

REDUCIR LAS DIFERENCIAS PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS

7 de septiembre de 2010

Un informe especial sobre un nuevo estudio efectuado por UNICEF revela que un enfoque hacia la supervivencia y el desarrollo infantil centrado en la equidad es la manera más práctica y rentable de conquistar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de salud infantil.



LA CONVENCIÓN SOBRE
LOS DERECHOS DEL NIÑO



únete por
la niñez

Los niños y las niñas menos favorecidos, así como también los países más necesitados, tienen prioridad en todo lo que hacemos.

Declaración sobre la Misión de UNICEF

Avanzar hacia el logro de los Objetivos

Un nuevo estudio realizado por UNICEF llegó a una conclusión sorprendente y trascendental: una estrategia basada en la equidad puede ayudarnos a avanzar de una manera más rápida y rentable hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 –reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna– que el camino que estamos siguiendo hasta ahora, con la posibilidad de evitar millones de muertes de niños, niñas y madres para 2015, el plazo fijado para alcanzar los ODM.

Beneficiar a los niños y niñas más pobres y vulnerables siempre ha sido la misión fundamental de UNICEF. Sin embargo, últimamente nuestra labor se ha centrado aun más en este aspecto, debido a que datos y análisis recientes han confirmado que la conculcación de los derechos de la infancia se concentra de un modo desproporcionado entre las poblaciones más pobres y marginadas de los países.

Reorientar nuestra labor por medio de la adopción de un enfoque basado en la equidad refleja nuestro compromiso inquebrantable con la conquista de los ODM, que han servido de estímulo sin precedentes en los esfuerzos nacionales e internacionales. Desde 1990, el año de referencia para muchos de los ODM, se han obtenido resultados sociales y económicos impresionantes en favor de la niñez del mundo entero. Las cifras que UNICEF dará a conocer próximamente indican que la tasa mundial de mortalidad de niños menores de 5 años –considerada durante mucho tiempo como un indicador fiable del bienestar de la infancia– disminuyó un tercio entre 1990 y 2009.

Resumen de los principales hallazgos

- Las tasas nacionales de morbilidad, la desnutrición, la mala salud, el analfabetismo y muchos abusos contra la protección se concentran en las poblaciones infantiles más empobrecidas. Prestar a estos niños y niñas servicios esenciales mediante un enfoque hacia la supervivencia y el desarrollo infantil basado en la equidad podría acelerar el progreso en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros compromisos internacionales en favor de la niñez.
- Un enfoque centrado en la equidad podría traducirse en rendimientos mucho más altos de las inversiones, evitaría muchas más defunciones maternoinfantiles y episodios de desnutrición, y ampliaría considerablemente la cobertura de las intervenciones esenciales de salud primaria y nutrición.

El número de niños y niñas que asisten hoy a la escuela primaria es más alto que nunca; de hecho, durante el período 2003-2008, la matriculación neta en la enseñanza primaria aumentó un 88% en el mundo en desarrollo. En casi todas las regiones se ha alcanzado la paridad entre los géneros en la educación primaria, y alrededor de dos terceras partes de los países y territorios la consiguieron antes de terminar 2005, el año fijado como meta.

Las sociedades también se han beneficiado. Casi 1.800 millones de personas obtuvieron acceso a servicios de abastecimiento de agua potable en las últimas dos décadas. La prevalencia del VIH parece haberse estabilizado en la mayoría de las regiones, y las muertes provocadas por el sida han disminuido desde 2004. Y pese a la crisis financiera mundial, la pobreza económica sigue declinando, especialmente en Asia.

Aun cuando quedan muchos problemas por resolver para alcanzar los ODM, estos éxitos confirman que disponemos de los conocimientos necesarios y de intervenciones de eficacia comprobada para alcanzar resultados sin precedentes en la esfera del desarrollo humano. Ahora, la tarea consiste en procurar que la voluntad política y unas inversiones sensatas se sumen a estas ventajas.

El reto de lograr la equidad para la infancia

Los avances hacia el logro de los ODM se basan, sobre todo, en que los **promedios** nacionales han mejorado. No obstante, existe la preocupación de que el progreso basado en promedios nacionales podría ocultar grandes e, incluso, crecientes desigualdades en materia de pobreza y desarrollo infantil, tanto entre las regiones como dentro de los países.

En el caso de la supervivencia infantil y de la mayoría de los demás indicadores de progreso hacia los ODM, África subsahariana, Asia meridional y los países menos adelantados están sumamente rezagados frente a otras regiones en desarrollo y a los países industrializados.

Y dentro de muchos países, el descenso de los promedios nacionales en materia de mortalidad infantil oculta grandes desigualdades. Hace poco tiempo, la sección de estadísticas mundiales de UNICEF examinó las tendencias subnacionales de 26 países cuyas tasas nacionales de mortalidad de niños menores de 5 años se han reducido en un 10%, o más, desde 1990. En 18 de esos países, la diferencia en las tasas de mortalidad infantil entre los quintiles más ricos y los más pobres ha aumentado o no ha cambiado. Y en 10 de esos 18 países, esa diferencia se ha incrementado en por lo menos un 10%.

Estas cifras y datos, además de otros sobre desigualdades en la supervivencia y el desarrollo infantiles, se presentan en la publicación complementaria de este informe especial, *Progreso para la Infancia: Lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio con equidad*. Esa publicación evidencia la profundidad y el alcance de las desigualdades dentro de los países.

La pobreza es un factor determinante de las desigualdades en supervivencia y desarrollo infantil. En general, los indicadores que muestran grandes desigualdades entre los quintiles de riqueza también revelan brechas similares entre las zonas urbanas y las zonas rurales.

En comparación con los niños de las familias más adineradas, los niños de los hogares más pobres del mundo en desarrollo corren el doble de riesgo de morir antes de su quinto cumpleaños. Esto también se aplica al retraso en el crecimiento, la prevalencia de insuficiencia ponderal y la falta de certificado de nacimiento.

Pocas veces los niños más pobres –que suelen vivir en zonas aisladas o en barrios urbanos marginales, y que pertenecen

desproporcionadamente a minorías étnicas– disfrutan del mismo nivel de acceso a los servicios médicos básicos, a la educación y a la protección que los niños más ricos. En todo el mundo en desarrollo, los niños y las niñas del quintil más pobre tienen aproximadamente 1,5 veces menos probabilidades que los niños del quintil más rico de recibir la vacuna contra el sarampión y de asistir a la escuela primaria. Si bien la disparidad entre los géneros en la educación se ha reducido notablemente en los últimos años, tanto en las zonas ricas como en las pobres, las niñas aún tienen menos probabilidades de asistir a la escuela que los niños.

En el caso de las niñas, su pobreza y su situación desventajosa con respecto a la educación intensifican los riesgos sobre su protección, entre ellos las relaciones sexuales a una temprana edad y el matrimonio infantil, que se asocian, por una parte, con el embarazo y el parto en la adolescencia y los consiguientes peligros para su salud y, por otra parte, con un alto riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH), y de sufrir violencia doméstica y aislamiento social. En los países en desarrollo, las niñas de las familias más necesitadas tienen tres veces más probabilidades que las niñas del quintil más próspero de casarse antes de cumplir 18 años. Así mismo, las mujeres jóvenes con poca instrucción se suelen casar más temprano, incluso en países donde la prevalencia del matrimonio en la infancia es baja.

También existen marcadas desigualdades en la cobertura de los servicios de maternidad. A pesar de que, desde 1990, la utilización de los servicios de atención prenatal y la asistencia calificada durante el parto han aumentado en las regiones en desarrollo, las mujeres que pertenecen al quintil más pobre de sus sociedades tienen entre dos y tres veces menos probabilidades que las mujeres del quintil más rico de acceder a estos servicios vitales.

Estas grandes desigualdades en la supervivencia, el desarrollo y la protección de la infancia ponen de manifiesto una sencilla verdad: los ODM y otros compromisos internacionales en pro de la niñez solamente se podrán hacer realidad, tanto en la letra como en el espíritu de la Declaración del Milenio, si se concede mucha más importancia a la equidad entre las regiones y los países, y dentro de ellos.

La equidad para la infancia es acertada en el plano de los principios...

Prestar especial atención a la equidad para la infancia ha sido un imperativo moral desde hace mucho tiempo, y la Convención sobre los Derechos del Niño se fundamenta en los principios de universalidad, no discriminación y rendición de cuentas.

...y estratégicamente adecuada...

Hay otros argumentos contundentes en favor de la aplicación de estrategias claramente centradas en la equidad.

Primero, varios objetivos internacionales clave para la niñez requieren poner en práctica el principio de universalidad. Uno de los más importantes es el ODM 2, sobre el acceso universal a la educación primaria. Lógicamente, este objetivo solo se podrá cumplir si se logra que los niños y las niñas que actualmente se encuentran excluidos – los más pobres y marginados– se incorporen al sistema educativo.

De igual modo, es imposible que las campañas mundiales destinadas a erradicar la poliomielitis y a eliminar virtualmente el sarampión y el tétanos materno y neonatal tengan éxito si no benefician a las comunidades más pobres de los países.

Segundo, desde 1990 se ha reducido en un tercio la tasa mundial de mortalidad de niños menores de 5 años, lo que significa que disponemos, más o menos, de cinco años para lograr un resultado similar y cumplir, así, las condiciones del ODM 4. Dado que la mayoría de las muertes infantiles ocurren en las comunidades y los hogares más pobres de los países en desarrollo, este objetivo solamente se conseguirá ampliando la lucha contra las enfermedades infantiles y la desnutrición a esos hogares y comunidades.

Tercero, el ciclo de pobreza, discriminación, desventaja educativa y violencia que experimentan muchas niñas y mujeres jóvenes únicamente se podrá romper aplicando enfoques basados en la equidad, que eliminen los obstáculos por razón de género que impiden el acceso a los servicios esenciales, la protección y el conocimiento de las niñas sobre sus propios derechos.

Cuarto, la situación de los pobres puede mejorar con mayor rapidez si las nuevas tecnologías e intervenciones se aplican equitativamente y a gran escala. La vacuna neumocócica conjugada y la vacuna contra el rotavirus tienen la capacidad de disminuir rápidamente los casos de neumonía y diarrea, dos de las principales causas de mortalidad de los niños y niñas pobres. Intervenciones relativamente novedosas, como los estuches de medicamentos anti-retrovirales para la madre y el bebé, sirven para que los numerosos niños y mujeres que aún no se han beneficiado de los servicios de prevención y tratamiento del VIH/sida tengan acceso a ellos. La divulgación de la tecnología SMS de mensajes de texto por telefonía móvil está facilitando la obtención rápida de datos, lo que permite dirigir las intervenciones a quienes más las necesitan.

Por último, pero no menos importante, en el empeño por alcanzar los ODM conviene tener en cuenta que sería poco razonable, desde el punto de vista estratégico, dejar las zonas más pobres y marginadas para el final. Podríamos encontrarnos, en 2015, ante la difícil tarea de llegar a los niños más pobres de todos, pero sin los recursos necesarios, con la voluntad política agotada y un público cuyos intereses podrían ser otros.

...¿pero es también acertada en la práctica?

Mucha gente comparte la opinión de que las estrategias centradas en la equidad y orientadas a ampliar los servicios y la protección a los niños y las comunidades más pobres son correctas en principio e, incluso, lógicas. No obstante, por su complejidad y su costo, muchos han puesto en duda la validez práctica de estas estrategias, así como la conveniencia de otorgarles prioridad.

No es fácil desechar este razonamiento. En efecto, es difícil prestar asistencia a los más pobres, puesto que suelen vivir en zonas remotas cuyas vías de acceso e infraestructura física casi siempre son tremendamente precarias. Por eso, llevar los servicios a estas personas es muchísimo más costoso que llevarlos a las personas más pudientes. E incluso si los servicios se prestan a los más pobres, deben ser gratuitos o, al menos, altamente subsidiados.

Los gobiernos nacionales del mundo en desarrollo se interesarían más en los enfoques basados en la equidad si hubiera pruebas de que contribuyen a acelerar el progreso de una manera eficaz en función de los costos. Esto es, si los avances en supervivencia y desarrollo infantil logrados mediante la prestación de servicios en las zonas más pobres fueran suficientemente significativos como para compensar los gastos adicionales que se generarían e impulsar a los países hacia la rápida consecución de los ODM.

RECUADRO 1: La lógica de las soluciones equitativas

Durante mucho tiempo, la sabiduría tradicional ha sostenido que se salvan más vidas en los países pobres prestando especial atención a las personas que están “al alcance de la mano”; es decir, a quienes es más fácil llegar con intervenciones comprobadas a través de métodos convencionales de prestación de servicios, como hospitales y clínicas. Aunque centrarse en las personas marginadas es, en principio, lo correcto, por lo general no se ha considerado rentable. Sin embargo, un análisis de las experiencias y las pruebas disponibles que efectuó UNICEF a mediados de 2010 indica que hay tres razones por las cuales esto no es verdad:

- Las poblaciones excluidas dentro de los países casi siempre tienen una proporción más alta de niños que otros grupos, debido a sus tasas más altas de fertilidad. Como sus tasas de mortalidad infantil también suelen ser considerablemente más altas que las de los grupos más prósperos, esas tasas representan una alta proporción del total nacional.
- En las poblaciones excluidas, a diferencia de otros grupos, una proporción más alta de niños pierden la vida a causa de enfermedades infecciosas o problemas de salud prevenibles y tratables.
- La mayoría de las poblaciones excluidas tienen niveles mucho más bajos de cobertura de intervenciones eficaces en función de los costos y capaces de reducir el número de casos de las principales enfermedades y problemas de salud de la infancia. Por lo tanto, esas poblaciones ofrecen más posibilidades de alcanzar resultados favorables en materia de supervivencia y desarrollo en los próximos cinco años.

Un ejemplo ayudará a esclarecer estos argumentos. En Nigeria mueren todos los años aproximadamente 1 millón de niños menores de 5 años. Mientras que en el quintil más rico de la sociedad se registran 72.000 muertes, en el quintil más pobre se registran 325.000. Adicionalmente, las enfermedades transmisibles son responsables de una proporción mucho más alta de las muertes infantiles que ocurren en los hogares del quintil más pobre (un 66%), en comparación con las que se presentan en los hogares del quintil más rico (un 44%). Y mientras que apenas un 8% de las mujeres del quintil más pobre cuentan con asistencia calificada durante el parto, el 86% de las madres del quintil más rico dan a luz con asistencia de personal calificado.

Por lo anterior, es lógico suponer que elevar el número de profesionales capacitados que atienden los partos en Nigeria, y ampliar la cobertura de las intervenciones para prevenir y tratar las enfermedades transmisibles que sufren los niños de este país, tendrá repercusiones mucho más palpables sobre el quintil más pobre –cuyas cargas de mortalidad y morbilidad son mayores– que sobre el quintil más rico.

En ausencia de esas pruebas, y acosados por las graves problemas fiscales y un panorama económico mundial incierto, los encargados de formular políticas afrontan un difícil dilema: ¿Deben procurar obtener los mejores resultados para los niños a los que es más fácil beneficiar, durante el tiempo que falta para 2015, el año fijado como plazo para conseguir los ODM? ¿O deben concentrarse

en los niños que viven en las zonas marginales y que sufren más privaciones, en cuyo caso los posibles logros son mayores?

Este dilema se resolvería si existiera una estrategia más rentable que las actuales para, simultáneamente, disminuir las desigualdades en la cobertura de los servicios, acelerar el progreso hacia los ODM, y evitar más muertes y privaciones en la infancia.

Durante la última década se obtuvieron pruebas de que es factible aplicar una estrategia de esa naturaleza. En mayo de 2010, UNICEF se propuso determinar si un enfoque hacia la supervivencia y el desarrollo infantil centrado en la equidad, sin duda correcto en principio, también sería correcto en la práctica.

Nos planteamos esta pregunta concreta: *Dado que las necesidades son mucho mayores en las zonas más pobres, ¿compensarían los beneficios los costos más altos que implicaría concentrarse en dichas zonas?*

Un nuevo modelo de equidad para la infancia

Para comenzar, funcionarios de UNICEF de diversas disciplinas examinaron los datos, la documentación y las experiencias de los países en torno a las estrategias generales y a las estrategias que favorecen la equidad, en cuatro esferas fundamentales: supervivencia y desarrollo de los niños de corta edad; VIH y sida; educación básica y paridad entre los géneros; y protección de la infancia. Este extenso examen orientó las recomendaciones de política que se presentan más adelante. Asimismo, constituyó la base para analizar la hipótesis inicial del organismo, según la cual un enfoque basado en la equidad y centrado en las poblaciones más excluidas podría acelerar el progreso hacia el logro de los ODM de una manera rentable (ver el recuadro 1).

Para probar su hipótesis más detenidamente, UNICEF constituyó posteriormente un equipo de investigación con algunos de sus propios especialistas y expertos internacionales en salud, que se encargarían de elaborar modelos de estrategias centradas en la equidad, y de comparar los resultados previstos con los de las estrategias generales tendientes a conquistar los ODM sobre salud infantil. Un amplio acervo de datos sobre la equidad para la infancia tiene que ver con la salud pública, y se remonta a la Declaración de Alma Ata que, hace más de 30 años, subrayó la necesidad de adoptar un enfoque integrado hacia la atención primaria de la salud.

Las medidas que implica el ejercicio de modelización y sus resultados se resumen más adelante. Nuestro propósito es publicar, en los próximos meses, toda la metodología y los hallazgos completos del estudio en una revista sujeta al examen de otros expertos.

Selección de los países

El ejercicio de modelización incluyó varias etapas. En la primera, el equipo de investigación, junto con la dependencia de estadística de UNICEF, emprendió un exhaustivo examen de aproximadamente 60 países. A continuación, limitó el examen a 15 países que disponían de datos suficientes para analizar distintos niveles de privación y patrones subnacionales de desigualdad. Luego, el equipo dividió esos 15 países en cuatro tipologías: desde países de bajos ingresos donde la mayoría de los niños padecen altos niveles de privación, hasta países de medianos ingresos donde las privaciones son menores, pero las desigualdades entre los más ricos y los más pobres son significativas.

Definir las estrategias

A renglón seguido, el equipo definió las estrategias para abordar la salud y las tasas de supervivencia de las madres y los niños antes de finalizar 2015, el plazo para alcanzar los ODM. Conviene señalar que las estrategias se relacionan con la manera en que se podrían invertir los fondos adicionales para cumplir los ODM sobre salud infantil en los próximos cinco años. No representan una crítica a la situación actual –que ha producido considerables éxitos en atención primaria de la salud durante las últimas dos décadas– ni una propuesta para rehacer los actuales sistemas de salud pública de los países en desarrollo.

El *modelo de enfoque centrado en la equidad* aspira a acelerar el progreso, reducir las desigualdades y recortar el gasto directo para los pobres por medio de tres medidas esenciales.

La primera es modernizar determinadas instalaciones, particularmente las dedicadas a las madres y los recién nacidos, y ampliar los servicios de maternidad a nivel primario, incluyendo “hogares de espera”. Estos “hogares” son instalaciones ubicadas cerca de los centros de salud o de los hospitales, donde las futuras madres que viven en zonas aisladas pueden permanecer unas cuantas semanas antes del alumbramiento. Su objetivo es garantizar que las madres se encuentren cerca de un centro asistencial en el momento de dar a luz. La conveniencia de este tipo de instalaciones se ha comprobado en países tan disímiles como el Perú y la República Unida de Tanzania.

RECUADRO 2: Delegación de funciones

Pensemos en lo siguiente: Apenas un 60% de los niños menores de 5 años que presentan síntomas de neumonía consultan con un profesional de la salud. Muchas de las aproximadamente 1,2 millones de muertes relacionadas con la neumonía que se producen entre los menores de 5 años se podrían evitar si los niños más pobres y susceptibles a esta enfermedad tuvieran acceso a atención y a medicamentos básicos –por ejemplo, antibióticos– en sus lugares de residencia.

Cada vez hay más pruebas de que muchas de las enfermedades graves que padecen especialmente los niños pobres, y que cobran sus vidas –neumonía, diarrea, paludismo, sarampión y malnutrición aguda grave–, pueden ser tratadas exitosamente en sus comunidades cuando los trabajadores comunitarios de la salud reciben una supervisión adecuada y cuentan con apoyo e incentivos. Sin esto, los niños seguirán muriendo por falta de intervenciones comprobadas y de bajo costo.

A corto plazo, dar a los trabajadores de salud comunitarios las herramientas para que actúen fuera de las instalaciones tiene dos posibles ventajas. En primer lugar, aumentaría apreciablemente el número de trabajadores sanitarios que prestarían servicios a los niños y las familias pobres. Y, en segundo lugar, se reduciría el costo de prestar los servicios básicos de salud a estos niños y familias.

Cuando la delegación de funciones se complementa con medidas para fomentar la utilización de los servicios, tanto a través de los medios de comunicación social como de la labor individual de los promotores comunitarios de la salud y la nutrición, el acceso a los servicios de atención primaria de la salud, y su utilización, se incrementan notablemente.

La segunda medida consiste en salvar los obstáculos que impiden a los más pobres utilizar los servicios, incluso cuando están disponibles. El enfoque centrado en la equidad propone ampliar a gran escala los servicios externos, abolir los costos para los usuarios y beneficiar con transferencias de dinero en efectivo a los más pobres para cubrir los costos de transporte y subsistencia, entre otros gastos que les impiden utilizar los servicios. Para fomentar prácticas saludables y la utilización de los servicios de atención sanitaria básica, la estrategia también plantea ampliar los medios de comunicación de masas y escoger a miembros de las comunidades para actuar como promotores de la salud y la nutrición.

La tercera medida se refiere a una propuesta innovadora: delegar funciones. Esta medida implica llevar a cabo actividades de divulgación en las comunidades; lograr que más trabajadores sanitarios de la comunidad presten servicios básicos de salud fuera de las instalaciones, cuando proceda; y aumentar la participación de la comunidad en la promoción de prácticas saludables, entre ellas, la búsqueda de atención sanitaria (ver el recuadro 2).

El *enfoque actual* resume los enfoques contemporáneos y describe su trayectoria durante los próximos cinco años. Aun cuando presta una gran atención a los grupos y a las zonas más pobres, se concentra menos en ellos. El interés primordial de la estrategia es utilizar inversiones adicionales para reforzar la capacitación y el despliegue de los profesionales de la salud, ampliar la infraestructura y aprovechar los medios de comunicación social para motivar a los pobres a buscar atención sanitaria.

Como ocurre con el enfoque basado en la equidad, se eliminan los costos directos al usuario por concepto de servicios sanitarios y de nutrición, y se amplía el alcance de las iniciativas de divulgación para garantizar una buena cobertura de intervenciones básicas de prevención –por ejemplo, vacunación– y promover prácticas saludables de alimentación, higiene y saneamiento.

En ambas estrategias se aplican las mismas intervenciones de salud pública, que se derivan de un gran volumen de documentación –en particular, de la serie de *The Lancet* sobre salud y nutrición de la madre, el recién nacido y el niño de corta edad. Esas intervenciones corresponden a tres grandes categorías: preventivas, de promoción y curativas.

Las intervenciones preventivas tienen por objeto evitar las enfermedades y la desnutrición, así como también brindar apoyo a las mujeres embarazadas. Algunos ejemplos son la inmunización, la administración de suplementos de micronutrientes, la atención prenatal y la prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo. Las intervenciones de promoción fomentan las prácticas saludables de alimentación, higiene y saneamiento, al igual que otros comportamientos que contribuyen a la buena salud. Cuatro ejemplos son la alimentación inmediata y exclusiva con leche materna, el lavado de las manos con jabón, la adquisición de conocimientos amplios y correctos sobre el VIH y el uso de mosquiteros tratados con insecticida para prevenir el paludismo. Las intervenciones curativas buscan tratar las enfermedades y, en general, los problemas de salud, y ayudar a las madres y a los recién nacidos durante el parto y el posparto. Ejemplos de esta clase de intervenciones son el tratamiento de la neumonía con antibióticos, la asistencia calificada durante el alumbramiento, la atención obstétrica de urgencia, el tratamiento de la malnutrición aguda grave, y la profilaxis y el tratamiento pediátrico del VIH y el sida.

Se ha demostrado que la aplicación conjunta de estos tres tipos de intervenciones ejerce un efecto muy positivo sobre las principales causas de mortalidad materna, neonatal e infantil entre las personas pobres.

La simulación

La etapa final del proceso de modelización comportó una simulación altamente compleja de los dos modelos de estrategias aplicadas a las cuatro tipologías de países. En esta última etapa, el equipo de investigación utilizó el Modelo de Presupuestación Marginal para Estrangulamientos (MMB, por sus siglas en inglés). Elaborado conjuntamente por el Banco Mundial y UNICEF, este modelo ha sido ampliamente utilizado en investigaciones internacionales sobre salud pública, y constituye una poderosa herramienta para diseñar y poner a prueba estrategias de desarrollo.

La premisa central del MMB es que el éxito de las estrategias radica en su capacidad para superar las barreras que limitan la oferta y la demanda de los servicios esenciales. Desde el punto de vista de la oferta, los obstáculos se refieren a la disponibilidad de los productos básicos, la infraestructura física y los recursos humanos, además de la proximidad de los servicios a las comunidades.

Los obstáculos relacionados con la demanda son los que impiden a las personas más pobres utilizar los servicios por primera vez y seguir accediendo a ellos. Entre estos obstáculos están la falta de conciencia sobre su importancia y las dudas sobre su calidad, las distancias, el tiempo y los costos, además de algunos impedimentos sociales y culturales.

Por medio del MMB, los encargados de formular políticas y los investigadores simulan diversas modalidades de prestación de los servicios, con miras a expandir el acceso y alentar su uso. Para cada estrategia, el modelo genera el efecto previsto sobre la cobertura y los resultados en salud, los costos generales, los gastos directos para los pobres y la rentabilidad (medida como el número de muertes que se evitan por cada millón de dólares invertido).

Antes de este estudio, el modelo mencionado nunca se había aplicado al análisis de las diferencias entre las poblaciones más y menos pobres dentro de los países. En el ejercicio de simulación se trabajó con cerca de 180.000 variables relacionadas con intervenciones clave, estrangulamientos, costos, cargas de morbilidad, tamaño de las poblaciones y muchos otros factores. Al mismo tiempo, el equipo de investigación y otros funcionarios de UNICEF continuaron examinando cientos de artículos sobre enfoques centrados en la equidad y consultando con especialistas externos sobre las evidencias y la metodología, y pasaron un día con destacados expertos internacionales y promotores a quienes se pidió examinar el trabajo. Los sorprendentes resultados se resumen a continuación.

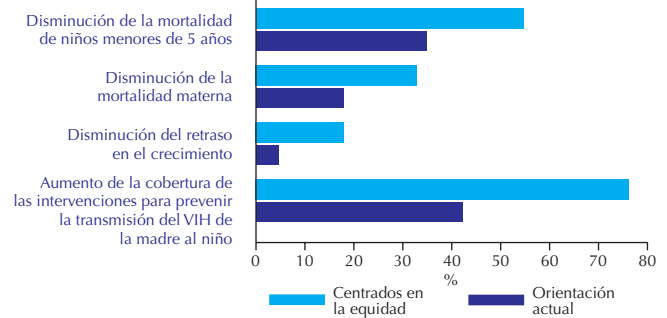
Examen de los resultados

Se destacan dos resultados iniciales del ejercicio de simulación.

Primero, en comparación con la orientación actual, un enfoque centrado en la equidad permitirá avanzar con mayor rapidez hacia la conquista de los ODM relativos a la salud.

Y, segundo, un enfoque centrado en la equidad será muchísimo más rentable y sostenible en todas las tipologías de países que la orientación actual.

GRÁFICO 1: CONTRIBUCIÓN DE LOS MODELOS ESTRATÉGICOS AL LOGRO DE LOS ODM RELATIVOS A LA SALUD*



Basado en el análisis de 15 países: Bangladesh, Benin, Filipinas, Ghana, Honduras, Kenya, Malí, el Níger, Nigeria, el Pakistán, Rwanda, Sudáfrica, Uganda, Viet Nam y Zimbabwe.

* Los indicadores se refieren a ODM sobre salud: 1 (Erradicar la pobreza extrema y el hambre); 4 (Reducir la mortalidad infantil); 5 (Mejorar la salud materna); y 6 (Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades). La lista completa de los ODM relativos a la salud y las metas conexas a los cuales hace referencia el estudio se encuentra en la contraportada interior del presente informe.

Los posibles éxitos a nivel de los ODM son significativos. En todos los contextos nacionales y en todos los patrones de pobreza, el enfoque centrado en la equidad repercute en menos defunciones de niños y madres, en tasas más bajas de retraso en el crecimiento, y en una mayor cobertura de las intervenciones de prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo (gráficos 1 y 3). Adicionalmente, reduce las diferencias entre las zonas y los grupos más y menos pobres en las cuatro tipologías de países (gráficos 2a y 2b), al tiempo que disminuye los gastos directos para las familias pobres.

El enfoque centrado en la equidad es particularmente rentable en los países de bajos ingresos y con altas tasas de mortalidad. En estos contextos, por cada millón de dólares adicionales que se invierten, este enfoque evita un 60% más de muertes que el camino que estamos siguiendo hoy (gráfico 4).

Para confirmar estas conclusiones, UNICEF invitó, en julio de 2010, a prominentes economistas e investigadores internacionales en materia de salud a someter el modelo a pruebas rigurosas y a examinar en profundidad su marco conceptual, sus premisas, aportaciones, metodología y resultados. Se espera que este examen continúe durante todo el proceso de perfeccionamiento del modelo, y que se aplique a otros ámbitos del desarrollo infantil, sobre todo a la educación y la protección.

Algunas consideraciones normativas iniciales

Este análisis, junto con la mencionada revisión bibliográfica, inspira una serie de consideraciones normativas iniciales que son sumamente oportunas ante el renovado compromiso de UNICEF de conquistar los ODM por medio de la adopción de enfoques centrados en la equidad. Pese a que las implicaciones que se explican más adelante quizás son más apropiadas para la atención primaria de la salud, también se aplican a muchos otros aspectos del desarrollo infantil.

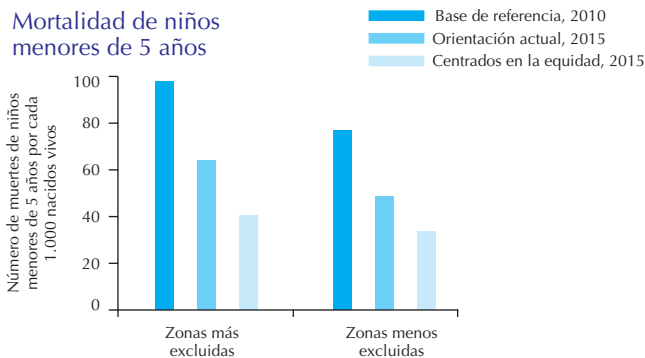
Detectar a los niños y a las comunidades más desfavorecidos

A las comunidades más pobres y marginadas no se les evalúa sistemáticamente y, con frecuencia, se les pasa por alto al trazar los planes nacionales de desarrollo y al asignar los recursos. Por otra parte, estas comunidades son las que menos influencia tienen en los foros mundiales y nacionales encargados de la toma de decisiones. Desglosar los datos nacionales para identificar a estos grupos y evaluar los factores de los cuales depende su exclusión es decisivo para la formulación de soluciones equitativas.

Existen varios indicadores que facilitan la identificación de los niños y las niñas que padecen mayores privaciones. Por ejemplo, el Indicador de Pobreza Infantil, desarrollado por Peter Townsend, ya fallecido, y la Universidad de Bristol; el Índice Multidimensional de Pobreza, elaborado recientemente por la Iniciativa sobre Pobreza y Desarrollo Humano de Oxford; y el Indicador de Brechas en la Cobertura de la Cuenta Regresiva para 2015. La ampliación de la escala de las encuestas domiciliarias—por ejemplo, las Encuestas Demográficas y de Salud y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados—ha sido de enorme utilidad para la elaboración de estos indicadores.

Hay un gran potencial para seguir avanzando en la obtención de datos. Algunos gobiernos nacionales, como los del Brasil y la India, están desglosando mejor la información sobre supervivencia y desarrollo infantil. Las encuestas en los hogares representan una importante fuente de información sobre desigualdades que conviene explorar a fondo. Tecnologías novedosas, como los mensajes SMS de texto por telefonía móvil, están permitiendo que las comunidades pobres y marginadas recopilen datos de una manera más rápida y completa. Las inversiones adicionales para la compilación y el análisis de los datos fortalecerán las actividades centradas en la equidad, tanto a nivel nacional como subnacional.

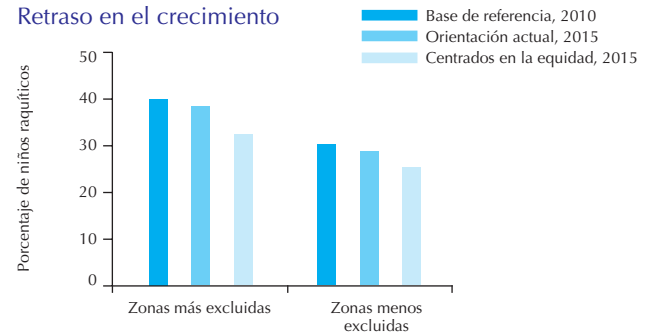
GRÁFICO 2a: REPERCUSIONES PREVISTAS DE LOS MODELOS ESTRATÉGICOS SOBRE LA MORTALIDAD DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS



Basado en el análisis de 15 países: Bangladesh, Benin, Filipinas, Ghana, Honduras, Kenya, Malí, el Níger, Nigeria, el Pakistán, Rwanda, Sudáfrica, Uganda, Viet Nam y Zimbabwe.

Las zonas más y menos excluidas de cada país se determinan sobre la base de los niveles de cobertura de los servicios de atención primaria de la salud.

GRÁFICO 2b: REPERCUSIONES PREVISTAS DE LOS MODELOS ESTRATÉGICOS SOBRE EL RETRASO EN EL CRECIMIENTO



Basado en el análisis de 15 países: Bangladesh, Benin, Filipinas, Ghana, Honduras, Kenya, Malí, el Níger, Nigeria, el Pakistán, Rwanda, Sudáfrica, Uganda, Viet Nam y Zimbabwe.

Las zonas más y menos excluidas de cada país se determinan sobre la base de los niveles de cobertura de los servicios de atención primaria de la salud.

Invertir en intervenciones rentables y de eficacia comprobada

Ya se sabe cuáles son las intervenciones de salud y nutrición de mayor impacto. Invertir en una combinación de estas intervenciones es una manera comprobada y rentable de evitar muertes y reducir las tasas de retraso en el crecimiento.

Con respecto a la educación, abolir los costos de escolaridad, proporcionar transferencias de dinero en efectivo a las familias pobres y adoptar programas sobre agua, saneamiento e higiene en las escuelas son medidas conocidas por su capacidad para elevar la matriculación y la asistencia.

También existen soluciones para hacer frente a la escasez de instalaciones de agua y saneamiento entre los pobres. Las iniciativas comunitarias han demostrado ser útiles para alentar a las familias a utilizar instalaciones mejoradas de saneamiento y detener la práctica de la defecación al aire libre. Tecnologías asequibles, como los pozos de agua excavados a mano y las bombas fabricadas localmente, ayudan a las familias a abastecerse de agua. Y promover prácticas de higiene, como el lavado de las manos con jabón y el uso de sistemas caseros de tratamiento del agua potable, hace que los pobres asuman el control de factores determinantes para su salud.

Entre los métodos comprobados para prevenir la transmisión del VIH se cuentan la educación y los servicios de salud que difunden entre los jóvenes los conocimientos y las aptitudes necesarios para la vida activa, especialmente a las niñas, que son mucho más susceptibles al virus que los niños; la utilización correcta y sistemática de preservativos; y las medidas para prevenir la transmisión del virus de la madre al bebé. La descentralización de los servicios relacionados con el VIH, particularmente la terapia antirretroviral, ha sido definitiva para mejorar el acceso al tratamiento.

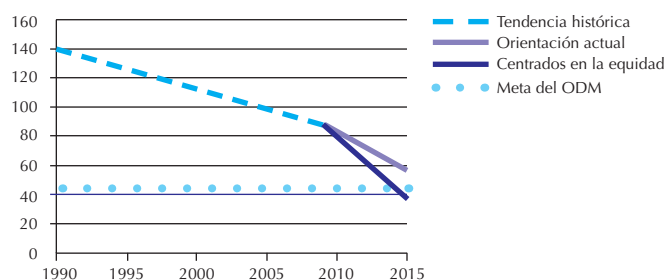
Superar los estrangulamientos y los obstáculos

Las estrategias actuales de inversión para alcanzar los ODM se centran, fundamentalmente, en eliminar los obstáculos que dificultan la prestación de los servicios a los pobres y marginados, entre otros. Sin embargo, se ha asignado menos importancia a salvar los obstáculos que impiden a mucha gente utilizar los servicios, como determinadas normas sociales y culturales, las distancias y el tiempo requerido para acceder a los servicios esenciales, su calidad desigual y la falta de conciencia de las comunidades pobres sobre la importancia de utilizar esos servicios.

Los enfoques centrados en la equidad pueden acelerar los progresos mediante la complementación de las actividades dirigidas a fortalecer los recursos humanos y a desarrollar el sector de los productos básicos con intervenciones para motivar a las familias pobres a procurar y utilizar los servicios esenciales. Algunos mecanismos innovadores de financiación, como las transferencias de efectivo, ayudan a superar los obstáculos financieros directos e indirectos. A nivel de información, educación y comunicaciones, existen soluciones para superar los obstáculos socioculturales. Los servicios móviles y de extensión, y el uso de la tecnología móvil, reducen considerablemente el tiempo y la distancia que conlleva la utilización de los servicios.

Ante todo, los encargados de formular políticas deben insistir en la búsqueda de soluciones prácticas que permitan vencer obstáculos fuertemente arraigados. A este fin, no deben cejar en su empeño por responder una pregunta fundamental: ¿Qué factores siguen impidiendo que los niños y las familias pobres accedan y utilicen los servicios?

GRÁFICO 3: CONTRIBUCIÓN DE LOS MODELOS ESTRATÉGICOS AL LOGRO DEL ODM 4



Basado en el análisis de 15 países: Bangladesh, Benin, Filipinas, Ghana, Honduras, Kenya, Malí, el Níger, Nigeria, el Pakistán, Rwanda, Sudáfrica, Uganda, Viet Nam y Zimbabue.

Crear asociaciones con las comunidades

Establecer sistemas sanitarios y educativos sólidos a nivel nacional exige instalaciones de alta calidad, recursos apropiados y personal idóneo. Con respecto a las familias pertenecientes a las comunidades más remotas —excluidas de los servicios generales a causa de las grandes distancias, el costo o, sencillamente, el desinterés—, brindarles los medios necesarios para hacer uso periódicamente de los servicios de atención externa y de los sistemas comunitarios de

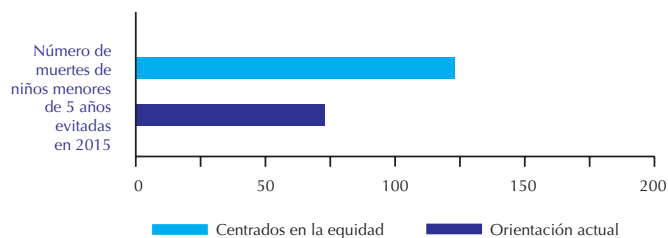
atención podría ser la forma más conveniente de mejorar la salubridad ambiental y combatir las enfermedades y la desnutrición de corto a mediano plazo. Ofrecer atención en las instalaciones es costoso, pero la atención externa y comunitaria es una solución rentable y, más importante aún, al alcance de todos.

La participación de la comunidad también es vital para la prestación y la utilización de los servicios, y para la promoción de prácticas y comportamientos que redunden en una mejor salud. Lavarse las manos con jabón es, de lejos, la práctica más eficaz para evitar la diarrea; de hecho, disminuye el número de casos hasta en un 40%. La lactancia materna temprana y exclusiva es uno de los métodos más efectivos para salvar vidas infantiles, evitando hasta en un 13% las muertes de niños menores de 5 años en los países en desarrollo. Promover estas medidas en las comunidades puede acelerar, como nunca antes, los avances hacia el logro del ODM 4.

Involucrar a las comunidades en la salud, la educación y la protección de sus niños y niñas tiene ventajas que van más allá de una mejora cuantificable en su desarrollo. Esas asociaciones también ayudan a abordar otra clase de impedimentos fuertemente arraigados que contribuyen a la exclusión de las mujeres y los niños de la protección y los servicios vitales, como la discriminación por razón de género, origen étnico, discapacidad y condición con respecto al VIH. El estigma que pesa sobre las personas con VIH es otro grave factor de exclusión.

Los programas basados en la comunidad, que suelen comenzar de manera provisional, afrontan duras pruebas, sobre todo en materia de retención y motivación del personal. Pero la respuesta correcta no es suspender esos programas cuando surgen dificultades, sino orientarlos mejor. En el mundo en desarrollo se ha evidenciado el inmenso potencial de los programas centrados en la comunidad; por ejemplo, el enfoque diagonal hacia la atención de la salud de México; el programa de salud familiar y la iniciativa *Bolsa Escola* del Brasil; el programa de divulgación sanitaria de Etiopía; y el programa de trabajadoras sanitarias del Pakistán. Pero lo más importante es que, como se ha visto, ampliar la escala de intervenciones rentables para los pobres a nivel comunitario, y complementarlas con proyectos de protección social, fortalece los sistemas nacionales en lugar de debilitarlos.

GRÁFICO 4: RENTABILIDAD DE LOS MODELOS ESTRATÉGICOS* (Número de muertes que se evitan por cada millón de dólares invertidos)



* Basado en el análisis de cuatro países de bajos ingresos y con altas tasas de mortalidad: Malí, el Níger, Rwanda y Uganda.

Maximizar el efecto de los recursos disponibles

El artículo 4 de la Convención sobre los Derechos del Niño exige que los gobiernos tomen medidas tendientes a hacer efectivos los derechos de la infancia “hasta el máximo de los recursos de los cuales dispongan”. La rentabilidad es un criterio de suma importancia a la hora de priorizar la asignación de los recursos destinados a la supervivencia y el desarrollo infantil.

Teniendo en cuenta la situación actual de la economía mundial, es forzoso utilizar con sensatez los recursos disponibles para acelerar los avances hacia la consecución de los ODM con equidad. En estos tiempos conviene aplicar enfoques que hagan hincapié en los niños más pobres y necesitados, y en la adopción de medidas rentables y de eficacia probada para reducir los obstáculos que esos niños enfrentan en el acceso y la utilización de los servicios esenciales.

Reducir los gastos directos para los pobres también es un aspecto crucial de un enfoque eficaz centrado en la equidad. Las familias pobres gastan una proporción significativa de sus recursos en educación y salud. Cuando son excesivos, esos gastos pueden tener consecuencias perjudiciales. Muchas veces, las familias no pueden sufragar los servicios esenciales para sus hijos, incluso estando disponibles. Y cuando deciden utilizar esos servicios, casi siempre lo hacen a expensas de productos de primera necesidad para el bienestar de los niños, como alimentos o agua salubre.

Muchos países están tratando de superar este problema formulando políticas y estrategias que disminuyan los costos directos e indirectos asociados con los servicios. Cada vez se reconoce más que algunos mecanismos de protección social, como las transferencias de dinero en efectivo y los seguros de salud, ayudan a proteger a las familias marginadas contra las crisis externas y las motivan a fomentar entre sus hijos la utilización de los servicios básicos.

Conclusiones

Aunque en este documento se exponen una serie de recomendaciones, su formulación no ha concluido. En efecto, se requerirá un mayor análisis y reflexión a medida que pase el tiempo. Pero incluso en una etapa tan incipiente como ésta, el trabajo realizado hasta la fecha demuestra que es posible registrar progresos en beneficio de los niños y niñas más pobres y vulnerables, reorientando nuestras energías y nuestras inversiones para mitigar los obstáculos que inciden en su exclusión.

Los hallazgos son trascendentales y han sido rigurosamente examinados y reexaminados. No obstante, deben interpretarse juiciosamente. El estudio se basa en modelos y no en predicciones sobre el futuro, y no debe equipararse con las estrategias concretas sobre equidad que UNICEF pondrá en práctica en la amplia gama de países donde trabaja. Tampoco se debe interpretar como una crítica a las estrategias que están en marcha y que tanto han contribuido al progreso histórico que ya se ha registrado hacia la conquista de los ODM.

Los resultados sugieren, empero, que reorientar los esfuerzos hacia un enfoque centrado en la equidad es lo correcto tanto en principio como en la práctica. En principio, refleja el precepto de universalidad plasmado en la Convención sobre los Derechos

del Niño, y es definitivo tanto para el logro de la educación primaria universal (ODM 2), como para la prevención de las principales enfermedades.

En la práctica, un enfoque centrado en la equidad puede acelerar los avances hacia el logro de los ODM sobre salud infantil en los planos nacional y local, y salvar muchas más vidas, por recursos invertidos, que los métodos actualmente en uso.

Poner en práctica enfoques basados en la equidad exigirá valor, determinación y mucho esfuerzo. Y como todas las cosas que valen la pena, conllevará dificultades. Pero sobre la base de las pruebas presentadas en este nuevo estudio y la propia experiencia de UNICEF, esas dificultades se podrán superar.

Los ODM relacionados con la salud a los cuales se hace referencia en el presente estudio son los siguientes:

OBJETIVO 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

META 1C: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre

OBJETIVO 4: Reducir la mortalidad infantil

META 4A: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años

OBJETIVO 5: Mejorar la salud materna

META 5A: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna

META 5B: Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva

OBJETIVO 6: Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades

META 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la propagación del VIH/sida

META 6B: Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/sida de todas las personas que lo necesitan

META 6C: Haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

OBJETIVO 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

META 7C: Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento

UNICEF
3 United Nations Plaza
Nueva York, NY 10017,
Estados Unidos

Sitio web: www.unicef.org
Email: pubdoc@unicef.org

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Septiembre de 2010