

Avances en los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 en Mesoamérica

Rafael Lozano, MC, M en C,^(1,3) Héctor Gómez-Dantés, MC, M en C,^(2,3) María Victoria Castro, L en Soc,⁽³⁾ Francisco Franco-Marina MC, MPH, MH Sc,⁽⁴⁾ José I Santos-Preciado, MC, M en C.⁽⁵⁾

Lozano R, Gómez-Dantés H, Castro MV, Franco-Marina F, Santos Preciado JI. Avances en los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 en Mesoamérica. *Salud Publica Mex* 2011;53 suppl 3:S295-S302.

Lozano R, Gómez-Dantés H, Castro MV, Franco-Marina F, Santos Preciado JI. Progress on the Millenium Development Goals 4 and 5 in Mesoamerica. *Salud Publica Mex* 2011;53 suppl 3:S295-S302.

Resumen

Objetivos. Presentar los avances realizados en la región mesoamericana en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 por medio de su análisis y discutir las intervenciones más relevantes para ayudar en el logro de estos objetivos o, por lo menos, en mantener su trayectoria. **Material y métodos.** Se utilizaron como fuentes las estimaciones de 1990-2008 sobre mortalidad en menores de cinco años y materna, las coberturas de vacunación contra difteria, tétanos y tosferina (DTP), atención prenatal y atención del parto por personal calificado, realizadas por el Instituto de la Métrica y Evaluación en Salud y las causas de mortalidad en menores de cinco años, realizadas por el Grupo de Referencia sobre Epidemiología y Salud en la Infancia de la OMS (CHERG). **Resultados.** La tendencia de la tasa de mortalidad de menores de cinco años (ODM-4) muestra una reducción anual de 4.2% en los últimos 18 años, comparada con la reducción global de 2.1%. En contraste, la tasa de descenso de la mortalidad materna (ODM-5) es muy heterogénea y ninguno de los países de la región alcanzará este objetivo. **Conclusión.** Los esfuerzos realizados por los países en Mesoamérica han sido sustantivos en la reducción de mortalidad en menores de cinco años; sin embargo no han sido suficientes para alcanzar la meta programada por el ODM-5. Aunque la tendencia es correcta, el ritmo de descenso cumplirá parcialmente con los compromisos adquiridos para erradicar la pobreza.

Palabras clave: Objetivos del Milenio 4 y 5; mortalidad en menores de cinco años; mortalidad materna; Mesoamérica

Abstract

Objectives. To describe the advances made by countries in the Mesoamerican region towards reaching Millenium Development Goals (MDG) 4 and 5, and discuss the most useful tasks to help the region in accomplishing or keeping track of these objectives. **Material and Methods.** The trend estimates of maternal and under 5 mortality from 1990 to 2008, the effective coverage of vaccination against diphteria, pertussis and tetanus (DPT), prenatal care and childbirth by qualified personnel were taken from the Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) and the causes of death for children under five were taken from the Children's Health Epidemiology Reference Group of WHO (CHERG). **Results.** The regional trend in the rate of mortality for children under five (MDG-4) in the last 18 years shows an annual reduction of 4.2%, significantly above the global reduction of 2.1%. This suggests that countries of Mesoamerica will be able to fulfill this objective. In contrast, data for 2008 shows that the rate of reduction of maternal mortality is very heterogeneous and it is unlikely that any of the countries in the region will reach this goal. **Conclusion.** Efforts made by countries in Mesoamerica have been substantial in controlling mortality in children under five years but insufficient to achieve MDG-5. Although the tendency is in the right track the reduction rate will only partially fulfill the acquired commitments to eradicate poverty.

Key words: Millenium Development Goals 4 and 5; maternal mortality; under 5 mortality; Mesoamerica

- (1) Instituto de la Métrica y Evaluación en Salud, Universidad de Washington. EUA.
- (2) Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.
- (3) Fundación Mexicana para la Salud, Observatorio de la Salud para América Latina y el Caribe.
- (4) Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. México.
- (5) Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Fecha de recibido: 12 de enero de 2011 • Fecha de aceptado: 3 de junio de 2011

Autor de correspondencia: Rafael Lozano. University of Washington, 2301 5th Avenue, Suite 600, Seattle, WA 98121
Correo electrónico: rlozano@uw.edu

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)¹ celebran su décimo aniversario y se mantienen como el compromiso mundial más serio y perdurable, así como un llamado sin precedentes a la colaboración internacional para reducir la pobreza y marginación humanas. La nueva convocatoria “Manteniendo la Promesa: unidos para alcanzar los ODM”² se suma a la “Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y Niños”,³ respaldada por una inversión de 40 mil millones de dólares “para salvar la vida de más de 16 millones de mujeres y niños; prevenir 33 millones de embarazos no deseados; proteger a 120 millones de niños contra la neumonía, y a 88 millones con retraso en el crecimiento debido a la malnutrición; además de garantizar el acceso universal de las mujeres y los niños a las instalaciones de los servicios de salud de mejor calidad y con personal más capacitado”.⁴

Formulados originalmente como ocho objetivos con 18 metas, los ODM fueron presentados a finales de 2001 y seleccionados con base en la disponibilidad de datos fidedignos para documentar su progreso. Estas normas o compromisos políticos fueron adoptados como objetivos de planeación sin estar técnicamente definidos y acompañados de una política de desarrollo paralela. Las metas se fijaron sin evidencias que las sustentaran,⁵ y a partir de la suposición de que el progreso observado en el ámbito mundial durante los años de 1970 y 1980 continuarían durante los 25 siguientes, es decir, entre 1990 y 2015.^{6,7} A sólo cuatro años de terminar el periodo diseñado, empiezan a circular evidencias que apuntan a que los ODM no son alcanzables por una mayoría de países, particularmente de África, sin que ello signifique que su trayectoria e impulso no hayan mejorado. La definición de metas debe tomar en cuenta el momento y las capacidades de cada país y no puede esperar ritmos de respuesta homogéneos cuando las condiciones

y los recursos no son proporcionales a las necesidades nacionales.

El presente estudio tiene como objetivo presentar las mediciones del progreso en los ODM 4 y 5 de los países de la región mesoamericana (cuadro I), y establecer las tareas que pueden resultar más relevantes para los cinco años siguientes. Con ello se busca apoyar los trabajos de los gobiernos de los países de la región, así como a los actores que están relacionados con la Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015 (SM2015), integrante de la Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y Niños.

Material y métodos

El efecto que han tenido los ODM en la producción de información y reportes es extraordinario. A las “fuentes oficiales” [Organización Panamericana de Salud (OPS),⁸ Banco Mundial (BM),⁹ Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF),¹⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS) y Centro Latinoamericano de Desarrollo (CELADE)],¹¹ se suman reportes de los países, de agencias multilaterales y alrededor de 163 000 referencias en revistas académicas, relacionadas con los ODM desde 2005 hasta 2010. El énfasis de las agencias internacionales de financiar con base en el desempeño, convierte el proceso de medición en un elemento central para los procesos de evaluación; sin embargo, la multitud de agencias involucradas en la medición, análisis y reporte de resultados complica la disponibilidad de información adecuada para analizar los progresos recientes de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

En el caso de Mesoamérica (sur de México, Belice, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y Panamá), se cuenta con estimaciones de mortalidad infantil y materna de los países. Por otro lado, la

Cuadro I
OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO 4 Y 5, METAS E INDICADORES EN MESOAMÉRICA

Objetivo	Meta	Indicador
Núm. 4. Reducir la mortalidad infantil	Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años	<ul style="list-style-type: none"> Tasa de mortalidad en menores de cinco años Tasa de mortalidad en menores de un año Proporción de menores de un año vacunados contra el sarampión
Núm. 5. Mejorar la salud materna	Reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna Lograr para 2015 el acceso universal a la salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> Razón de mortalidad materna % partos atendidos por personal calificado Prevalencia de anticonceptivos Tasa de natalidad en adolescentes Cobertura de atención prenatal Necesidades insatisfechas de planificación familiar

Fuente: Referencia 7

iniciativa "Cuenta Regresiva"¹²⁻¹⁴ ha publicado informes de seguimiento sólo para Guatemala y México; el Grupo de Referencia sobre Epidemiología y Salud en la Infancia de la OMS (CHERG, por sus siglas en inglés) lo ha hecho para las causas de mortalidad fetal, neonatal e infantil¹⁵ y el Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud (IHME, por sus siglas en inglés) ha publicado tendencias de mortalidad en menores de cinco años desde 1970 hasta 2010¹⁶ y de muertes maternas desde 1980 hasta 2008.¹⁷

Para describir el progreso logrado en ODM 4, se optó por el uso de las estimaciones de 1990-2008 y su tasa anual de cambio en el periodo para la mortalidad en menores de cinco años e infantil que se divide en neonatal (menores de 28 días) y en posneonatal (28 días a 11 meses). Las causas de mortalidad en menores de cinco años fueron analizadas por Rajaratnam y colaboradores¹⁶ en los países seleccionados (no incluye cifras de la zona sur de México). Las tendencias de mortalidad que se presentan de la zona sur de México se basaron en los datos de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)¹⁸ y el Consejo Nacional de Población (CONAPO).¹⁹ Los ODM-4 utilizan como meta la cobertura de la vacuna de sarampión (una dosis). Dado que desde 2002 la región de las Américas ha controlado la circulación de sarampión silvestre, se eligió presentar la cobertura de tres dosis contra difteria, tétanos y tosferina (DTP) como un indicador más preciso, en tanto que implica la realización de tres vacunas en el infante y refleja un mejor desempeño de los servicios de salud.²⁰

Las tendencias de la mortalidad materna se presentan desde 1990 hasta 2008,¹⁷ al igual que la tasa anual

de cambio en la cobertura de la atención prenatal y de la atención del parto por personal calificado.²¹ En lo relativo a los indicadores de fecundidad en adolescentes, prevalencia de utilización de métodos anticonceptivos y necesidades insatisfechas de planificación familiar, se optó por no presentar resultados y avances en la medida en que no se cuenta con tendencias confiables, además de los problemas de comparabilidad de la información, ya sea por representatividad, cobertura o temporalidad de la fuente.

Resultados

Los esfuerzos desplegados en el ámbito mundial para abatir las causas prevenibles de mortalidad materna e infantil arrojan los siguientes resultados. En 2008 se registraron 342 900 muertes maternas, 80 000 menos que en la década previa; cerca de 81% de las defunciones ocurrieron en 21 países. La mortalidad infantil disminuyó de 11.9 millones a 7.9 millones de defunciones de 1990 a 2008, lo que mostró un ritmo de decremento anual de 2.1%. De los 31 países en desarrollo que alcanzarán las metas propuestas por los ODM en la región mesoamericana, sólo México, El Salvador, Honduras y Nicaragua están en camino de alcanzarlos.²²

En los ocho países de la región estudiada se observan tendencias descendentes de las tasas de mortalidad en menores de cinco años de 1990 a 2008 y todos se mantienen en la trayectoria correcta. Algunos con mayor progreso como El Salvador y otros más lentos como Panamá. La brecha entre Guatemala y Costa Rica es del doble en la mortalidad neonatal y seis veces más alta en edad posneonatal (cuadro II).

Cuadro II
MORTALIDAD NEONATAL, POSNEONATAL Y EN MENORES DE CINCO AÑOS
Y TASA ANUAL DE CAMBIO (1990-2008), EN PAÍSES DE MESOAMÉRICA

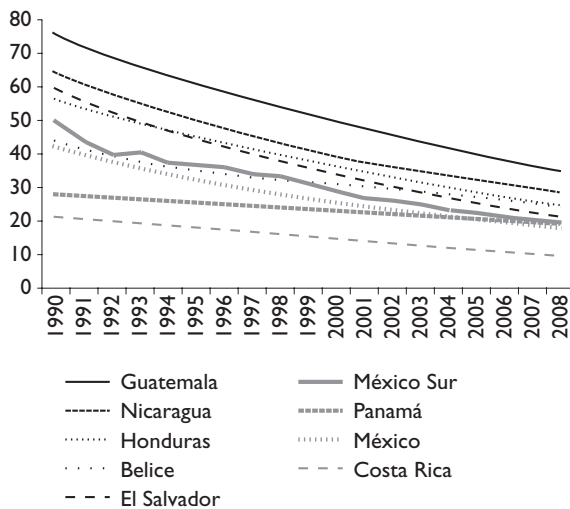
País	Neonatal tasa* 2008	Tasa anual de cambio %	Posneonatal tasa* 2008	Tasa anual de cambio %	Menores de 5 años tasa* 2008	Tasa anual de cambio %
Guatemala	11.0	- 4.0	18.0	- 3.8	35.0	- 4.3
Nicaragua	12.0	- 3.4	12.0	- 4.7	29.0	- 4.4
Honduras	12.0	- 3.3	8.0	- 5.0	25.0	- 4.5
Belice	13.8	-2.9	7.6	-3.5	24.5	-3.2
El Salvador	10.0	- 4.4	9.0	- 6.0	21.0	- 5.6
Panamá	9.0	- 1.7	7.0	- 2.2	19.0	- 2.1
México	7.0	- 3.8	9.0	- 4.8	18.0	- 4.7
Costa Rica	6.0	- 3.6	3.0	- 5.1	10.0	- 4.4

*Tasa por 1 000 nv
Fuente: Referencia 16

El descenso en la mortalidad en los menores de un año se da a partir de los avances en el componente de la mortalidad posneonatal que se refleja en el aumento proporcional del componente neonatal y neonatal temprana de la mortalidad infantil. Sin embargo, todavía hay una gran proporción de mortalidad posneonatal en la región cuya reducción requiere mayores esfuerzos.²³ La región sur de México, compuesta por nueve estados, concentra 30% de los nacimientos y de las defunciones en los menores de un año. El riesgo de morir antes de un año en el sur es 4% mayor que en el resto del país. Este exceso de riesgo aumenta a 14% en la mortalidad neonatal temprana. En relación con los países centroamericanos, el riesgo de morir antes de un año en esta región (México sur) se ubica entre El Salvador y Panamá.

La tendencia de la mortalidad en los menores de cinco años denota un marcado progreso en los últimos 18 años, con una tasa anual de descenso regional de 4.2%, muy superior al promedio mundial de 2.1%. De mantener ese ritmo, todos los países de Mesoamérica estarán en condiciones de alcanzar la meta programada (figura 1). Al igual que en la mortalidad infantil, la brecha en el interior de la región se mantiene, pues en 1990 el riesgo de morir de un menor de cinco años en Guatemala era 3.5 veces mayor y 18 años después se mantiene a la misma distancia de Costa Rica.

Las causas asociadas a la mortalidad neonatal permiten predecir cambios importantes en la mayoría de los



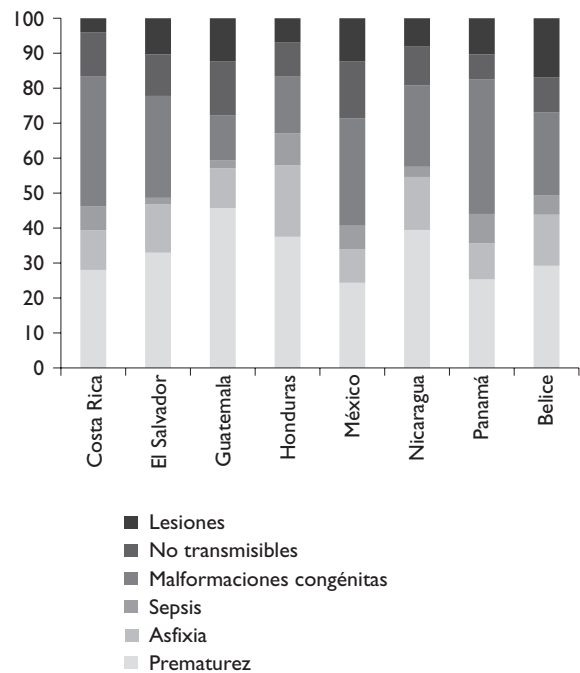
Fuente: Referencia 17

FIGURA 1. MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS EN MESOAMÉRICA (1990-2008)

países, si se atienden efectivamente las complicaciones prenatales, la asfixia perinatal y la sepsis neonatal, que son responsables de 40% de las defunciones en este grupo de edad en México y hasta 67% en Honduras (figura 2).

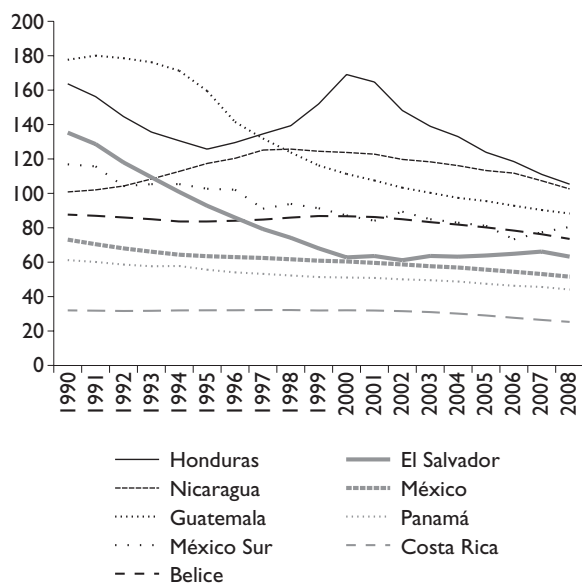
La razón de mortalidad materna (RMM) presenta una tendencia regional descendente, con excepción de Nicaragua, donde aumenta de 1990 a 2002 para después bajar, y Honduras que mostró un crecimiento en 2000 (asociado a la epidemia de sida) para luego mostrar un descenso sostenido. México contribuye con el mayor número de defunciones y se encuentra por debajo de la media regional, en cambio, los estados de la región mesoamericana se ubican por arriba, aunque con una tendencia descendente de 2.1% anual, discretamente mayor al ritmo de descenso del país (1.9%) (figura 3). A pesar de su reducción, ninguno de los países en Mesoamérica estará en condiciones de alcanzar este objetivo, ya que las tasas en 2008 están muy por arriba del ritmo esperado.

La cobertura de los servicios de salud en la región mesoamericana para tres intervenciones seleccionadas es desigual. La cobertura de vacunación en 2010 contra difteria, tosferina y tétanos (DTP tres dosis) está más rezagada en México, Nicaragua y Costa Rica. A pesar



Fuente: Referencia 15

FIGURA 2. CAUSAS DE LA MORTALIDAD NEONATAL (2008)



Fuente: Referencia 17

FIGURA 3. TENDENCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN MESOAMÉRICA (1990-2008)

del avance logrado en los últimos 20 años, se aprecia que aún hay terreno por trabajar (cuadro III).

Las intervenciones relacionadas con la maternidad segura (atención prenatal y atención del parto por personal calificado), tuvieron un incremento en la cobertura en todos los países superior a 20%, con excepción de

Costa Rica. Desafortunadamente, en 1990, la cobertura de atención al parto por personal calificado era muy baja para Guatemala y Honduras, por lo que a pesar del avance, su cobertura sigue por debajo de 80%. La cobertura de la atención prenatal resulta ser más problemática aún, pues, de acuerdo con la norma se deben realizar cuatro visitas durante el embarazo. Los países de la región que muestran mayor rezago (Nicaragua, Honduras, Guatemala y Belice) no han logrado ubicar su cobertura por arriba de 90 por ciento.

Discusión

Los ODM son una continuación de los múltiples esfuerzos desplegados décadas antes y logran su “punto de inflexión” en 2001, cuando se consolida la fase de surgimiento y la amplia difusión y los indicadores de los ODM empiezan a permear las agendas nacionales de desarrollo humano. Sin embargo, su inclusión puede resultar contraproducente si se evalúa el progreso nacional por medio de un referente mundial. Esto se ve reforzado por las agencias internacionales que empiezan a clasificar a los países en categorías de “meta alcanzada”, “en trayecto” o “fuera del trayecto”,²⁴ o limitar el análisis a los 68 países con más muertes infantiles y maternas.²⁵ Paralelamente, surgen opiniones que cuestionan el mal uso de los indicadores o el diseño arbitrario de las metas²⁶ y se alerta a los países para que los adapten a la realidad regional de acuerdo con sus posibilidades. Se abre una extensa discusión donde se deja en claro que los ODM describen a estos países “peor de lo que en realidad están”, pues, aunque no lograrán erradicar

Cuadro III

COBERTURA Y TASA DE CAMBIO EN LOS ÚLTIMOS 20 SOBRE AÑOS INTERVENCIONES SELECCIONADAS (MESOAMÉRICA, 2010)

País	DPT (3 dosis)		Atención prenatal (4 visitas)		Atención del parto por personal calificado	
	Cobertura %	Tasa de cambio 1990-2010	Cobertura %	Tasa de cambio 1990-2010	Cobertura %	Tasa de cambio 1990-2010
Belice	90.4	(11.0)	76.4	(28.3)	96.3	(2.4)
Costa Rica	83.7	(-2.5)	98.4	(5.5)	99.5	(2.3)
El Salvador	94.3	(7.7)	90.6	(39.0)	88.0	(24.0)
Guatemala	92.4	(37.2)	76.3	(101.5)	63.0	(96.2)
Honduras	93.3	(-1.8)	78.0	(48.8)	75.9	(70.2)
México	81.7	(37.9)	92.0	(52.8)	96.2	(14.8)
Nicaragua	83.8	(8.2)	80.2	(76.6)	76.7	(77.7)
Panamá	93.3	(19.0)	85.0	(29.5)	93.1	(20.0)

Fuente: Referencias 20 y 21

la pobreza, sí la reducirán en 50%. Esto es destacable, si se considera que son los países con los ingresos más bajos del mundo.²⁷⁻²⁹

Por otro lado, la meta de “reducir en tres cuartas partes la razón de mortalidad materna de 1990 a 2015” no contaba con un solo estudio que sustentara la tendencia mundial de las muertes maternas de 1980 a 1990 hasta abril de 2010, cuando se estableció que la tendencia anual de descenso de 1990 a 2008 no fue superior a 1.5%, debido a la epidemia de sida. De hecho, sin la epidemia del sida, la RMM podría bajar hasta 60% entre 1990 y 2015 y con la epidemia sólo un tercio; esto indica que la promesa normativa de bajar 75% está fuera del alcance para la comunidad mundial. Recientemente el reporte que publican cuatro agencias de Naciones Unidas con tendencia de muertes maternas³⁰ estimó que la velocidad de descenso anual de la RMM en el ámbito mundial es de 2.3% y que, de mantenerse constante, conduciría a un descenso no mayor a 58% en 25 años.

En el caso de Mesoamérica, las condiciones de salud han mejorado, aunque el progreso de la región es desigual e insuficiente. Todos los países han reducido sustancialmente la mortalidad en la niñez por la combinación de múltiples procesos: el avance de la atención primaria de alto impacto y bajo costo –como los programas de vacunación, la rehidratación oral o el control de los niños sanos–, el aumento de la cobertura de los servicios básicos –como el agua potable y saneamiento–; el incremento de los niveles educativos y el descenso de la fecundidad.³¹ En contraste, no existe el mismo efecto sobre la mortalidad materna y ello refleja los rezagos en dos aspectos: primero, se carece de información de calidad que permita monitorear eficientemente el indicador y, segundo, la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas está asociada con diferentes intervenciones, como la maternidad segura (acceso a la atención del parto por personal calificado y la atención prenatal); el aborto seguro y el acceso a los servicios de planificación familiar. Los resultados destacan que son pocos los países que han logrado una cobertura mínima de 90% en estos renglones. Aunque los avances en los países rezagados son muy importantes, los indicadores no permiten analizar la calidad en la provisión de los servicios. Por ejemplo, la calidad de la atención prenatal va más allá del número de consultas otorgadas y le da más importancia a lo que se hace en cada una de ellas: si se midieron la presión arterial, hemoglobina y proteínas en orina; si se realizó un ultrasonido, etc. Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 de México confirma que, si se incluyen los criterios de calidad a la cobertura promedio en el ámbito nacional (cuatro visitas de cada mujer embarazada), ésta podría caer por debajo de 90% y, en los estados del sur, a menos de 80 por ciento.³²

Como se mencionó, más de las dos terceras partes de las muertes infantiles en Mesoamérica se deben a cinco causas evitables: diarrea, infecciones neonatales, neumonía, el parto pretérmino y la asfixia perinatal. Acciones en salud para abatir estas muertes incluyen medidas de prevención que son costo-efectivas, como las vacunas contra rotavirus y neumococo, que incidirían en muertes por diarreas y neumonías, respectivamente; además de los suplementos de micronutrientes, la ministración periódica de un antiparasitario, el uso de mosquiteros tratados con insecticida y una mejora de las prácticas de atención familiar y la lactancia materna. Para los problemas perinatales, como la asfixia y sepsis neonatal, deben asegurarse los servicios de salud esenciales a la madre: consejería y ministración de hierro y ácido fólico antes y durante el embarazo; por lo menos cuatro revisiones prenatales; atención especializada durante el parto y por personal capacitado. Los resultados de este análisis deben servir como llamada de atención para los tomadores de decisiones y encargados de programas en países, donantes y agencias internacionales, para acelerar los esfuerzos de aumentar la cobertura de las intervenciones dirigidas a la salud y la supervivencia de la infancia.^{33,34}

Las acciones en salud para las mujeres deben incluir el aseguramiento de acceso a los servicios de salud; proporcionar intervenciones nutricionales para todas las adolescentes y mujeres embarazadas; apoyar directamente a los hombres y las mujeres en áreas rurales con el fin de fortalecer sosteniblemente sus ingresos y mejorar la seguridad alimentaria y nutricional; otorgar servicios de planificación familiar y atención prenatal que incluyan inmunizaciones contra tétanos y rubéola, así como atención durante el embarazo con acceso rápido a cuidado obstetra de emergencia. Estas intervenciones incluyen prácticas de lactancia-materna y destete; complementos de micronutrientes; prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo; tratamiento de enfermedades parasitarias, malaria y diarrea y educación acerca de la buena alimentación y cómo responder a los problemas comunes de salud. Vale la pena recordar que la prevención de embarazos no deseados por sí sola podría evitar una cuarta parte de las muertes maternas, incluyendo aquellas que provienen de abortos clandestinos que son difíciles de cuantificar directamente en la región,³³ por lo que es conveniente fortalecer las campañas de planificación familiar y así disminuir la brecha entre la demanda y la oferta de métodos anticonceptivos modernos.

La reciente incorporación de la SM2015 al ámbito de la salud regional y su influencia temporal (cinco años) la convierte en un actor potencial en la reducción de la mortalidad infantil y materna. La SM2015 se une

a los esfuerzos e iniciativas globales de salud, al apoyar la implementación de intervenciones costo-efectivas desarrolladas en los últimos 30 años.³⁵ Si bien su esfera de influencia se limita a ciertos problemas de salud y no necesariamente a los más prevalentes, sí se aboca a fortalecer aquellas áreas y programas que ofrecen la posibilidad de abatir problemas de salud que han sido determinantes de peso de la mortalidad en la región, en particular aquellos que afectan a la infancia y las mujeres en edad reproductiva.³⁶ El foco de la SM2015 en disminuir la desnutrición, las deficiencias de zinc y vitamina A y mejorar la lactancia exclusiva puede incidir sobre una tercera parte de las muertes en menores de cinco años.¹⁶

La medición adecuada y la disponibilidad de datos actualizados es indispensable para identificar los avances y señalar los rezagos en los países que requieren de mayores esfuerzos para lograr, en este caso, los ODM. En el caso de la salud infantil y de las mujeres, son múltiples las agencias que apoyan y promueven intervenciones para estos grupos de edad y en muchos casos, obligan a los países receptores del apoyo financiero a crear sistemas de información paralelos que registren de manera específica, los avances del proyecto. En algunas circunstancias, estos sistemas se convierten en el único recurso disponible para contar con información confiable; pero en algunos países duplica y debilita a los sistemas rutinarios de información.^{37,38} Este trabajo reafirma la necesidad de mejorar y fortalecer los sistemas de información nacionales y mejorar las fuentes de información con el análisis de encuestas y otros estudios relevantes. El hecho de contar con evidencia empírica sobre la situación de salud y cobertura de los servicios permitirá una mejor evaluación de impacto tanto para los países como para las agencias donadoras, así como un seguimiento más realista del progreso. Queda claro que no es suficiente con medir el nivel del indicador, sino que resulta aún más importante la velocidad con la que va cambiando en el tiempo.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. United Nations. United Nations Millennium Declaration, Resolution adopted by the General Assembly. 2000. Aires/55/2, 2000.
2. United Nations. Keeping the promise. A forward-looking review to promote and agreed action agenda to achieve the Millennium Development Goals by 2015. Report of the Secretary General, General Assembly A/64/665, febrero, 2010.
3. United Nations. Every Woman, Every Child: Global Strategy for Women's and Children's Health [sitio de internet]. [Consultado 2010 septiembre]. Disponible en: <http://www.un.org/en/mdg/summit2010/>
4. Ki Moon B. Global Strategy for Women's and Children's Health. Switzerland: World Health Organization, 2010.
5. Fukuda-Parr S, Greenstein J. How should MDG implementation be measured: faster progress or meeting targets? [sitio de internet]. International Policy Centre for Inclusive Growth. United Nations Development Programme. [Consultado 2010 noviembre]. Disponible en: <http://www.ipc-undp.org>.
6. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe 2010. Nueva York, 2010:80. [Consultado 2010 diciembre] Disponible en: http://www.un.org/es/comun/docs/?path=/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf.
7. United Nations Development Programme. 'About the MDGs: Basics' [sitio de internet]. Nueva York, 2010. [Consultado 2011 enero]. Disponible en: <http://www.undp.org/mdg/basics.shtml>.
8. Organización Panamericana de Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe [sitio de internet]. Naciones Unidas-Centro de Información México, Cuba y República Dominicana. [Consultado 2010 diciembre]. Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/ObjetivosDesarrollo/ODM.htm>.
9. World Bank. The Millennium Development Goals and the Road to 2015. Building on Progress and responding to crisis [sitio de internet]. Washington. The World Bank, 2010. [Consultado 2010 diciembre]. Disponible en: <http://issuu.com/world.bank.publications/docs/9780821385876?mode=embed&layout=http%3A%2F%2Fskin.issuu.com%2Fv%2Fflight%2Flayout.xml&showFlipBtn=true>.
10. UNICEF. Progress for Children. Achieving the MDG's with equity. The convention on the rights of the child [sitio de internet]. Nueva York: UNICEF, sept, 2010. núm. 9. [Consultado 2010 diciembre]. Disponible en: http://www.devinfo.info/pfc/download/progress_for_children_No9.pdf.
11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Indicadores para el seguimiento regional del programa de acción de la CIPD. Celade-División de Población de la CEPAL. [Consultado 2010 diciembre]. Disponible en: <http://celade.cepal.cl/cgi-bin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=ELCAIRO&MAIN=WebServerMain.inl>.
12. Cuenta regresiva 2015. Seguimiento del progreso en supervivencia materna, neonatal e infantil. Iniciativa Cuenta Regresiva 2015. [Consultado 2011 enero]. Disponible en: http://www.countdown2015mnch.org/index.php?option=com_content&view=article&id=261.
13. Bryce J, Terrerri N, Victora C, et al. Countdown to 2015: tracking intervention coverage for child survival. Lancet 2006;368:1067-1067.
14. World Health Organization-UNICEF. Countdown to 2015 decade report (2000-2010): taking stock of maternal, newborn and child survival, Ginebra: WHO-UNICEF, 2010.
15. Black R, Cousens S, Johnson H, Lawn J, Rudan I, et al. Global, regional and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. Lancet. 2010;375:1969-1987.
16. Rajaratnam J, Marcus J, Flaxman A, Wang H, Levin-Rector A, Dwyer L, et al. Neonatal, posneonatal, childhood and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. Lancet 2010;375:1988-2008.
17. Hogan MC, Foreman K, Naghavi M, Ahn S, Wang M, Makela S, et al. Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. Lancet 2010;375:1609-1623.
18. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Demografía y Población. Estadísticas de Mortalidad 1990-2008 [sitio de internet]. México, INEGI, 2010. [Consultado 2010 diciembre]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>.
19. Consejo Nacional de Población. Indicadores demográficos básicos 1990-2030 [sitio de internet]. México: Secretaría de Gobernación. [Consultado 2010 diciembre]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx>.
20. Lim S, Stein D, Charrow A, Murray CJL. Tracking progress towards universal childhood immunisation and the impact of global initiatives:

- a systematic analysis of three-dose diphtheria, tetanus, and pertussis immunisation coverage. *Lancet* 2008;372:2031-2046.
21. Myerson R, Rosenfeld L, Lim S, Murray CLJ. Safe pregnancy and delivery: A systematic analysis of trends in the coverage of antenatal and intra-partum care. *Lancet* 2011, Supplementary webappendix. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60169-4.
22. Hogan, M, Lopez A, Lozano R, Murray C, Naghavi M, Rajaratnam J, et al. Building Momentum: Global progress toward reducing maternal and child mortality. IHME, University of Washington, 2010.
23. Sepúlveda J, Bustreo F, Tapia R, Rivera J, Lozano R, Olaiz G, et al. Aumento de la sobrevivencia en menores de cinco años en México: la estrategia diagonal. *Salud Publica Mex* 2007;49:supl.1:S110-S125.
24. Jahan S. The MDG's beyond 2015. *IDS Bulletin* 2010;41:51-59.
25. Bhutta Z.A, Chopra M, Axelson H, Berman P, Boerma T. Countdown to 2015 decade report (2000–10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. *Lancet* 2010;375:2032-2044.
26. Vandemoortele J. Taking the MDGs beyond 2015. Hasten slowly, Forum: After 2015: Promoting Pro-Poor Policy after the MDGs, organised by DSA/EADI/ Action Aid. Bruselas, junio, 2009.
27. Saith A. From Universal Values to Millennium Development Goals: Lost in Translation. *Development and Change* 2006;37.6:1167-1199.
28. Watkins K. The Millennium Development Goals: Three proposals for renewing the vision and reshaping the future. Paris: UNESCO, 2008.
29. Manning R. The impact and design of the MDGs: some reflections. *IDS Bulletin* 2010;41:7-14.
30. World Health Organization. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank [sitio de internet]. Ginebra: WHO, 2010. [Consultado 2010 diciembre]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500265_eng.pdf.
31. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. El progreso de América Latina y el Caribe hacia los objetivos de desarrollo del milenio, Desafíos para lograrlos con Igualdad. Santiago de Chile: ONU, 2010.
32. Lozano R, Soliz P, Gakidou E, Abbott-Klafter J, Feehan D, Vidal C, et al. Benchmarking performance of Mexican states using effective coverage. *Lancet* 2006;368:1729-1741.
33. Boschi-Pinto C, Bahl R, Martines J. Limited progress in increasing coverage of neonatal and child-health interventions in Africa and Asia. *Heath Popul Nutr* 2009;(6):755-762.
34. Murguía-Peniche T, Lozano R, Garza-Morales S, Sanchez-Mendiola M, Santos-Preciado JI. Asfixia perinatal. México: Intersistemas, 2010.
35. Goldie SJ, Sweet S, Carvalho N, Natchu UCM, Hu D. Alternative strategies to reduce maternal mortality in India: A Cost-Effectiveness Analysis. *PLoS Med* 2010;7(4):e1000264.
36. Lawn EJ, Rikfin S, Were M, Paul V, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant and time to revitalize. *Lancet* 2008;372:917-927.
37. McCoy D, Kembhavi G, Patel J, Luintel A. The Bill & Melinda Gates Foundation's grant-making programme for global health. *Lancet* 2009;373:1645-1653.
38. World Health Organization. Maximizing positive synergies Collaboration Group; An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *Lancet* 2009;373:2137-2169.