

# Argumentos a favor de la supervivencia infantil y otros objetivos de desarrollo del milenio en África subsahariana

Se prevé que las estrategias que se perfilan en el marco estratégico para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio en materia de supervivencia infantil en África, elaborado a instancias de la Unión Africana en julio de 2005, originen, en un plazo de tiempo relativamente corto, las condiciones mínimas que se precisan a fin de aumentar la cobertura efectiva de la atención sanitaria primaria en África subsahariana, en concreto de un módulo mínimo de servicios de base empírica, de gran repercusión y bajo coste que pueda administrarse a través de la atención de ámbito familiar y comunitario, de servicios orientados a la población y servicios de atención clínica. Entre las intervenciones clave previstas figuran la administración de antibióticos para combatir la neumonía y las infecciones neonatales, combinaciones de medicamentos antipalúdicos, la promoción de la alimentación y la higiene de los lactantes, mosquiteros tratados con insecticida, la terapia de rehidratación oral, la asistencia cualificada en los partos, la administración de suplementos de vitamina A, la prevención y atención del SIDA pediátrico y la atención neonatal y ginecológica de emergencia. Se espera que estas estrategias e intervenciones tengan una repercusión conside-

rable en la mejora de la nutrición infantil y la mortalidad materna, así como en la mejora de la condición de las mujeres y en la reducción de la pobreza mediante su capacitación. (Las tres fases de ejecución se esbozan en las páginas 71-72). En la primera fase, se calcula que esta estrategia podría reducir el índice de mortalidad de menores de cinco años en África en más de un 30% y resultar en una reducción inicial de la mortalidad materna de un 15%, a un coste marginal anual previsto de entre 2 y 3 dólares por persona, lo que equivale a cerca de 1.000 dólares por vida salvada.

En la segunda fase, la aplicación a escala del módulo ampliado podría resultar en una reducción del índice de mortalidad de menores de cinco años en la región de más de un 45%, disminuyendo la mortalidad materna en un 40% y la neonatal en cerca de un 30%. Se calcula que el coste marginal anual sería de aproximadamente 5 dólares por persona, lo que equivale a 1.500 dólares por vida salvada.

En la tercera fase se prevé que el hecho de alcanzar las fronteras de cobertura efectiva mediante el módulo máximo de

medidas permitiría a los países aproximarse a –o alcanzar– las principales metas de los ODM 1, 4, 5 y 6, mediante la reducción de los índices de mortalidad materna y de menores de cinco años en más de un 60%, la reducción de la mortalidad neonatal en más de un 50%, y la reducción de la incidencia del paludismo y la desnutrición a la mitad. El coste económico marginal para lograr la tercera fase se calcula que sea de entre 12 y 15 dólares por persona y año, lo que equivale a 2.500 dólares por vida salvada.

Presuponiendo un aumento gradual en el ritmo de ejecución, la financiación adicional que se precisa para la aceleración paulatina propuesta aumentará entre 2 y 3 dólares por persona y año en relación con la ampliación a escala del módulo mínimo en la primera fase; el aumento será de entre 12 y 15 dólares por persona y año en lo que se refiere a la ampliación a escala del módulo máximo en la tercera fase para 2015. Es importante señalar que estos costes adicionales han sido calculados recientemente empleando distintas herramientas de elaboración de costes, cada una de las cuales ha generado proyecciones similares, lo que significa que

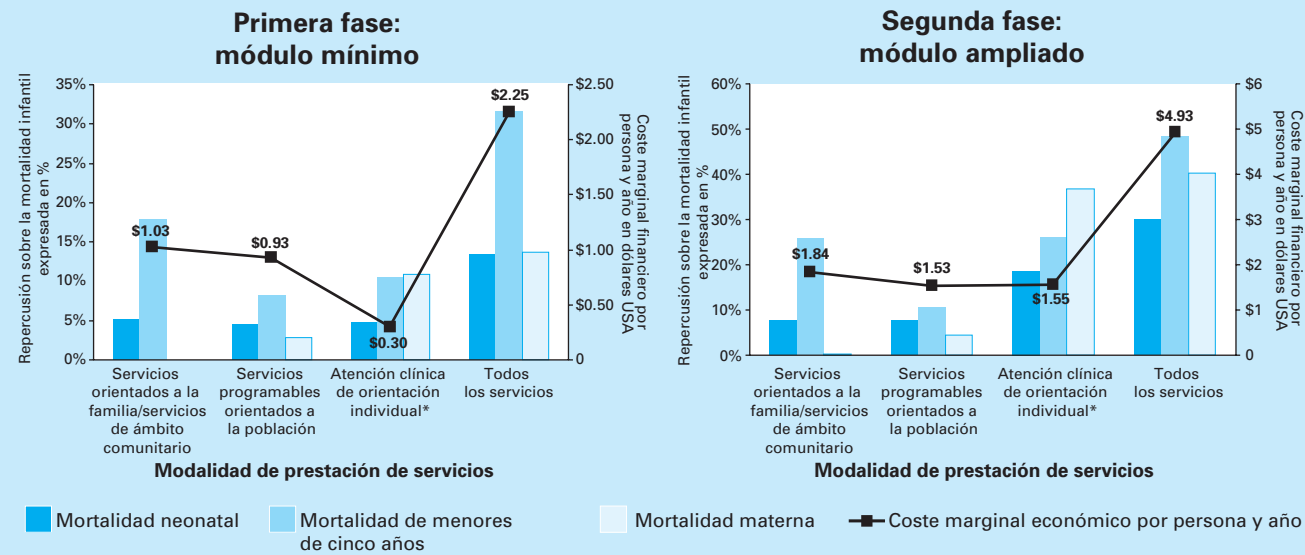
las estimaciones poseen una base sólida. El coste se refiere a productos básicos, medicamentos y suministros. Los mosquiteros tratados con insecticida representan una parte importante de este coste, al igual que los medicamentos. El coste se reparte entre recursos humanos, establecimientos sanitarios y equipos, y para labores de promoción, creación de demanda, supervisión y evaluación.

En el contexto del marco estratégico se propone el siguiente supuesto de financiación conjunta: en las tres fases, casi la mitad de los fondos adicionales necesarios para la ampliación del módulo mínimo provendrían de los presupuestos nacionales, en especial de ayudas presupuestarias; un 15% procedería de los gastos de menudeo y una tercera parte provendría del Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y el paludismo (GFTAM, en sus siglas en inglés), de UNICEF, del Banco Mundial, la OMS y otros donantes.

Véanse las referencias, pág. 108.

Gráfico 4.3

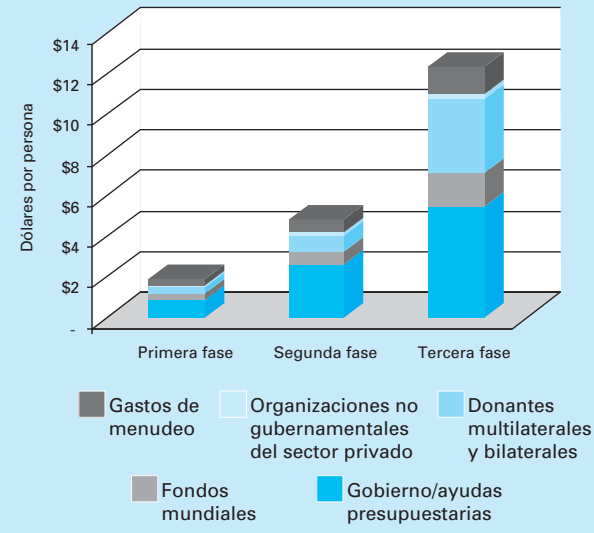
## Estimación de la repercusión y del coste de los módulos mínimos, ampliados y máximos del marco estratégico para África



\* Se asume que la atención clínica de orientación individual se halla disponible de manera continua.

Gráfico 4.4

## Fuentes de financiación 2007–2015



Fuentes, gráficos 4.3 y 4.4, pp. 78-79: Cálculos provisionales basados en la versión revisada de UNICEF, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, 'A Strategic Framework for Reaching the Millennium Development Goals in Africa through health systems strengthening and implementing at scale of integrated packages of high-impact and low-cost health and nutrition interventions', borrador confeccionado a instancias de la Unión Africana por UNICEF, la OMS y el Banco Mundial. Revisado en octubre de 2007.