



La desventaja urbana

ESTADO MUNDIAL DE LAS MADRES 2015



CRÉDITOS DE LAS FOTOS

Pág. 1 – Lucia Zoro

Filipinas. Viviendas en barrio deprimido que puede verse desde los rascacielos modernos en Pasig City, Manila.

Pág. 3 – Laura Kennedy

Perú. Margot y su hija de diez meses de vida viven en la comunidad Villa El Salvador, en Lima. La comunidad está construida sobre un terreno arenoso en un acantilado empinado a lo largo de la costa de la ciudad. No hay agua potable ni electricidad.

Pág. 4 – Mikel Flamm / Habitat for Humanity

Bangladesh. En la comunidad Rayer Bazar, en Dhaka, más de 250 familias residen en estas pequeñas construcciones de bambú.

Pág. 5 – Rachel Palmer

India. Una doctora en una clínica de Save the Children, mientras atiende a residentes de un barrio deprimido, examina a un bebé de 18 meses de vida con una infección respiratoria.

Nota: el tema central del presente informe es la difícil situación oculta y, con frecuencia, descuidada de las personas en situación de pobreza de zonas urbanas. Con propósitos de este análisis, las "personas en situación de pobreza de zonas urbanas" se definen como aquellas que conforman el quintil inferior, es decir, el 20 por ciento más pobre de las familias urbanas. Por el contrario, las "personas ricas de zonas urbanas" son aquellas que conforman el quintil superior, es decir, el 20 por ciento más rico. La "brecha de supervivencia urbana" constituye una medición clave que se utiliza a lo largo de todo el informe. Para efectos de esta investigación, se refiere a la desigualdad relativa (no absoluta) en las probabilidades de supervivencia infantil y se calcula en base a la proporción entre estos dos grupos. Es decir, la tasa de mortalidad infantil de niños y niñas menores de cinco años (TMM5) correspondiente al sector urbano más pobre se divide por la TMM5 correspondiente al sector urbano más rico. Por ejemplo, una diferencia relativa de 2,0 significa que la infancia urbana más pobre tiene el doble de probabilidades de morir antes de cumplir los cinco años de edad que la infancia urbana más rica.

Al interpretar estos datos, es importante tener en cuenta que los cálculos subnacionales están sujetos a un margen de error. Las brechas observadas, especialmente en los casos en que son pequeñas, podrían ser artefactos de los datos y no un indicador de diferencias reales entre los grupos. Por esta razón, los datos de las ciudades y los países que se incluyen en el informe son imperfectos pero son medidas valiosas de la equidad en la salud. Los datos indican los casos en que las brechas pueden ser amplias, de tal modo que destacan la necesidad de nuevas investigaciones sobre los desafíos que enfrentan las personas en situación de pobreza de zonas urbanas con relación a la atención de salud. Para más detalles, ver capítulo "Methodology and Research Notes" (Notas de metodología e investigación).

Algunos nombres de madres, niñas y niños se han cambiado con el fin de proteger las identidades.

Foto de portada

Rana y sus hijos e hijas viven en una pequeña choza junto a los edificios corporativos de Nehru Place, en Nueva Delhi, India. La familia recibe órdenes de desalojo de forma constante, pero de alguna manera se las arreglan para continuar en el lugar. Cuando Rana dio a luz, el personal del hospital no la trató bien. "Nos consideran pobres", afirmó. "Por eso no nos escuchan". Foto: C. J. Clarke

Publicado por Save the Children

501 Kings Highway East, Suite 400
Fairfield, CT 06825
United States
(800) 728-3943
www.savethechildren.org

© 2015 Save the Children Federation, Inc.

ISBN 1-888393-30-0

Estado mundial de las madres 2015 se publicó con la generosa contribución de la Fundación Bill y Melinda Gates.

**BILL & MELINDA
GATES foundation**

La desventaja urbana

El decimosexto informe anual Estado Mundial de las *Madres*, realizado por *Save the Children*, se centra en la acelerada urbanización de nuestro mundo, así como en las madres y la infancia en la mayor situación de pobreza, que deben luchar por sobrevivir a pesar del progreso urbano general.

Cada día, mueren 17 mil niñas y niños antes de cumplir los cinco años de edad. Estas muertes prevenibles se concentran cada vez más en los barrios deprimidos de las ciudades, donde el hacinamiento y la mala calidad del saneamiento convive con rascacielos y centros comerciales. Es posible que la atención de salud dirigida a salvar vidas se encuentre a la vuelta de la esquina, pero las madres y la infancia en la mayor situación de pobreza con frecuencia no pueden obtener la atención que necesitan.

El presente informe presenta el análisis más reciente y más amplio que se ha realizado hasta la fecha sobre las disparidades de salud entre las personas ricas y las personas que viven en la pobreza de las ciudades. Una de las conclusiones del análisis es que en la mayoría de los países en desarrollo, la infancia urbana más pobre tiene por lo menos el doble de probabilidades de morir que la infancia urbana más rica. En algunos países, esta proporción es de tres a cinco –o incluso más– probabilidades de morir.

El Índice anual de las *Madres* se basa en los últimos datos de salud de la mujer y la infancia, nivel educativo, situación económica y participación política de la mujer. Clasifica un total de 179 países y determina los lugares en que las madres, los niños y las niñas viven mejor y aquellos en que estos grupos enfrentan las mayores dificultades.

Resumen ejecutivo:

Conclusiones clave y recomendaciones

Cada vez más madres crían a sus hijos e hijas en zonas urbanas. Actualmente, más de la mitad de la población mundial vive en las ciudades, donde la proporción de muertes infantiles va en aumento.¹ Aunque en las ciudades viven las personas más ricas y más sanas de un país, en ellas también residen algunas de las familias en la mayor situación de pobreza y más marginadas de la Tierra.

En gran parte del mundo, las probabilidades de supervivencia infantil hasta los cinco años de edad han mejorado considerablemente durante los últimos años. Actualmente, 17 mil menos niños y niñas mueren a diario que los que morían en 1990. Además, entre 1990 y 2013, el índice mundial de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años se ha reducido a casi la mitad: de 90 a 46 muertes por cada mil nacidos vivos. No obstante, tras estos extraordinarios avances en las medias nacionales, se oculta un aumento de la desigualdad en un número demasiado alto de lugares. Algunos grupos de niños y niñas están quedando rezagados en comparación con sus pares más afortunados, y estas disparidades tienden a ser más pronunciadas en las ciudades.

Este año, el informe *La lotería del nacimiento*, de Save the Children, llamó la atención hacia el sector de la infancia que se ha dejado en el olvido. Por otra parte, esta investigación demostró por qué es necesario un camino más equitativo para acelerar el progreso en la reducción del número de muertes de niñas y niños menores de cinco años, tanto a nivel nacional como mundial. El informe *Estado mundial de las madres 2015* se centra en un grupo vulnerable de niños y niñas que requiere con urgencia más atención: aquella infancia que vive en la pobreza urbana. Otro sector que se analiza en el estudio es el que más sufre la pérdida de un niño o una niña y uno que tiene un enorme potencial de hacer una aportación positiva en las vidas infantiles: las madres.

Este informe también presenta una evaluación mundial pionera de las disparidades en materia de salud entre las personas ricas y las personas en situación de pobreza de las ciudades. Analiza los datos de decenas de ciudades

de países en desarrollo y de 25 ciudades de países industrializados con el fin de determinar los lugares en que las brechas en materia de salud y supervivencia infantil son más amplias y aquellos en que son más pequeñas. También examina el avance en el tiempo para averiguar dónde se han reducido las brechas y dónde han aumentado. Aunque las muertes prevenibles de niños y niñas pequeños son trágicas e inaceptables y constituyen una razón suficientemente válida para dar un mayor énfasis a la atención de la salud para los sectores más vulnerables, es importante destacar que los índices de mortalidad infantil también constituyen un importante indicador del nivel general de salud de una ciudad. Las muertes de niñas y niños pequeños en los barrios deprimidos de las ciudades en la actualidad –incluso donde la atención para salvar vidas se encuentra a la vuelta de la esquina– probablemente constituyen una de las pruebas más lamentables del fracaso del sistema de salud urbano. Estas muertes también representan el sufrimiento cotidiano que padecen millones de personas.

Aunque en los entornos urbanos existen múltiples factores determinantes de la salud, este informe se centra principalmente en intervenciones y enfoques de salud, que nos consta que pueden tener un considerable impacto en la salud y la supervivencia de las madres y la infancia.

Conclusiones clave

1) A pesar de que en el mundo se han logrado grandes avances en la reducción de la mortalidad de niños y niñas menores de cinco años de las zonas urbanas, la desigualdad está empeorando en demasiadas ciudades. Muchos países han hecho un importante progreso general en la reducción de los índices de mortalidad infantil, incluso en la infancia urbana más pobre. No obstante, el progreso con frecuencia no solo no elimina las disparidades, sino que a veces las exacerba. En casi la mitad de los países que cuentan con datos sobre tendencias (19 de 40), las brechas de supervivencia urbana han aumentado. Las brechas de supervivencia ahora son, en



términos relativos, aproximadamente el doble en las zonas urbanas de Kenia, Ruanda y Malawi, a pesar de los avances generales que han logrado estos países en sus esfuerzos por salvar un mayor número de vidas infantiles en las ciudades.

2) El riesgo de muerte de los sectores más pobres de la infancia en casi todas las ciudades es sumamente alto. En todos excepto uno de los 36 países en desarrollo que se estudiaron, hay disparidades considerables entre la infancia urbana rica y la infancia urbana pobre. La "Tarjeta de puntuación de las brechas de supervivencia infantil urbana" de Save the Children examina los índices de mortalidad infantil correspondientes a la infancia más rica y la infancia más pobre. Su conclusión es que en la mayoría de los países (25 de 36), las niñas y los niños en mayor situación de pobreza de las zonas urbanas tienen por lo menos el doble de probabilidades de morir antes de cumplir los cinco años de edad que la infancia urbana más rica. La "Tarjeta de puntuación" concluye, además, que las brechas de supervivencia infantil urbana son más amplias en Bangladesh, Camboya, Ghana, India, Kenia, Madagascar, Nigeria, Perú, Ruanda, Vietnam y Zimbabue. En estos países, la infancia urbana en situación de pobreza tiene entre tres y cinco veces más probabilidades de morir que la infancia más acomodada. Por el contrario, las ciudades de Egipto y Filipinas han logrado índices de mortalidad infantil relativamente bajos, con brechas de supervivencia infantil urbana comparativamente más pequeñas.

3) Las madres y la infancia en la mayor situación de pobreza de las zonas urbanas generalmente carecen de atención de salud dirigida a salvar vidas. La "Clasificación de la equidad en la atención de salud en las ciudades" de Save the Children examina la diferencia en la disponibilidad y utilización de los servicios atención de salud entre las madres y la infancia en la mayor situación de pobreza y las más ricas en 22 ciudades. También incluye una comparación de los índices de malnutrición infantil (retraso del crecimiento) entre los grupos ricos y los grupos pobres en esas mismas ciudades. La conclusión de la clasificación es que existen enormes disparidades en el acceso a la atención prenatal y la asistencia especializada en el parto. Las mayores disparidades entre los grupos ricos y grupos pobres en cuanto a la cobertura de atención se detectaron en Delhi (India), Dhaka (Bangladesh), Puerto Príncipe (Haití) y Dili (Timor Oriental). Las brechas en malnutrición infantil son más amplias en Dhaka, Delhi, Distrito Central (Honduras), Adís Abeba (Etiopía) y Kigali (Ruanda). En estas ciudades, los índices de retraso del crecimiento son de 29 a 39 puntos porcentuales más altos entre las personas en la mayor situación de pobreza, en comparación con las más ricas.

4) Los altos índices de muertes infantiles en los barrios deprimidos tienen sus raíces en la desventaja, la pobreza y la discriminación. Los altos índices de mortalidad infantil en los barrios deprimidos son producto de varios factores, incluidas las desigualdades sociales y económicas. Aunque los excelentes establecimientos de salud del sector privado abundan más en las zonas urbanas, las personas que viven en la pobreza en las ciudades normalmente no pueden permitirse pagar por esta atención. Además, cuando solicitan atención a veces son víctimas de discriminación o incluso de abuso. Los sistemas de salud del sector público con frecuencia no cuentan con suficiente financiamiento, y generalmente no logran hacer llegar los servicios básicos de salud a los grupos más necesitados. En muchos casos, las personas en situación de pobreza recurren a trabajadores

Urbano y desigual

54 %

de la población mundial vive en zonas urbanas. Se prevé que para el año 2050 este porcentaje aumentará al 66 por ciento. La mayor parte de este aumento se concentrará en África y Asia.²

En el mundo en desarrollo, un tercio de los residentes de zonas urbanas vive en barrios deprimidos. Este porcentaje equivale a más de

860 millones de personas.³

En muchas ciudades del mundo, la infancia urbana más pobre tiene por lo menos el

doble

de probabilidades de morir que la infancia urbana más rica.⁴

Más de la mitad de los niños y las niñas en situación de pobreza de las zonas urbanas de Bangladesh e India tienen retraso del crecimiento, comparado con no más del 20 por ciento de las niñas y los niños más ricos.⁵

En los barrios deprimidos de Nairobi, Kenia, los índices de mortalidad materna e infantil son alrededor de un

54 %

más altos que las medias nacionales.^{6,7}

En Camboya y Ruanda, los niños y las niñas que nacen en las familias urbanas que conforman el 20% más pobre tienen casi

cinco veces más

probabilidades de morir antes de cumplir los cinco años de edad que la infancia nacida en el 20 por ciento más rico. En Ruanda las brechas de supervivencia han aumentado, pero en Camboya se están reduciendo.⁸

En Haití, Jordania y Tanzania, los índices de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años de las zonas urbanas son similares o incluso superiores a los de las zonas rurales.⁹

En América Latina y el Caribe, es probable que más de la mitad de todas las muertes de niños y niñas ocurran en las zonas urbanas.¹⁰

de la salud no cualificados y, a menudo, pagan por una atención de mala calidad o, en algunos casos, perjudicial. El hacinamiento, el escaso saneamiento y la inseguridad alimentaria aumentan aún más la vulnerabilidad frente a las enfermedades y la mala salud de las madres y la infancia que viven en la pobreza. Por último, el temor a los ataques, las agresiones sexuales o los robos limitan sus opciones cuando se desata una crisis de salud.

5) Sabemos cómo salvar a la infancia urbana en situación de pobreza. Save the Children incluye perfiles de seis ciudades que han hecho un buen progreso en la tarea de salvar vidas de niños y niñas que viven en la pobreza, a pesar de un considerable crecimiento de la población. Las ciudades destacadas son: Adís Abeba (Etiopía), Cairo (Egipto), Manila (Filipinas), Kampala (Uganda), Ciudad de Guatemala (Guatemala) y Phnom Penh (Camboya). Estas ciudades han logrado resultados positivos por medio de diversas estrategias para ampliar el acceso a servicios de alto impacto, fortalecer los sistemas de salud, reducir los costos, crear conciencia en materia de salud y aumentar el acceso a la atención para los residentes urbanos que se encuentran en la mayor situación de pobreza. Los perfiles de las ciudades ofrecen una variedad de ejemplos, pero las estrategias de éxito más empleadas son las siguientes: 1) mejor atención para las madres y los bebés antes, durante y después del parto; 2) aumento del uso de métodos anticonceptivos modernos para prevenir o posponer el embarazo; y 3) estrategias eficaces para proporcionar servicios de salud de calidad gratuitos o subsidiados para los grupos pobres.

6) Entre las capitales de los países de ingresos altos, Washington D. C. tiene el riesgo más alto de muerte infantil y la mayor desigualdad. Save the Children examinó los índices de mortalidad de lactantes en 25 capitales de países ricos, y llegó a la conclusión de que Washington D. C. tiene el mayor índice de mortalidad de lactantes: 6,6 muertes por cada mil nacidos vivos en 2013. Aunque este índice es más bajo que nunca en el Distrito de Columbia, sigue



siendo tres veces más alto que los índices de Tokio y Estocolmo. En Washington también existen enormes brechas entre las personas ricas y las que viven en la pobreza. Los bebés del Distrito 8, donde más de la mitad de toda la infancia vive en la pobreza, tienen unas diez veces más probabilidades de morir antes de cumplir un año de vida que los bebés del Distrito 3, el barrio más acomodado de la ciudad.

Recomendaciones

Las ciudades que siguen caminos más rápidos y más equitativos para reducir la mortalidad infantil han hecho esfuerzos conjuntos para asegurar que los grupos a los que resulta más difícil llegar tengan acceso a servicios de salud básicos, rentables y de alto impacto, y que aborden las principales causas de la mortalidad infantil. Actualmente, la malnutrición es una causa subyacente de casi la mitad de todas las muertes de niñas y niños menores de cinco años en el mundo, y una proporción creciente de todas las muertes infantiles ocurren durante el primer mes de vida, es decir, el período neonatal. Estos factores demuestran una urgente necesidad de redoblar los esfuerzos para mejorar la nutrición materna e infantil, proporcionar atención prenatal, garantizar partos seguros y prestar atención neonatal básica. Una serie de políticas aumentan las probabilidades para los sectores urbanos pobres de beneficiarse de un progreso equitativo, así como la implementación gradual hacia la cobertura universal de salud para asegurar que los grupos pobres y marginados tengan

acceso a servicios de calidad que respondan a sus necesidades.

1) El marco post-2015 final deberá incluir un compromiso explícito con la igualdad, dirigido a acabar con las muertes prevenibles de niñas, niños y madres a través de objetivos medibles.

El 2015 es un año crucial para la supervivencia materna, neonatal e infantil. En septiembre de 2015 concluye el plazo del conjunto de Objetivos de Desarrollo del Milenio y se lanzará el marco post-2015, con los objetivos de desarrollo sostenible. Este marco determinará el futuro de la vida de las madres y la infancia del mundo. Dado el rápido crecimiento de las poblaciones urbanas, y la creciente proporción de muertes de niñas y niños menores de cinco años en los sectores pobres urbanos, es necesario que el marco post-2015 destaque las inversiones que se requieren para los servicios básicos de salud, agua y saneamiento, así como una mejor nutrición para estas poblaciones, que carecen de suficiente cobertura y que se encuentran, con frecuencia, descuidadas.

2) Compromiso de no dejar a nadie en el olvido por medio de la incorporación de la equidad en el marco post-2015 final. El marco post-2015 debe comprometerse a asegurar que ninguna meta se considere cumplida si no se cumple para todos los grupos socioeconómicos. Aunque durante las últimas dos décadas hemos logrado extraordinarios avances en la reducción de las muertes maternas e infantiles, no todas las madres ni toda la infancia se han beneficiado de este progreso. Este es especialmente el caso de las personas en situación de pobreza que viven en las zonas urbanas. En el contexto del marco post-2015 dirigido a abordar las injusticias, deberá prestarse atención explícita al fomento de estrategias para abordar las desigualdades que existen dentro de las poblaciones urbanas.

3) Mejora de la salud de los grupos urbanos pobres por medio de la cobertura universal de salud. Con el fin de acabar con las muertes maternas, neonatales e infantiles, será necesario que todas las personas, comenzando

Clasificación del Índice de las Madres 2015

Primeros 10 lugares

CLASIFICACIÓN	PAÍS
1	Noruega
2	Finlandia
3	Islandia
4	Dinamarca
5	Suecia
6	Países Bajos
7	España
8	Alemania
9	Australia
10	Bélgica

Últimos 10 lugares

CLASIFICACIÓN	PAÍS
169	Haiti*; Sierra Leona*
171	Guinea-Bissau
172	Chad
173	Costa de Marfil
174	Gambia
175	Níger
176	Mali
177	Rep. Centroafricana
178	R. D. del Congo
179	Somalia

*países empatados

El decimosexto Índice anual de las Madres de Save the Children evalúa el bienestar de las madres, las niñas y los niños en 179 países, es decir, el mayor número de países que se ha analizado hasta ahora. Noruega, Finlandia e Islandia encabezan la clasificación de este año. Los 10 países mejor clasificados obtienen, en general, puntuaciones muy altas en cuanto a la salud de las madres y la infancia y en cuanto al nivel educativo, la situación económica y la condición política de las madres. Estados Unidos se clasificó en el lugar número 33. Somalia se encuentra en el último lugar entre los países analizados. Los once países clasificados en los últimos lugares –todos excepto dos de ellos, de África Occidental y Central– representan una imagen inversa de los primeros 10 países, con resultados muy bajos en todos los indicadores. Las condiciones para las madres y sus hijas e hijos en los países peor clasificados son desalentadoras. En promedio, una mujer de cada 30 muere por causas relacionadas con el embarazo y una niña o un niño de cada ocho muere antes de cumplir los cinco años de edad.

Los datos recopilados para el *Índice de las Madres* documentan las enormes brechas entre los países ricos y los países pobres, así como la urgente necesidad de acelerar el progreso en la salud y el bienestar de las madres y sus hijos e hijas. Los datos también destacan el papel que desempeñan los conflictos armados y la mala gobernanza en estas tragedias. Nueve de los once países en los últimos lugares son ya sea países afectados por conflictos o países considerados Estados frágiles, lo cual implica que no cumplen de manera fundamental las funciones necesarias para responder a las necesidades básicas de sus ciudadanos.

con aquellas más vulnerables, tengan acceso a servicios básicos de salud y de nutrición de alta calidad, y que reciban protección frente a los nocivos efectos de los gastos personales en salud en la economía de las personas. Para lograrlo, los servicios básicos de salud de calidad, tanto preventivos como curativos, deben ser más accesibles y asequibles. Esta meta requerirá invertir en sistemas de salud urbanos fortalecidos y ampliados, que deben estar diseñados para llegar a los grupos pobres, con el fin de asegurar el acceso a trabajadores de la salud que puedan proporcionar atención de calidad en los barrios deprimidos y asentamientos informales. Los sistemas también deben estar pensados para eliminar las barreras financieras para acceder a los servicios de salud de calidad.

4) Todos los gobiernos deben hacer realidad los compromisos adquiridos en la cumbre Nutrición para el Crecimiento y asegurar que se cumplan las metas de nutrición de la Asamblea Mundial de la Salud. La malnutrición es la causa subyacente del 45 por ciento de las muertes de niños y niñas menores de cinco años y provoca más de tres millones de muertes al año. Entre estas, 800 mil corresponden a bebés recién nacidos. Aparentemente, el punto de concentración de la pobreza y la malnutrición en la infancia se está trasladando paulatinamente desde las zonas rurales a las zonas urbanas, ya que el número de niños y niñas en situación de pobreza y desnutridos aumenta más rápidamente en las zonas urbanas que en las rurales. La prevalencia del retraso del crecimiento infantil es similar en los entornos urbanos pobres y en los rurales. El retraso del crecimiento, cuya causa es la malnutrición crónica, puede comenzar durante el embarazo como resultado de una nutrición materna deficiente, malas prácticas de alimentación, alimentos de baja calidad e infecciones frecuentes. También debe dirigirse la atención al apoyo y el fomento de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. La tasa de lactancia materna en algunos entornos urbanos pobres es más baja que en las zonas rurales debido a la falta de información y el bajo nivel educativo. Los

planes nacionales con estimación de costos deben incluir maneras de luchar contra la malnutrición en las zonas urbanas, con un énfasis en la emaciación, la lactancia materna exclusiva y el retraso del crecimiento.

5) Desarrollo de planes urbanos integrales e intersectoriales. Los gobiernos nacionales deberán desarrollar e invertir en políticas, estrategias y planes urbanos integrales e intersectoriales, que incluyan salud y nutrición materna, neonatal e infantil, así como inversión en la mejora del acceso a agua potable, saneamiento y educación primaria. Los donantes deben apoyar estos planes, ya que el financiamiento es crucial para el logro del objetivo post-2015 de acabar con las muertes maternas e infantiles prevenibles.

6) Invertir en la recogida de datos. Los gobiernos nacionales y los donantes deben invertir en el fortalecimiento de la recogida de datos con el fin de identificar mejor los grupos desfavorecidos, hacer un seguimiento a la calidad y utilización de los servicios y monitorear el progreso en base a los planes y los objetivos acordados. Se requieren datos desglosados para identificar a residentes de los barrios deprimidos, de asentamientos informales y en situación de calle para asegurar que las personas que viven en la pobreza en las zonas urbanas sean reconocidas e incorporadas en el sistema de salud.

7) Movilización de recursos para acabar con las muertes infantiles prevenibles en las zonas urbanas pobres. Todos los gobiernos deben cumplir sus compromisos de financiamiento para la salud y la nutrición materna, neonatal e infantil. Los gobiernos nacionales deben incrementar sus propios presupuestos de salud.

Clasificación del Índice de las Madres 2015

CLASIFICACIÓN	PAÍS	CLASIFICACIÓN	PAÍS	CLASIFICACIÓN	PAÍS	CLASIFICACIÓN	PAÍS
1	Noruega	46	Malta	91	Namibia	136	Tanzania
2	Finlandia	47	Emiratos Árabes Unidos	*92	Jamaica	137	Kiribati
3	Islandia	48	Chile	*92	Maldivas	138	Kenia
4	Dinamarca	49	Bahréin	*92	Sri Lanka	139	Zambia
5	Suecia	50	Libia	95	República Dominicana	140	India
6	Países Bajos	51	Hungría	96	Fiji	141	Uganda
7	España	52	Barbados	97	Mongolia	142	Suazilandia
8	Alemania	53	México	98	Vietnam	143	Islas Salomón
9	Australia	54	Bosnia-Herzegovina	99	Turkmenistán	144	Mozambique
10	Bélgica	55	Qatar	*100	Irak	145	Camerún
11	Austria	*56	Federación Rusa	*100	Jordania	146	Sudán
12	Italia	*56	Uruguay	102	Nicaragua	147	Burundi
13	Suiza	58	Kazajistán	103	Armenia	148	Congo
14	Singapur	59	Túnez	104	Tonga	149	Pakistán
15	Eslovenia	60	Kuwait	105	Filipinas	150	Mauritania
16	Portugal	*61	China	106	Timor Oriental	151	Etiopía
17	Nueva Zelanda	*61	Ecuador	107	Kirguistán	*152	Afganistán
18	Israel	63	Omán	108	Surinam	*152	Togo
19	Grecia	64	Bahamas	109	Honduras	154	Ghana
20	Canadá	65	Turquía	110	Paraguay	155	Madagascar
21	Luxemburgo	66	Rumanía	111	Siria	156	Eritrea
22	Irlanda	67	Trinidad y Tobago	112	Indonesia	157	Papúa Nueva Guinea
23	Francia	68	Santa Lucía	113	Guyana	158	Myanmar
24	Reino Unido	69	Ucrania	114	Nepal	*159	Malawi
*25	Bielorrusia	70	Mauricio	115	Gabón	*159	Sudán del Sur
*25	República Checa	71	Malasia	116	Egipto	161	Yibuti
27	Estonia	72	Sudáfrica	117	Samoa	162	Yemen
*28	Lituania	73	Libano	118	Uzbekistán	163	Benín
*28	Polonia	74	Venezuela	119	Botsuana	164	Guinea
*30	Croacia	75	Colombia	120	Angola	165	Comoras
*30	Corea del Sur	76	Argelia	121	Ruanda	*166	Burkina Faso
32	Japón	77	Brasil	122	Bután	*166	Liberia
33	Estados Unidos de América	78	Panamá	123	Guinea Ecuatorial	*166	Nigeria
34	Eslovaquia	79	Perú	124	Senegal	*169	Haití
35	Serbia	80	El Salvador	*125	Marruecos	*169	Sierra Leona
36	Argentina	81	Moldavia	*125	Vanuatu	171	Guinea-Bissau
37	Macedonia	82	Albania	127	Tayikistán	172	Chad
38	Arabia Saudí	83	Tailandia	128	Laos	173	Costa de Marfil
39	Chipre	84	Irán	129	Guatemala	174	Gambia
*40	Cuba	85	Cabo Verde	*130	Bangladesh	175	Níger
*40	Letonia	*86	Georgia	*130	Santo Tomé y Príncipe	176	Mali
42	Montenegro	*86	San Vicente y las Granadinas	132	Camboya	177	Rep. Centroafricana
43	Granada	*88	Belice	*133	Lesoto	178	República Democrática del Congo
44	Bulgaria	*88	Bolivia	*133	Zimbabue	179	Somalia
45	Costa Rica	90	Azerbaiján	135	Micronesia		

* Países empatados

Índice de las Madres 2015 completo

PAÍS O TERRITORIO	SALUD MATERNA	BIENESTAR INFANTIL	NIVEL EDUCATIVO	SITUACIÓN ECONÓMICA	CONDICIÓN POLÍTICA	LUGAR EN EL ÍNDICE DE LAS MADRES (de un total de 179 países)
	Riesgo de muerte materna a lo largo de la vida (1 de cada cifra indicada)	Índice de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años (por cada 1.000 nacidos vivos)	Número previsto de años de escolaridad formal	Ingreso nacional bruto per cápita (actual en USD)	Participación de la mujer en el gobierno nacional (% de escaños ocupados por mujeres)*	
	2013	2013	2013	2013	2015	2015
Afganistán	49	97,3	9,7 ^b	690	24,8	152
Albania	2.800	14,9	10,8	4.710	20,7	82
Argelia	380	25,2	14,0	5.330	25,7	76
Angola	35	167,4	11,3	5.170	36,8	120
Argentina	630	13,3	17,9	6.290	36,8	36
Armenia	1.800	15,6	12,3	3.800	10,7	103
Australia	9.000	4,0	20,2 ^a	65.390	30,5	9
Austria	19.200	3,9	15,7	50.430	30,3	11
Azerbaiyán	1.800	34,2	11,9	7.350	15,6	90
Bahamas	1.400	12,9	12,6 ^x	21.570	16,7	64
Bahréin	2.000	6,1	14,4 ^x	19.700	15,0	49
Bangladesh	250	41,1	10,0	1.010	20,0	130
Barbados	1.100	14,4	15,4	15.080	19,6	52
Bielorrusia	45.200	4,9	15,7	6.730	29,2	25
Bélgica	8.700	4,4	16,3	46.290	42,4	10
Belice	750	16,7	13,6	4.510	13,3	88
Benín	59	85,3	11,3 ^b	790	8,4	163
Bután	340	36,2	12,6	2.330	8,3	122
Bolivia	140	39,1	13,2	2.550	51,8	88
Bosnia-Herzegovina	9.700	6,6	13,6 ^x	4.780	19,3	54
Botsuana	200	46,6	12,5	7.770	9,5	119
Brasil	780	13,7	14,2	11.690	9,6	77
Brunéi Darussalam	1.900	9,9	14,5	31.590	—	—
Bulgaria	12.400	11,6	14,4	7.360	20,4	44
Burkina Faso	44	97,6	7,8	670	13,3	166
Burundi	22	82,9	10,7 ^b	260	34,9	147
Camboya	180	37,9	10,9	950	19,0	132
Camerún	34	94,5	10,4	1.290	27,1	145
Canadá	5.200	5,2	15,8	52.200	28,2	20
Cabo Verde	740	26,0	13,5	3.620	20,8	85
Rep. Centroafricana	27	139,2	7,2	320	12,5 ⁱ	177
Chad	15	147,5	7,4	1.030	14,9	172
Chile	2.400	8,2	15,2	15.230	15,8	48
China	1.800	12,7	13,1	6.560	23,6	61
Colombia	500	16,9	13,5	7.590	20,9	75
Comoras	58	77,9	11,5	840	3,0	165
Congo	48	49,1	11,1	2.590	11,5	148
Congo, República Democrática	23	118,5	9,7	430	8,2	178
Costa Rica	1.400	9,6	13,9	9.550	33,3	45
Costa de Marfil	29	100,0	8,9	1.450	9,2	173
Croacia	5.200	4,5	14,8	13.430	25,8	30
Cuba	970	6,2	13,8	5.890	48,9	40
Chipre	6.600	3,6	14,0	25.210	12,5	39
República Checa	12.100	3,6	16,3	18.950	18,9	25
Dinamarca	12.000	3,5	18,7	61.680	38,0	4
Yibuti	130	69,6	6,7 ^b	1.030	12,7	161
República Dominicana	360	28,1	13,1	5.770	19,1	95
Ecuador	420	22,5	14,2	5.760	41,6	61
Egipto	710	21,8	13,5	3.140	2,8 ⁱ	116
El Salvador	600	15,7	12,3	3.720	27,4	80
Guinea Ecuatorial	72	95,8	8,5	14.320	19,7	123
Eritrea	52	49,9	4,1 ^x	490	22,0	156

Índice de las Madres 2015 completo (cont.)

PAÍS O TERRITORIO	SALUD MATERNA	BIENESTAR INFANTIL	NIVEL EDUCATIVO	SITUACIÓN ECONÓMICA	CONDICIÓN POLÍTICA	LUGAR EN EL ÍNDICE DE LAS MADRES (de un total de 179 países)
	Riesgo de muerte materna a lo largo de la vida (1 de cada cifra indicada)	Índice de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años (por cada 1,000 nacidos vivos)	Número previsto de años de escolaridad formal	Ingreso nacional bruto per cápita (actual en USD)	Participación de la mujer en el gobierno nacional (% de escaños ocupados por mujeres)*	
	2013	2013	2013	2013	2015	
Estonia	5.700	3,4	16,5	17.690	19,8	27
Etiopía	52	64,4	8,5 ^a	470	25,5	151
Fiji	620	23,6	13,9	4.370	14,0	96
Finlandia	15.100	2,6	17,1	48.820	42,5	2
Francia	4.300	4,2	16,0	43.460	25,7	23
Gabón	94	56,1	12,4	10.650	16,2	115
Gambia	39	73,8	8,8	500	9,4	174
Georgia	1.300	13,1	13,8	3.570	11,3	86
Alemania	11.000	3,9	16,5	47.270	36,9	8
Ghana	66	78,4	11,5	1.770	10,9	154
Grecia	12.000	4,4	17,6	22.690	23,0	19
Granada	1.800	11,8	15,8	7.490	25,0	43
Guatemala	170	31,0	10,6	3.340	13,3	129
Guinea	30	100,7	8,7	460	21,9	164
Guinea-Bissau	36	123,9	9,0	590	13,7	171
Guyana	150	36,6	10,3	3.750	31,3	113
Haití	80	72,8	7,6 ^d	810	3,5	169
Honduras	260	22,2	11,1	2.180	25,8	109
Hungría	5.000	6,1	15,4	13.260	10,1	51
Islandia	11.500	2,1	19,0	46.400	41,3	3
India	190	52,7	11,7	1.570	12,2	140
Indonesia	220	29,3	13,0	3.580	17,1	112
Irán	2.000	16,8	15,1	5.780	3,1	84
Irak	340	34,0	10,1	6.720	26,5	100
Irlanda	5.500	3,8	18,6 ^a	43.110	19,9	22
Israel	17.400	4,0	16,0	33.930	22,5	18
Italia	17.100	3,6	16,0	35.860	30,1	12
Jamaica	540	16,6	12,4	5.220	16,7	92
Japón	12.100	2,9	15,3	46.330	11,6	32
Jordania	580	18,7	13,5	4.950	11,6	100
Kazajistán	1.500	16,3	15,0	11.550	20,1	58
Kenia	53	70,7	11,3 ^b	1.160	20,8	138
Kiribati	260	58,2	12,3	2.620	8,7	137
Corea del Norte	630	27,4	—	620 ^c	16,3	—
Corea del Sur	2.900	3,7	16,9	25.920	16,3	30
Kuwait	2.600	9,5	14,6	45.130	1,5	60
Kirguistán	390	24,2	12,5	1.210	23,3	107
Laos	130	71,4	10,6	1.450	25,0	128
Letonia	4.600	8,4	15,2	15.280	18,0	40
Libano	3.900	9,1	13,8	9.870	3,1	73
Lesoto	64	98,0	11,1	1.500	26,8	133
Liberia	31	71,1	10,7	410	10,7	166
Libia	2.700	14,5	16,1	12.930	16,0	50
Lituania	5.900	4,9	16,4	14.900	23,4	28
Luxemburgo	5.300	2,0	13,8	69.900	28,3	21
Macedonia	10.200	6,6	13,4	4.870	33,3	37
Madagascar	47	56,0	10,3	440	20,5	155
Malawi	34	67,9	11,0 ^b	270	16,7	159
Malasia	1.600	8,5	12,7	10.430	14,2	71
Maldivas	1.200	9,9	12,7	5.600	5,9	92
Mali	26	122,7	8,4	670	9,5	176
Malta	8.300	6,1	14,4	20.980	12,9	46

Índice de las Madres 2015 completo (cont.)

PAÍS O TERRITORIO	SALUD MATERNA	BIENESTAR INFANTIL	NIVEL EDUCATIVO	SITUACIÓN ECONÓMICA	CONDICIÓN POLÍTICA	LUGAR EN EL ÍNDICE DE LAS MADRES (de un total de 179 países)
	Riesgo de muerte materna a lo largo de la vida (1 de cada cifra indicada)	Índice de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años (por cada 1,000 nacidos vivos)	Número previsto de años de escolaridad formal	Ingreso nacional bruto per cápita (actual en USD)	Participación de la mujer en el gobierno nacional (% de escaños ocupados por mujeres)*	
	2013	2013	2013	2013	2015	2015
Mauritania	66	90,1	8,5	1.060	22,2	150
Mauricio	900	14,3	15,6	9.290	11,6	70
México	900	14,5	13,1	9.940	37,1	53
Micronesia	320	36,4	11,7 ^b	3.280	0,0	135
Moldavia	2.900	15,4	11,9	2.470	20,8	81
Mongolia	560	31,8	14,6	3.770	14,9	97
Montenegro	8.900	5,3	15,2	7.250	17,3	42
Marruecos	300	30,4	11,6	3.020	11,0	125
Mozambique	41	87,2	9,3	610	39,6	144
Myanmar	250	50,5	8,7 ^b	1.180 ^x	4,7	158
Namibia	230	49,8	11,3	5.870	37,7	91
Nepal	200	39,7	12,4	730	29,5	114
Países Bajos	10.700	4,0	17,9	51.060	36,9	6
Nueva Zelanda	6.600	6,3	19,2 ^a	35.550	31,4	17
Nicaragua	340	23,5	10,5	1.790	39,1	102
Níger	20	104,2	5,4	400	13,3	175
Nigeria	31	117,4	9,0	2.710	6,6	166
Noruega	14.900	2,8	17,5	102.610	39,6	1
Territorios Palestinos Ocupados	500	21,8	13,0	3.070	—	—
Omán	2.800	11,4	13,6	25.150	9,6	63
Pakistán	170	85,5	7,8	1.360	19,7	149
Panamá	450	17,9	13,3	10.700	19,3	78
Papúa Nueva Guinea	120	61,4	10,7 ^b	2.010	2,7	157
Paraguay	290	21,9	11,9	4.010	16,8	110
Perú	440	16,7	13,1	6.270	22,3	79
Filipinas	250	29,9	11,3	3.270	27,1	105
Polonia	19.800	5,2	15,5	13.240	22,1	28
Portugal	8.800	3,8	16,3	21.260	31,3	16
Qatar	7.200	8,2	13,8	86.790	0,0	55
Rumanía	2.100	12,0	14,2	9.060	12,0	66
Rusia	2.600	10,1	14,7	13.850	14,5	56
Ruanda	66	52,0	10,3	630	57,5	121
Santa Lucía	1.500	14,5	12,6	7.060	20,7	68
San Vicente y las Granadinas	1.000	19,0	13,3	6.460	13,0	86
Samoa	430	18,1	12,9 ^{xc}	3.970	6,1	117
Santo Tomé y Príncipe	100	51,0	11,3	1.470	18,2	130
Arabia Saudí	2.200	15,5	16,3	26.260	19,9	38
Senegal	60	55,3	7,9	1.050	42,7	124
Serbia	4.500	6,6	14,4	6.050	34,0	35
Sierra Leona	21	160,6	11,2 ^b	660	12,4	169
Singapur	13.900	2,8	15,4 ^{xc}	54.040	25,3	14
Eslovaquia	10.200	7,2	15,1	17.810	18,7	34
Eslovenia	9.300	2,9	16,8	23.210	27,7	15
Islas Salomón	180	30,1	12,2 ^b	1.600	2,0	143
Somalia	18	145,6	2,2 ^b	130 ^x	13,8	179
Sudáfrica	300	43,9	13,6	7.190	40,7 ^s	72
Sudán del Sur	28	99,2	6,0 ^b	950	24,3	159
España	15.100	4,2	17,3	29.920	38,0	7
Sri Lanka	1.400	9,6	13,7	3.170	5,8	92
Sudán	60	76,6	7,0	1.550	23,8	146
Surinam	330	22,8	12,3 ^b	9.370	11,8	108
Suazilandia	94	80,0	11,3	2.990	14,7	142

Índice de las Madres 2015 completo (cont.)

PAÍS O TERRITORIO	SALUD MATERNA	BIENESTAR INFANTIL	NIVEL EDUCATIVO	SITUACIÓN ECONÓMICA	CONDICIÓN POLÍTICA	LUGAR EN EL ÍNDICE DE LAS MADRES (de un total de 179 países)
	Riesgo de muerte materna a lo largo de la vida (1 de cada cifra indicada)	Índice de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años (por cada 1,000 nacidos vivos)	Número previsto de años de escolaridad formal	Ingreso nacional bruto per cápita (actual en USD)	Participación de la mujer en el gobierno nacional (% de escaños ocupados por mujeres)*	
	2013	2013	2013	2013	2015	2015
Suecia	13.600	3,0	15,8	61.760	43,6	5
Suiza	12.300	4,2	15,8	90.760	28,5	13
Siria	630	14,6	12,3	1.850	12,4	111
Tayikistán	530	47,7	11,2	990	15,2	127
Tanzania	44	51,8	9,2	630	36,0	136
Tailandia	2.900	13,1	13,5	5.340	6,1	83
Timor Oriental	66	54,6	11,7	3.940	38,5	106
Togo	46	84,7	12,2	530	17,6	152
Tonga	220	12,1	14,7	4.490	0,0	104
Trinidad y Tobago	640	21,3	12,3	15.760	24,7	67
Túnez	1.000	15,2	14,6	4.200	31,3	59
Turquía	2.300	19,2	14,5	10.970	14,4	65
Turkmenistán	640	55,2	10,8	6.880	25,8	99
Uganda	44	66,1	9,8	550	35,0	141
Ucrania	2.900	10,0	15,1	3.960	11,8	69
Emiratos Árabes Unidos	5.800	8,2	13,3 ^x	38.360	17,5	47
Reino Unido	6.900	4,6	16,2	41.680	23,5	24
Estados Unidos de América	1.800	6,9	16,4	53.470	19,5	33
Uruguay	3.500	11,1	15,5	15.180	11,5	56
Uzbekistán	1.100	42,5	11,5	1.880	16,4	118
Vanuatu	320	16,9	11,7 ^b	3.130	0,0	125
Venezuela	360	14,9	14,2	12.550	17,0	74
Vietnam	1.100	23,8	11,9 ^x	1.740	24,3	98
Yemen	88	51,3	9,2	1.330	0,7	162
Zambia	59	87,4	13,5 ^x	1.810	12,7	139
Zimbabue	53	88,5	10,9	860	35,1	133
MEDIANAS REGIONALES §						
África Subsahariana	48	81	10	905	17	151
Asia del Sur	225	40	12	1.465	16	126
Asia del Este y del Pacífico	320	27	13	3.580	15	106
América Latina y el Caribe	570	17	13	6.375	20	78
Oriente Medio y África del Norte	855	16	14	5.555	12	76
Europa Central y del Este / CEI	2.600	13	14	6.050	19	66
Países industrializados	9.750	4	16	42.395	28	19
MUNDO	190	46	12	10.680	22	

a Rebajado a 18 años antes de calcular la clasificación del Índice.

b Se refiere solamente a la educación primaria y secundaria.

c Calculados por el Ministerio de Educación de Singapur.

d Basado en la regresión entre países.

e Cálculos basados en datos de la Oficina de Estadísticas de Samoa.

f Los datos reflejan la situación previa a la disolución del parlamento.

g Las cifras se han calculado solo en base a los escaños permanentes.

x Datos correspondientes a fuente secundaria.

– Datos no disponibles.

* Las cifras corresponden al número de escaños actualmente ocupados en el parlamento.

§ Regiones de Unicef. Para consultar la lista completa de países y territorios en estas regiones, ver: UNICEF, The State of the World's Children 2012 [Estado mundial de la infancia 2012], pág. 124. Las medianas están basadas en los países incluidos en la tabla del Índice.

Nota: los datos corresponden al año especificado en el encabezamiento de la columna o al año más reciente del cual se disponen de datos. Para la definición de indicadores y las fuentes de los datos, ver capítulo "Methodology and Research Notes" (Notas de metodología e investigación).

Notas

1 Ver sección “Deaths That Are Urban Analysis” [Análisis de las muertes urbanas] en el capítulo “Methodology and Research Notes”.

2 División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. *World Urbanization Prospects: The 2014 Revision* [Perspectivas mundiales de urbanización: revisión de 2014]. (Nueva York: 2014)

3 Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2014*. (Nueva York: 2014)

4 Según un reciente análisis de la OMS de 56 países con datos disponibles sobre mortalidad de niños y niñas menores de cinco años de zonas urbanas, correspondientes al programa Encuestas Demográficas y de Salud (DHS, por sus siglas en inglés) del período 2000-2011, en el 70 por ciento de los países (39 de 56), el 20 por ciento más pobre de la infancia urbana tenía por lo menos el doble de probabilidades de morir antes de cumplir los cinco años de edad que el 20 por ciento más rico de la infancia urbana. Los datos fueron proporcionados por el Centro de la OMS para el Desarrollo de la Salud para el análisis secundario realizado por Save the Children, pero actualmente se encuentran disponibles para el público en: who.int/gho/data, bajo el apartado “Urban health” (en inglés). Los datos se extrajeron de la última encuesta disponible de cada uno de los países.

5 Análisis secundario de datos proporcionados por la OMS y disponibles en: who.int/gho/data, bajo el apartado “Urban health” (en inglés).

6 La proporción de mortalidad materna en dos barrios deprimidos de Nairobi (Korogocho y Viwandani) se calculó en 706 muertes por cada 100 000 nacidos vivos en el período 2003-2005. Las Encuestas Demográficas y de Salud de Kenia (KDHS, por sus siglas en inglés) correspondientes a 2003 y 2008 registraron una proporción nacional de mortalidad materna de 474 y 488 respectivamente. Fuentes: Zirabar, Abdhahah Kasiira, Nyovani Madise, Samuel Mills, Catherine Kyobutungi y Alex Ezeh. “Maternal Mortality in the Informal Settlements of Nairobi City: What Do We Know?” [Mortalidad materna en los asentamientos informales de la ciudad de Nairobi: qué sabemos]. *Reproductive Health*. 6(6). 2009; African Population and Health Research Center (APHRC). “Population and Health Dynamics in Nairobi’s Informal Settlements: Report of the Nairobi Cross-sectional Slums Survey (NCSS) 2012” [Dinámica de población y salud en los asentamientos informales de Nairobi: informe de la Encuesta Intersectorial de Barrios Deprimidos de Nairobi 2012] (Nairobi: 2014).

7 Los cálculos más recientes del índice de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años en los barrios deprimidos de Nairobi y de Kenia en general son de 80 y 52 por cada mil nacidos vivos respectivamente. Fuente: African Population and Health Research Center (APHRC). “Population and Health Dynamics in Nairobi’s Informal Settlements: Report of the Nairobi Cross-sectional Slums Survey (NCSS) 2012” [Dinámica de población y salud en los asentamientos informales de Nairobi: informe de la Encuesta Intersectorial de Barrios Deprimidos de Nairobi 2012] (Nairobi: 2014); Kenya National Bureau of Statistics, Ministry of Health, National AIDS

Control Council, Kenya Medical Research Institute, National Council for Population and Development. *Kenya Demographic and Health Survey 2014: Key Indicators* [Encuesta demográfica y de salud de Kenia: indicadores clave] (Nairobi: 2015).

8 Análisis secundario de datos proporcionados por la OMS y disponibles en: who.int/gho/data, bajo el apartado “Urban health” (en inglés).

9 Análisis realizado por Save the Children de datos originados de la herramienta STATcompiler, del programa Encuestas Demográficas y de Salud (DHS, por sus siglas en inglés).

Consultado el 8 de abril de 2015. Es posible que las diferencias observadas no sean significativas desde el punto de vista estadístico. Si no lo son, la infancia urbana en estos países tendría las mismas probabilidades de morir que la infancia rural.

10 Las conclusiones corresponden a once países de la región con datos disponibles del programa Encuestas Demográficas y de Salud (DHS, por sus siglas en inglés). Tanto la proporción media de muertes de niñas y niños menores de cinco años como la cifra total de muertes de niñas y niños menores de cinco años de estos países se calculan en más del 50 por ciento. Es probable que estos resultados no sean representativos del conjunto de la región. Cálculos realizados por Save the Children. Para más detalles, ver capítulo Methodology and Research Notes (Notas de metodología e investigación).