos humanos del sector salud, la baja calidad de servicios ofrecidos, la falta de servicios asequibles debido a su coste elevado y la mala gestión de los recursos de los hospitales en general.**

En cuanto al acceso al agua potable, saneamiento e higiene, aunque falten datos oficiales sobre su estado en los centros de salud, los datos sobre la población revelan que tan solo el 14% de la población tiene acceso al uso diario de los servicios básicos de saneamiento, es decir, dispone de unidad de saneamiento de uso privado en casa no compartido, y solo el 67% de la población tiene acceso al agua potable en hogares y fuentes mejoradas, siempre que el tiempo de recolección no exceda los 30 minutos para un viaje de ida y vuelta. De cara a la higiene, tan solo 10% de su población total tiene acceso a una unidad de lavado de manos con jabón en casa.⁹³ En total, el 55% de la población de Benín sigue practicando defecación al aire libre.

II. Enfermedades relacionadas con el embarazo y el parto

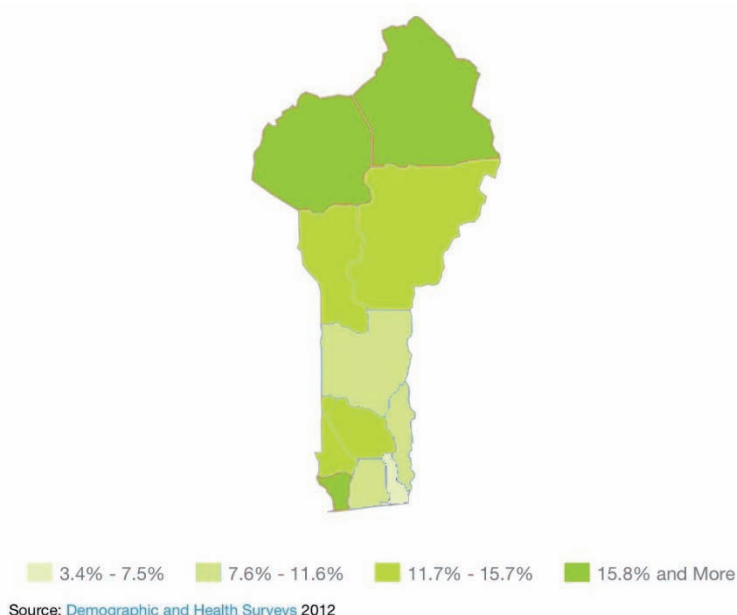
Los resultados del estudio realizado en 4 hospitales de referencia en Benín revelan que las causas directas de las muertes maternas en estos hospitales fueron hemorragias obstétricas (23%), infecciones relacionadas con abortos (23%), pre-eclampsias y eclampsias (15%), complicaciones del parto (8%), otras causas directas obstétricas (7%), anemia (14%), y otras causas indirectas (10%).⁹⁴

El artículo publicado en The Lancet (la revista oficial de la salud que colabora con la OMS)⁹⁵, que presenta los resultados del estudio realizado sobre la prevalencia de fístulas obstétricas en 19 países africanos en base a las encuestas nacionales sobre la salud demográfica (en Benín, años 2011-2012), **revela que la prevalencia de fístulas obstétricas entre las mujeres en edad reproductiva (15-49 años) era entonces de 14 600 mujeres (mujeres que alguna vez sufrieron fístula obstétrica en su vida).**⁹⁶

III. Tasa de fertilidad/natalidad entre mujeres en edad reproductiva (15-49 años)

Según indican los datos del Fondo de Población de Naciones Unidas para el año 2017, la tasa de fertilidad de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) en Benín es de 4,9, mientras que la tasa de natalidad en adolescentes (mujeres de 15-19 años de edad) es de 94. La tasa de natalidad en adolescentes está relacionada tanto con matrimonios precoces, y como consecuencia de la edad temprana de dar a luz, cómo del bajo uso de los métodos modernos de contracepción y planificación familiar (principalmente en zonas rurales)⁹⁷.

Imagen 14. FPNU, Benín: mapa de distribución de matrimonios precoces (porcentaje de adolescentes que se casaron antes de cumplir 15 años), 2015⁹⁸



IV. Tasa de partos institucionalizados

Según los datos de Global Health Observatory, en Benín la tasa de partos asistidos por personal médico cualificado es de 77,2%.⁹⁹

V. Mutilación Genital Femenina (MGF)

En cuanto a la mutilación genital femenina (MGF), en el año 2003 Benín introdujo la ley¹⁰⁰ que criminaliza esta práctica nociva que va en contra de los derechos humanos y provoca sufrimientos tanto fisiológicos, como psicológicos y muertes maternas como consecuencia de complicaciones del parto. Según los datos de UNICEF para el año 2018, en Benín la tasa de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que fueron sometidas a MGF es del 9%.¹⁰¹

VI. Tasa de mortalidad infantil en Benín y factores que influyen en ella

La tasa de mortalidad infantil en Benín es de 97,3 por 1 000 nacimientos vivos (Tabla 2. ODS 3).

Según indican los datos de la OMS, las principales causas de muerte en niños menores de 5 años y de los recién nacidos en Benín en el año 2016 fueron:

- Infecciones respiratorias, neumonía: 15,2%
- Partos prematuros: 13%
- Malaria: 12,4%
- Otras condiciones perinatales, nutricionales, transmisibles: 12,1%
- Diarrea: 10,7%
- Asfixias y traumas de nacimiento: 9,8%
- Sepsis o meningitis: 7,3%
- Lesiones: 5,8%
- Anomalías congénitas: 5,2%
- Otras enfermedades no transmisibles: 5%
- VIH/SIDA: 0,7%.

Tabla 1. Causas de muerte en niños menores de 5 años y de recién nacidos, OMS Benín 2016

OMS 2016: Benín			
Causas de la muerte de los niños menores de 5 años y recién nacidos como (%) de todas las muertes registradas			
Causa de la muerte	Edad		
	0-27 días	1-59 meses	0-4 años
VIH/SIDA	0	1	0,7
Diarrea	0,5	15,8	10,7
Pertussis	0	0	0
Tétanos	0,8	0	0,3
Sarampión	0	0,6	0,4
Meningitis/encefalitis	0	2,9	1,9
Malaria	0	18,6	12,4
Infecciones respiratorias, neumonía	6,3	19,7	15,2
Parto prematuro	33	3,1	13
Asfixias y traumas de nacimiento	26,2	1,7	9,8
Sepsis o meningitis	22	0	7,3
Otras condiciones perinatales, nutricionales, transmisibles	4,2	16,1	12,1
Anomalías congénitas	6,1	4,8	5,2
Otras enfermedades no transmisibles	0,1	7,5	5
Lesiones	0,7	8,3	5,8

Los factores que están detrás de los niveles altos de la mortalidad y morbilidad infantil en Benín incluyen:

- Escasez de servicios obstétricos de calidad para el seguimiento del embarazo, parto y post-parto, lo que se traduce en niveles altos de mortalidad neonatal a causa de asfixias y traumas de nacimiento, partos prematuros e infecciones (sepsis, meningitis).
- La pobreza, que limita gravemente el acceso de mujeres a los servicios de salud reproductiva¹⁰² y acceso de familias a los servicios de pediatría y medicamentos, lo que se manifiesta en niveles altos de mortalidad infantil para menores de 5 años a causa de malaria e infecciones.
- Falta de medios de protección contra malaria o paludismo, causado por picaduras de mosquitos que transmiten la enfermedad (73% de niños menores de 5 años duermen debajo de redes tratadas con insecticida según UNICEF y la OMS)¹⁰³.
- Malnutrición, que aumenta los riesgos de contraer infecciones y enfermedades¹⁰⁴.
- Falta de educación hacia las madres sobre la salud sexual y reproductiva y planificación familiar¹⁰⁵.
- El escaso acceso a agua potable y servicios básicos de saneamiento e higiene tanto en los centros de salud como en hogares y sitios de acceso público, lo que resulta en un alto porcentaje de mortalidad de niños menores de 5 años a causa de diarrea y contribuye a la propagación de infecciones¹⁰⁶.

VII. Malnutrición en niños menores de 5 años

Según la OMS, en Benín la tasa de niños con retraso de crecimiento a causa de malnutrición y enfermedades contraídas es del 34%¹⁰⁷.

VIII. Tasa de vacunación

Según los datos del sistema de monitorización de la OMS¹⁰⁸ y su base de datos Global Health Observatory, los niveles de vacunación para las enfermedades transmisibles relacionadas con la mortalidad infantil en Benín estuvieron por debajo de 100% en el año 2017¹⁰⁹.

Enfermedad	% de niños menores de 1 año vacunados
Difteria, tétanos y pertussis (DTP3)	82%
Tuberculosis (BCG)	96%
Haemophilus influenzae tipo b (Hib3)	82%
La primera dosis de vacuna contra Sarampión (MCV1)	74%
Hepatitis (HEPB3)	82%
Tétano neonatal	85%
Polio (Pol3)	78%
Neumococo ¹¹⁰	75%

Elaboración propia. 2018.

Fuente: La base de datos de la OMS, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A824?lang=en>

3.2. Comparativa Costa de Marfil, Camerún y Benín: indicadores de salud materno-infantil

Para poder valorar el estado actual y el progreso que ha habido en los tres países en el campo de la salud materno-infantil en los últimos años, los indicadores para el ODS 3 desarrollados por la OMS son una herramienta adecuada que permite crear una imagen realista de los tres países basada en las estadísticas recogidas por la OMS y agrupadas según el tipo de indicador. Dichos indicadores ayudan a entender la realidad a la que se están enfrentando estos países en relación a las metas establecidas dentro del marco de los ODS. A su vez, cada indicador depende de factores socioeconómicos, medioambientales y culturales que le afectan directamente o indirectamente y definen el nivel de progreso en el camino hacia el cumplimiento de los ODS de cada país en cuestión.

Tabla 2. ODS 3: Metas y principales indicadores del ODS3 directamente relacionados con la salud materno-infantil en Costa de Marfil, Camerún y Benín, OMS 2017¹¹¹

ODS 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades		Países		
Metas	Indicadores	Benin	Cameroon	Costa de Marfil
3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacimientos vivos	3.1.1 Tasa de mortalidad materna	405	596	645
	3.1.2 Partos atendidos por personal de salud cualificado %	77,2 (últimos datos de 2014)	64,7 (últimos datos de 2014)	59,4 (últimos datos de 2011)
3.2 Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1000 nacimientos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1000 nacimientos vivos	3.2.1: Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años	97,3	79,7	91,8
	3.2.2: Tasa de mortalidad neonatal (de recién nacidos)	31,4	23,9	36,6
3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales	3.7.1: Proporción de las mujeres de la edad reproductiva (15-49 años) cuyas necesidades de planificación familiar con los métodos modernos fueran cumplidas %	24,5 (últimos datos de 2014)	40,2 (últimos datos de 2014)	30,9 (últimos datos de 2012)
	3.7.2: Tasa de natalidad entre las adolescentes (10-14; 15-19 años de edad) por 1000 mujeres de su grupo de edad	94,0 (últimos datos de 2014)	119,0 (últimos datos de 2014)	125,0 (últimos datos de 2009)

Elaboración propia. 2018.

Fuentes: Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, OMS Global Health Observatory base de datos, 2017/2018.

Los 3 países presentan tasas de mortalidad infantil en menores de 5 años muy elevadas, que aún están lejos del objetivo para el 2030: menos de 25 fallecimientos por cada 1000 nacimientos vivos.

3.2.1. Tasa de mortalidad materna

Tabla 3. La tasa de mortalidad materna filtrada por países: Costa de Marfil, Camerún y Benín vs España, año 2015¹¹²

País	Tasa de mortalidad materna (por cada 100.000 nacimientos)	Número de muertes maternas
Benín	405 [279-633]	1.600 [1.100-2.500]
Côte d'Ivoire	645 [458-909]	5.400 [3.800-7.600]
Camerún	596 [440-881]	5.100 [3.700-7.500]
España	5 [4-6]	21 [17-26]

Como se puede ver, los tres países africanos muestran niveles altos de mortalidad materna, muy por encima de la meta establecida según el ODS3 (menos de 70 por cada 100 000 nacimientos vivos, Tabla 2. ODS 3), encontrándose la tasa de mortalidad materna más alta en Costa de Marfil (645), seguida por Camerún (596) y Benín (405). Para comparar, en España este indicador, según los datos de 2015, estaba en 5 muertes maternas por cada 100 000 nacimientos vivos.

3.2.2. Tasa de partos atendidos por personal sanitario cualificado

Debido a la falta de los datos actualizados sobre el porcentaje de partos atendidos por personal sanitario cualificado (indicador ODS 3.1.2) para el año 2017 en España, se consideran los datos del año 2016 desagregados por regiones de la OMS como referencia al estado actual en los países diana de este informe, así como en España y Europa:

Tabla 4. Partos asistidos por personal sanitario cualificado por regiones según la OMS, periodo 2010-2016

Regiones de la OMS	Partos asistidos por personal de la salud cualificado
África	53.1
Américas	95.5
Asia Sudoriental	78.0
Europa	98.9
Mediterráneo Oriental	71.3
Pacífico Occidental	96.1
OMS (Global)	77.7

Según los datos de la OMS, en África este indicador se sitúa por encima del 50%, lo que significa que la mitad de los partos no están siendo atendidos debidamente o tienen lugar en condiciones de alto riesgo para la salud de la madre y del recién nacido. Así mismo, existen grandes disparidades entre diferentes países de África Occidental. Aunque Benín, Camerún y Costa de Marfil muestran niveles relativamente más altos para este indicador (77,2, 64,7 y 59,4 respectivamente, Tabla 2) que el promedio africano, están muy por debajo del europeo.

3.2.3. Tasa de mortalidad infantil y tasa de mortalidad neonatal

En el ODS3, la tasa de mortalidad de menores de 5 años (indicador ODS 3.2.1) y la tasa de mortalidad neonatal (indicador ODS 3.2.2) han sido identificados como principales indicadores para valorar el estado actual de la salud y el progreso en el camino hacia el cumplimiento de la meta establecida para la salud infantil.

Hoy en día, la OMS recomienda el uso de los siguientes indicadores relacionados con la salud de menores de 5 años:

- La tasa de mortalidad infantil: número de defunciones de niños menores de un año por cada 1 000 nacimientos vivos en un determinado año.
- La tasa de mortalidad neonatal: número de defunciones de niños menores de 28 días de vida por cada 1 000 nacimientos vivos en un determinado año.
- La tasa de mortalidad postneonatal: número de defunciones de niños con 28 o más días de vida y con menos de 1 año por cada 1 000 nacimientos vivos en un determinado año.
- La tasa de mortalidad de menores de 5 años: número de defunciones de niños menores de 5 años por cada 1 000 nacimientos vivos en un determinado año.

“Mientras que la mortalidad neonatal está más relacionada con la calidad de la atención a la mujer gestante y el cuidado neonatal, los factores que contribuyen a la mortalidad postneonatal tienden a estar más relacionados con las circunstancias socioeconómicas de los progenitores” (5.1. Mortalidad infantil. Indicadores de la salud 2017. Información y estadísticas sanitarias 2017. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España 2017.)

Tabla 5. Las tasas de mortalidad infantil, mortalidad neonatal y mortalidad de menores de 5 años en Benin, Costa de Marfil y Camerún vs. España¹¹³

País	Año	Tasa de mortalidad infantil (0-1 año por cada 1.000 nacimientos)	Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacimientos)	Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por cada 1000 nacimientos)
Benín	2016	63.1 [49.9-82.3]	31.4 [23.2-43.5]	97.6 [74.1-131.9]
	2015	64.6 [52.2-81.9]	31.9 [24.1-42.7]	100.3 [78.3-131.1]
Costa de Marfil	2016	66.0 [51.4-84.7]	36.6 [26.3-50.3]	91.8 [68.6-121.6]
	2015	68.0 [54.6-84.9]	37.4 [27.8-49.7]	95.1 [73.6-122.1]
Camerún	2016	52.8 [42.8-65.8]	23.9 [17.3-32.6]	79.7 [61.9-102.9]
	2015	54.5 [45.4-65.8]	24.4 [18.3-32.2]	83.3 [66.9-103.7]
España	2016	2.7 [2.4-3.1]	2.0 [1.7-2.4]	3.3 [2.9-3.7]
	2015	2.8 [2.6-3.0]	2.1 [1.8-2.3]	3.4 [3.1-3.6]

Según la meta establecida para el ODS3, hasta el año 2030 todos los países deberían reducir la mortalidad neonatal al nivel de al menos 12 por cada 1 000 nacimientos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1 000 nacimientos vivos.

Si bien España y otros países europeos ya están cumpliendo con dicha meta, los tres países africanos tienen un largo camino que recorrer para alcanzarla, ya que los niveles de la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años en ellos no solo superan los de Europa y España, sino también el promedio establecido para todos los países del mundo (Tabla 6).

Tabla 6. La tasa de mortalidad infantil en África, Europa y a nivel global, año 2016¹¹⁴

Región de la OMS	Tasa de mortalidad infantil (0-1 año por cada 1.000 nacimientos)
África	52.3
Europa	8.3
OMS (Global)	30.5

3.2.4. Porcentaje de mujeres en edad reproductiva con acceso a métodos modernos de planificación familiar

Los indicadores relativos a la proporción de mujeres en edad reproductiva con acceso a métodos de planificación familiar (indicador ODS 3.7.1) y la tasa de natalidad entre adolescentes (indicador ODS 3.7.2) se aplican para valorar el estado actual y las tendencias en el campo del acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

La importancia de la salud reproductiva y el acceso a la planificación familiar en particular son muy importantes, no solo para aumentar las posibilidades de las mujeres de sobrevivir al embarazo y el parto, sino también para promover los derechos de las mujeres, mejorar la salud infantil y la respuesta al VIH, mejorar resultados educativos y contribuir a la reducción de la pobreza.¹¹⁵

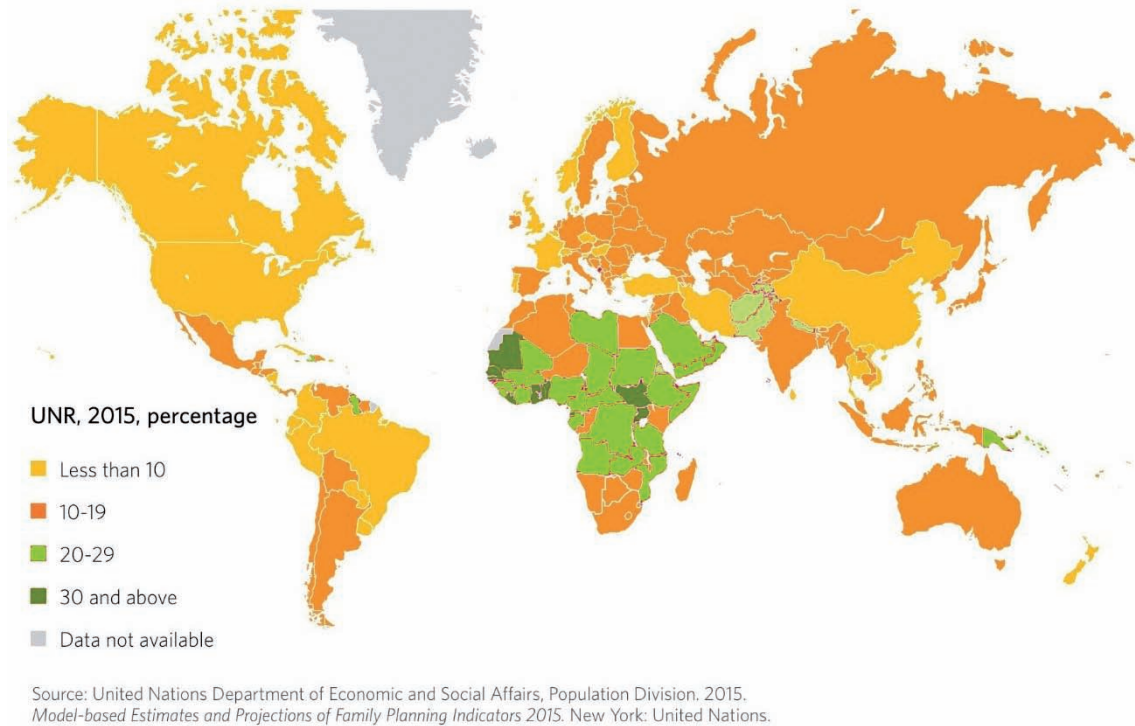
El indicador 3.7.1 muestra la proporción de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) cuyas necesidades de planificación familiar con métodos modernos fueron cumplidas.

Tabla 7. Indicador 3.7.1: Proporción (%) de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) cuyas necesidades de planificación familiar con métodos modernos fueron cumplidas¹¹⁶

País	Año	% de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que satisficieron sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos
Benín	2014	24.5%
Côte d'Ivoire	2012	30.9%
Camerún	2014	40.2%
España	1995	72.6%

Según los informes del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), África subsahariana sigue siendo la región con la menor proporción de mujeres cuyas necesidades de planificación familiar fueron cumplidas, así como el menor acceso a los servicios básicos de salud sexual y reproductiva, incluyendo educación e información. La siguiente imagen muestra la distribución mundial de datos relacionados con este indicador.

Imagen 15. (%) de mujeres en edad reproductiva (15-49 años), casadas o en unión, cuyas necesidades de planificación familiar fueron cumplidas, FPNU, 2015

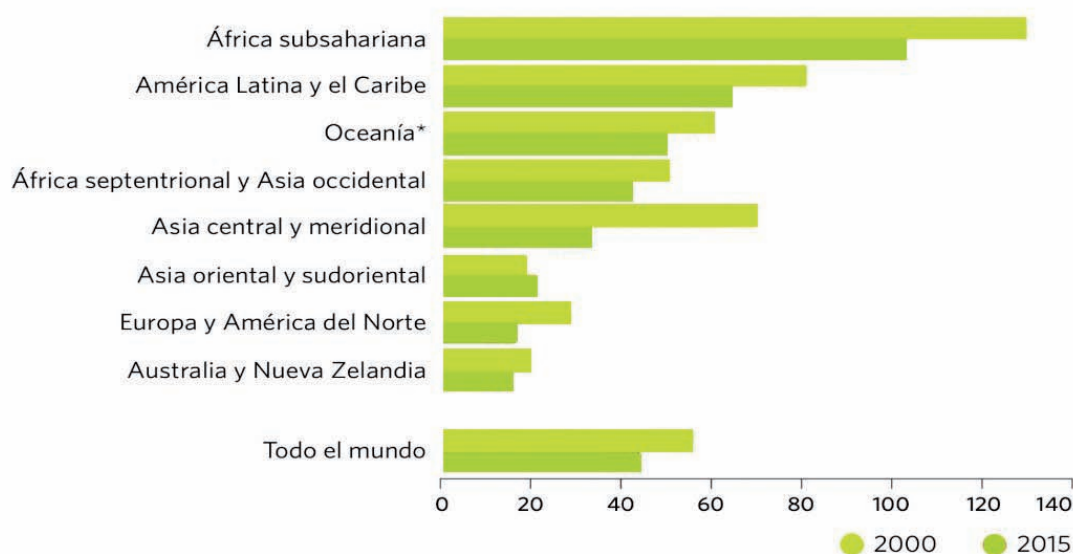


“Mientras que la mortalidad neonatal está más relacionada con la calidad de la atención prestada a la mujer gestante, los factores que incrementan la mortalidad postnatal tienden a relacionarse con la situación socioeconómica de los progenitores.”

3.2.5. Tasa de natalidad en mujeres adolescentes

El indicador 3.7.2 de los ODS permite mostrar el número de nacidos vivos por cada 1 000 mujeres adolescentes entre 15-19 años.

Imagen 16. Tasa de natalidad en adolescentes (número de nacidos vivos por cada 1 000 mujeres adolescentes de 15 a 19 años), 2000-2015¹¹⁷



* Hay una brecha importante en cuanto a la información oficial sobre la tasa de natalidad/fecundidad en adolescentes de 10-14 años. Aun así, el problema ha sido identificado según los datos de EUROSTAT en los países de la UE, con niveles más altos en Rumanía (3,5% de todos los partos en adolescentes) y Bulgaria (4,7% respectivamente)¹¹⁸, así como en los países de América Latina y África¹¹⁹, siendo África¹²⁰ subsahariana la parte del mundo con niveles más altos de partos en adolescentes, según los informes nacionales sobre salud reproductiva y derechos de los niños (Imagen 16 y tablas 8 y 9).

45

Tabla 8. Indicador 3.7.2: Tasa de natalidad en mujeres adolescentes (15-19 años de edad) en 2015¹²¹

Regiones de la OMS	Tasa de natalidad en mujeres adolescentes (por cada 1.000 jóvenes de 15 - 19 años)
África	100.3
Américas	51.7
Asia Sudoriental	33.9
Europa	17.6
Mediterráneo Oriental	46.1
Pacífico Occidental	15.3
OMS (Global)	44.1

Las tasas de natalidad en adolescentes son considerablemente más altas en las zonas rurales, en las adolescentes que o no tienen ningún nivel educativo o lo tienen muy bajo, así como en los hogares más pobres¹²².

Tabla 9. Tasa de natalidad en mujeres adolescentes en Benín, Costa de Marfil y Camerún vs en España¹²³

País	Año	Tasa de natalidad en mujeres adolescentes (por cada 1.000 jóvenes de entre 15-19 años)
Benín	2014	94.0
Côte d'Ivoire	2009	125.0
Camerún	2014	119.0
España	2013	8.4

Hoy en día, África subsahariana sigue siendo la región con niveles más altos de embarazo en adolescentes en el mundo, con la tasa de natalidad de 100,3 para todo el continente africano en el año 2015 (Tabla 7), 94.0 en Benín en 2014, 125,0 en Costa de Marfil en 2009, y 119,0 en Camerún en 2014, en comparación con 8,4 en España en 2013 (Tabla 8).

3.3. Costa de Marfil, Camerún y Benín: factores socio-económicos que influyen en la salud materno-infantil

Mejorar el bienestar de las madres, recién nacidos, bebés y niños/as es un objetivo de gran importancia para todas las sociedades, pues su bienestar determinará la salud de la próxima generación, su potencial socio-económico y ayudará a identificar los futuros retos del sector de la salud.

La salud materno-infantil es un fenómeno complejo, que aborda múltiples temas y que requiere de un enfoque transversal hacia problemas relacionados con él, así como la comprensión acerca de los vínculos existentes entre la salud materno-infantil y todos aquellos factores socio-económicos que se refuerzan mutuamente y se influyen entre sí.

Dentro de dichos factores, por su mayor importancia e influencia, destacan:

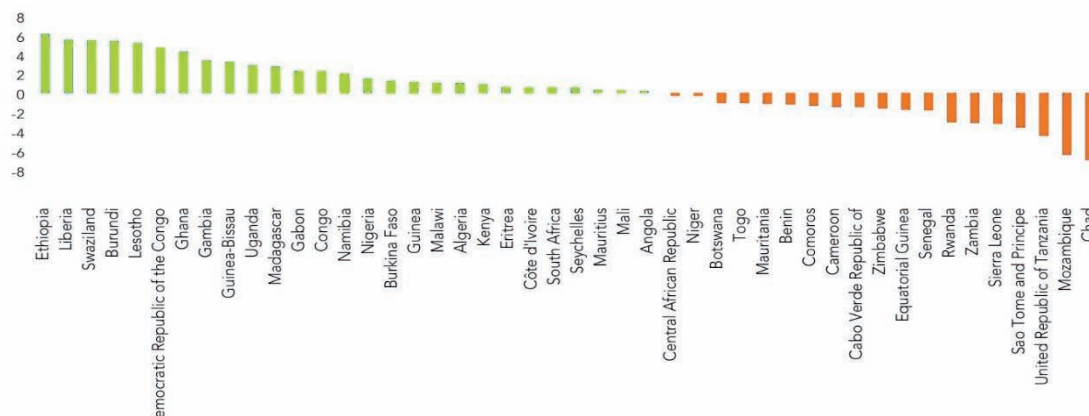
- Acceso a los servicios sanitarios clave para la supervivencia de la madre, del recién nacido y de los niños/as menores de 5 años, incluyendo la vacunación.
- Financiación del sector de la salud pública, eficacia de los sistemas sanitarios en materia de gestión y distribución de los recursos e inversiones en infraestructuras de salud.
- Nivel de educación y conciencia acerca de temas relacionados con salud sexual y reproductiva (incluyendo la promoción de la lactancia materna o la completa eliminación de prácticas tradicionales altamente nocivas para la salud de niñas y mujeres, como la mutilación genital).
- Entornos que facilitan o prohíben el empoderamiento de mujeres y niñas.
- Estatus económico de las familias que, en caso de pobreza, está directamente relacionado con la malnutrición de futuras madres y niños menores de 5 años y los riesgos para su salud y su supervivencia.

3.3.1. Financiación del sector de la Salud Pública en Benín, Costa de Marfil y Camerún

A medida que crecen los ingresos de los estados africanos y los gobiernos disponen de más recursos, el gasto público en el sector de la salud a menudo suele quedar al margen de dicho crecimiento. Además, los flujos de financiación son inestables, con fluctuaciones anuales extremas, lo que limita la capacidad del sector para planificar y llevar a cabo programas nacionales en el sector salud. En muchos países de África subsahariana, los gobiernos tienden a asignar recursos públicos muy limitados a los servicios de atención primaria, a pesar de que estos son fundamentales para lograr un progreso equitativo y sostenible hacia el ODS3.

La mayoría de los países africanos han mejorado o han mantenido estables los niveles de sus asignaciones presupuestarias para salud en los últimos 15 años, en base a la Declaración de Abuja²⁴ que exige un mayor gasto en salud (15%) en proporción al gasto público total. Sin embargo, el gasto público promedio anual en salud en la región fue del 10% sobre el gasto público total en 2014, con grandes disparidades entre los diferentes países. De este modo, mientras que algunos países han priorizado los gastos del sector sanitario público en los últimos años, hay otros muchos que han bajado su porcentaje de inversión respecto al gasto público total desde el año 2000.

Imagen 17. Cambio en la priorización de la financiación de la salud por los gobiernos de la Unión Africana, incluidos Costa de Marfil, Camerún y Benín 2000-2014*

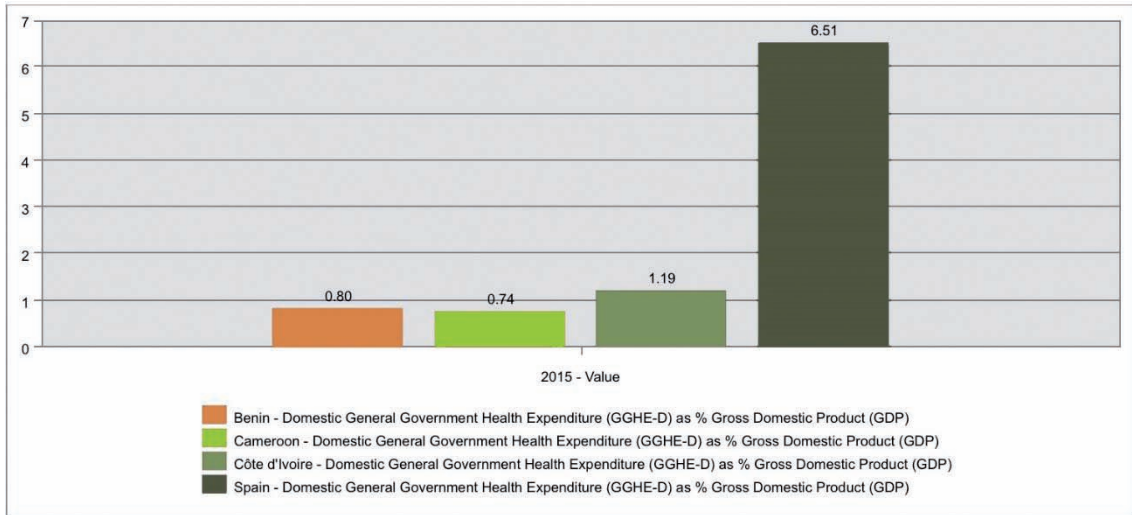


*% cambio de punto de valores medianos a lo largo de los años 2000-2014²⁵

Como se puede observar, en Camerún y Benín la tendencia general ha sido disminuir gastos en la salud pública en relación al gasto público total a largo de los años, mientras que en Costa de Marfil se puede observar un ligero incremento de las inversiones en este sector.

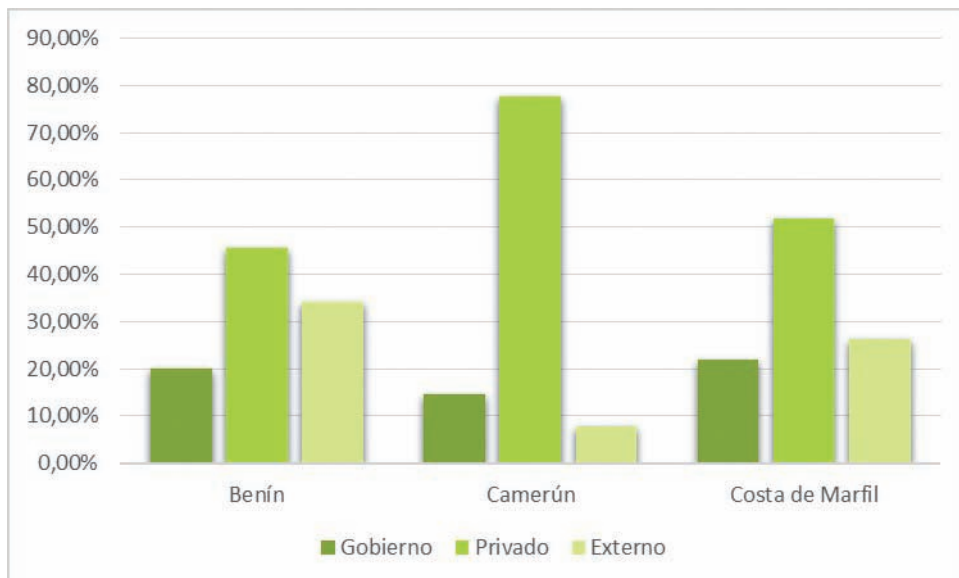
Desde el año 2010, la disminución o el mantenimiento del mismo nivel de financiación externa del sector salud en los países africanos de bajos ingresos no está siendo compensado por un aumento de gasto público nacional para este sector, que, desde entonces, se estancó en 2.5% en promedio del PIB.

Imagen 18. Gasto doméstico estatal en salud como % del PIB en Benín, Costa de Marfil y Camerún vs España, 2015¹²⁶



Se puede claramente observar que los gastos del gobierno español en salud en relación al PIB en 2015 superaron casi 6 veces los gastos de los tres países africanos, lo que indica que éstos se enfrentan a un riesgo muy alto de fracasar en la consecución de los retos del ODS3 y reducir la mortalidad y morbilidad materno-infantil si no hay compromiso continuo de los países con PIB elevado para contribuir tanto a la lucha por la salud materno-infantil como a la promoción de alianzas para el desarrollo y movilización de recursos domésticos y políticos para la promoción del bienestar de mujeres y niños. Aquí cabe mencionar que las fluctuaciones e incertidumbre en la financiación proveniente de fuentes externas también tienen un impacto significativo negativo sobre el sector de la salud pública. Los recursos asignados para su desarrollo desestabilizan la implementación de los programas nacionales para la salud materno-infantil y ponen en peligro la continuidad de los esfuerzos para luchar contra la mortalidad y morbilidad materno-infantil.¹²⁷

Imagen 19. Salud en Benín, Costa de Marfil y Camerún, 2015. Gastos sanitarios según fuentes de financiación como % del gasto total de la salud¹²⁸



En los tres países africanos, los gastos privados en salud constituyen un porcentaje muy alto en la estructura del gasto total. Pero esos gastos del sector privado en estos países no provienen exclusivamente de instituciones privadas en stricto sensu. Se encuentran también entidades como organizaciones sin ánimo de lucro (fundaciones privadas, ordenes religiosas), así como los pagos de bolsillo que realiza el paciente.

Es más, en los entornos empobrecidos en particular, donde los proveedores de servicios de la salud no están financiados adecuadamente, los pagos de bolsillo (out-of-pocket payments) son una importante fuente de ingresos para los trabajadores de la salud pública. Principalmente sirven para mantener la provisión de servicios sanitarios, generando incentivos financieros perversos (corrupción).

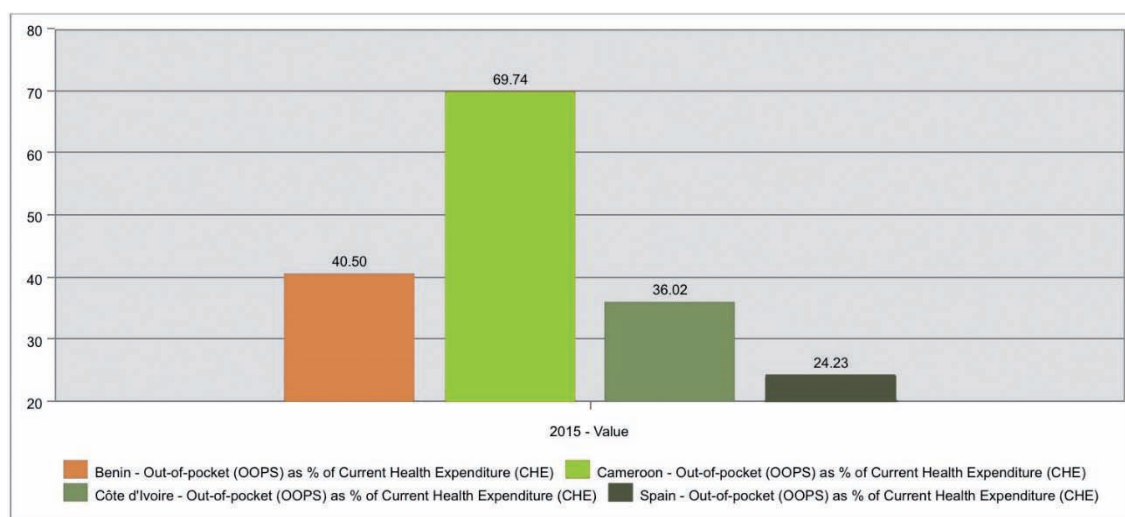
Los pagos de bolsillo excluyen cualquier prepago por servicios de salud, por ejemplo en forma de impuestos, o primas o contribuciones de seguros específicos y, cuando sea posible, netos de los reembolsos a la persona que realizó los pagos. Por eso los cargos directos no regulados a menudo son una importante barrera para los pobres, que no pueden acceder a la atención médica necesaria.

Eso quiere decir que en Benín, Costa de Marfil y Camerún, donde casi la mitad de la población vive en condiciones de pobreza (en Benín 64,2%, en Camerún 48,2% y en Costa de Marfil 59,4%),¹²⁹ a las familias empobrecidas les resulta más difícil acceder a los servicios sanitarios y por tanto hay una enorme brecha entre los ricos y los pobres en el acceso a dichos servicios, que son claves para la supervivencia de las madres y sus hijos e hijas.

La dependencia de los pagos de bolsillo varía significativamente en todo el mundo, pero existe una correlación muy fuerte entre el nivel de este gasto y dos indicadores; gastos de la salud en incidencias catastróficas y gastos que empobrecen la población, que se definen directamente por los niveles de los pagos de bolsillo que absorben los recursos financieros de los hogares¹³⁰.

Según los datos estadísticos de la OMS para el año 2016, en Benín, Costa de Marfil y Camerún los ODS reunían el mayor porcentaje de los gastos de salud privados, en Benín 89,20%, en Costa de Marfil 76,50% y en Camerún 94,10%.¹³¹

Imagen 20. Pagos de bolsillo como porcentaje del gasto en salud en Benín, Costa de Marfil y Camerún vs España, 2015



En España, una parte de los gastos de bolsillo aportados por el paciente queda cubierta por la seguridad social o el seguro privado. Por su parte, el peso del gasto sanitario privado en el gasto sanitario total (30,2%), posiciona a España 3,1 puntos por delante de la media de la OCDE (27,1%) y de la mayoría de los países del entorno de la UE. En relación a la composición del gasto sanitario privado, los pagos de bolsillo representaban en 2014 el 2,2% del PIB, el seguro privado el 0,5% y el gasto de instituciones sin ánimo de lucro el 0,03%¹³².

Aun así, el porcentaje de pagos de bolsillo en todos los gastos de salud en España es mucho menor que en los tres países africanos, donde todo el peso del gasto directo en salud cae sobre los hogares, cuya mayoría vive en la pobreza. De esta manera, la salud y la pobreza se quedan enlazadas en un círculo vicioso.

Para explorar cómo los problemas de la salud materno-infantil se relacionan con los múltiples factores que influyen en ella directamente, como por ejemplo los niveles de pobreza, la OMS ha desarrollado una base de datos denominada Health Equity Monitor Database (Base de Datos para Monitorización de Equidad de la salud), la cual ayuda a definir el grado de influencia e impacto que tienen dichos factores sobre indicadores como la mortalidad infantil, la mortalidad de niños/as menores de 5 años y los partos atendidos por personal sanitario cualificado (Tablas 10 y 11).

Tabla 10. Tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años en relación con el estatus económico de las familias (Q1 pobreza extrema, Q5 ricos)

País	Año	Fuente de datos	Tasa de mortalidad infantil (muertes por 1.000 nacidos vivos)		Tasa de mortalidad de menores de cinco años (muertes por 1.000 nacidos vivos)	
			Q1 (más pobre)	Q5 (más rico)	Q1 (más pobre)	Q5 (más rico)
Benín	2011	DHS	52.5	30.4	87.5	44.5
			(42.5-60.9)	(24.0-38.4)	(77.4-98.7)	(36.6-53.9)
Costa de Marfil	2011	DHS	79.3	56.0	122.9	82.3
			(64.1-97.7)	(41.7-74.8)	(104.5-144.1)	(66.5-101.5)
Camerún	2011	DHS	90.1	51.3	183.9	72.4
			(79.2-102.5)	(43.1-61.0)	(168.9-200.5)	(62.4-83.8)

50

Tabla 11. Partos atendidos por personal sanitario cualificado en relación con el estatus económico de las familias (Q1 pobreza extrema, Q5 ricos)

País	Año	Fuente de datos	Partos atendidos por personal de salud capacitado (en los dos o tres años anteriores a la encuesta)	
			Q1 (más pobre)	Q5 (más rico)
Benín	2011	DHS	65.7 (61.7-69.5)	98.8 (98.0-99.3)
Costa de Marfil	2011	DHS	37.0 (32.1-42.2)	91.7 (88.7-94.0)
Camerún	2011	DHS	18.8 (15.7-22.4)	97.5 (96.3-98.3)

De esta forma, es evidente la existencia de una brecha entre las posibilidades de sobrevivir para las madres y sus hijos relacionada con el estatus económico de las familias. Este estatus determina el acceso a los recursos privados sanitarios y provoca que miles de familias se enfrenten a la escasez de servicios y recursos públicos. Para disminuir dicha brecha y poder romper el bucle vicioso que existe entre la salud y la pobreza hace falta seguir invirtiendo en las estructuras de la salud pública con el fin de que los servicios sean más asequibles y de fácil acceso para todos, así como en la formación y el empleo del personal médico para atender a las necesidades de la población en crecimiento y poder cubrir la demanda de servicios de salud. Además, también es necesario invertir en la movilización de los recursos necesarios para asegurar la calidad de los servicios básicos ofrecidos como atención obstétrica para el seguimiento del embarazo (prenatal, parto, postnatal).

3.3.2. Factores que influyen en la calidad de los servicios del seguimiento del embarazo y la salud materno-infantil

Según los datos del año 2016, las complicaciones del parto prematuro (35%) y las complicaciones durante el parto (24%) fueron las dos mayores causas de muertes de recién nacidos, seguidas por infecciones como la sepsis o meningitis (15%) y anomalías congénitas. Además, 2,6 millones de bebés son dados a luz sin vida cada año, siendo éstas muertes evitables¹³³.

Las mujeres mueren por complicaciones durante y después del embarazo y el parto. La mayoría de estas complicaciones se desarrollan durante el embarazo y la mayoría son prevenibles o tratables. Pueden existir otras complicaciones de salud antes del embarazo, que empeoran durante el embarazo.

En 2016, las principales causas de casi el 75% de las muertes maternas fueron:

- sangrado severo (principalmente sangrado después del parto);
- infecciones (generalmente después del parto);
- presión arterial alta durante el embarazo (pre eclampsia y eclampsia);
- complicaciones durante el trabajo del parto, y
- aborto inseguro.

Mientras que la financiación de la salud sigue siendo el factor dominante que define el acceso a los servicios y recursos sanitarios, hay otros factores importantes que hay que tener en cuenta cuando se trata de la salud materno-infantil.

Entre dichos factores destacan:

- Recursos:
 - La densidad/cantidad de centros médicos en zonas urbanas y rurales;
 - Cantidad de profesionales médicos para la atención obstétrica;
 - Cantidad de camas disponibles en hospitales;
 - Cantidad de equipamientos médicos / tecnologías prioritarias sanitarias (resonancia magnética, tomógrafos, mamógrafos);
 - Vacunación;
 - Disponibilidad de agua limpia y condiciones de saneamiento e higiene adecuados;
- Educación y sensibilización sobre salud sexual y reproductiva.¹³⁴

3.3.2.1. Recursos

Para reducir definitivamente los niveles de la mortalidad materna y neonatal y mejorar la salud de millones de mujeres y sus hijos e hijas hay que mejorar el acceso a profesionales de la salud cualificados durante el embarazo y en el momento del nacimiento; el acceso a intervenciones de salvamento, vacunación, lactancia y medicinas de bajo costo; y aumentar el acceso al agua potable, al saneamiento y a la higiene, que actualmente están fuera del alcance de las comunidades más pobres del mundo.¹³⁵

a. Densidad de distribución de centros de salud, puestos de salud, hospitales y hospitales rurales

Tabla 12. Infraestructuras de la salud, densidad de distribución por 100 000 personas, OMS 2017

	2013		
	Benín	Costa de Marfil	Camerún
Densidad por 100.000 hab. hospitales	0.41	1.71	0.79
Densidad por 100.000 hab. Puestos de salud			7.43
Densidad por 100.000 hab. Centros de salud	5.45	11.83	0.63
Densidad por 100.000 hab. Hospitales rurales	0.25	1.16	0.67
Densidad por 100.000 hab. Hospitales provinciales	0.05	0.45	0.08
Densidad por 100.000 hab. Hospitales especializados	0.11	0.10	0.04

La distribución espacial de las poblaciones y los asentamientos en un país, sus conexiones y accesibilidad desde las áreas urbanas son importantes para la prestación de servicios de salud, la distribución de recursos y el desarrollo económico.

En África, el 90% de la población se concentra en menos del 21% de la superficie terrestre y el promedio de tiempo de viaje por persona a asentamientos de más de 50.000 habitantes es de alrededor de 3,5 horas, con África Central y Oriental mostrando los tiempos de viaje promedio más largos, alrededor de 5 horas. Esto resulta en grandes disparidades en el acceso a los servicios de la salud, el aislamiento de muchas poblaciones rurales y los desafíos que existen entre países y regiones¹³⁶.

Benín goza de una infraestructura sanitaria bastante desarrollada que permite el acceso del 77% de su población a las instalaciones situadas a menos de 5 km de los asentamientos.¹³⁷

En Camerún existen grandes disparidades de cara a la distribución de la infraestructura de salud. La mayor parte se concentra en las zonas del Oeste (399 o 16.49%), en el Centro (376 o 15.49%), así como la zona de costa (318 o 13.10%). Eso contrasta con los datos para las regiones del Norte (168 o 6.92) y de Adamawa (120 o 4.94%).¹³⁸

Costa de Marfil, que sufrió un deterioro de su infraestructura sanitaria debido a la guerra civil (2002-2007), lo cual resultó en el cierre de centros de salud y hospitales, hoy en día va recuperando su potencial. El 75% de su población ya tiene acceso a centros situados dentro de un perímetro de 5 km de distancia entre sus distintos asentamientos.¹³⁹

b. Cantidad de profesionales médicos de atención obstétrica

Tabla 13. Personal médico cualificado por 10.000 habitantes, OMS 2018

País	Año	Personal médico cualificado por cada 10.000 habitantes
Benín	2016	7.51
	2013	7.5
Côte d'Ivoire	2008	6.22
Camerún	2014	6.03
España	2015	91.96
	2014	91.8

Según la OMS, Benín, Costa de Marfil y Camerún pertenecen al grupo de países de África subsahariana que se están enfrentando a una crisis grave del personal médico cualificado (el conjunto de médicos/as, enfermeros/as, matrones/as), lo que está agravando el problema de la mortalidad materno-infantil en estos países (Tablas 13, 14 y 15).

Tabla 14. Cobertura de servicios de la salud (mujeres en edad reproductiva, casadas o en unión, cuyas necesidades de planificación familiar con métodos modernos fueron cumplidas (%); cuidado prenatal - al menos 4 visitas (%); partos atendidos por personal médico cualificado (%), OMS 2017

País	Año	Mujeres cuyas necesidades de planificación familiar con métodos modernos fueron cumplidas	Cuidado prenatal – al menos cuatro visitas- (%)	Partos atendidos por personal médico cualificado (%)
Benín	2014	24.5	58.8	77.2
Costa de Marfil	2012	30.9	44.2	59.4
	2011/12			
2011				
Camerún	2014	40.2	58.8	64.7

Además, el problema se complica debido a disparidades en la distribución geográfica del personal médico. El 50% de la población mundial vive en áreas rurales, pero el 75% de los/las médicos/as y el 62% de los/las enfermeros/as atienden a las poblaciones urbanas. Por ejemplo, la ciudad capital de Camerún, Yaundé, tiene 4,5 veces más trabajadores de la salud que la provincia más pobre del país.

Tabla 15. Enfermeros/as y matrones/a por 1000 habitantes, OMS 2018

País	Año	Enfermeras y matronas por cada 1.000 habitantes
Benín	2016	0.598
	2008	0.794
Côte d'Ivoire	2008	0.479
Camerún	2010	0.52

c. Cantidad de camas en hospitales

Las camas de hospital incluyen camas para pacientes hospitalizados disponibles en hospitales públicos, privados, generales y especializados y centros de rehabilitación. En la mayoría de los casos, se incluyen camas para cuidados agudos y crónicos. Debido a que el nivel de servicios para pacientes hospitalizados requerido para cada país depende de varios factores, como los problemas demográficos y la carga de morbilidad, no existe un objetivo global para el número de camas de hospital por país.

En los países de la UE, este indicador oscila entre 2,4 camas/1 000 habitantes en Suecia (valor más bajo) y 8,1 camas/1 000 en Alemania (valor más alto). En España este indicador es de 3,0 camas/1 000 habitantes.

Por otro lado, en Benín este indicador es de 0,5 camas/1 000 habitantes, en Costa de Marfil es de 0,4 camas/1 000 habitantes y en Camerún es de 1,3 camas/1 000 habitantes.¹⁴¹

d. Tecnologías prioritarias de la salud (resonancia magnética, tomógrafos, mamógrafos)

Más del 75% de los países africanos no tienen al menos una unidad de tomografía axial computarizada por millón de habitantes, pero más del 85% de los países tienen al menos un mamógrafo por millón de habitantes. En cuanto a las unidades de radioterapia, la densidad es de 0,1 por millón de habitantes. La densidad regional de equipamiento de alta tecnología por millón de habitantes en esta región es la más baja del mundo.

“Las zonas rurales sufren tremendamente la falta de tecnologías prioritarias de la salud.”

Tabla 16: Disponibilidad de tecnologías prioritarias de la salud en los países africanos en unidades por millón de habitantes (imagen por resonancia magnética, tomografía axial computerizada, tomografía por emisión de positrones, cámara gamma, mamógrafo, acelerador lineal de radioterapia, unidad de telecobalto, unidad de acelerador lineal +telecobalto)¹⁴²

Medical equipment	Have at least one unit per 1,000,000 pop. (%)	Number of responding countries	Regional density per 1,000,000 pop.
Magnetic Resonance Imaging (MRI)	11%	35	0.1
Computed Tomography (CT Scanner)	24%	37	0.4
Positron Emission Tomography (PET Scanner)	3%	31	0.01
Gamma Camera or Nuclear Medicine	3%	33	0.09
*Mammographs	85%	34	0.32
Radiotherapy Unit: Linear Accelerator (LA)	0%	30	0.05
Radiotherapy Unit:Telecobalt Unit (TU)	3%	32	0.05
Radiotherapy Unit (LA+TU)	3%	32	0.10

* Mammographs density is per 100,000 females aged between 50 and 69 years old, and the regional density per million females of the same age

Tabla 17: Densidad de equipamiento médico de tecnologías prioritarias de la salud en Benín, Costa de Marfil y Camerún vs España, OMS 2016

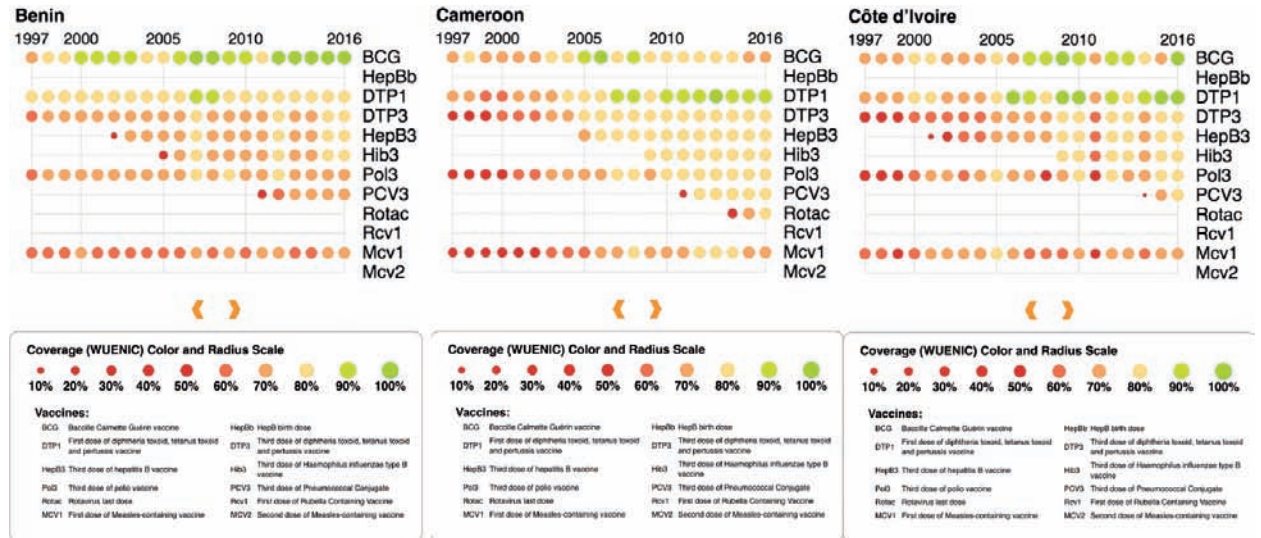
País	Año	Densidad total por millón de habitantes: imágenes de resonancia magnética	Densidad total por millón de habitantes: número de tomografía computerizada	Densidad total por millón de mujeres de 50 a 69 años de edad: número de mamografía
Benín	2014			16.09
	2013	0	0,29	
	2010	0.00	0.34	18.71
Costa de Marfil	2014			0.00
	2013	0.15	0.69	
	2010	0.15	0.71	0.00
Camerún	2014			17.40
	2013	0.04	0.63	
	2010	0.05	0.71	17.08
España	2013	8.14	13.85	
	2010	8.29	14.11	

Equipamiento médico básico son las tecnologías que comúnmente se consideran importantes o necesarias para los procedimientos específicos de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación que se lleva a cabo en la mayoría de las instalaciones de la salud.

En los tres países africanos, debido a las disparidades en la distribución de la infraestructura de la salud, las zonas rurales son las que sufren tremendamente la falta de tecnologías prioritarias de la salud en sus centros de salud y hospitales rurales y regionales.

e. Vacunación

Imagen 21: Vacunación en Benín, Costa de Marfil y Camerún, OMS 2017



La vacunación es un factor muy importante que reduce enormemente los riesgos de mortalidad y de morbilidad tras el suministro de vacunas a personas que, como consecuencia, se vuelven inmunes o resistentes a una enfermedad infecciosa.

Hoy en día, hay vacunas disponibles para algunas de las enfermedades infantiles más mortales, como el sarampión, la poliomielitis, la difteria, el tétanos, y la tos ferina, neumonía debida a Haemophilus influenzae tipo B y Streptococcus pneumoniae y diarrea debida a rotavirus.

Como muestra la imagen, la cobertura de vacunación en los tres países en el año 2016 alcanzaba niveles entre el 70 y 100%.

f. Disponibilidad de agua limpia y condiciones de saneamiento e higiene adecuados

Alrededor de 1,8 billones de personas en el mundo beben agua contaminada con heces, lo que provoca diarrea. De hecho, cada año 842 000 personas mueren a causa de diarrea y cada día la diarrea se cobra las vidas de aproximadamente 1 000 niños menores de 5 años en todo el mundo.

El acceso al agua y al saneamiento y la higiene son fundamentales para el desarrollo sostenible.¹⁴³

“La falta de acceso a agua potable causa anualmente 3,5 millones de muertes en el mundo. El 12% de la población mundial no tiene acceso a agua potable.”

Consejo Mundial del Agua 2017

Tabla 18: Condiciones inapropiadas de agua potable, saneamiento e higiene en relación con las muertes, OMS¹⁴⁴

	Agua, saneamiento e higiene inadecuados	
	Total de fallecimientos	Fallecimiento de niños menores de 5 años
País	2012	2012
Benín	3063 (2062.9-3881)	1912.1
Costa de Marfil	8303.1 (5512.3-10698)	4623.1
Camerún	8547 (5426-11117.9)	5096.6

Según los datos de la OMS (Tabla 16), en el año 2012 en los tres países africanos existieron condiciones inadecuadas de agua potable, saneamiento e higiene, lo que causó la muerte a 3.063 personas en Benín, 8.303 en Costa de Marfil y 8.547 en Camerún. Más de la mitad de estas personas fueron niños menores de 5 años.

Tabla 19: Uso de servicios de saneamiento básicos (columnas 1,2) y servicios de saneamiento seguros (columnas 3,4)¹⁴⁵

País	2015			
	Población que utiliza al menos servicios básicos de saneamiento (%)		Población que utiliza servicios de saneamiento de forma segura (%)	
	Rural	Urbana	Rural	Urbana
Benín	5	25	nd	nd
Costa de Marfil	13	45	nd	nd
Camerún	19	56	nd	nd

Tabla 20: Acceso básico al agua potable (columnas 1,2) y acceso al agua potable segura (columnas 2,3) en entornos urbanos y rurales¹⁴⁶

País	2015			
	Población que utiliza al menos servicios básicos de agua potable (%)		Población que utiliza servicios de agua potable de forma segura (%)	
	Rural	Urbana	Rural	Urbana
Benín	60	77	nd	nd
Costa de Marfil	54	89	23	65
Camerún	43	84	nd	nd

Las consecuencias de contar con servicios de saneamiento, higiene y acceso a agua potable deficientes en las instalaciones sanitarias son importantes. Las infecciones relacionadas con ellos afectan a cientos de millones de pacientes cada año, y se estima que el 15% de los pacientes desarrollan una o más infecciones durante su estancia en el hospital. La carga de infecciones es especialmente alta en recién nacidos. La sepsis y otras infecciones graves son las principales causas de su muerte (se estima 430.000 muertes al año). Además, los riesgos asociados con la sepsis son 34 veces mayores en entornos de escasos recursos.

A nivel mundial, la provisión de servicios de agua potable, saneamiento e higiene en los establecimientos sanitarios es baja y los niveles actuales son mucho menores que la cobertura total (100%) según el ODS 6. La provisión de agua limpia en África es la más baja, puesto que el 42% de todas las instalaciones sanitarias carecen de una fuente mejorada en el sitio o en 500 m de alcance.

Tabla 21: Suministro de agua potable y servicios de saneamiento e higiene en los establecimientos de la salud, OMS 2017¹⁴⁷

WHO Regions	Access to an improved water source within 500 m			Access to improved sanitation facilities			Access to soap for handwashing		
	Number of facilities*	Number of countries	Coverage (mean)	Number of facilities	Number of countries	Coverage (mean)	Number of facilities	Number of countries	Coverage (mean)
All	66,101	54	62%	62,524	36	81%	40,536	35	65%
AFRO	52,674	23	58%	51,715	16	84%	31,984	14	64%
AMRO	3,026	16	70%	1,425	11	57%	1,442	11	65%
EMRO	5,778	3	—	5,510	2	—	5,510	2	—
EURO	527	3	—	527	3	—	420	2	—
SEARO	3,596	6	78%	3,347	4	—	1,180	4	—
WPRO	500	3	—	0	0	—	0	0	—

* Regional estimates should be interpreted with caution as data for several regions are limited and, in certain cases, insufficient to calculate a regional figure.

**This is the number of facilities represented by the assessments. In non-census assessments the actual number of facilities sampled is less.

3.3.2.2. Educación y Sensibilización sobre la Salud Sexual y Reproductiva

Millones de niñas son obligadas a tener relaciones sexuales y a contraer matrimonio a muy temprana edad, lo que supone ponerlas en riesgo de embarazos no deseados, abortos inseguros, infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida el VIH, y un parto peligroso.

La educación integral sobre salud sexual y reproductiva juega un papel central en la preparación de las y los jóvenes para una vida segura, productiva y satisfactoria en un mundo donde el VIH y el SIDA, las ITS, los embarazos no deseados, la violencia de género y la desigualdad de género aún plantean serios riesgos para su bienestar.

Educar y sensibilizar sobre estos temas significa brindar acceso a la información y servicios para prevenir, diagnosticar y tratar las ITS así como asesoramiento sobre planificación familiar. También significa empoderar a las niñas y adolescentes para conocer y ejercer sus derechos, incluido el derecho a retrasar el matrimonio y el derecho a rechazar relaciones sexuales no deseadas y prácticas nocivas como la mutilación genital femenina.

Sin embargo, a pesar de la evidencia clara y convincente de los beneficios de la educación sobre salud sexual y reproductiva de calidad, pocas niñas, niños y jóvenes reciben preparación para sus vidas que les permita adquirir cierto control y tomar decisiones informadas sobre su sexualidad y sus relaciones de forma libre y responsable.¹⁴⁸

Tabla 22: Porcentaje de mujeres adolescentes de 15-19 años en unión o casadas cuyas necesidades de planificación familiar no fueron cumplidas (falta de acceso a los servicios básicos de la salud sexual y reproductiva, incluyendo educación e información), FPNU 2018

Country	Value
Benin	35%
Burkina Faso	22%
Cameroon	26%
Chad	23%
Comoros	47%
Congo	35%
Côte d'Ivoire	27%
Congo, the Democratic Republic of the	31%

El 35% de las mujeres y adolescentes casadas o en unión de Benín, el 26% de Camerún y el 27% de Costa de Marfil, carecen de acceso a los medios modernos de planificación familiar e información sobre salud sexual y reproductiva.¹⁴⁹

Tabla 23: Porcentaje de mujeres adolescentes de 15-19 años que tienen conocimiento integral sobre VIH/SIDA, FPNU 2018

Country	Value
Benin	33%
Burkina Faso	29%
Cameroon	14%
Chad	4%
Comoros	18%
Congo	35%
Côte d'Ivoire	18%
Congo, the Democratic Republic of the	22%

Según muestran los datos de la tabla, en Benín tan sólo el 33% de mujeres adolescentes tienen conocimiento sobre el VIH, los riesgos y las consecuencias de contraer el virus. En Camerún y Costa de Marfil son aún menos las mujeres con esta información (14% y 18% respectivamente)¹⁵⁰.

Tabla 24: Porcentaje de mujeres adolescentes de 15-19 años que justificarían violencia física en la pareja ejercida por el hombre, FPNU 2018

Country	Value
Benin	15%
Burkina Faso	41%
Cameroon	49%
Comoros	43%
Congo	66%
Côte d'Ivoire	51%
Congo, the Democratic Republic of the	76%
Ethiopia	65%
Gabon	55%

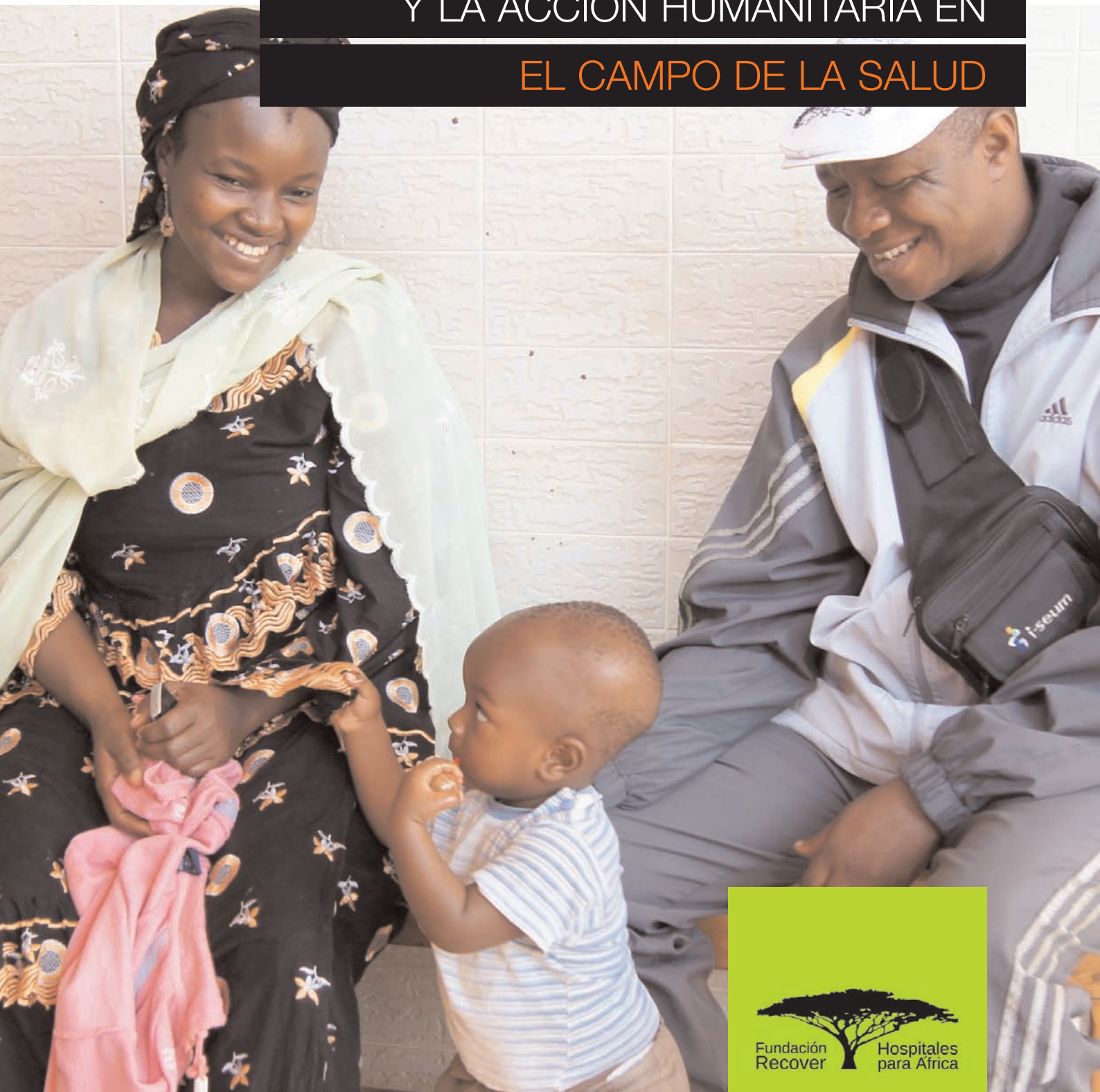
Benín es uno de los países en África Subsahariana con mejores indicadores en lo que se refiere al empoderamiento de la mujer y la sensibilización sobre sus derechos. La situación es mucho más grave en Camerún y Costa de Marfil, donde la mitad de las adolescentes justifican los actos de violencia contra mujeres¹⁵¹.

“Mucha gente pequeña,
en lugares pequeños,
haciendo cosas pequeñas,
puede cambiar el mundo.”

Eduardo Galeano

4

LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO
Y LA ACCIÓN HUMANITARIA EN
EL CAMPO DE LA SALUD



Según el informe de la ONU Global Humanitarian Overview 2018 (Perspectiva Global Humanitaria), los conflictos seguirán generando una mayor proporción de necesidades humanitarias en 2018. La sequía y otros fenómenos meteorológicos adversos también darán lugar a estas necesidades, incluida la inseguridad alimentaria, la vulnerabilidad, la pérdida de medios de subsistencia y los brotes de enfermedades infecciosas transmisibles.

Entre los países africanos que destacan por su alta probabilidad de que estalle en ellos una crisis humanitaria están, entre otros, Camerún y Costa de Marfil, así como Níger y Burkina Faso, países vecinos de Benín.

Los conflictos modernos generan una crisis humanitaria prolongada, donde las personas refugiadas y las desplazadas internamente son los grupos más vulnerables, que seguirán necesitando ayuda incluso una vez acabado el conflicto para poder volver y reconstruir sus hogares y recuperar sus vidas.

El incremento de estos conflictos, acontecidos en los últimos años, está alterando el paisaje de ayuda internacional hacia una mayor proporción de ayuda destinada a las emergencias humanitarias que requieren una rápida consolidación de fondos e implementación de los planes de emergencias in situ.

La OCHA (United Nations Coordination Office of Humanitarian Affairs) estima que en el año 2018 las emergencias humanitarias tanto nuevas como presentes requerirán una financiación de aproximadamente 22,5 mil millones de dólares para cubrir las necesidades de alrededor de 135,7 millones de personas.

Según los datos de la OCDE, la ayuda oficial al desarrollo en el año 2016 en Africa Subsahariana alcanzó 25 200 millones de USD o 22,8% de la ayuda oficial al desarrollo¹⁵².

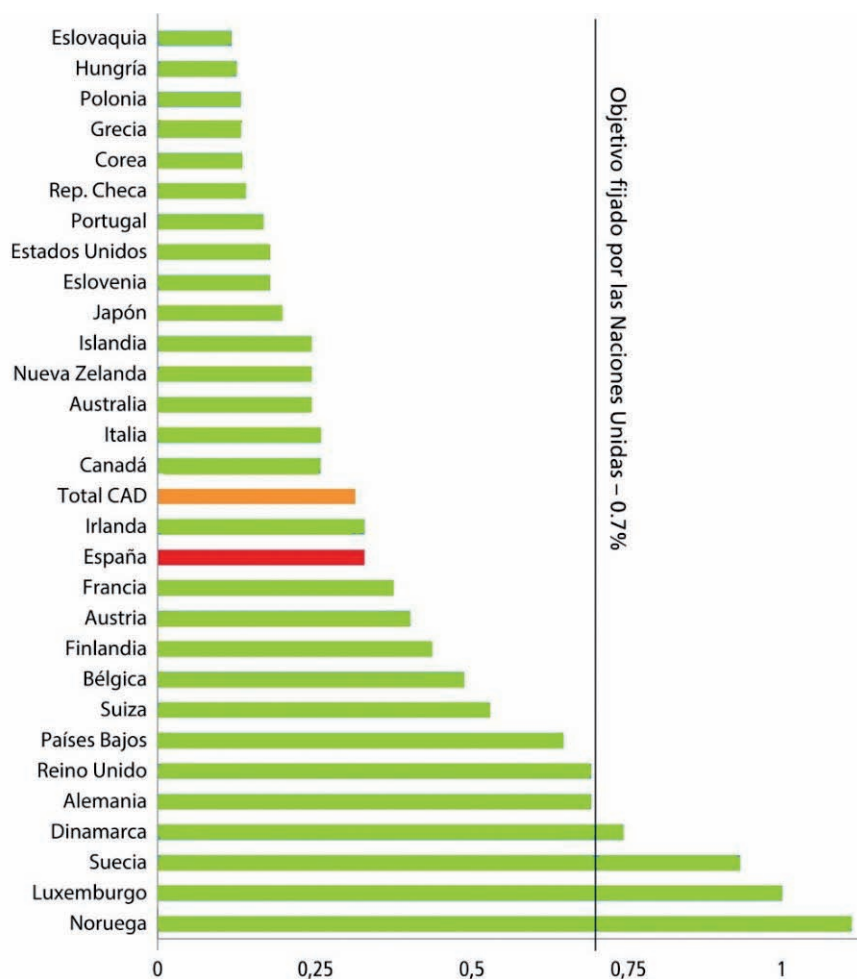
Un importante cambio en la política de gestión de la financiación de ayuda humanitaria y cooperación al desarrollo por los países europeos miembros de la OCDE CAD¹⁵³ fue la exclusión de la partida de ayuda a los refugiados en los países donantes de estos fondos para gestionarla aparte, lo que permite una valoración objetiva de la financiación actual dirigida a los países más necesitados.

La crisis sufrida en los países llamados del norte, repercutió negativamente en la ayuda humanitaria que debería haberse destinado a los países empobrecidos, ya que estos recursos se quedaron en los primeros, dirigidos en muchos casos a atender a la población refugiada. Esta tendencia se ha observado también en otros países donantes importantes, como Dinamarca y Canadá, que también disminuyeron su Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) en 2016 y aumentaron la asistencia doméstica a las personas refugiadas. Noruega había aumentado su AOD hasta el 7,8% respecto a 2015, pero al descontar los fondos destinados a los refugiados en el país, su AOD en realidad habría bajado un 1,4%.

Aunque se trata de un gasto necesario y la ayuda a los refugiados en los países donantes debe estar en cabeza de la agenda doméstica de los países que los están acogiendo, la importancia de la AOD genuina no debería ser subestimada. Si los fondos permanecen en los países donantes a costa de reducir el importe de la ayuda que realmente se destina a promover el desarrollo sostenible y el bienestar de los países empobrecidos y en crisis humanitaria, los países miembros del CAD en cooperación no podrán cumplir con el compromiso global de destinar 0,7% de la RNB (Renta Nacional Bruta) a la ayuda oficial al desarrollo.¹⁵⁴

Según el informe de la prominente ONG internacional Medicius Mundi "La Salud en la Cooperación Internacional al Desarrollo y Acción Humanitaria 2017", 10 de los 29 países europeos donantes habían destinado más de un 15% de su ayuda oficial al desarrollo (AOD) a la atención a los refugiados en sus propios países, con Alemania, Italia y Austria a la cabeza, con el porcentaje más alto (25% del total de su AOD).

En el caso de España, la AOD en 2016 ha sido de 4.0965 millones de dólares, pero al restar la cantidad destinada a condonación de la deuda a Cuba¹⁵⁵ por valor de 2.161,5 millones de dólares, la aportación real de España se quedó en 2.237,13 millones de dólares.

Imagen 22: AOD en los países del CAD como % de RNB, 2016¹⁵⁶

Fuente: OCDE, 2016.

4.1. La Ayuda Oficial al Desarrollo en el sector de la Salud en los países de África subsahariana

Entre las recomendaciones de la OMS para promover la cobertura universal de la salud en los países, como primera recomendación destaca la recaudación de fondos para la salud a través de:

- **Medidas políticas, promoviendo la salud como la prioridad más alta en el gasto público.**
- **Medidas regulatorias como impuestos (IVA, impuesto sobre artículos de lujo, tabaco y alcohol), tasas sobre transacciones y tasas solidarias, así como multas cuyas recaudaciones vayan dirigidas al sector de la salud.**
- **Aumento de la financiación externa.**

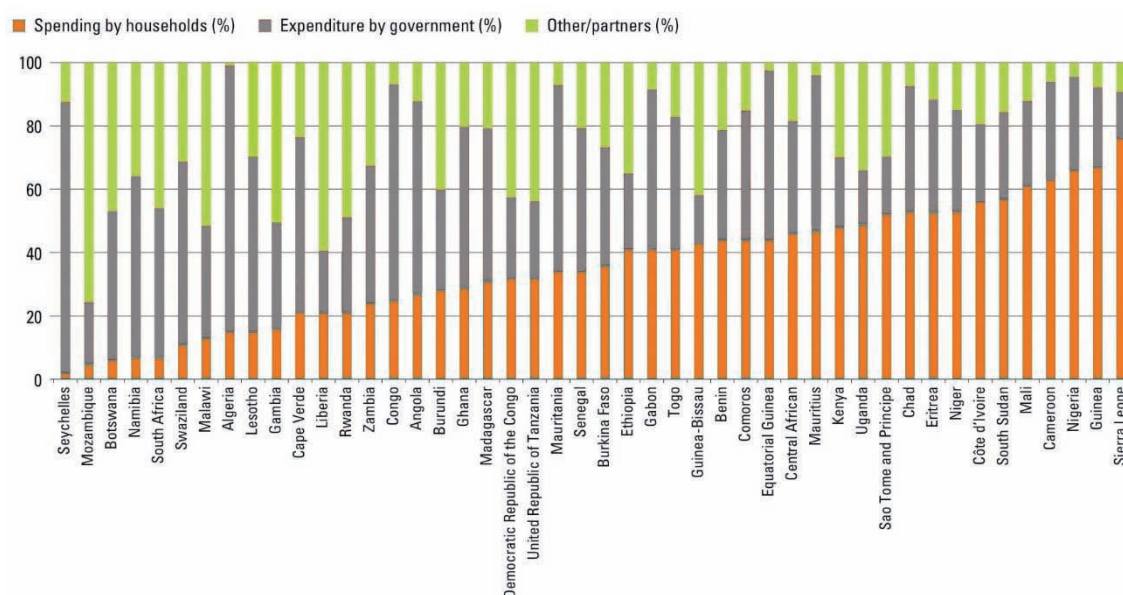
La financiación por parte de los países-donantes ha aumentado sustancialmente en los últimos años, pero todavía representa menos del 25% de todos los gastos de salud en un país típico de bajos ingresos. Esto significa que no será capaz de aumentar los fondos nacionales lo suficiente como para poder alcanzar los ODS.

En muchos países, millones de personas sufren porque no pueden obtener la atención médica que necesitan, o porque el pago de los servicios de la salud los sumerge en la pobreza. Hay países donde anualmente el 5% de sus habitantes quedan sumergidos en la pobreza por tener que pagar directamente por los servicios

sanitarios y donde solo un 10% de los nacidos vivos son atendidos por un especialista. Los ricos tienen sin duda más posibilidades de acceso a los servicios de la salud que los pobres.¹⁵⁷

Según la edición especial de la revista “African Health Monitor”, publicada por la oficina regional de la OMS para África, los países de África subsahariana son los que sufren tremendamente a causa del déficit de financiación de la salud, y tienen menor representación de ayuda externa en los gastos totales de la salud.¹⁵⁸

Imagen 23: Fuentes de financiación de los servicios sanitarios en África (azul-gastos directos a carga del usuario, rojo-gasto público en el sector de la salud, verde-fuentes externos/donantes)



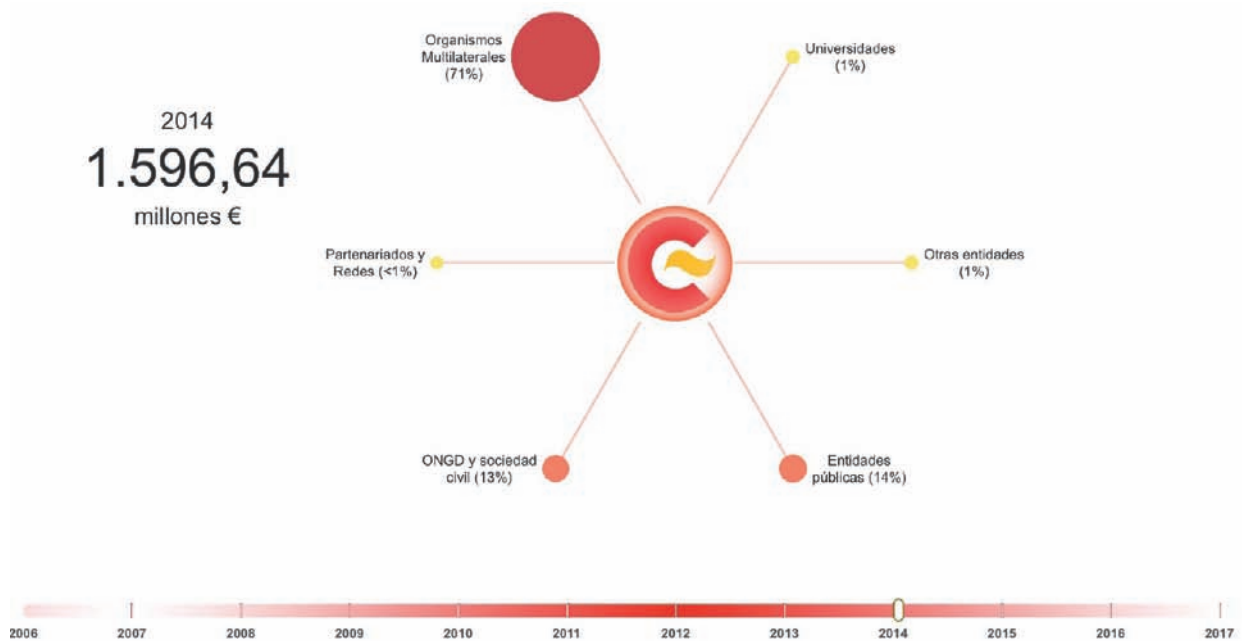
En Benín, el porcentaje de la ayuda externa en el gasto total de la salud representa alrededor del 34%, en Camerún un 8% y en Costa de Marfil un 27%. Junto al alto porcentaje de gastos directos a cargo del usuario (hogares que pagan por los servicios), y con poca inversión de los fondos públicos en el sector de la salud en estos países, no podrán escapar del círculo vicioso en el que la salud y la pobreza se conectan e influyen mutuamente uno en el otro.

“La financiación de la salud se ha convertido en un problema para la población y para los gobiernos. En muchos países, las barreras financieras excluyen a los más pobres de la atención sanitaria.”

4.2. España y la Ayuda Oficial al Desarrollo en el sector salud

España despliega su papel de país-donante en la financiación al desarrollo y ayuda humanitaria a través de varios canales de participación: organismos multilaterales, entidades públicas de países-receptores, ONGDs y sociedad civil, partenariados y redes, universidades y otras entidades.

Imagen 24: Entidades canalizadoras de la Ayuda Oficial al Desarrollo españolas, AECID 2014

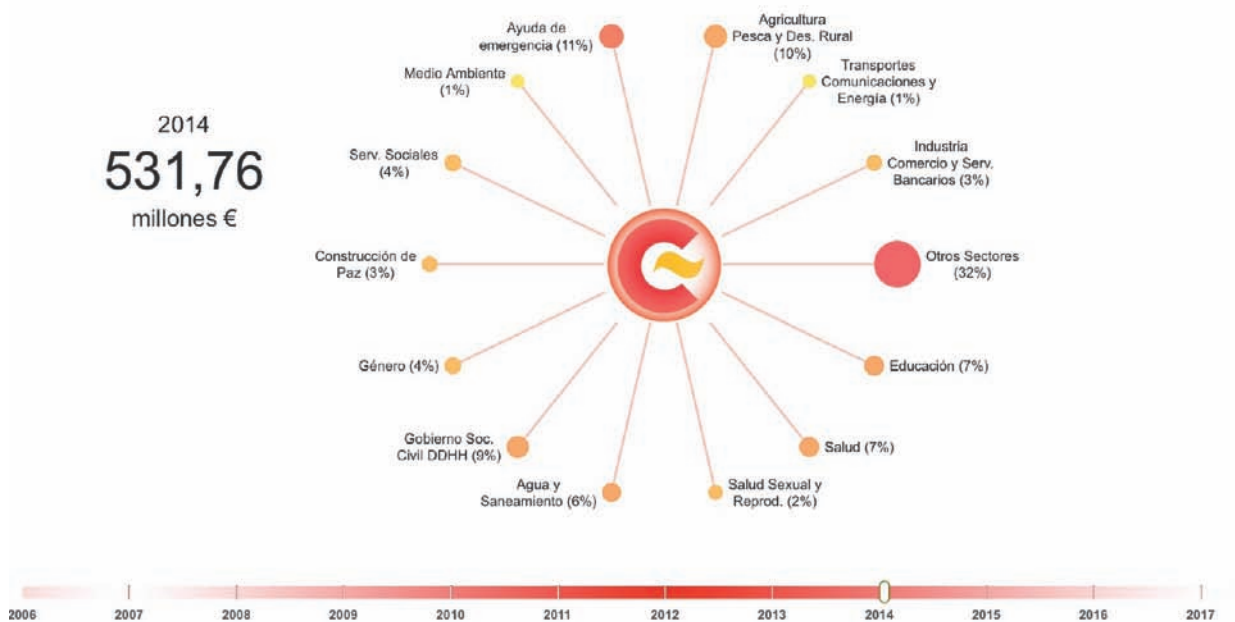


La Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) es el principal organismo estatal de gestión de la Cooperación Española bilateral y multilateral adscrito al Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. De acuerdo con su Estatuto, la Agencia fue creada para promover el desarrollo, concebido como un derecho humano fundamental, con la lucha contra la pobreza como parte del proceso para la construcción de este derecho.

Este organismo es el encargado de coordinar y gestionar la Acción Humanitaria española a nivel mundial, así como los programas del estado español para el desarrollo.

Como muestran los datos publicados en el portal de la Agencia, en el año 2014 el porcentaje de fondos dirigidos a programas de salud constituyeron el 7% de toda la AOD bilateral.

Imagen 25: Temas o sectores de AOD bilateral, AECID 2014



Según el informe sobre Salud en la Cooperación Internacional al Desarrollo y Acción Humanitaria de Medicus Mundi, en el año 2016, el mayor donante para la cooperación en el sector de la salud seguía siendo el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación (MAEC), que destinó casi 37 millones de euros a la cooperación en el sector de la salud a través del conjunto de sus mecanismos de financiación: multilateral, multilateral y bilateral. Este número forma casi la mitad (56.3%) del total de la ayuda destinada al sector de la salud. El segundo financiador de AOD (ayuda descentralizada) fueron las Comunidades Autónomas y entidades locales, con algo más de 17 millones de euros, el 26% de toda la ayuda en salud.

El mismo informe señala que en el año 2016 todavía existía un desequilibrio entre la distribución de recursos entre los 3 sectores sanitarios en la AOD española. La salud general y la salud básica estaban por encima del 40%, mientras que el apoyo a programas sobre salud sexual y reproductiva apenas alcanzó el 14%.

De cara a la distribución geográfica de la AOD, en 2016 la ayuda en salud canalizada hacia África aumentó en sus cifras absolutas en más de 2,1 millones de euros, mientras que su porcentaje en el total de AOD en salud bajó de 33.7% a 30,64%. La mayor proporción de esta ayuda estaba dirigida a los países de África subsahariana, dado que esta zona se caracteriza por las peores condiciones de salud y bienestar de las personas a nivel mundial.

“La mejor forma de avanzar hacia el objetivo sanitario mundial pasa por lograr que los países se acerquen a la cobertura sanitaria universal. Para ello es importante que la cooperación internacional potencie la capacidad de los gobiernos de países en desarrollo para mejorar sus políticas fiscales.”

Imagen 26: Orientación geográfica de la AOD bruta en salud, Medicus Mundi 2016¹⁶⁰

AREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2016	%
ÁFRICA	20.030.338 €	30,64%
Norte de África	4.154.900 €	
África Subsahariana	15.861.638 €	
No especificado	13.800 €	
AMERICA	15.514.075 €	23,73%
América Central y Caribe	9.306.805 €	
América del Sur	5.991.689 €	
No especificado	215.580 €	
ASIA	240.387 €	0,37%
Asia Oriental	8.000 €	
Asia Central	20.000 €	
Sur de Asia	212.387 €	
No especificado		
OCEANÍA		0,00%
ORIENTE MEDIO	1.898.264 €	2,90%
EUROPA	367.600 €	0,56%
PVD No Esp.	27.331.059 €	41,80%
TOTAL	65.381.723 €	

Según concluye el informe, la AOD española debería incrementar el peso de la salud como parte del total de sus fondos para realmente poder contribuir a los esfuerzos de los países receptores en alcanzar la cobertura universal de la salud.

Bibliografía y notas a pie de página

1. Presentación, OMS y los Objetivos de Desarrollo Sostenible:
http://www.searo.who.int/india/topics/sustainable-development-goals/sdg_overview_may_2016_delhi.pdf?ua=1
2. La salud materna se refiere a la salud de la mujer durante el embarazo, el parto y el período de post-parto, mientras que la salud perinatal se refiere a la salud de la mujer desde las 22 semanas completas de gestación hasta los 7 días completos posteriores al nacimiento. La salud de recién nacido (neonatal) se refiere al primer mes de vida del recién nacido. Un comienzo saludable durante el periodo perinatal influye en la infancia y la edad adulta de los niños.
3. Informe, Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y de los Niños:
http://www.who.int/pmnch/activities/advocacy/fulldocument_globalstrategy/en/
4. Informe, Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y de los Niños:
http://www.who.int/pmnch/activities/advocacy/fulldocument_globalstrategy/en/
5. La Estrategia Mundial Para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030):
https://www.everywomaneverychild.org/images/EWEC_GS_BROCHURE_ES_WEB.pdf
6. Cada Vida Cuenta. El informe de UNICEF, 2018:
https://www.unicef.org/spanish/publications/files/Every_Child_Alive_The_urgent_need_to_end_newborn_deaths_SP.pdf
7. Levels and trends in Child Mortality, informe de UNICEF sobre niveles y tendencias en la mortalidad Infantil, 2017: https://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2017.pdf
8. Nota descriptiva, Reducción de la mortalidad en la niñez, OMS 2016: <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs178/es/>
9. Nota descriptiva, Reducción de la mortalidad en la niñez, OMS 2016: <http://www.who.int/media-centre/factsheets/fs178/es/>
10. Artículo publicados por la OMS en www.thelancet.com Vol 384 September 20, 2014, “SDGs: start with maternal, newborn, and child health cluster”:
[http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)61667-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)61667-6.pdf)
11. UNICEF folleto sobre el desarrollo temprano infantil “Early Childhood Development: a statistical snapshot”: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/ECD_Brochure_2014_197.pdf
12. Discurso de Dra Margaret Chan, la Directora General de la OMS durante la cumbre sobre los Objetivos de Desarrollo de Milenio. NY, 2010. : http://www.who.int/dg/speeches/2010/educationandhealth_20100920/es/
13. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2017 :
https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2017/TheSustainableDevelopmentGoalsReport2017_Spanish.pdf
14. Informe, Estado actual de la mortalidad materna + avances en su reducción (Maternal Mortality Current status+ Progress), UNICEF, 2018: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/#>
15. La mortalidad materna, OMS 2018: http://www.who.int/gho/maternal_health/mortality/maternal_mortality_text/en/
16. Artículo: www.thelancet.com Vol 384 September 20, 2014
17. Agua, saneamiento e higiene y su impacto sobre la salud reproductiva de mujer, la salud de recién nacido y de niño (Water, sanitation and hygiene-the impact on Reproductive Maternal Newborn Child Health). OMS publicaciones 2014: <http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/summaries/ks30/en/>
18. 10 datos sobre la salud materna, WHO, 2018:
http://www.who.int/features/factfiles/maternal_health/maternal_health_facts/en/index9.html
19. UNICEF: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/#>
20. OMS Salud sexual y reproductiva. Complicaciones sanitarias de la mutilación genital femenina:
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/health_consequences_fgm/es/

21. Informe estadístico sobre el avance del ODS3, UNSTATS 2017:
<https://unstats.un.org/sdgs/report/2017/goal-03/>
22. OMS data visualization dashboard, 2017
23. OMS data visualization dashboard, 2017
24. OMS, 2016. La tragedia de los mortinatos: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/stillbirth/en/
25. Definición según la OMS.
26. OMS data visualization dashboard, 2017
27. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2017/goal-03/>
28. UNICEF, Informe Annual de Resultados en Nutrición para el año 2016:
https://www.unicef.org/publicpartnerships/files/2016arr_nutrition.pdf
29. UNICEF, Informe Annual de Resultados en Nutrición para el año 2016:
https://www.unicef.org/publicpartnerships/files/2016arr_nutrition.pdf
30. Contaminaciones del aire de interiores y la salud. OMS 2016:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs292/es/>
31. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2017:
https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2017/TheSustainableDevelopmentGoalsReport2017_Spanish.pdf
32. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2017:
https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2017/TheSustainableDevelopmentGoalsReport2017_Spanish.pdf
33. OMS sobre inversiones en la salud en Africa: http://www.who.int/pmnch/media/member-news/2011/investing_health_africa_eng.pdf
34. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2017:
https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2017/TheSustainableDevelopmentGoalsReport2017_Spanish.pdf
35. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2017:
https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2017/TheSustainableDevelopmentGoalsReport2017_Spanish.pdf
36. PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano 2016:
http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2016_report_spanish_web.pdf
37. OMS oficina regional para Africa:
http://www.who.int/afro/who.int/profiles_information/images/6/6c/Côte_d%27Ivoire-Statistical_Factsheet_pt.pdf
38. OMS Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.NURSES>
39. OMS Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.REP-WOMEN39?lang=en>
40. OMS Global Health Observatory base de datos:
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.GSWCAH30?lang=en>
41. OMS Global Health Observatory base de datos:
<http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-CIV?lang=en>
42. OMS Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.30000>
43. Agua, saneamiento e higiene en servicios de atención a salud. Publicación por la OMS, 2015:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154588/9789241508476_eng.pdf;jsessionid=5FCA37350EC8CBD27321E84B862F37DE?sequence=1
44. OMS Global Health Observatory base de datos:
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.WSHSANITATION?lang=en>
45. UNICEF:
https://www.unicef.org/wcaro/WCARO_CI_Prog_En_ReducingMaternalNeonatalMortality.pdf
46. OMS: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/fistula/en/
47. Costa de Marfil: FPNU perfil estadístico 2017 : <https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard>

48. OMS Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.REPA-DO39?lang=en>

49. Costa de Marfil: FPNU perfil estadístico 2017. : <https://www.unfpa.org/data/world-population-dashboard>

50. FPNU, dashboard estadístico, Costa de Marfil : <https://www.safebirthevenhere.org/data/adolescent-youth/CI>

51. OMS Global Health Observatory base de datos : <http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-CIV?lang=en>

52. UNICEF: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/FGMC-Women-prevalence-database_Feb-2018.xlsx

53. Tabla 6. PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2016: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2016_report_spanish_web.pdf

54. https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/02/ITN_children-sleeping-under_updated-Feb-2018.xlsx , <http://apps.who.int/gho/data/node.main.38?lang=en>

55. OMS Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.CHILDSTUNTED?lang=en>

56. Fondo de Población de Naciones Unidas. Nota informativa sobre Salud sexual y reproductiva de adolescentes: <https://www.unfpa.org/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health>

57. Agua, saneamiento e higiene en servicios de atención a salud. Publicación por la OMS, 2015: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154588/9789241508476_eng.pdf;jsessionid=5FCA37350EC8CBD27321E84B862F37DE?sequence=1

58. OMS Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.WSHSANITATION?lang=en>
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.CHILDSTUNTED?lang=en>

59. OMS sistema de monitorización de vacunación para las enfermedades transmisibles. 2018: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary

60. OMS Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.UHCIMMUNIZATION?lang=en>

61. FPNU, 2017: <https://www.unfpa.org/data/world-population/CM>

62. OMS Camerún nota informativa sobre la cooperación con la OMS: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137092/ccsbrief_cmr_en.pdf;jsessionid=CFB211AA055497AB6073C6778AD99353?sequence=1

63. OMS Camerún nota informativa sobre la cooperación con la OMS: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137092/ccsbrief_cmr_en.pdf;jsessionid=CFB211AA055497AB6073C6778AD99353?sequence=1

64. Tabla 6. PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano 2016: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2016_report_spanish_web.pdf

65. OMS oficina regional para África: http://www.who.int/profiles_information/images/4/4d/Cameroon-Statistical_Factsheet.pdf

66. Por ejemplo, 40% de todos los médicos del país se concentran en la región de Centro (que incluye Yaundé, la capital), donde vive tan solo 18% de la población, mientras que en el Norte Extremo con la misma distribución de la población (18%) trabajan tan solo el 8% de todos los médicos de Camerún. Banco Mundial 2016: <http://documents.worldbank.org/curated/en/439211468224677542/pdf/806710WPOENGLI0Box0379812B00PUBLIC0.pdf>

67. OMS Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444>

68. OMS Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.REP-WOMEN39?lang=en>

69. OMS Global Health Observatory base de datos:
<http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-CMR?lang=en>
70. OMS Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.30000>
71. Informe UN GLAAS Report 2012:
http://www.un.org/waterforlifedecade/pdf/glaas_report_2012_eng.pdf
72. OMS Global Health Observatory base de datos:
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.WSHSANITATION?lang=en>
73. FPNU: <https://www.unfpa.org/news/chain-hope-treating-obstetric-fistula-cameroon>
74. FPNU, dashboard estadístico, Camerún: <https://www.safebirthevenhere.org/data/adolescent-youth/CM>
75. FPNU, dashboard estadístico, Camerún: <https://www.safebirthevenhere.org/data/adolescent-youth/CM>
76. OMS Global Health Observatory base de datos:
<http://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH02v>
77. UNICEF: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/FGMC-Women-prevalence-data-base_Feb-2018.xlsx
78. OMS oficina regional para Africa:
http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/images/4/4d/Cameroon-Statistical_Factsheet.pdf
79. https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/02/ITN_children-sleeping-under_updated-Feb-2018.xlsx , <http://apps.who.int/gho/data/node.main.38?lang=en>
80. OMS Camerún nota informativa sobre la cooperación con la OMS: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/137092/ccsbrief_cmr_en.pdf;jsessionid=CFB211AA055497AB6073C6778AD99353?sequence=1
81. Fondo de Población de Naciones Unidas. Nota informativa sobre Salud sexual y reproductiva de adolescentes : <https://www.unfpa.org/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health>
82. OMS Global Health Observatory base de datos:
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.WSHSANITATION?lang=en> Informe UN GLAAS Report 2012. :
http://www.un.org/waterforlifedecade/pdf/glaas_report_2012_eng.pdf
83. OMS Global Health Observatory base de datos:
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.CHILDSTUNTED?lang=en>
84. OMS sistema de monitorización de vacunación para las enfermedades transmisibles. 2018:
http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary
85. OMS Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.UHCIMMUNIZATION?lang=en>
86. Tabla 6. PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano 2016:
http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2016_report_spanish_web.pdf
87. OMS oficina regional para Africa:
http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/images/d/d6/Benin-Statistical_Factsheet.pdf
88. OMS Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1444>
89. OMS Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.REP-WOMEN39?lang=en>
90. OMS Global Health Observatory base de datos. :
<http://apps.who.int/gho/data/node.country.country-CMR?lang=en>
91. Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.30000>
92. Artículo sobre eficiencia técnica de los hospitales en Benín:
<http://www.aho.afro.who.int/en/ahm/issue/12/reports/technical-efficiency-zone-hospitals-benin>
93. OMS Global Health Observatory base de datos:
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.WSHSANITATION?lang=en>

94. Estudio sobre causas directas de mortalidad materna en 4 hospitales de referencia realizado por Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie, B.P. 05-709, Cotonou, Bénin. : <http://www.bioline.org.br/pdf?rh06035>

95. Artículo “Prevalence of symptoms of vaginal fistula in 19 sub-Saharan Africa countries: a meta-analysis of national household survey data”, The Lancet, mayo 2015: <http://www.thelancet.com/action/showFullTableImage?tableId=tbl2&pii=S2214109X14703481>

96. FPNU: <https://www.unfpa.org/news/chain-hope-treating-obstetric-fistula-cameroon>

97. FPNU: dashboard estadístico, Benín: <https://www.unfpa.org/data/adolescent-youth/BJ>

98. FPNU, dashboard estadístico, Benín: <https://www.unfpa.org/data/adolescent-youth/BJ>

99. OMS Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.GSWCAH02v>

100. http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw_legislation_2009/Expert%20Paper%20EGMGPLHP%20_Berhane%20Ras-Work%20revised_.pdf

101. UNICEF: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/FGMC-Women-prevalence-data-base_Feb-2018.xlsx

102. Tabla 6. PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano 2016: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2016_report_spanish_web.pdf

103. s: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/02/ITN_children-sleeping-under_updated-Feb-2018.xlsx , <http://apps.who.int/gho/data/node.main.38?lang=en>

104. OMS Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.CHILDSTUNTED?lang=en>

105. Fondo de Población de Naciones Unidas. Nota informativa sobre Salud sexual y reproductiva de adolescentes: <https://www.unfpa.org/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health>

106. Artículo sobre eficiencia técnica de los hospitales en Benín: <http://www.who.int/en/ahm/issue/12/reports/technical-efficiency-zone-hospitals-benin>, OMS Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.WSHSANITATION?lang=en>

107. OMS Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.CHILDSTUNTED?lang=en>

108. OMS sistema de monitorización de vacunación para las enfermedades transmisibles. 2018: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary

109. OMS Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.UHCIMMUNIZATION?lang=en>

110. La baja tasa de vacunación contra neumococo podría explicar el porcentaje alto de la mortalidad infantil a causa de infecciones como neumonía, meningitis y sepsis: <http://vacunasaep.org/profesionales/enfermedades/neumococo>

111. Elaboración propia. de información: OMS base de datos estadísticos del sector de salud filtrado por país, año e indicador. Últimos datos registrados en 2016. Más información en <http://apps.who.int/gho/data/node.country>

112. OMS base de datos de Global Health Observatory. 2018.

113. OMS base de datos de Global Health Observatory. 2018.

114. OMS base de datos de Global Health Observatory. 2018.

115. “Acceso Universal a la Salud Reproductiva. Avances y Retos.” Resumen de Informe del Fondo de Población de Naciones Unidas, 2016: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Reproductive_Paper_20160120_online.pdf

116. OMS base de datos de Global Health Observatory. 2018.

117. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, 2017: https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2017/TheSustainableDevelopmentGoalsReport2017_Spanish.pdf

118. Información: <http://es.euronews.com/2017/09/02/el-embarazo-entre-adolescentes-un-serio-problema-en-el-este-de-europa>
119. División de estadísticas de Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/web_cepalstat/Library/CEPALSTAT/Infograficos_pdf/2013/Birth_rates_ECLAC_2013.pdf
120. Compilación de datos sobre patrones de fecundidad en el mundo, World Fertility Patterns, 2015, UNDESA <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/world-fertility-patterns-2015.pdf>
121. OMS Global Health Observatory base de datos. 2018.
122. “Acceso Universal a la Salud Reproductiva. Avances y Retos.” Resumen. Informe del Fondo de Población de Naciones Unidas, 2016: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_Reproductive_Paper_20160120_online.pdf
123. OMS Global Health Observatory base de datos. 2018.
124. En abril de 2001, los países de la Unión Africana se comprometieron a establecer un objetivo de asignación de al menos el 15% de sus presupuestos anuales para financiación del sector de la salud y pidieron aumentar la ayuda externa para financiación de la salud.
125. “Public Financing of Health in Africa: From Abuja to the SDGs”. WHO Publication. Artículo sobre financiación de la salud pública en África. OMS, 2016. e: http://www.who.int/health_financing/documents/public-financing-africa/en/
126. Elaboración propia. Datos extraídos de la base de datos de la OMS Global Health Expenditure Database. National Health Accounts (Cuentas Nacionales de la salud). 2018. Verificado según la base de datos del Banco Mundial: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GD.ZS?name_desc=false
127. “Public Financing of Health in Africa: From Abuja to the SDGs”. Artículo sobre financiación de la salud pública en África. OMS, 2016: http://www.who.int/health_financing/documents/public-financing-africa/en/
128. Elaboración propia. Datos extraídos de la base de datos de la OMS Global Health Expenditure Database. National Health Accounts (Cuentas Nacionales de la salud). 2018
129. PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano 2016: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2016_report_spanish_web.pdf
130. OMS. Pagos de bolsillo: http://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/out-of-pocket-payments/en/
131. Benín http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/images/d/d6/Benin-Statistical_Factsheet.pdf
- Costa de Marfil http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/images/8/87/Côte_d%27Ivoire-Statistical_Factsheet.pdf
- Camerún http://www.aho.afro.who.int/profiles_information/images/4/4d/Cameroon-Statistical_Factsheet.pdf
132. Informe de la Fundación IDIS “Sanidad Privada, Aportando valor. Análisis de situación 2017”: <https://www.fundacionidis.com/es/informes/sanidad-privada-aportando-valor-analisis-de-situacion-2017>
133. Levels and trends in Child Mortality, UNICEF Report 2017. Informe de UNICEF sobre niveles y tendencias en la mortalidad infantil: https://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2017.pdf
134. Como la de referencia de datos estadísticos para este apartado de aquí y más adelante se utilizará la base de datos de la OMS Global Health Observatory: <http://apps.who.int/gho/data/node.home>
135. OMS Nota descriptiva sobre la mortalidad materna, 2016: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
136. “Population settlements, distribution patterns and Accessibility across Africa in 2010”. Artículo sobre asentamientos humanos, patrones de distribución y accesibilidad en África: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0031743#pone-0031743-t001>

137. Benín. Nota informativa. OMS, 2017: <http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/Benin-ccsbrief-en.pdf>

138. "Cameroon public health sector: shortage and inequalities in geographic distribution of health personnel". Artículo sobre sector de la salud público en Camerún. International Journal on Equity Health. 2015: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4440287/#!po=48.3333>

139. UNICEF: [https://www.unicef.org/french/evaluation/files/fa1_cotedivoire_reactivation_of_healthsystem\(1\).doc](https://www.unicef.org/french/evaluation/files/fa1_cotedivoire_reactivation_of_healthsystem(1).doc)

140. Mensaje clave de la OMS sobre la crisis mundial de los trabajadores del sector de la salud: http://www.who.int/workforcealliance/media/KeyMessages_3GF.pdf

141. Conjunto de datos: base de datos de OCDE, <https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm> y datos de INDEXMUNDI sobre la densidad de camas en hospitales: <https://www.indexmundi.com/factbook/fields/hospital-bed-density>

142. OMS Atlas mundial de equipos médicos. 2017: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255181/1/9789241512312-eng.pdf?ua=1>

143. Datos sobre Agua, Saneamiento e Higiene (WASH): <https://www.cawst.org/wash-and-mnch>

144. OMS Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.INADEQUATEWSH?lang=en>

145. OMS Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.WSHSANITATION?lang=en>

146. OMS Global Health Observatory base de datos: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.WSHWATER?lang=en>

147. OMS. Informe sobre el uso del agua potable, saneamiento e higiene en las instalaciones de la salud y atención médica, 2015: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/154588/1/9789241508476_eng.pdf?ua=1

148. Fondo de Población de Naciones Unidas. Nota informativa sobre Salud sexual y reproductiva de adolescentes: <https://www.unfpa.org/resources/adolescent-sexual-and-reproductive-health>

149. FPNU Dashboard de jóvenes y adolescentes, Matrimonios Precoces (Child Marriage): <https://www.unfpa.org/data/dashboard/adolescent-youth>

150. FPNU Dashboard de jóvenes y adolescentes, Salud Sexual y Reproductiva (Sexual and Reproductive Health): <https://www.unfpa.org/data/dashboard/adolescent-youth>

151. FPNU Dashboard de jóvenes y adolescentes, Igualdad de Género y Empoderamiento de Mujeres (Gender Equality and Women's Empowerment): [https://www.unfpa.org/data/dashboard/adolescent-youthSalud Sexual y Reproductiva \(Sexual and Reproductive Health\)](https://www.unfpa.org/data/dashboard/adolescent-youthSalud Sexual y Reproductiva (Sexual and Reproductive Health))

152. Base de datos: https://public.tableau.com/views/AidAtAGlance/DACmembers?:embed=y&:display_count=no?&:showVizHome=no#1

153. OCDE CAD, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y su Comité de Ayuda al Desarrollo

154. MedicusMundi, Informe sobre la Salud en la Cooperación Internacional al Desarrollo y Acción Humanitaria, 2017: https://www.medicusmundi.es/storage/resources/attachments/5a3a3c45b9504_la-salud-en-la-cooperacion-al-desarrollo-2017.pdf

155. MedicusMundi, Informe sobre la Salud en la Cooperación Internacional al Desarrollo y Acción Humanitaria, 2017: https://www.medicusmundi.es/storage/resources/attachments/5a3a3c45b9504_la-salud-en-la-cooperacion-al-desarrollo-2017.pdf

156. MedicusMundi, Informe sobre la Salud en la Cooperación Internacional al Desarrollo y Acción Humanitaria, 2017: https://www.medicusmundi.es/storage/resources/attachments/5a3a3c45b9504_la-salud-en-la-cooperacion-al-desarrollo-2017.pdf

157. Informe OMS, http://www.who.int/whr/2010/media_centre/keymessages.pdf?ua=1

158. Revista "African Health Monitor" edición especial. 2015: <http://www.who.int/en/ahm>

159. “Las entidades canalizadoras son las instituciones que reciben la financiación para llevar a cabo las intervenciones. Son por lo tanto las responsables de estos fondos y de las intervenciones ante los financiadores. El financiador y la entidad canalizadora pueden coincidir cuando el financiador canaliza de forma directa los fondos al destino sin ningún intermediario. En ocasiones, las entidades canalizadoras cuentan con el apoyo de otros socios o instituciones para el desarrollo de los proyectos o acciones, pero se entiende que éstas últimas son contrapartes, no entidades canalizadoras de la ayuda. Dentro de entidades canalizadoras podemos encontrar Entidades públicas, Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo (ONGD) y sociedad civil, Partenariados Público Privados (PPP) y Redes, Organismos Multilaterales de Desarrollo (OMUDES) y, otras entidades.”

AECID: <http://cooperacionencifras.exteriores.gob.es/es-es/canalizadores/Paginas/default.aspx>

160. MedicusMundi, Informe sobre la Salud en la Cooperación Internacional al Desarrollo y Acción Humanitaria, 2017: https://www.medicusmundi.es/storage/resources/attachments/5a3a3c45b9504_la-salud-en-la-cooperacion-al-desarrollo-2017.pdf



www.fundacionrecover.org

Número de cuenta: ES43 0075 5977 8706 0533 3585

91 411 09 68

info@fundacionrecover.org