

LA LOTERÍA DEL NACIMIENTO

Démosle a toda la infancia la misma oportunidad de supervivencia

LA LOTERÍA DEL NACIMIENTO

Démosle a toda la infancia la misma oportunidad de supervivencia

Save the Children trabaja en más de 120 países.
Salvamos las vidas de niñas y niños.
Luchamos por sus derechos.
Les ayudamos a desarrollar su potencial.

Agradecimientos

El presente informe fue redactado por José Manuel Roche, Lisa Wise, Dimitri Gugushvili y Luisa Hanna, de Save the Children Reino Unido. La realización del informe no hubiera sido posible sin las valiosas aportaciones y comentarios de un gran número de colegas de todo el movimiento global de Save the Children. Agradecemos especialmente a Kitty Arie, Lara Brearley, Lucia Cizmaziova, Brendan Cox, Jonathan Glennie, Elizabeth Stuart y Simon Wright por sus importantes contribuciones y asistencia durante las distintas etapas de la investigación.

El perfil destacado de México fue redactado con la estrecha colaboración de Anthony Caswell, Aline Tinoco, Nancy Ramírez y Mario Téllez, de Save the Children México. También se recibieron contribuciones para la redacción de los demás perfiles destacados de países por parte de Abeba Bekele (Save the Children Etiopía), Raj Kumar Mahato (Save the Children Nepal), Mathilde Mailfert (Save the Children Reino Unido), Ishtiaq Mannan (Save the Children Bangladesh) y David Melody (Save the Children Malawi). El análisis de interrelaciones sobre Nigeria fue realizado por Alexis Le Nestour (Save the Children Reino Unido). La elaboración de las infografías estuvo a cargo de Faiza Shaheen (Save the Children Reino Unido). Agradecemos a Lana Pasic por la revisión del material de referencia y a Grace Kite por el análisis de datos en profundidad que llevó a cabo durante las primeras etapas de la investigación.

Nos gustaría agradecer especialmente a Laura Rodríguez Takeuchi y Emma Samman, del proyecto Development Progress, del Overseas Development Institute, por sus contribuciones al desarrollo de la Base de Datos de Grupos y Desigualdad (GRIP, por sus siglas en inglés) y por sus valiosos comentarios durante toda la investigación de antecedentes para la realización del presente informe. Dicha investigación formó parte de un estudio en colaboración más amplio sobre la medición del progreso del desarrollo y las desigualdades en función de grupos. Próximamente se publicarán los documentos técnicos de apoyo de varios autores.

Agradecemos a los colegas de todo Save the Children por sus comentarios y aportaciones que han contribuido a la calidad y al enriquecimiento del informe, incluidos los de Michel Anglade (Save the Children International), Gunnar Andersen (Save the Children Vietnam), Smita Baruah (Save the Children US), Robert Clay (Save the Children US), Lani Crane (Save the Children US), Ulrika Cilliers (Red Barnet), Jorge Freyre (Save the Children International), Maite Fernandez Gauto (Save the Children Brasil), Jean Christophe Gerard (Save the Children Niger), Tracy Geoghegan (Save the Children US), Roger Hodgson (Save the Children International), Kate Kerber (Save the Children US), Michael Kiernan (Save the Children US), Birgit Lundbak (Red Barnet), Arshad Mahmood (Save the Children Pakistán), Richard Morgan (Save the Children International), Helen Morten (Save the Children Reino Unido), Katherine Richards (Save the Children Reino Unido), Denise Rocks (Save the Children Haití), Ishtiaq Mannan (Save the Children Bangladesh), Marie Rumsby (Save the Children Reino Unido), David Olayemi (Save the Children Nigeria), Faiza Shaheen (Save the Children Reino Unido), Monica Sydgard (Save the Children Noruega), Kim Terje Loraas (Save the Children Noruega), Patrick Watt (Save the Children International) y Ravi Wickremasinghe (Save the Children Reino Unido).

Nos gustaría agradecer a los siguientes revisores externos por sus contribuciones y valiosos comentarios acerca de los primeros borradores del informe: Sabina Alkire (OPHI, University of Oxford), Paul Anand (Open University), Stefan Dercon (Ministerio británico de Desarrollo Internacional y University of Oxford), Paul Dornan (Young Lives, University of Oxford), Stephan Klasen (University of Göttingen), Carolyn Reynolds (Banco Mundial), Kevin Watkins (Overseas Development Institute), Emma Samman (Development Progress, ODI), Amanda Lenhardt (Development Progress, ODI), Alberto Minujin (The New School y Equity for Children), Andrew Norton (Overseas Development Institute), Grace Kite, Kumanan Rasanathan (Unicef), Laura Rodríguez Takeuchi (Development Progress, ODI), David Stewart (Unicef), Frances Stewart (ODID, University of Oxford), Adam Wagstaff (Banco Mundial) y Danzhen You (Unicef).

Damos las gracias a los participantes de una mesa redonda organizada por el ODI, un seminario de UNU-MERIT, la conferencia de la Asociación de Estudios de Desarrollo de 2014, la conferencia de la Asociación de Desarrollo Humano y Capacidad de 2014 y la Conferencia Internacional sobre Práctica de Desarrollo Sostenible de 2014.

Publicado por:
Save the Children
1 St John's Lane
London EC1M 4AR
UK +44 (0)20 7012 6400
savethechildren.org.uk

Publicado por primera vez en 2015.

© The Save the Children Fund 2015

The Save the Children Fund es una entidad de beneficencia legalmente reconocida en Inglaterra y Gales (213890) y Escocia (SC039570). Sociedad legalmente constituida N° 178159.

Esta publicación tiene derechos de autor, aunque puede ser reproducida por cualquier método gratuitamente y sin permiso, con fines pedagógicos pero no para la venta. Para su reproducción con cualquier otro objetivo, es necesario obtener previamente la autorización por escrito de los editores, que estará sujeta al posible pago de derechos.

Traducción al español: Marcela Sariego

Revisión de la traducción: María del Pilar Gáñez

ÍNDICE

LA LOTERÍA DEL NACIMIENTO: VISIÓN GENERAL	VI
RESUMEN EJECUTIVO	IX
1. INTRODUCCIÓN	1
2. MÁS ALLÁ DE LAS APARIENCIAS: LA MANERA EN QUE LAS MEDIAS NACIONALES ENCUBREN LAS DISPARIDADES	7
3. TENDENCIAS MUNDIALES: UN PROGRESO MÁS JUSTO ES POSIBLE Y, A MENUDO, MÁS RÁPIDO	15
PERFIL DESTACADO DE MALAUÍ	20
PERFIL DESTACADO DE RUANDA	25
4. IGUALDAD DE OPORTUNIDADES EN LA VIDA: LAS POLÍTICAS CON LAS QUE PODEMOS LOGRARLO	27
PERFIL DESTACADO DE NEPAL	28
PERFIL DESTACADO DE BANGLADESH	31
PERFIL DESTACADO DE MÉXICO	33
PERFIL DESTACADO DE ETIOPIA	35
5. MARCO POST-2015: UN CATALIZADOR PARA EL PROGRESO EQUITATIVO	41
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
APÉNDICE 1: METODOLOGÍA	50
APÉNDICE 2: PROYECCIONES EN BASE A LOS MARCOS HIPOTÉTICOS “CONTINUAR COMO SIEMPRE” Y “PROGRESO EQUITATIVO”	56
APÉNDICE 3: INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE CASOS INCLUIDOS EN LOS PERFILES DESTACADOS	58
REFERENCIAS	59

LA LOTERÍA DEL NACIMIENTO: VISIÓN GENERAL

TENDENCIAS MUNDIALES EN LA SUPERVIVENCIA INFANTIL UN PROGRESO ACELERADO PERO DESIGUAL

Según un análisis de datos desglosados correspondientes a 87 países, en más de tres cuartas partes de ellos, el progreso está dejando en el olvido a ciertos sectores de la infancia debido al lugar donde viven, el grupo étnico al que pertenecen o la situación económica de sus progenitores.



UN PROGRESO MÁS JUSTO CON FRECUENCIA CONDUCE A UN PROGRESO MÁS RÁPIDO

LA DESIGUALDAD NO ESTÁ AUMENTANDO EN TODOS LOS PAÍSES

Los países que están disminuyendo las desigualdades entre los grupos socioeconómicos se han beneficiado de una reducción media general de la mortalidad infantil un 6 % más rápido durante el curso de una década.



ESTAS CONCLUSIONES CONTRADICEN LA CREENCIA GENERAL RESPECTO A QUE LLEGAR A LOS GRUPOS MÁS POBRES Y MÁS DESFAVORECIDOS ES MÁS DIFÍCIL Y QUE, POR LO TANTO, TIENDE A RALENTIZAR EL PROGRESO.

SE PREVE QUE LAS DESIGUALDADES EN LAS PROBABILIDADES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL CONTINÚEN EN EL FUTURO

MÁS ALLÁ DE LAS MEDIAS NACIONALES: DEMASIADOS GRUPOS ESTÁN QUEDANDO EN EL OLVIDO

Actualmente se está debatiendo la inclusión de un objetivo internacional de reducir la mortalidad infantil a un máximo de 25 muertes por cada mil nacidos vivos en el marco del desarrollo mundial post-2015. Entre los países más afectados del mundo por la mortalidad infantil, el 47 % alcanzaría este objetivo a nivel nacional si continúan las recientes tendencias. Sin embargo, los grupos socioeconómicos desfavorecidos permanecerían postergados.



DE LOS PAÍSES CUMPLIRÍA EL OBJETIVO TANTO PARA LAS ZONAS URBANAS COMO RURALES



DE LOS PAÍSES CUMPLIRÍA EL OBJETIVO TANTO PARA LOS GRUPOS RICOS COMO POBRES



DE LOS PAÍSES CUMPLIRÍA EL OBJETIVO PARA TODAS LAS ZONAS SUBNACIONALES

CON UN GRAN PASO ADELANTE, PODRÍAMOS REESCRIBIR EL FUTURO. PARA EL AÑO 2030, NINGÚN OBJETIVO POST-2015 DEBERÁ CONSIDERARSE CUMPLIDO SI NO SE HA CUMPLIDO PARA TODAS LAS PERSONAS.

A SALVO DE UNA MUERTE SEGURA

Solo dos meses antes de que se tomara esta fotografía, la vida de Jalil, de dos años de edad, corría grave peligro. Tras el destete, contrajo diarrea: una de las principales causas de muerte en el mundo de niñas y niños menores de cinco años. Jalil comenzó a rechazar la comida; luego, se debilitó y se demacró.

La madre de Jalil, Amina, lo llevó a la clínica de un programa terapéutico para pacientes ambulatorios. Amina y Jalil viven en el norte de Nigeria, región cuyas tasas de mortalidad infantil son muy altas.

“Cuando llegamos a la clínica, examinaron a Jalil. Me dieron medicamentos y leche enriquecida con nutrientes para que le diera. Después de este tratamiento, cambió radicalmente. Ha engordado y no para de crecer. Antes, yo no tenía ninguna esperanza, pero ahora estoy feliz”.

La clínica donde Jalil recibió tratamiento funciona en el complejo del hospital estatal. Cuando Amina estaba embarazada de Jalil, no recibió atención prenatal y dio a luz en su casa. No obstante, tras el buen resultado del tratamiento que recibió Jalil en la clínica, Amina, que estaba nuevamente embarazada, comenzó a ir al hospital para recibir atención prenatal y luego decidió tener a su nuevo bebé, la hermana de Jalil, en el establecimiento.



RESUMEN EJECUTIVO

MENSAJES CLAVE

- Las oportunidades de supervivencia de una niña o un niño no deberían depender de su lugar de nacimiento, la situación económica de su padre o madre o su identidad étnica. Sin embargo, en todas partes del mundo, estos factores siguen determinando si una niña o un niño llegará a celebrar su quinto cumpleaños; factores que, para el niño o niña, son una mera cuestión de suerte. **Esta injusta lotería del nacimiento infringe el derecho de cada niña y cada niño a que pueda comenzar a transitar la vida en condiciones de igualdad.**
- Si bien en los últimos 15 años ha habido un importante progreso en la reducción de la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años en todo el mundo, **en demasiados países, la desigualdad es cada vez más pronunciada.** El progreso en la reducción de la mortalidad infantil es más lento en algunos grupos de niñas y niños, que cada vez van quedando más rezagados, en comparación con sus pares más afortunados. Poner fin a esta lotería es un desafío de suma importancia para nuestra generación, y debemos abordarlo sin concesiones.
- Por fortuna, la desigualdad no está aumentando en todos los países. Algunos no solo han logrado reducir la mortalidad infantil a un ritmo acelerado sino, además, de forma equitativa. Para los grupos excluidos, esto se traduce en un progreso más rápido que el promedio nacional. De hecho, al contrario de lo que se suele creer, nuestras investigaciones demuestran que **perseguir un camino justo hacia la reducción de la mortalidad infantil permite acelerar el progreso, en promedio, en un 6 % en el transcurso de diez años.**
- **Existe una serie de políticas que sientan las bases para lograr un progreso equitativo.** Por ejemplo, las medidas que se están tomando para poner en práctica de forma progresiva la Cobertura Universal de Salud con el fin de asegurar que los grupos marginados y en situación de pobreza tengan acceso a servicios de calidad que satisfagan sus necesidades y se garantice su protección contra los apuros financieros.

- Es más, los gobiernos deberían asegurarse de que el marco que suceda a los Objetivos de Desarrollo de Milenio (ODM), que se acordará en septiembre de 2015, encamine al mundo hacia un progreso más equitativo. Para 2030, ninguna meta deberá considerarse cumplida a menos que haya sido cumplida para todos los grupos sociales y económicos. Esta es la única manera de hacer realidad la visión de Save the Children: un mundo en que ningún niño ni ninguna niña muera por causas prevenibles, independientemente de dónde se encuentren o quiénes sean sus padres.

PROGRESO RÁPIDO, PERO DESIGUAL

En muchos países del mundo, las chances de que las niñas y los niños lleguen a cumplir los cinco años de edad han mejorado de forma espectacular en años recientes. En la actualidad, 17 000 niñas y niños menos mueren cada día comparado con lo que sucedía en 1990. Además, entre 1990 y 2013, la tasa de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años en todo el mundo se ha reducido casi a la mitad, de 90 a 46 muertes cada 1 000 nacimientos vivos. Sin embargo, no todos los países han tenido éxito en mejorar las oportunidades de vida de la infancia, y algunos de los países más pobres del mundo, muchos de los cuales han sido arrasados por conflictos e inestabilidad, se están quedando bastante atrás. Dicho esto, durante las últimas dos décadas, se ha logrado un progreso global sin precedentes en el aumento de las chances de supervivencia infantil.

Pero esta buena noticia ha sido empañada por un hecho preocupante. Al indagar más a fondo los promedios nacionales, descubrimos que existen considerables diferencias en las tasas de mortalidad de niñas y niños que viven en un mismo país (ver cuadro). Con mucha frecuencia, determinados grupos de niñas y niños se ven expuestos a niveles de mortalidad constantemente altos, incluso en países que se han beneficiado de una rápida disminución general. Estos grupos de niñas y niños, que de por sí ya tienen muchas menos chances de sobrevivir que sus pares, no solo se ven cada vez más rezagados, sino que quedan excluidos del progreso nacional y global. Nuestro informe se centra en estos sectores de la infancia.

¿QUÉ SIGNIFICA QUEDAR REZAGADO EN EL PROGRESO HACIA LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL?

Ejemplos de países alrededor del mundo

- En **Níger**, una niña o un niño que nace en la región subnacional con la tasa de mortalidad infantil más alta en 2012 tenía casi **cinco veces más probabilidades de morir** antes de cumplir los cinco años de edad que una niña o un niño nacido en la región con la tasa de mortalidad más baja. Estas desigualdades en las oportunidades de vida se han duplicado desde 1998.
- En **Indonesia**, una niña o un niño nacido en los hogares que conforman el 40 % más pobre en 2012 **tenía casi dos veces y media más probabilidades de morir** que un niño o una niña proveniente de los hogares que conforman el 10 % más rico. Esta desigualdad se ha duplicado desde 2002.
- En **Honduras**, en 2012, una niña o un niño nacido en la región de Islas de la Bahía tenía **tres veces y media más probabilidades de morir** que un niño o una niña nacido en la región más favorecida del país. Esta desigualdad ha aumentado considerablemente desde 2006.
- En **Vietnam**, las niñas y los niños nacidos en el grupo étnico Kinh en 2010 tenían casi **tres veces y media menos probabilidades de morir** que un niño o una niña no perteneciente a este grupo étnico.

NUEVAS INVESTIGACIONES DEMUESTRAN QUE DETERMINADOS GRUPOS DE NIÑAS Y NIÑOS ESTÁN CADA VEZ MÁS EXCLUIDOS DEL PROGRESO

Este informe se centra en cuatro grupos sociales y económicos distintos sobre los cuales existen datos y donde se dan notables disparidades en las tasas de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años según provengan de grupos privilegiados o grupos desfavorecidos. Los cuatro grupos están conformados por las regiones subnacionales, las zonas urbanas y rurales, los grupos étnicos y los grupos económicos.

Nuestro estudio, que se basa en un análisis nuevo de datos desglosados provenientes de 87 países, revela que en la mayoría de los casos, determinados grupos de niñas y niños están cada vez más lejos de beneficiarse del progreso en la reducción de la mortalidad infantil.

- **En el 78 % de estos países, al menos uno de los grupos sociales o económicos ha progresado más lentamente que los grupos más favorecidos y, como consecuencia, está quedando rezagado.** Ese grupo puede corresponder indistintamente a los sectores en mayor situación de pobreza de la sociedad, a las regiones desfavorecidas del interior del país, las zonas rurales o los grupos étnicos desfavorecidos.
- **En el 22 % de los países,** las desigualdades entre las chances de sobrevivir de las niñas y los niños aumentaba en todos los grupos sobre los que tenemos datos.

EL PROGRESO EQUITATIVO ES POSIBLE Y NO RETRASA LA TASA DE CAMBIO GENERAL

Si bien el panorama general supone un reto, podemos permitirnos ser optimistas. Según nuestro análisis, un número de países no solo están reduciendo las tasas de mortalidad infantil de forma impactante sino que además están acortando las disparidades entre grupos económicos y sociales. Esto demuestra que el progreso equitativo es posible. De hecho, según nuestra investigación, el progreso equitativo va acompañado de un progreso más rápido que la media, lo que revela una pequeña, pero significativa, correlación entre ambos:

- Alrededor de un quinto de los países incluidos en nuestra investigación han logrado reducciones rápidas y superiores a la media en la mortalidad infantil en la última década, al tiempo que se aseguran de no dejar en el olvido a ningún grupo de niños y niñas.
- Más de la mitad de los países que han reducido las desigualdades en las oportunidades de supervivencia entre los diferentes grupos también han experimentado una rápida reducción (por encima de la media) en la mortalidad infantil general.
- **En general, perseguir un camino justo hacia la reducción de la mortalidad infantil va acompañado de un progreso un 6 % más acelerado en un período de diez años.**

Estas conclusiones contradicen la creencia general de que llegar a los grupos más desfavorecidos y en mayor situación de pobreza es más difícil y, por lo tanto, más probable que demore el progreso.

También nos permite mostrar optimismo el hecho de que se han logrado reducir las disparidades entre los grupos económicos y entre los grupos de zonas urbanas y rurales en la mayoría de los países incluidos en nuestra investigación. Sin embargo, se ha visto un aumento de las disparidades entre las regiones subnacionales y entre los grupos étnicos en la mayoría de los países. Cabe destacar que los países de ingresos medios no siempre son efectivos en sacar provecho de un mayor crecimiento económico en beneficio de la infancia más rezagada.

Nuestra investigación arroja una división bastante pareja entre los países de bajos y medianos ingresos; sin embargo, estos últimos representan 13 de los 15 países con los niveles más altos de desigualdad regional en las tasas de mortalidad infantil.

SI NO DAMOS UN GRAN PASO ADELANTE, LA INJUSTA LOTERÍA DEL NACIMIENTO SE PERPETUARÁ EN EL TIEMPO.

Según nuestro análisis, si se mantiene la tendencia actual, determinados grupos de niñas y niños en países de todo el mundo seguirán muriendo por causas prevenibles durante las próximas generaciones. Como parte del marco de desarrollo global para después de 2015, se está debatiendo incluir una meta internacional que permita lograr, para el año 2030, una tasa de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años de no más de 25 muertes por cada 1 000 nacidos vivos en todos los países. Si los países que cargan con la mayor tasa de mortalidad infantil del mundo mantienen las mejores tasas de progreso que han logrado en años recientes, el 47 % de estos países alcanzaría esta meta como promedio nacional. **No obstante, si tenemos en cuenta lo que hay debajo de los promedios nacionales, solo el 25 % alcanzaría la meta para todos los grupos económicos. La mayoría de los países (el 53 %) no llegaría a cumplir la meta para zonas rurales y urbanas, y solo el 14 % alcanzaría la meta para todas las regiones subnacionales.** Lograr un progreso más acelerado y equitativo será crucial si queremos cumplir las metas para después de 2015 en favor de toda la infancia.

ELECCIÓN DE CAMINOS EQUITATIVOS: FORMULACIÓN DE POLÍTICAS QUE PONEN PRIMERO A LOS QUE ESTÁN ÚLTIMOS

El hecho de que un número importante de países estén logrando reducir la tasa de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años con rapidez a la vez que aseguran que determinados grupos no queden rezagados sugiere que los gobiernos pueden adoptar políticas que permitan lograr un progreso más equitativo.

- Según investigaciones, los países que han adoptado caminos más acelerados y justos para reducir la mortalidad infantil han planificado acciones para **asegurar que los grupos a los que es más difícil llegar tengan acceso a servicios de salud básicos, rentables y de alto impacto** que aborden las principales causas de la mortalidad infantil. Sin embargo, incluso en los países que están avanzando, para mantener dicho progreso será necesario mejorar la calidad de los servicios y asegurar que toda la infancia pueda acceder a ellos sin cargo como parte

de la **implementación gradual de la Cobertura Universal de Salud**. Ahora que la desnutrición es la principal causa de casi la mitad de todas las muertes de niñas y niños menores de cinco años en el mundo, y dada la creciente proporción de muertes infantiles que ocurren durante el período neonatal, es necesario revertir el grave descuido de la nutrición y de la salud materna e infantil.

- En muchos países, los grupos desfavorecidos también han visto una rápida disminución de las tasas de mortalidad infantil como resultado de los esfuerzos para **abordar las distintas dimensiones de la pobreza y sus causas subyacentes**. Las pruebas obtenidas de un diverso grupo de países, desde Brasil a Bangladesh, ponen de relieve la importancia de tomar medidas para hacer frente a los determinantes sociales de la salud. Entre estas medidas se incluyen reafirmar la rendición de cuentas y asegurar que los grupos desfavorecidos puedan hacer oír sus voces; mejorar el agua, saneamiento e higiene; posibilitar el acceso a una educación de calidad, y asegurar que los grupos desfavorecidos puedan disfrutar de un nivel de vida digno a través de políticas económicas y mecanismos de protección social. Existe un gran número de pruebas que demuestran, por ejemplo, que las hijas y los hijos de mujeres empoderadas y que han recibido educación tienen más probabilidades de vivir más allá de los cinco años de edad. Esto deja en evidencia que las políticas que **contemplan la naturaleza multidimensional de la pobreza** tienen mayores chances de lograr una reducción equitativa de la mortalidad infantil.
- Para poner en primer lugar a la infancia más rezagada, será necesario **realizar una inversión adecuada en los sistemas de salud y en otros sectores sociales**. En muchos países, hace falta una financiación interna sustancialmente mayor, respaldada por una ayuda mayor y más efectiva. Con el aumento de las desigualdades regionales en las tasas de mortalidad infantil en la mayoría de los países incluidos en nuestro análisis, la redistribución de los recursos nacionales, que permitan asegurar un nivel máximo de inversión en las regiones rezagadas, debería constituir una estrategia financiera prioritaria.

EL MARCO PARA DESPUÉS DE 2015 CONSTITUYE UNA OPORTUNIDAD PARA CAMBIAR EL RUMBO DEL PROGRESO Y QUE NADIE QUEDE REZAGADO.

El marco de desarrollo global post-2015 que se acordará en septiembre de 2015 ofrece una importante oportunidad para cambiar el curso global del desarrollo con el fin de que ninguna persona quede rezagada por el mero hecho de pertenecer a un grupo geográfico, económico o social determinado. El nuevo marco no solo debe proponerse concluir el trabajo empezado por los ODM –en los que se ha fijado una ambiciosa meta de supervivencia infantil– sino que debe ir más allá y abordar las desigualdades que han estado encubiertas por habernos concentrado en el progreso nacional. **Para 2030, ninguna meta post-2015 deberá considerarse cumplida a menos que haya sido cumplida para todos los grupos sociales y económicos.**

El marco deberá centrar su atención inmediata y continua en las necesidades de las niñas y los niños que están más rezagados. Debe promover la igualdad en todo aspecto, incluso a través de las metas de avance; es decir, aquellas metas interinas fijadas para fechas intermedias entre 2015 y 2030 con el fin de reducir la desigualdad en las oportunidades de vida entre los grupos favorecidos y desfavorecidos. Respaldadas por mejoras en el desglose, la transparencia y la accesibilidad de los datos, las metas trampolín en materia de equidad tienen el potencial de incentivar los cambios en políticas y prácticas necesarios a los niveles locales, nacionales e internacionales para acelerar el progreso entre los grupos favorecidos y desfavorecidos.



Foto: Meredith Kahur/Save the Children

Un grupo de madres con sus bebés en Chad. Chad tiene el tercer índice de mortalidad infantil más alto del mundo: 148 niñas y niños mueren por cada mil nacidos vivos.

RESUMEN DE RECOMENDACIONES

Para transitar un camino más equitativo y acelerado conducente a erradicar la mortalidad infantil por causas prevenibles, Save the Children hace un llamado a todos los líderes nacionales y mundiales para que cumplan sus obligaciones para con la infancia y tomen medidas más justas hacia el logro de la erradicación de la mortalidad infantil por causas prevenibles. El curso de acción es claro:

1) Los líderes nacionales y mundiales deben trabajar para acordar un marco post-2015 ambicioso y viable, que promueva la equidad como componente básico.

Esto debe incluir:

- Acordar un marco relevante desde el punto de vista político que tenga el potencial de ser verdaderamente transformador. Como objetivo que beneficie a una generación, poner fin a las muertes maternas e infantiles prevenibles debería constituir un compromiso central del marco.
- Establecer metas claras para avanzar la Cobertura Universal de Salud y abordar los impulsores multidimensionales de la pobreza y la desigualdad, respaldadas por objetivos individuales en materia de gobernanza responsable y de igualdad de género.
- Un compromiso esencial de que ninguna meta se considerará cumplida en 2030 a menos que haya sido cumplida para todos los grupos económicos y sociales. Este compromiso estará respaldado por metas de equidad interinas fijadas para fechas intermedias que se centren en los grupos que siguen estando más rezagados.
- Mecanismos de rendición de informes y cuentas sólidos mediante los que los gobiernos, donantes y organismos multilaterales respondan acerca del cumplimiento de sus compromisos y responsabilidades.

2) Los gobiernos deben revisar los planes y las políticas, tanto nacionales como específicos del sector, con el fin de respaldar la consecución de las metas y los objetivos post-2015.

Esto debe incluir:

- Formular políticas para abordar las causas inmediatas y subyacentes de las altas tasas de mortalidad infantil entre grupos económicos y sociales específicos.
- Proteger de riesgos financieros a los usuarios de los servicios de salud, mediante el aumento de la asignación fiscal para la salud, el aumento de la inversión en salud al menos a un 15 % del presupuesto total del gobierno, y asegurando que el presupuesto para el gasto público esté respaldado por el principio de equidad y redistribución.

- Coordinar los sectores públicos que tienen un impacto en la salud y establecer metas de equidad con plazos determinados en los planes nacionales y sectoriales que sigan un enfoque multidimensional.
- Fortalecimiento de la rendición de cuentas y de las oportunidades de participación ciudadana en la formulación de políticas y la planificación.

3) Los donantes, organismos multilaterales, la sociedad civil y demás colaboradores del sector del desarrollo deben:

- Empezar acciones y alinearlas con los planes nacionales y sectoriales de gobiernos de países en desarrollo: cumplir con los compromisos de ayuda, aumentar la asignación de presupuestos de ayuda al área de salud, apoyar la implementación y sostener los principios de ayuda efectiva.
- Proporcionar apoyo técnico y financiero para ayudar a los países en mayor situación de pobreza a aumentar el financiamiento en el área de salud y otros sectores sociales a través de fuentes de ingresos internas sostenibles y progresivas.
- Crear un entorno que permita a los países maximizar la movilización de recursos internos; por ejemplo, mediante una mayor coherencia en el sistema impositivo internacional, y tomar fuertes medidas contra la elusión de impuestos por parte de empresas internacionales que operan en países en desarrollo.
- Apoyar el fortalecimiento de los sistemas estadísticos a nivel nacional e internacional para poder monitorear mejor el progreso de los grupos desfavorecidos.
- Revisar sus propias políticas y planes para enfocarlos en las desigualdades del sector de salud y otros sectores sociales.
- Asumir la responsabilidad propia y recíproca respecto a la implementación del marco post-2015, a través de revisiones y rendiciones de informes regulares y públicos sobre sus contribuciones, en coordinación con mecanismos de rendición de cuentas establecidos para el marco post-2015.



ADAPTAR LA TRADICIÓN PARA GARANTIZAR LA SUPERVIVENCIA

A Rakhal, de solo seis días de vida, lo trajo su madre, Rong Mala, al centro de salud local para un control.

Para Rong Mala y su comunidad, esto es toda una novedad. Conforme a la tradición, en su comunidad, ubicada en Habiganj, Bangladesh, una madre no debe salir de su casa con su bebé recién nacido durante el primer mes tras el parto. Rong Mala ha recibido el apoyo de su suegra para romper con la tradición. Ella acompañó a Rong Mala y Rakhal al centro de salud, llevando una pequeña bolsa con tierra recogida del jardín de su casa para mantener la conexión con el hogar.

El centro de salud, que queda cerca de la casa de Rong Mala, fue construido por el Gobierno de Bangladesh en 2012 en colaboración con Save the Children. Antes, la familia de Rong Mala y las demás personas de su aldea tenían que realizar un viaje durante horas para llegar a un centro de salud.

I INTRODUCCIÓN

LA LOTERÍA DEL NACIMIENTO

Esta es Rabia, que nació en una aldea rural del norte de Nigeria. La madre de Rabia, Laila, hace todo lo posible por el bien de su hija. No obstante, el futuro de Rabia no depende enteramente de su madre. En comparación con las niñas y los niños de las familias más acomodadas de la región del noroeste de Nigeria, Rabia tiene el doble de probabilidades de morir antes de cumplir los cinco años.¹ Si hubiera nacido en una familia rica de la región del suroeste, donde se ubica Lagos –la ciudad más grande de Nigeria–, hubiera tenido unas tres veces y media menos probabilidades de morir. En comparación con la tasa media de mortalidad infantil del Reino Unido, tiene 38 veces más probabilidades de morir que una niña o un niño británico.

Esta es la lotería del nacimiento. En todo el mundo, las probabilidades de sobrevivir hasta los cinco años de edad que tiene una niña o un niño dependen de dónde le ha tocado nacer, cuánto pueden permitirse invertir sus progenitores en su bienestar, la identidad étnica que se le ha atribuido, si tiene una discapacidad y otros factores que están todos fuera de su control. En consecuencia, existen considerables diferencias en los niveles de mortalidad infantil entre los niños y las niñas que han tenido la suerte de nacer en circunstancias favorables y quienes no han tenido esta suerte.

Lo más preocupante es que estas diferencias están aumentando en muchos países. Esta dinámica es el tema central del presente informe. Las reducciones de la mortalidad infantil entre muchos grupos desfavorecidos de niñas y niños son más lentas que entre sus pares más favorecidos. En estos casos, las disparidades en las probabilidades de supervivencia entre los grupos están aumentando, y un número considerable de niñas y niños está quedando postergado por el progreso.

Esta situación es totalmente injusta. Representa una violación del derecho inherente de cada niña y cada niño a la vida y el incumplimiento de la obligación de todos los gobiernos a asegurar la supervivencia infantil y el mayor grado posible de desarrollo de la infancia, tal como se establece en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) de las Naciones Unidas. Todas las niñas y todos los niños tienen el derecho a un nivel de salud que les permita no solo sobrevivir, sino también crecer y desarrollarse con el fin de que puedan alcanzar su pleno potencial en la vida, sin importar dónde hayan nacido o quiénes sean sus madres o sus padres.



Foto: Lucia Zoro/Sve the Children

Rabia, de siete meses, con su madre en un centro de tratamiento de la malnutrición en el norte de Nigeria.

EL TELÓN DE FONDO GLOBAL

Es muy posible que la historia juzgue los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) como un paso histórico, dado que durante la última década las probabilidades de supervivencia de la infancia han mejorado considerablemente en los países de todo el mundo. La tasa mundial de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años se redujo casi a la mitad —de 90 a 46 muertes por cada mil nacidos vivos— entre 1990 y 2013. Esto significa que en la actualidad, 17 mil niñas y niños menos mueren cada día comparado con lo que ocurría en 1990.² Las tasas mundiales de mortalidad infantil también están disminuyendo más rápidamente ahora en comparación con cualquier momento de la historia. Este avance es, en gran parte, un resultado de las medidas adoptadas en el ámbito de vacunas, planificación familiar, nutrición y tratamientos de enfermedades infantiles comunes, así como las mejoras de los factores sociales determinantes más amplios de la salud.³

Se trata de un logro enorme que merece celebrarse. Los espectaculares avances conseguidos por algunos de los países más pobres del mundo han llevado a muchas personas a pensar que el fin de la mortalidad infantil prevenible se encuentra a nuestro alcance. Dentro de una generación, podríamos vivir en un mundo donde ningún niño ni ninguna niña muera por causas prevenibles. Estas causas pueden ser enfermedades como la diarrea y la pulmonía, para las que existen tratamientos económicos, o complicaciones durante el parto que pueden resolverse mediante la presencia de personal capacitado en asistencia de partos.

No obstante, aún queda mucho por hacer. Más de seis millones de niñas y niños murieron en 2013 a pesar de haber nacido en una época en que contamos con los medios para prevenir muertes innecesarias.⁴ Si continúan las tendencias actuales, tendremos que esperar hasta 2028 para cumplir el compromiso consagrado en el ODM 4: reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de

niñas y niños menores de cinco años. Esto equivale a trece años después del plazo, el año 2015.⁵ En base a este marco hipotético, más de cuatro millones de niñas y niños menores de cinco años morirán en el año 2030.⁶

El país de nacimiento de un bebé afecta radicalmente sus probabilidades de supervivencia, lo cual genera una lotería internacional del nacimiento. La tasa media nacional de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años en los países de ingresos bajos —76 muertes por cada mil nacidos vivos— es doce veces más alta que la de los países de ingresos altos.⁷ Un bebé que nace en Angola —el país con la tasa de mortalidad infantil más alta del mundo— tiene 84 veces más probabilidades de morir que un bebé nacido en Luxemburgo, el país con la tasa más baja.⁸

Un aspecto preocupante es que en muchos de los países que tienen las tasas de mortalidad infantil más altas también tienen los índices de reducción de mortalidad infantil más lentos (ver Cuadro 1). Estos países están quedando rezagados en la escena mundial. Muchos de ellos son Estados frágiles y afectados por conflictos, donde se produjo un quinto de todas las muertes infantiles en 2013.⁹

Esta lotería internacional ha constituido un aspecto central de los esfuerzos internacionales para reducir las muertes prevenibles, incluido por medio de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la iniciativa Todas las Mujeres, Todos los Niños, del Secretario General de las Naciones Unidas, establecida en 2010 para apoyar los ODM 4 y 5.¹¹ Este énfasis en las disparidades entre las tasas nacionales de mortalidad infantil ha sido importante y, en muchos casos, ha resultado beneficioso. Los ODM y la iniciativa Todas las Mujeres, Todos los Niños han ayudado a impulsar el progreso mundial en la lucha contra la mortalidad infantil que se ha conseguido durante los últimos años. Además, han logrado que los asociados del desarrollo se alinearan tras un conjunto de objetivos globales claros y con plazos acordados para acelerar el cambio. El índice anual mundial de reducción

TABLA 1: PAÍSES CON LAS TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL MÁS ALTAS

País	Índice anual de reducción (2000-2013)	Muertes infantiles por cada mil nacidos vivos (2013)	Porcentaje de muertes neonatales totales (2013)	Tasa de retraso del crecimiento de menores de 5 años (indicador de malnutrición grave.) ¹⁰
Angola	1,3 %	167	27,8 %	29,2 %
Sierra Leona*	2,2 %	161	27,5 %	44,9 %
Chad*	1,6 %	148	27,3 %	38,7 %
Somalia*	0,9 %	146	32,1 %	42,1 %
Rep. Centroafricana*	1,0 %	139	31,2 %	40,7 %
Guinea-Bissau*	2,6 %	124	36,0 %	32,2 %
Mali*	3,1 %	123	33,7 %	38,5 %
Congo, R.D.*	1,7 %	119	32,7 %	43,5 %
Nigeria	2,6 %	117	32,5 %	36,4 %
Níger	4,9 %	104	27,4 %	43,0 %

Todas las cifras se han extraído de Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Estimaciones de la Mortalidad Infantil, UN IGME (2014), a menos que se especifique lo contrario.*Países incluidos en la Lista Armonizada de Situaciones Frágiles del Banco Mundial (Ejercicio 2015)

de la mortalidad infantil actualmente es tres veces más rápido que antes de que se acordaran los ODM.¹² Según una reciente investigación, esta aceleración fue particularmente importante en países con altas tasas de mortalidad infantil. Esto ha permitido que 21 países se encuentren en condiciones de alcanzar la meta de los ODM, lo cual no hubiera sido posible si el ritmo de cambio hubiese permanecido como antes.¹³

No obstante, los esfuerzos globales dirigidos a reducir la mortalidad infantil dentro del marco de los ODM han tenido dos defectos clave. En primer lugar, se han centrado en intervenciones específicas para combatir enfermedades. Aunque estos esfuerzos han logrado un considerable impacto en la lucha contra algunas de las principales causas de muerte de niñas y niños menores de cinco años, se han descuidado otras áreas clave en materia de políticas. Entre estas áreas, se incluyen las medidas en favor de la salud y la nutrición neonatales. Prueba de ello son las altas tasas de mortalidad neonatal y de retraso del crecimiento en países con una mortalidad infantil alta (ver Cuadro 1). Debido a insuficientes mejoras en la atención materna y neonatal, una proporción creciente de la infancia que muere en todo el mundo son bebés recién nacidos, que constituyen el 44 % de todas las muertes de niñas y niños menores de cinco años a escala mundial.¹⁴ La desnutrición es una causa subyacente de casi la mitad de todas las muertes en el mundo de niñas y niños menores de cinco años. Por lo tanto, para acabar con las muertes infantiles prevenibles será necesario lograr considerables mejoras en la atención prenatal y neonatal y en la nutrición materna e infantil en los países de todo el mundo.¹⁵

En segundo lugar, el énfasis mundial en las medias nacionales y las desigualdades entre los países ha llevado a descuidar las importantes disparidades que existen entre los distintos grupos socioeconómicos dentro de los países: este es el tema central del presente informe. Este énfasis ha encubierto, de hecho, algunos de los

grupos más pobres y marginados del mundo, es decir, niñas y niños cuya vulnerabilidad extrema ante la muerte por causas prevenibles se ha ocultado tras el progreso relativamente sólido de sus países en la reducción de las tasas de mortalidad infantil nacionales.

DE LOS ODM AL MARCO POST-2015: UNA OPORTUNIDAD ÚNICA DE ACABAR CON LA INJUSTA LOTERÍA DEL NACIMIENTO

En septiembre de 2015, los líderes mundiales se reunirán en la sede de las Naciones Unidas para acordar el marco mundial de desarrollo sostenible post-2015, y establecerán prioridades en cuanto a acciones a nivel nacional e internacional en el marco de la lucha contra la pobreza y por la sostenibilidad del medio ambiente. La ocasión brinda una oportunidad decisiva para poner fin a la lotería mundial del nacimiento e impulsar medidas dirigidas a cumplir nuestra meta final: un mundo en el cual ninguna niña ni ningún niño quede en el olvido, sin importar dónde haya nacido ni quiénes sean sus progenitores. Esta oportunidad no debe desaprovecharse.

El marco post-2015 debe ser claro, motivador y capaz de galvanizar alianzas nacionales e internacionales tras el objetivo común de acabar la tarea que comenzaron los ODM. Es necesario destacar que el marco debe abordar el vacío fundamental de los ODM con relación a las desigualdades y dirigir la atención hacia las necesidades de la infancia más desfavorecida. Si se respalda con medidas políticas y financiamiento, incluida una ayuda humanitaria bilateral más abundante y de mejor calidad, y un mecanismo renovado de la iniciativa Todas las Mujeres, Todos los Niños, apoyado por un Sistema de Financiamiento Global eficaz,¹⁶ el marco tiene el potencial de impulsar un importante cambio sin precedentes en el ámbito del progreso.



Kamala, futura madre, y su marido Binod, en Nepal. El primer bebé de Kamala contrajo pulmonía a los pocos días de nacer y lamentablemente murió. “Yo no quiero que este bebé tenga el mismo destino que el primero. Quiero que todo salga bien. Si nos vuelve a ocurrir lo mismo, sería terrible”, afirma Binod. “Mi esposa dará a luz en el hospital. Es mejor en el hospital porque hay personal de enfermería y médico que pueden aconsejarnos. Además, hay instalaciones más adecuadas”.

EL PRESENTE INFORME: NUEVAS PRUEBAS PARA IMPULSAR LA ACCIÓN

Este informe dirige el foco de atención hacia la infancia que el progreso mundial y nacional en la reducción de la mortalidad infantil ha dejado en el olvido. El objetivo es exponer los argumentos a favor de que las medidas para abordar las desigualdades deben situarse en el centro de la lucha global contra la pobreza, incluido en el marco post-2015 y en las estrategias de desarrollo nacional.

La investigación que se presenta en este informe mira más allá del progreso nacional y mundial en la reducción de la mortalidad infantil para examinar las tendencias que existen más allá de las medias nacionales, mediante los siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es la magnitud del problema? ¿Cuántos países están dejando a niñas y niños en el olvido, y qué significa este hecho para las futuras perspectivas de poner fin a las muertes infantiles prevenibles?
- ¿Es inevitable el progreso desigual, en el que los grupos más desfavorecidos hacen un progreso más lento?
- Si nos centramos en los grupos desfavorecidos para lograr un progreso más equitativo, ¿tendrá como consecuencia que los ritmos globales de cambio serán necesariamente más lentos?
- ¿Qué puede hacerse para ayudar a los países a seguir caminos más equitativos, con el fin de asegurar que los grupos desfavorecidos alcancen a los grupos con tasas de mortalidad infantil más bajas?

Nuestra investigación se ha basado en nuevos análisis de datos desglosados correspondientes a 87 países. Nos centramos en cuatro grupos socioeconómicos en los que existen considerables disparidades en las tasas de mortalidad infantil entre los sectores desfavorecidos y los sectores favorecidos de la infancia: regiones subnacionales, zonas urbanas y rurales, grupos étnicos y grupos económicos (evaluados por medio un índice de activos como valor sustitutivo para los grupos más pobres y los más ricos dentro de la sociedad).¹⁷

En el Capítulo 2 comenzamos con un análisis de la naturaleza y la magnitud de las desigualdades en las tasas de mortalidad infantil entre los grupos socioeconómicos. Además de examinar los niveles de desigualdad dentro de los países, identificamos los grupos de niñas y niños que más rezagados se encuentran en la escena mundial.

En el Capítulo 3 pasamos a analizar las tendencias en el tiempo con el fin de determinar quiénes están quedando postergados en el progreso que se está haciendo en la reducción de la mortalidad infantil. Nuestro análisis aborda un interrogante crítico: ¿es inevitable que determinados grupos de niñas y niños siempre queden en el olvido o hay países que se están asegurando de que los grupos desfavorecidos alcancen a sus pares? ¿Y qué significa esto en cuanto a las perspectivas para acabar con las muertes infantiles prevenibles en todos los grupos socioeconómicos dentro de una generación? También examinamos lo que los distintos caminos de progreso significan para las tasas de progreso generales a nivel nacional.

En el Capítulo 4 consideramos, en función de este análisis, la manera en que los países pueden seguir caminos más equitativos que aceleren el progreso en la reducción de la mortalidad infantil en los grupos desfavorecidos. Analizamos la experiencia de los países que han logrado reducir las desigualdades en las tasas de mortalidad infantil entre grupos específicos de infancia favorecida y desfavorecida, por medio de un examen del tipo de políticas que han ayudado a impulsar el cambio. Nuestro análisis se centra en las políticas que afectan a los sistemas de salud de forma directa, así como en la relación entre la pobreza multidimensional y los determinantes sociales de salud y mortalidad infantil. Entre estos, se incluyen cuestiones como la desigualdad de género y la capacidad de grupos desfavorecidos para exigir cuentas a sus gobiernos. El informe incluye estudios de casos nacionales de Bangladesh, Etiopía, Malawi, México, Nepal y Ruanda, llamados “perfiles destacados”.

El último capítulo gira la atención hacia el marco de desarrollo post-2015 y su potencial para impulsar el cambio. Consideramos lo que puede hacerse con el fin de que el marco genere incentivos para que los gobiernos, donantes y profesionales del desarrollo se centren en la infancia en mayor situación de pobreza y marginación del mundo.



Foto: David Wardell/Save the Children

Santoshi y su hija, en su casa, en Nepal, el día posterior a su nacimiento.



AYUDAR A LA INFANCIA A SOBREVIVIR Y DESARROLLARSE

Edna, de dieciocho años de edad, vive con su hija Heloise en la casa de su suegra en Petrolina, ciudad del estado de Pernambuco, en el noreste de Brasil.

Brasil es una de las mayores economías del mundo, pero sufre de una desigualdad extrema; además, las regiones del norte y noreste se han quedado a la zaga con respecto al resto del país.

Edna recibe ayuda del proyecto Mãe Coruja (Madre Lechuza), gestionado por el gobierno estatal. El propósito del proyecto es ayudar a la infancia a sobrevivir y crecer sana mediante la atención de salud a las mujeres embarazadas y a niñas y niños menores de cinco años. Las mujeres como Edna pueden inscribirse en clases de cocina y adquirir conocimientos dirigidos a mejorar sus ingresos.

“Supe de Mãe Coruja por medio de una amiga de mi hermana; el apoyo que nos han dado a mí y a mi bebé ha sido fantástico. Mãe Coruja nos explica por medio de libros, charlas y talleres cómo cuidar a nuestros bebés y se asegura de que ellos reciban todas las vacunas. El próximo mes espero poder asistir a algunos de sus cursos y participar en las reuniones de mi barrio. La mayoría de las madres prefieren hacer el curso de cocina para escuelas, ya que hay más oportunidades laborales en ese campo”.

Edna también recibe ayuda de la iniciativa Bolsa Família, un sistema condicional de transferencia de dinero en efectivo, a través del cual las familias que viven en situación de pobreza obtienen un ingreso mensual básico.

2 MÁS ALLÁ DE LAS APARIENCIAS

LA MANERA EN QUE LAS MEDIAS NACIONALES ENCUBREN LAS DISPARIDADES

Existe un consenso bastante amplio con relación a que el marco de los ODM ha postergado a un número demasiado alto de niñas y niños, y que si se tienen en cuenta solo las medias nacionales, pueden encubrirse desigualdades entre los índices de progreso de los diferentes grupos. Por ejemplo, en el documento final de la Cumbre para el Examen de los ODM de 2010, los Estados miembros de la ONU identificaron “las desigualdades entre los países y dentro de ellos” como un importante desafío.¹⁸

Pero ¿cuál es la naturaleza y la magnitud del desafío que enfrentamos? Nuestro análisis de datos desglosados explora el alcance de las desigualdades respecto a las probabilidades de supervivencia entre los distintos grupos de niños y niñas (ver Cuadro 1).

CUADRO 1: NUEVOS DATOS DESGLOSADOS DE MORTALIDAD DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

En una gran cantidad de países, el seguimiento sistemático del avance en la reducción de la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años entre los diversos grupos socioeconómicos presenta numerosos desafíos. Lamentablemente, los datos desglosados, que son esenciales para un análisis de este tipo, son escasos y se encuentran repartidos entre varias fuentes y en diferentes formatos. Para el presente informe se han hecho esfuerzos considerables para recopilar las estadísticas existentes y generar datos adicionales.

BASE DE DATOS DE GRUPOS Y DESIGUALDAD

La investigación de antecedentes para este informe se ha basado en datos calculados o recopilados de fuentes públicas en la Base de Datos de Grupos y Desigualdades (GRID). Esta base de datos fue desarrollada por Save the Children en colaboración con el proyecto Development Progress, del Overseas Development Institute (ODI). Se ha elaborado por medio del procesamiento de datos directos de 257 Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) y Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), fuentes públicas agregadas (Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Estimaciones de la Mortalidad Infantil [UN IGME], Organización Mundial de la Salud [OMS], Unicef y Banco Mundial) y cifras oficiales desglosadas para algunos países que no contaban con datos de encuestas. GRID cubre un total de 87 países con datos desglosados sobre las disparidades entre los diversos grupos socioeconómicos, así como un total de 64 países con datos en el tiempo correspondientes a un máximo de siete puntos de datos (170 períodos). En su actual versión, GRID incluye mediciones del retraso del crecimiento, la mortalidad infantil y el acceso a agua corriente e inodoros con cisternas. Cada uno de estos indicadores están desglosados según los siguientes grupos: niños/niñas;

zonas urbanas/zonas rurales; regiones subnacionales; grupos etnolingüísticos; el 40 % más pobre y el 10 % más rico de la infancia según el índice de activos de DHS/MICS; y quintiles basados en el mismo índice de activos. El índice de activos se utiliza como valor sustitutivo del nivel de vida y la situación económica.

MEDICIÓN DE DESIGUALDADES ENTRE GRUPOS

La medición utilizada en el presente informe para calcular la desigualdad es la proporción entre los grupos con las tasas de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años más altas y aquellos con las más bajas. Dicha proporción en realidad indica la diferencia en las probabilidades de morir que tiene una niña o un niño de un grupo con relación a las que tiene uno del otro grupo. Existen por lo menos tres razones para preferir esta medición. La supervivencia infantil es un derecho humano fundamental: cualquier diferencia entre los grupos puede atribuirse a las diferencias sistemáticas en las oportunidades en la vida y son, fundamentalmente, injustas. La brecha entre los grupos más y menos favorecidos revela el grado de falta de equidad. En segundo lugar, la brecha entre los más y los menos favorecidos resulta fácil de entender, tanto para los políticos como los ciudadanos, y, por lo tanto, se espera que motive la acción. En tercer lugar, examinar el desempeño del grupo con mejores resultados en la sociedad indica el nivel y el ritmo de avance que es posible dentro de un contexto nacional concreto. Somos conscientes de que la proporción no ofrece un completo panorama de toda la distribución, pero en las pruebas de robustez utilizamos otras mediciones que, aunque más difíciles de comunicar, son completas, y arrojaron resultados muy similares.

Para más detalles, ver Apéndice 1: Metodología

DESIGUALDADES DERIVADAS DE DESVENTAJAS SISTEMÁTICAS

Las desigualdades en las probabilidades de supervivencia son producto de varios tipos de pobreza y desventajas. Entre estos, se incluye la pobreza monetaria. En promedio, las niñas y los niños que nacen en el quinto más pobre de la población tienen el doble de probabilidades de morir antes de cumplir los cinco años que aquellos que nacen en el quinto más rico.¹⁹ No obstante, los recursos económicos no son los únicos factores de la desigualdad de oportunidades en la vida. En la infancia desfavorecida con menos probabilidades de supervivencia también se incluyen los siguientes grupos: quienes nacen en regiones remotas o marginadas y zonas rurales que carecen de inversión vital en infraestructura de salud; niñas y niños discriminados por razones de discapacidad u origen étnico; y grupos infantiles particularmente vulnerables debido a que viven en la calle, en campamentos de refugiados o en instituciones. En algunos contextos, el género también es un factor importante. Esto ocurre donde los niños reciben un tratamiento preferencial en relación al que reciben sus hermanas, o donde todavía existe el infanticidio y la práctica de abortos selectivos en función del sexo.²⁰

Las estadísticas representan un crudo panorama de las amplias disparidades dentro de los países y acerca de cómo, en muchos casos, se encuentran en aumento:

- En **Níger**, una niña o un niño nacido en la región subnacional con la tasa de mortalidad infantil más alta en 2012 tenía casi **cinco veces más probabilidades de morir** antes de cumplir los cinco años de edad que una niña o un niño nacido en la región con la tasa de mortalidad más baja. Esta desigualdad se ha duplicado desde 1998.
- En **Indonesia**, una niña o un niño nacido en los hogares que conforman el 40 % más pobre en 2012 tenía casi **dos veces y media más probabilidades de morir** que un niño o una niña proveniente de los hogares que conforman el 10 % más rico. Esta desigualdad se ha duplicado desde 2002.
- En **Honduras**, en 2012, una niña o un niño nacido en la región de Islas de la Bahía tenía **tres veces y media más probabilidades de morir** que un niño o una niña nacido en las regiones más favorecidas del país. Esta desigualdad ha aumentado considerablemente desde 2006.
- En **Vietnam**, las niñas y los niños nacidos en el grupo étnico Kinh en 2010 tenían **tres veces y media menos probabilidades de morir** que un niño o una niña no perteneciente a este grupo étnico.

Estas brechas en las tasas de supervivencia infantil son importantes y su extrema magnitud pone de relieve el hecho de que estas diferencias no son producto de la casualidad. Por el contrario, son resultado del hecho de que ciertos grupos son sistemáticamente desfavorecidos en comparación con otros grupos. ¿Por qué? Porque en ciertas regiones, el gobierno no invierte suficiente en

atención de salud. Porque las barreras financieras para la atención de salud son demasiado altas para las familias pobres. Y porque ciertos grupos sufren discriminación en la prestación de servicios. Por ejemplo, en Indonesia, solo el 43 % del quintil más pobre de la población tiene acceso a seis o más de las ocho intervenciones básicas de prevención dirigidas a abordar algunas de las principales causas de la mortalidad infantil, en comparación con el 75 % del quintil más rico.²¹ En Vietnam, los pacientes que provienen de minorías étnicas están menos informados sobre los programas de salud del gobierno, y rara vez reciben información sobre sus enfermedades y respectivos tratamientos. Este problema se agudiza con las barreras del idioma y las actitudes públicas discriminatorias frente a los grupos minoritarios.²²

Las estadísticas presentadas en este documento ofrecen una visión de la naturaleza y el alcance de las desigualdades en materia de supervivencia infantil en los diferentes países. Pero ¿cómo es el panorama mundial? ¿Qué grupos de niñas y niños tienen tasas especialmente altas de mortalidad infantil, tanto en relación con otros grupos dentro de su país como con grupos desfavorecidos en otros países? En otras palabras, ¿qué niñas y niños se encuentran más rezagados en la carrera global para acabar con las muertes infantiles prevenibles?

DESIGUALDADES EN LAS PROBABILIDADES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL ENTRE LOS DIFERENTES GRUPOS ECONÓMICOS

El bienestar material o grupo económico de una familia constituye un importante factor determinante de las probabilidades de supervivencia infantil. La infancia de los hogares pertenecientes al 40 % más pobre tienen un riesgo más alto de morir antes de cumplir los cinco años que aquella perteneciente a los hogares del 10 % más rico.²³ El Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Estimaciones de la Mortalidad Infantil clasifica las tasas de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años superiores a 100 por cada mil nacidos vivos como “muy altas”, y aquellas superiores a 40 por cada mil nacidos vivos como “altas”.²⁴ Como ilustra la Figura 1, en los países con tasas de mortalidad infantil muy altas dentro del 40 % de los hogares más pobres, con frecuencia existen disparidades muy amplias entre los grupos económicos. Algunos ejemplos destacados son Níger, Camerún, Nigeria, Lesoto y Pakistán, donde el 40 % más pobre de niñas y niños se cuentan entre los más rezagados del mundo y no solo en sus propios países. También existe una importante variación entre los países con tasas medias nacionales de mortalidad infantil similares. Por ejemplo, tanto Guinea como Costa de Marfil tienen una tasa media de mortalidad infantil de 100 muertes por cada mil nacidos vivos. No obstante, el 40 % más pobre de Guinea se encuentra más rezagado que el de Costa de Marfil, con una tasa de mortalidad infantil de 121 muertes por cada mil nacidos vivos, comparado con 104 muertes por cada mil nacidos vivos.

DESIGUALDADES EN LAS PROBABILIDADES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL ENTRE LOS DIFERENTES GRUPOS ÉTNICOS

Los datos recientes de mortalidad infantil en los diversos grupos étnicos son más escasos que los de otros grupos. En casi todos los países que cuentan con datos, la infancia de grupos étnicos desfavorecidos

tienen tasas de mortalidad infantil mucho más altas que las que tienen los grupos más favorecidos (ver Figura 2). La desigualdad relativa entre los grupos étnicos es particularmente alta en Filipinas, Vietnam, Ghana y Etiopía, donde la infancia de los grupos con las tasas de mortalidad más altas tiene más de tres veces más probabilidades de morir que aquella de los grupos étnicos con las tasas más bajas.

FIGURA 1: TASAS DE MORTALIDAD DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE LOS GRUPOS ECONÓMICOS MÁS POBRE Y MÁS RICO EN LOS PAÍSES SELECCIONADOS

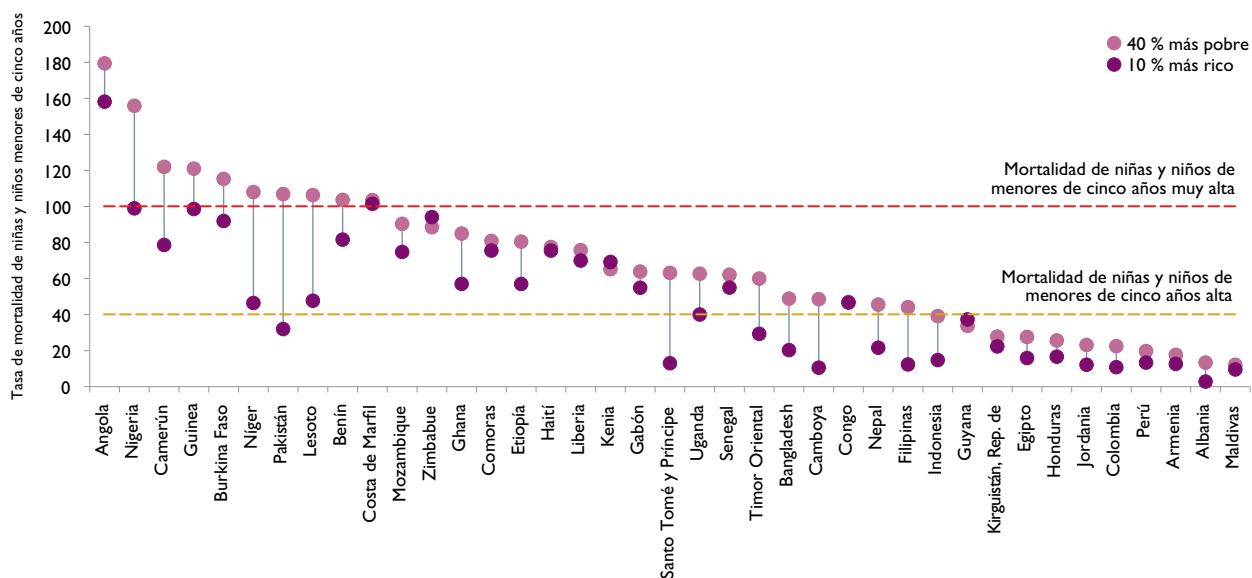
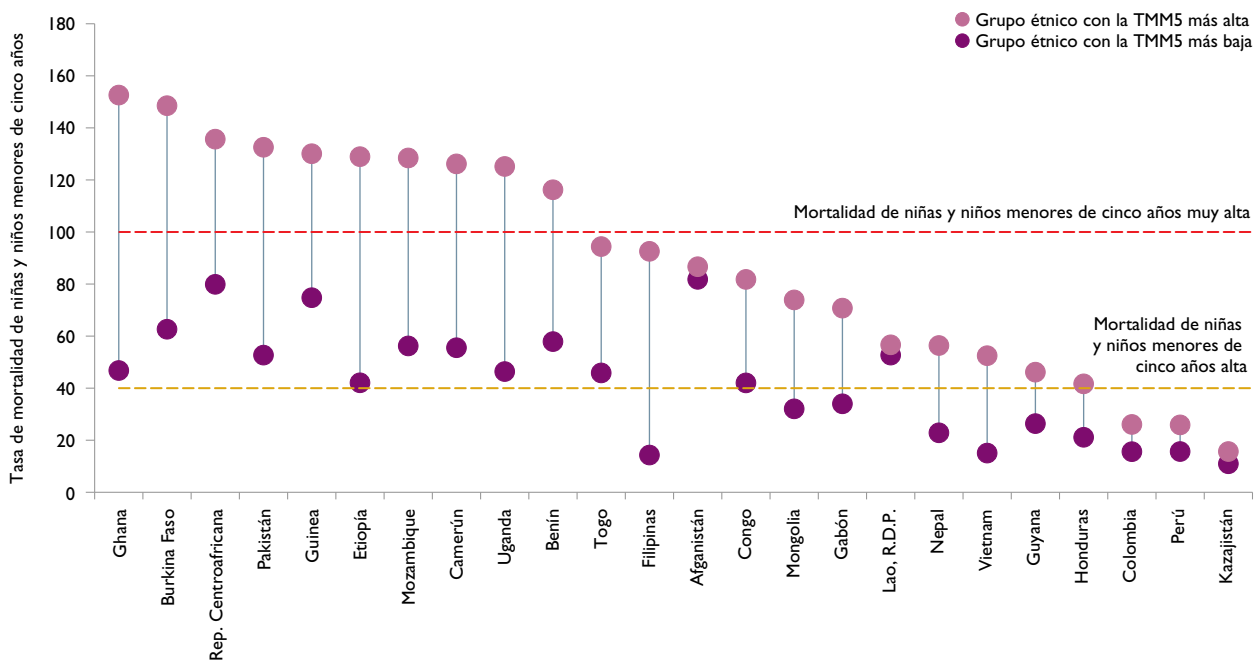


FIGURA 2: TASAS DE MORTALIDAD DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE LOS GRUPOS ÉTNICOS CON LAS TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL MÁS ALTA Y MÁS BAJA EN LOS PAÍSES SELECCIONADOS



DESIGUALDADES EN LAS PROBABILIDADES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL ENTRE LAS ZONAS URBANAS Y LAS ZONAS RURALES

Para la infancia, el hecho de vivir en una zona urbana o una zona rural también influye en sus probabilidades de supervivencia (ver Figura 3). En casi todos los países de los cuales contamos con datos recientes, vivir en una zona rural implica un mayor riesgo de morir antes de cumplir los cinco años.²⁵ La desigualdad más alta se observa en Camboya, donde la tasa de mortalidad infantil en las zonas rurales es casi tres veces más alta que en las zonas urbanas. No obstante, incluso las desigualdades relativamente pequeñas pueden dar lugar a diferencias sumamente grandes en el número de muertes si las tasas de mortalidad infantil son altas. Por ejemplo, en Camerún, la mortalidad de la infancia de zonas rurales es más de una vez y media más alta que la correspondiente a la infancia de zonas urbanas, con una tasa de mortalidad infantil estimada de 112 muertes por cada mil nacidos vivos, comparado con 70 muertes por cada mil nacidos vivos en las zonas urbanas. Esto significa que en Camerún, un número superior a 18 mil menos niñas y niños de zonas rurales morirían al año si sus probabilidades de supervivencia fueran las mismas que en las zonas urbanas.

DESIGUALDADES EN LAS PROBABILIDADES DE SUPERVIVENCIA INFANTIL ENTRE LOS GRUPOS SUBNACIONALES

El lugar geográfico también afecta en gran medida las probabilidades de supervivencia infantil. En 32 de 44 países de los que se dispone de datos desglosados a nivel subnacional, al nacer en la región con la tasa más alta de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años, el riesgo de la infancia de morir es por lo menos el doble, comparado con lo que ocurre en la región con la tasa más baja.

La Figura 4 ilustra el grado de desigualdad que enfrenta la infancia de las regiones que se encuentran más rezagadas en la lucha por reducir la mortalidad infantil. Las disparidades son especialmente impactantes en Filipinas, Guyana, Níger y Bután, donde la infancia de las regiones más rezagadas tienen por lo menos cinco veces más probabilidades de morir que sus pares de las regiones con mejores resultados. Níger es un caso particularmente preocupante. Aunque las desigualdades regionales entre las tasas de mortalidad infantil están disminuyendo para los demás países (que en la figura aparecen en verde), en Níger están aumentando (en rojo). En 1998, la infancia de la región más desfavorecida tenía dos veces y media más probabilidades de morir que aquella de la región con mejores resultados. En 2012, la desigualdad regional había aumentado y la infancia de la región más rezagada tenía casi cinco veces más probabilidades de morir que aquella de la región con mejores resultados. La infancia de la región más desfavorecida de Níger no solo se encuentra muchísimo más rezagada, sino que también ha sido postergada por el progreso nacional.

FIGURA 3: TASAS DE MORTALIDAD DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DE LAS ZONAS URBANAS Y RURALES EN LOS PAÍSES SELECCIONADOS

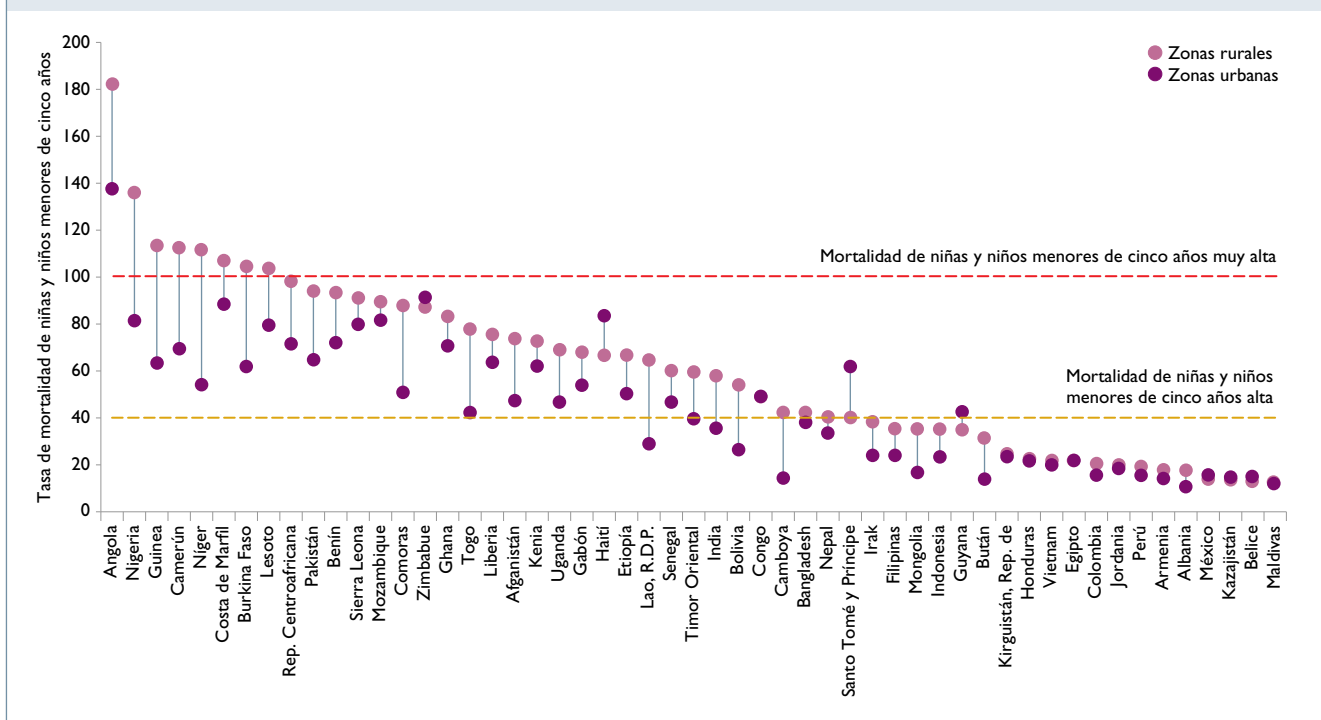
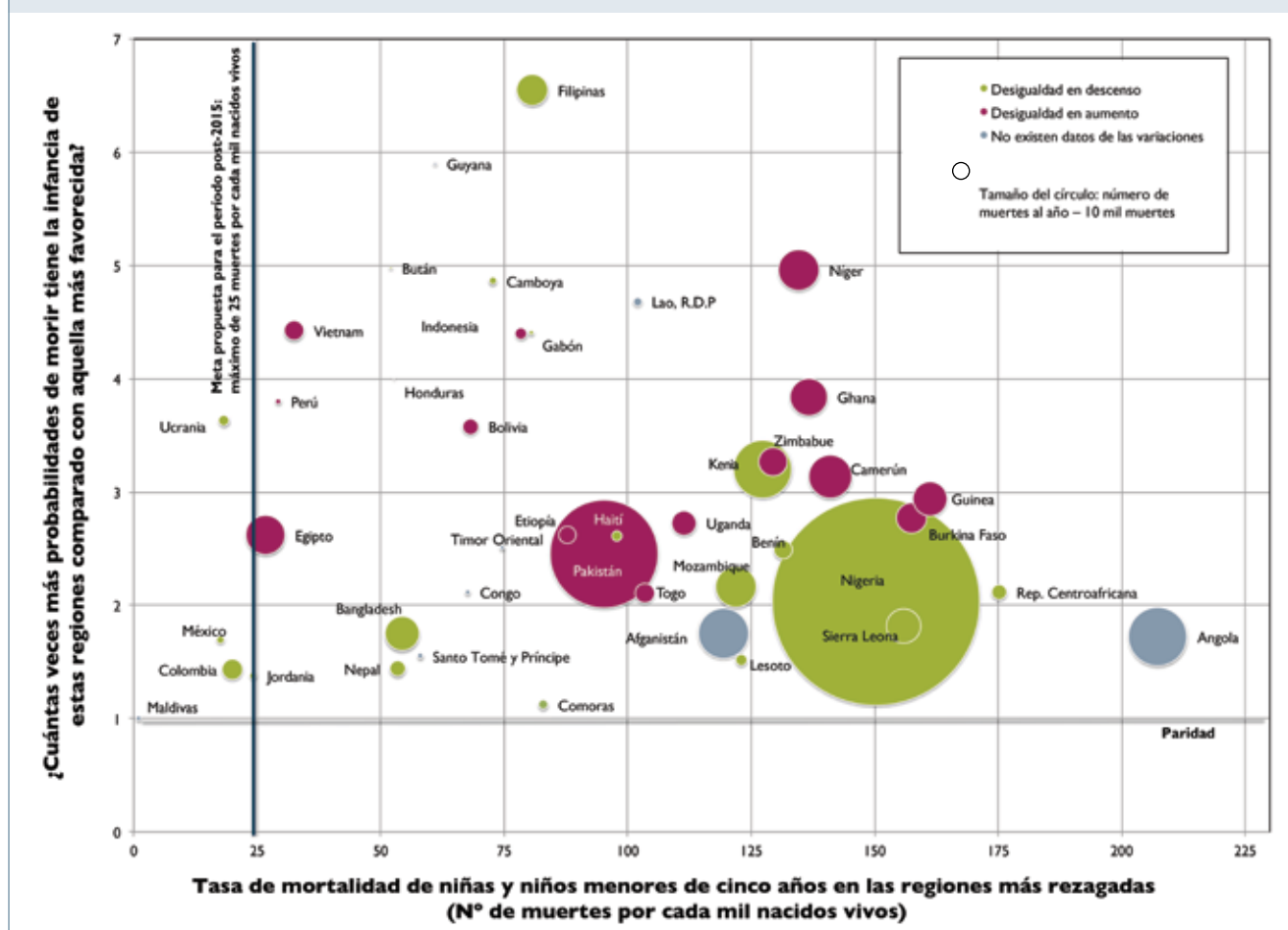


FIGURA 4: REGIONES CON LAS TASAS DE MORTALIDAD DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS MÁS ALTAS EN LOS PAÍSES SELECCIONADOS



La infancia de la región más rezagada de Níger también ha sido postergada en la escena mundial. Se calcula que la tasa de mortalidad infantil en Tillabéri, por ejemplo, es de 135 muertes por cada mil nacidos vivos, bastante superior al límite de 100 por cada mil nacidos vivos a partir del cual el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas clasifica la mortalidad de “muy alta”. Entre los demás países con regiones subnacionales que están siendo postergadas –tanto dentro del país como en la escena mundial– se incluyen países de ingresos bajos, como Zimbabue, Guinea y Burkina Faso, así como países de ingresos medianos bajos, como Ghana y Camerún. En otros países, las disparidades entre las regiones subnacionales no son tan grandes, pero las tasas de mortalidad infantil son extremadamente altas en cada grupo. Angola es un ejemplo destacable. Aunque las disparidades regionales son relativamente pequeñas, la infancia de la región más rezagada tiene las probabilidades más altas de morir comparado con la infancia de cualquier otro país: aproximadamente 207 niñas y niños mueren por cada mil nacidos vivos. Esta infancia es la que se encuentra más rezagada de todos los países de la presente muestra.

La Figura 4 también demuestra que las cifras absolutas son importantes. En algunas de las regiones más rezagadas del mundo vive un alto porcentaje de

población y, por lo tanto, la cifra de muertes infantiles en términos absolutos es alarmantemente alta. Esto se representa por medio del tamaño de la burbuja en el gráfico de la Figura 4. En la región más rezagada de Nigeria, la del noroeste, aparte de que la infancia tiene el doble de probabilidades de morir que sus pares de la región con mejores resultados, nacen más de 2,7 millones de bebés al año, de los cuales es probable que más de 400 mil mueran antes de cumplir los cinco años. Sin embargo, esta región al menos está alcanzando a la región con mejores resultados. El panorama es menos positivo en Pakistán, donde en la región más rezagada, Sind, no solo se produce un alto número de muertes en términos absolutos, sino que además, los avances en la reducción de las tasas de mortalidad infantil son más lentos que los que se logran en la región con mejores resultados, Islamabad. En Sind, nace un millón de bebés al año, de los cuales más de 95 mil mueren antes de cumplir los cinco años. Otras regiones de Pakistán, incluidas Beluchistán y Punjab, también tienen tasas de mortalidad infantil sumamente altas y las cifras de muertes en términos absolutos son altas.²⁶

Este análisis no implica que sea menos urgente abordar las desigualdades en las regiones con altas tasas de mortalidad infantil pero con cifras absolutas más bajas de niñas y niños, como es el caso de la región de Mboum

de República Centroafricana, o la región de Khmu, de Laos. En todas las regiones, independientemente de que el tamaño de su población infantil sea pequeño, deben tomarse medidas para acabar con las muertes prevenibles, dando prioridad a la infancia que se encuentra más rezagada. No obstante, el análisis ofrece una perspectiva de la magnitud del desafío en los diversos países, que es necesario considerar en la toma de decisiones respecto a la manera en que deben distribuirse los recursos internacionales.

Los países de ingresos medianos no siempre aprovechan de forma eficaz los frutos del aumento del crecimiento económico en beneficio de la infancia que se encuentra más rezagada. La muestra de la presente investigación consiste en dos grupos con una proporción más o menos pareja de países de ingresos bajos y países de ingresos medianos. Sin embargo, este último grupo incluye 12 de los 15 países con los niveles más altos de desigualdad regional, como Guyana, Bután, Vietnam e Indonesia. Estos países probablemente tienen un mayor potencial que otros incluidos en la muestra de mejorar la igualdad de oportunidades en la vida para la infancia, con más recursos para invertir en salud infantil. Las tasas de mortalidad infantil en las regiones más rezagadas de estos países son relativamente más bajas que en la mayoría de los países de la muestra. Sin embargo, en todos excepto cuatro de los países (Vietnam, Perú, Ucrania y Maldivas), las tasas de mortalidad continúan siendo superiores al límite de 40 muertes por cada mil nacidos vivos a partir del cual, el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas clasifica la mortalidad de “alta”. De los doce países, nueve cuentan con suficientes datos para evaluar las tendencias en el tiempo. Siete de estos países han sufrido un aumento de las desigualdades regionales: Filipinas, Vietnam, Gabón, Honduras, Ghana, Perú y Bolivia.²⁷ Las desigualdades de estos países son altas y persistentes,

probablemente debido a problemas sistémicos, que impiden que las tasas de mortalidad infantil disminuyan en algunas regiones desfavorecidas, como ha ocurrido en otras regiones.

EFECTO COMBINADO DE LAS DESIGUALDADES INTERRELACIONADAS

Lógicamente, la realidad es que estas diferentes formas de desigualdad con frecuencia están estrechamente relacionadas unas a otras. Por ejemplo, los grupos étnicos en algunos países de África Subsahariana tienen una distribución geográfica particular. En este tipo de contextos, el progreso geográfico desigual también podría, en consecuencia, reflejarse en el progreso desigual entre los diversos grupos étnicos. En algunos casos, es posible que las regiones geográficas o ciudades sean heterogéneas, con focos de pobreza junto a una riqueza relativa. En otros, es probable que exista una mayor homogeneidad entre ciertas regiones o centros rurales. Estas dinámicas son importantes, pero existe escasez de datos comparables a escala internacional lo suficientemente desglosados para analizarlas. Se trata de un área con importantes desafíos metodológicos y requiere mejorar la disponibilidad de datos desglosados (ver Cuadro 2).

Los diferentes tipos de desventajas a menudo también coinciden parcialmente o se interrelacionan entre ellos.²⁸ La infancia que tiene más de un tipo de desventaja posiblemente tendrá el nivel más bajo de probabilidades de supervivencia. Por ejemplo, es probable que el riesgo que tienen las niñas y los niños que viven en hogares pobres de regiones remotas sea mayor que el que tienen aquellos que viven en hogares más acomodados de zonas más favorecidas. El Cuadro 2 ilustra estas desigualdades interrelacionadas en el caso de Nigeria.



Foto: Alejandro Kirchuk/Sve the Children

Raida lleva en sus brazos a su hija Evelyn, de ocho meses de edad, en Sotopampa, zona rural de Perú. Evelyn se encuentra en período de recuperación de una pulmonía. Debido a que no existen establecimientos donde pueda recibir tratamiento en su distrito, Raida tuvo que llevarla al hospital de Huancavélica, la capital de la región.

CUADRO 2: DESIGUALDADES INTERRELACIONADAS ENTRE EL GRUPO ECONÓMICO Y LA REGIÓN EN NIGERIA

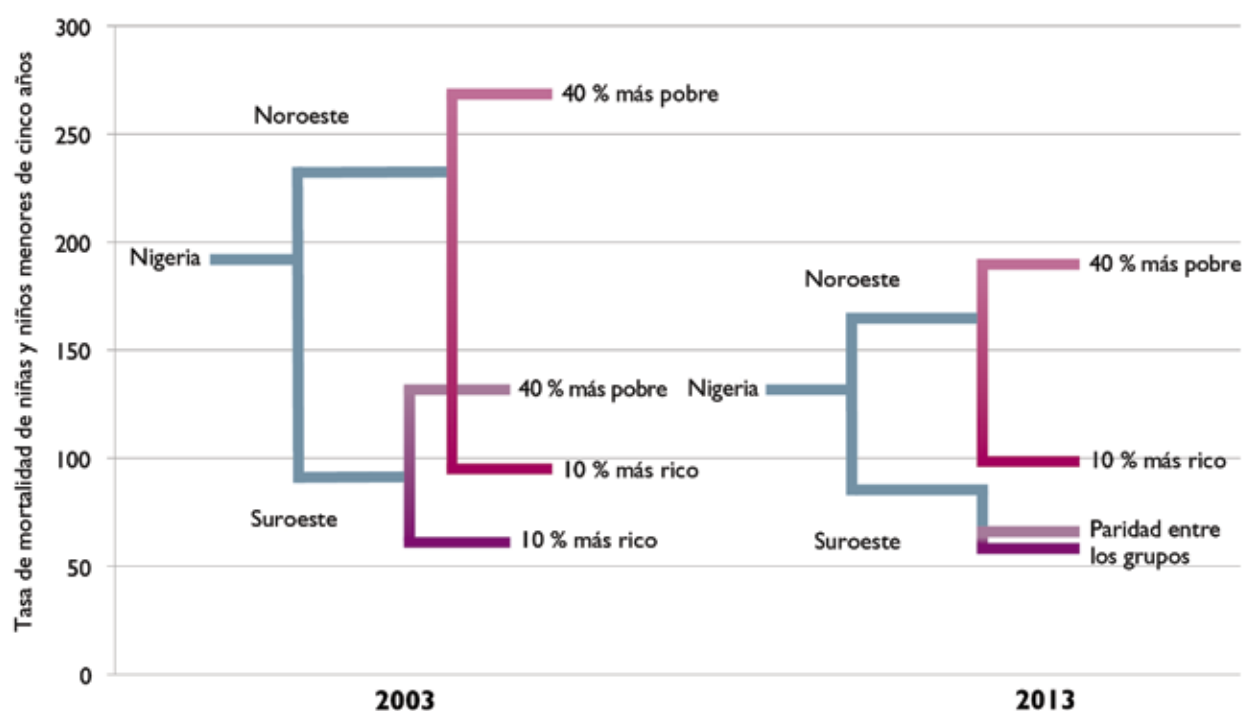
El efecto combinado de las desigualdades interrelacionadas se ilustra para el caso de Nigeria en la Figura 5, a continuación. En 2013, la tasa de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años de Nigeria fue de 117 muertes por cada mil nacidos vivos pero, como indica el gráfico, esta media nacional encubre amplias disparidades. De las seis zonas o regiones geográficas que cubre la Encuesta Demográfica y de Salud en la que se basa nuestro análisis, la mortalidad infantil de la región del suroeste es la más baja, con una tasa de 73 muertes por cada mil nacidos vivos. En esta región es donde se ubica Lagos, la ciudad más grande de Nigeria. La región más desfavorecida es el noroeste, con una tasa de mortalidad de 150 muertes por cada mil nacidos vivos.

Para analizar el efecto combinado del grupo económico y la región, la Figura 5 representa la tasa de mortalidad infantil para el 40 % más pobre y el 10 % más rico dentro de cada región. Los bebés nacidos en un hogar perteneciente al 40 % más pobre de la región del noroeste tienen 3,6 veces más probabilidades de morir antes de cumplir los cinco años que los bebés que nacen en hogares pobres de la región del suroeste. Incluso los bebés nacidos en los hogares pertenecientes al 10 % más rico en la región del noroeste tienen 1,8 veces más probabilidades de morir, comparado con aquellos que nacen en la región con los mejores resultados del suroeste.

En comparación con el año 2003, las desigualdades entre los grupos más desfavorecidos y los más favorecidos han disminuido, como resultado de los avances relativamente importantes que ha logrado el 40 % más pobre. Esto ocurre, en particular, en la región más favorecida, donde incluso el 40 % más pobre logró alcanzar al 10 % más rico. A pesar de estos avances, los niveles de desigualdad y las tasas de mortalidad infantil permanecen muy altos. La tasa de mortalidad del 40 % más pobre del noroeste continúa siendo muy alta: 175 muertes por cada mil nacidos vivos.

Es importante analizar estas interrelaciones con el fin de entender las características de las desigualdades en un país. Este ejemplo indica la manera en que las medias regionales podrían encubrir grandes desigualdades. El análisis de las desigualdades interrelacionadas en el marco de la mortalidad infantil es complejo desde el punto de vista metodológico, debido al tamaño de las muestras de las encuestas en hogares. Incluso cuando las muestras son amplias, su tamaño se reduce rápidamente cuando se desglosan en función de subgrupos. En consecuencia, los cálculos son poco exactos desde el punto de vista de la precisión estadística, y es difícil clasificar los grupos y hacer comparaciones en el tiempo.²⁹

Figura 5: Desigualdades interrelacionadas en Nigeria



CONSTRUIR SOCIEDADES IGUALITARIAS PARA ASEGURAR FUTUROS MÁS PROMETEDORES

Debido a una amplia gama de razones prácticas y culturales, en Pakistán, alrededor de un tercio de las niñas no van a la escuela primaria y el 59 % de las madres son analfabetas. Las hijas y los hijos de madres con menos de cuatro años de escolaridad tienen el doble de probabilidades de morir durante sus primeros años de vida. En Pakistán, las hijas y los hijos de las madres que no se han educado tienen muchas más probabilidades de sufrir retraso del crecimiento que aquellos de madres que han ido a la escuela. Además, a pesar de que los beneficios de la lactancia materna exclusiva son indudables—incluido un menor riesgo de mortalidad infantil—, dos tercios de las madres pakistaníes no amamantan a sus bebés de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida.

Las personas mayores, especialmente en el norte de Sind, Beluchistán y el sur de Punjab, ejercen influencia en las prácticas de alimentación de lactantes, niñas y niños. Quienes tienen menos poder de decisión son las mismas madres.

Save the Children organiza sesiones dirigidas a crear conciencia, que ayudan a empoderar a las mujeres y mejorar la salud de sus hijas e hijos, así como la de ellas mismas. También nos dirigimos a los hombres para lograr involucrar a los padres e informarles respecto a sus funciones y responsabilidades en la lucha contra la malnutrición infantil y materna.

Iffat, con su hijo más pequeño, Ahmad. Iffat tenía 15 años cuando se casó en Muzzafargarh, Pakistán. Ahora tiene 19 años y tienen tres hijos.

3 TENDENCIAS MUNDIALES

UN PROGRESO MÁS JUSTO ES POSIBLE Y, A MENUDO, MÁS RÁPIDO

Hasta el momento, nuestro análisis ha examinado la magnitud de las desigualdades que se ocultan tras las tasas medias mundiales y nacionales de mortalidad infantil. Pero ¿cómo han cambiado estas desigualdades en el tiempo? Aunque indudablemente es bastante preocupante que ciertos países tengan niveles sumamente altos de desigualdad, es mucho más preocupante si, además, estas desigualdades aumentan en lugar de disminuir. Es en estos países donde el progreso nacional y mundial está postergando a la infancia.

En este capítulo, se analiza el número de países que han seguido caminos equitativos para asegurar que los grupos desfavorecidos alcancen a aquellos más adelantados, así como el número de países que están dejando en el olvido a grupos de niñas y niños (ver Cuadro 3).³⁰ Con frecuencia se ha supuesto que probablemente el progreso general acelerado es desigual debido a que llegar a “quienes resulta más difícil alcanzar” representa un mayor desafío. Sin embargo, nuestra investigación sugiere que esto no necesariamente es así. De hecho, es posible que sea al contrario: nuestros datos demuestran que los países que siguen caminos más equitativos tienen un 6 % más de probabilidades de lograr un progreso general más rápido.



Solanji, con su hija de tres semanas de vida, Luisa, en el barrio de Puertas del Sol de Tumaco, Colombia.

CUADRO 3: ¿CÓMO SON LOS CAMINOS EQUITATIVOS PARA REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL?

En el presente informe, nos referimos a los países que están reduciendo las desigualdades en las tasas de mortalidad infantil entre los distintos grupos de la infancia como países que siguen caminos equitativos. ¿Qué queremos decir con caminos equitativos? A modo de ilustración, la Figura 6, a continuación, muestra los cambios en la mortalidad infantil en el tiempo entre los grupos más pobres y más ricos en Mozambique, ejemplo de país que sigue un camino equitativo.

En Mozambique, la brecha absoluta entre la infancia más pobre y la más rica se encuentra en descenso. En 1997, un número adicional de unos 118 niños y niñas en situación de pobreza moría por cada mil nacidos vivos, comparado con la infancia más rica. En 2011, esta diferencia había disminuido a 34 niñas y niños por cada mil nacidos vivos. Esta reducción de la diferencia constituye un avance (en el gráfico, esta diferencia se representa con una reducción de la distancia entre la línea verde y la línea azul). No obstante, el objetivo último es igualar progresivamente las probabilidades relativas de supervivencia entre los grupos (en el gráfico, esto significa lograr un descenso más pronunciado de

la línea azul para que converja con la línea verde). Mozambique también es un ejemplo positivo al respecto. En 1997, una niña o un niño del quintil más pobre tenía casi el doble de probabilidades de morir que una niña o un niño del quintil más rico. En 2011, estas diferencias habían disminuido a 1,4. Un país sigue un camino equitativo si está reduciendo tanto la brecha absoluta entre los grupos como las desigualdades en las probabilidades relativas de supervivencia entre ellos.³¹

Aunque a Mozambique aún le queda mucho por hacer para erradicar las muertes infantiles prevenibles, sigue un camino equitativo en la reducción de la mortalidad infantil en términos de avances para la infancia de los grupos más pobres y los más ricos. Estas tendencias han sido impulsadas por una ampliación de los servicios básicos de salud en las zonas con poca cobertura. Los factores que han favorecido esta ampliación de servicios han sido el aumento de la demanda como resultado de las iniciativas de educación y de divulgación, y una política de salud completa y con suficiente financiamiento que ha dado prioridad a la salud materna e infantil y a la lucha contra el VIH y el sida.³²

Figura 6: Tendencias en las tasas de mortalidad infantil en Mozambique (ejemplo de un país que ha adoptado un camino equitativo)

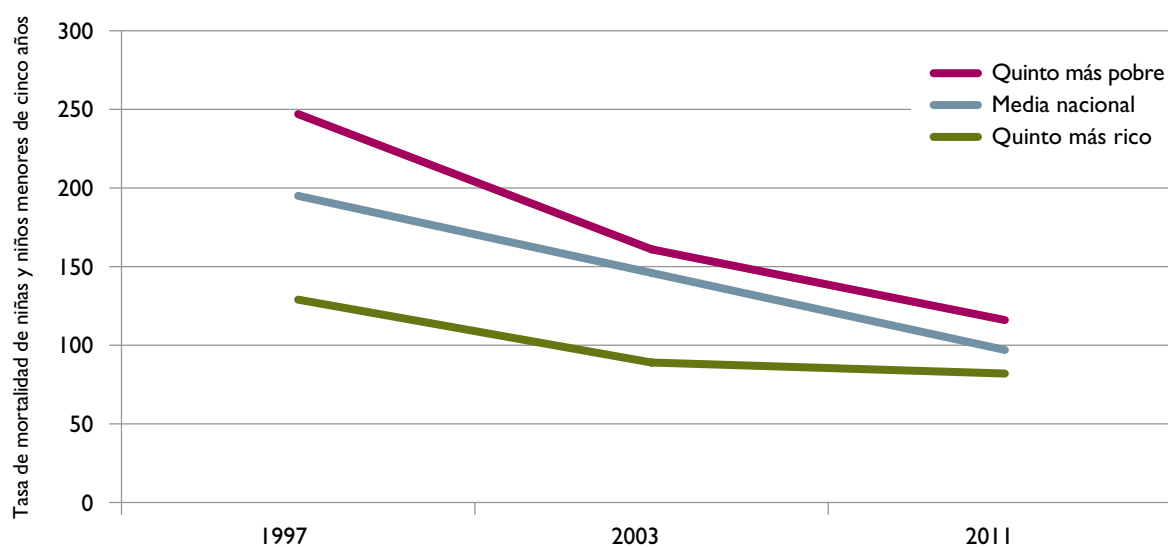
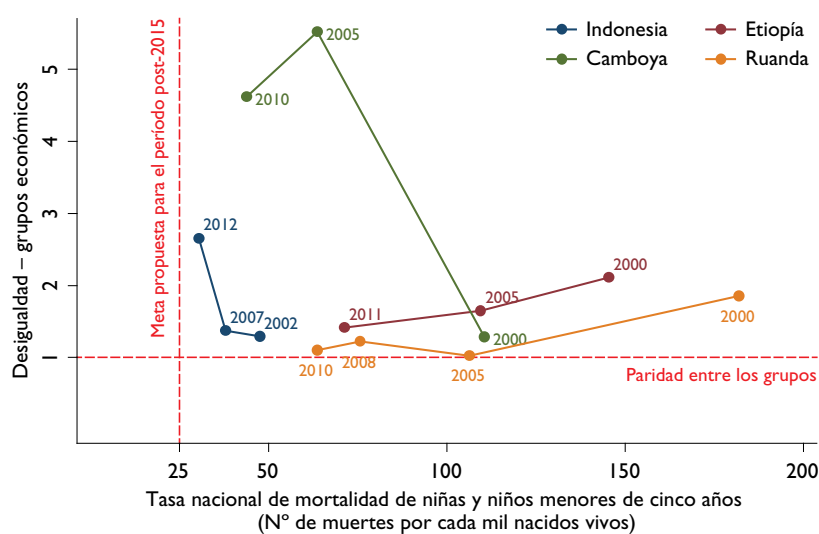
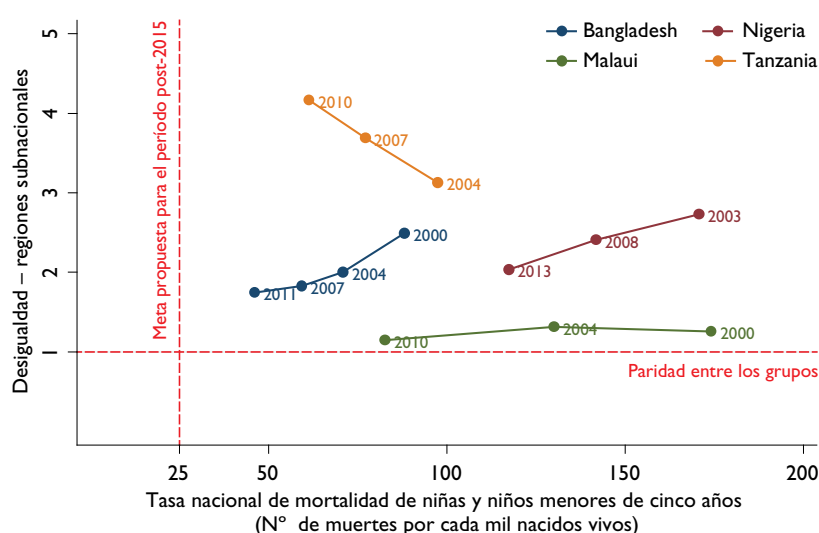


FIGURA 7: REPRESENTACIÓN DEL PROGRESO RÁPIDO Y LENTO EN LA REDUCCIÓN DE LA DESIGUALDAD ENTRE LOS GRUPOS ECONÓMICOS



Camboya e Indonesia son ejemplos de países que han logrado un progreso acelerado pero desigual entre los grupos económicos, y la infancia en la mayor situación de pobreza ha sido postergada. Etiopía ha seguido un camino más equitativo en la reducción de la mortalidad infantil, logrando reducir a la mitad las tasas de mortalidad infantil al tiempo que ha conseguido las mejoras más rápidas para la infancia en la mayor situación de pobreza. La experiencia de Ruanda es incluso más positiva: este país ha logrado unos índices de reducción de mortalidad infantil sumamente rápidos, al tiempo que ha eliminado prácticamente las disparidades en las probabilidades de supervivencia entre los sectores pobres y los sectores ricos de la infancia.

FIGURA 8: REPRESENTACIÓN DEL PROGRESO RÁPIDO Y LENTO EN LA REDUCCIÓN DE LA DESIGUALDAD ENTRE LAS REGIONES SUBNACIONALES



A comienzos de la primera década de este siglo, Tanzania y Bangladesh redujeron las tasas de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años. Ambos países lograron avances durante el resto de la década, aunque siguieron caminos muy diferentes en sus esfuerzos para reducir la mortalidad infantil. Durante ese período las desigualdades regionales se incrementaron en Tanzania y descendieron en Bangladesh. El gráfico también destaca el progreso obtenido en Nigeria, donde las disparidades regionales disminuyeron, y en Malawi, donde permanecieron bajas.

Nota: los datos de Nigeria corresponden a seis zonas geográficas en lugar de estados. Se trata de extensas zonas geográficas conformadas por un gran número de estados, entre los cuales también existen disparidades.

ANÁLISIS DE LAS TENDENCIAS MUNDIALES Y LAS DESIGUALDADES EN LA SUPERVIVENCIA INFANTIL

Nuestro análisis revela que **demasiados países dejan a grupos específicos de niñas y niños en el olvido, incluida la infancia de grupos económicos desfavorecidos, ciertos grupos étnicos, zonas rurales o regiones subnacionales concretas.** El 78 % de los países incluidos en el análisis (43 de 55) experimentaron un aumento de las disparidades en las tasas de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años en al menos uno de estos grupos sociales o económicos durante la década pasada.³³ En el 16 % de los países (9 de 55), las desigualdades en las probabilidades de supervivencia entre la infancia favorecida y la infancia desfavorecida han aumentado entre todos los grupos socioeconómicos analizados. Entre estos países, se cuentan Bolivia, Camerún, República Centroafricana, Chad, Irak, Níger, Pakistán, Filipinas y Togo.³⁴

Las tendencias mencionadas se ilustran en los cuatro gráficos de las figuras 9 a la 12, en la pág. 19. Estos gráficos representan los países en los que ha aumentado la desigualdad de las tasas de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años durante la década pasada, e indican si los avances generales logrados por ellos han sido relativamente más rápidos o más lentos.³⁵

La posición ideal de los países en ambos gráficos es el cuadrante superior derecho, lo más cerca posible del ángulo superior derecho. Se trata de países que han logrado reducciones rápidas y superiores a la media en las tasas de mortalidad infantil, y al mismo tiempo han reducido las desigualdades entre los grupos. En otras palabras, siguen caminos rápidos y equitativos hacia el fin de las muertes infantiles prevenibles. Ruanda (RWA)

y Malawi (MWI) son dos de los países incluidos en el gráfico que están logrando estos avances positivos en todos los grupos económicos, regiones geográficas y zonas urbanas y rurales.³⁶ Por ejemplo, en Malawi en el año 2000, la infancia de las zonas rurales tenía una vez y media más probabilidades de morir que la infancia de las zonas urbanas. Estas disparidades se redujeron en 2010 hasta que se logró la paridad debido a que las regiones rurales mejoraron rápidamente y alcanzaron a las zonas urbanas (ver Perfil destacado de Malawi, en la pág. 20). Bangladesh, Kenia, Mozambique y Namibia constituyen otros ejemplos positivos.³⁷

Por otro lado, la peor posición para un país en los gráficos de las Figuras 9 a la 12 es el cuadrante inferior izquierdo, que representa los países que hacen un progreso lento y desigual en la reducción de la mortalidad infantil. Pakistán es un ejemplo: aparte de que la reducción de la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años fue lenta entre 2006 y 2012, las desigualdades aumentaron entre los grupos económicos, las regiones geográficas y las zonas urbanas y rurales.³⁸ En 2006, la infancia perteneciente al 40 % más pobre tenía aproximadamente el doble de probabilidades de morir que aquella del 10 % más rico. Para el año 2012, esta proporción había aumentado a más de tres veces, principalmente debido a que el progreso del 40 % más pobre fue mucho más lento que el del 10 % más rico.

Lógicamente, las tendencias en las desigualdades entre los diversos grupos de un mismo país pueden variar: un país puede reducir las desigualdades entre unos grupos al tiempo que puede aumentarlas entre otros. Es el caso de Congo, donde las disparidades entre las regiones aumentaron ligeramente, pero las brechas se redujeron entre la infancia de los distintos grupos económicos y entre la infancia de zonas urbanas y la de zonas rurales.



Claire Musamali, enfermera y matrona, lleva a cabo un control posnatal a Emily y su hijo Ramsey en el hogar de la familia, ubicado en Cheptais, Kenia. Debido a que Emily había dado a luz hacía solo cuatro días, no se encontraba en condiciones de acudir al centro de salud para el control, de modo que Claire se trasladó al domicilio familiar. “Es muy importante que en esta zona se cuente con personal de partería capacitado”, afirma Claire. “Si no estuviéramos aquí, se producirían muchas muertes maternas. Estamos haciendo una gran contribución a la comunidad.”

PERFIL DESTACADO DE MALAUI

VISIÓN GENERAL DEL PROGRESO

Malawi ha logrado reducciones considerables en las tasas de mortalidad infantil durante los últimos años: de 244 muertes por cada mil nacidos vivos en 1990 a 68 muertes por cada mil nacidos vivos en 2013. Este avance ha sido más equitativo que en otros países con niveles similares de PBI per cápita y de mortalidad infantil. Las desigualdades han descendido entre las regiones y los grupos económicos. No obstante, si Malawi se propone cumplir la meta post-2015 para el año 2030 para todos los grupos económicos, deberá lograr más avances en la reducción de las desigualdades. En términos de prestación de servicios, de una lista de 31 países monitoreados por la iniciativa Cuenta Regresiva para el 2015 y de los cuales se cuenta con datos, Malawi se clasifica en tercer lugar en cuanto a igualdad en la cobertura de ocho intervenciones básicas de servicios maternos, neonatales y salud infantil entre los diversos grupos económicos. La cobertura de la vacuna DTP3 aumentó del 78 % dentro del quintil más pobre en el año 2000 al 91 % en 2010, comparado con la cobertura del 94 % en el quintil más rico. El sector más pobre de la población se encuentra más rezagado en el marco de otros indicadores clave. Solo el 63 % de los nacimientos en el quintil más pobre ocurren con el apoyo de personal capacitado en asistencia de partos, comparado con el 88 % en el quintil más rico. No obstante, la brecha en la equidad se ha reducido desde el año 2000 y actualmente es considerablemente inferior a la de muchos países en desarrollo.

RESULTADOS

LOS ODM

Tasa de mortalidad infantil: 68 por cada mil
 Meta del ODM: 82 por cada mil – **CUMPLIDA**
 Número de muertes infantiles por año: 41 000
 Índice anual medio de reducción (2000-2013): 5,6 % – **EN AUMENTO**

Equidad en el progreso (2001-2010):

- Grupos económicos: **desigualdad en descenso**
- Regiones: **desigualdad en descenso**
- Zonas urbanas/zonas rurales: **desigualdad en descenso inequity**

POST-2015

En condiciones de cumplir la meta post-2015 a nivel nacional: **sí**

En condiciones a nivel de todos los grupos: **no**

- Grupos económicos: **no, pero con posibilidades de lograrlo**
- Regiones: **sí**
- Zonas rurales/zonas urbanas: **sí**

Figura 13: Tendencias en la cobertura de las intervenciones

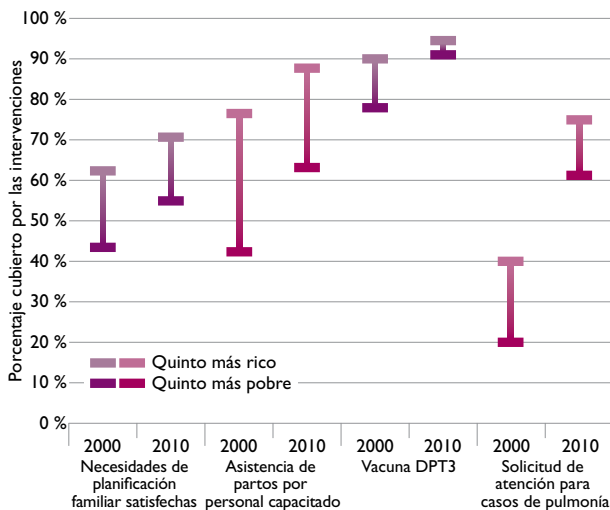
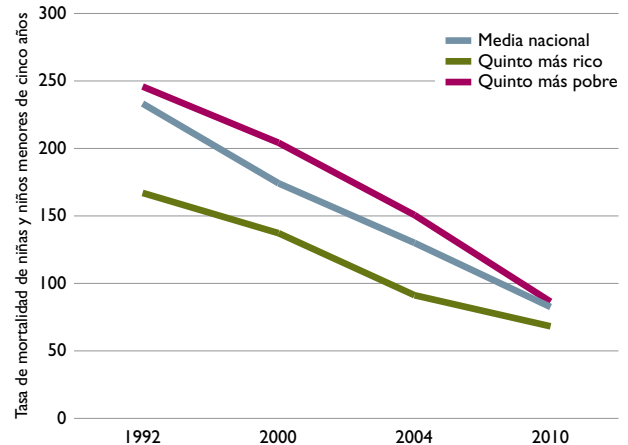


Figura 14: Tendencias en la tasa de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años



Política destacada: inversión en las comunidades de difícil acceso

El Ministerio de Salud de Malawi ha dado prioridad al programa de gestión integrada de casos en la comunidad de enfermedades infantiles, con el fin de asegurar que las niñas y los niños que padezcan de malaria, diarrea, pulmonía, malnutrición u otras causas de mortalidad reciban un tratamiento oportuno y eficaz. El programa, iniciado en 2008 y ampliado en 2010 en todo el país con el respaldo de donantes, se ha diseñado para asegurar que las niñas y los niños en situación de pobreza y de zonas remotas tengan acceso a las intervenciones. Más de tres mil trabajadores comunitarios de la salud implementan el programa en más de 10 400 comunidades, 2 300 de las cuales se clasifican como de difícil acceso (es decir, ubicadas a más de cinco kilómetros de un servicio de salud).

Malawi es uno de los pocos países de África Subsahariana que han cumplido (e incluso superado) la meta de Abuja de invertir como mínimo el 15 % del total del presupuesto gubernamental en salud, con una inversión del 18 % de los gastos en el sector en 2012. La ausencia del cobro de tarifas para usuarios ha contribuido a lograr un nivel de desembolsos personales en salud del 13 % del total de gastos en salud, porcentaje bastante inferior a la media. Fortalecer el acceso gratuito y oportuno a los servicios básicos será crucial para que Malawi pueda eliminar las muertes infantiles prevenibles dentro de los próximos quince años.

Impulsores complementarios del cambio

• **Énfasis en la equidad dentro del Plan Estratégico del Sector de la Salud.** El plan para 2011, Avance Hacia la Equidad y la Calidad, da prioridad a las intervenciones rentables y la ampliación de los servicios a los grupos de la población con poca cobertura.

Desafíos

- **Gobernanza y rendición de cuentas:** en 2013, la corrupción y la mala gestión de los recursos financieros llevó a varios donantes a retirar el respaldo al presupuesto de Malawi. Aún no se ha restablecido la confianza de los donantes en la gestión financiera estatal y el financiamiento del sector de la salud no es suficiente.
- **Calidad de servicios:** a pesar de que durante los últimos años se ha logrado un considerable progreso, la calidad de la atención continúa siendo un problema importante, particularmente para los servicios maternos y neonatales.

Ver Apéndice 3, donde se incluye una orientación sobre cómo interpretar datos, y la sección Referencias, donde se incluyen las fuentes utilizadas en el análisis de políticas.

RAZONES PARA EL OPTIMISMO: EL PROGRESO ACELERADO Y EQUITATIVO ES POSIBLE

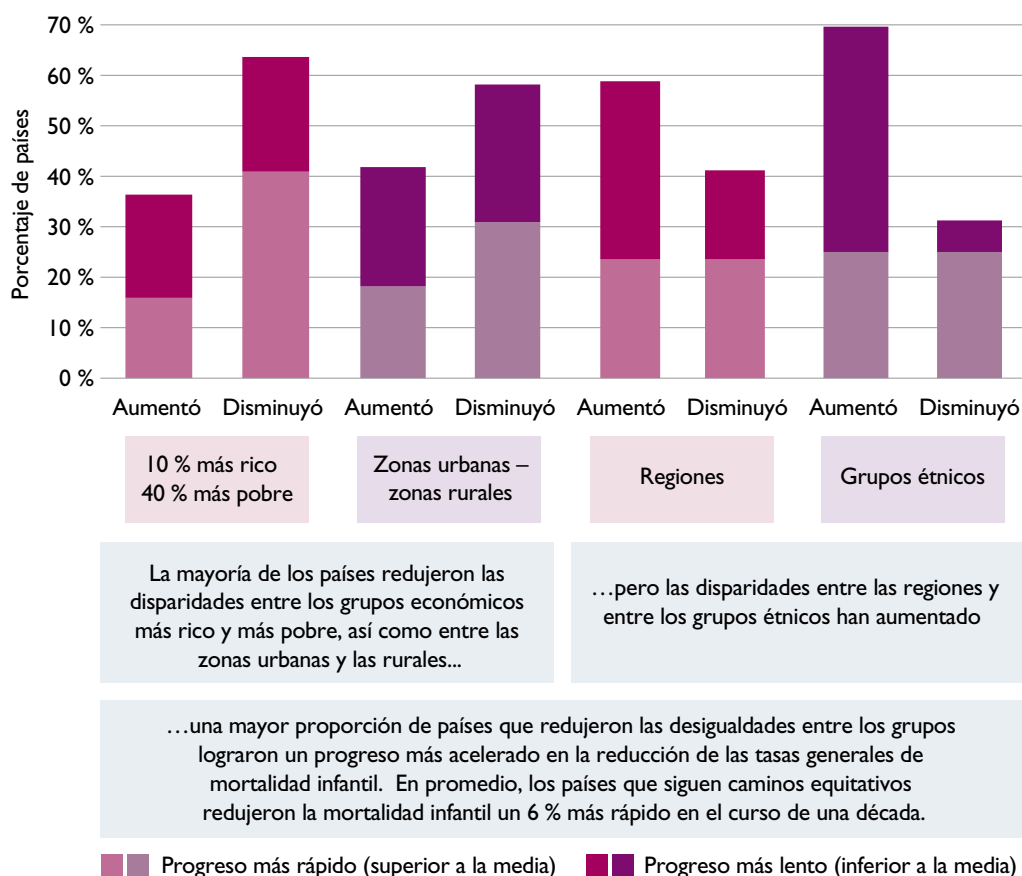
Aunque durante los últimos años muchos países han tenido un progreso no equitativo, varios están logrando considerables reducciones en las tasas de mortalidad infantil nacionales y en las disparidades entre los grupos socioeconómicos. **Alrededor de un quinto de los países lograron reducciones rápidas y superiores a la media en la mortalidad infantil durante la década pasada, al tiempo que se han asegurado de no dejar en el olvido a ningún grupo de niños y niñas.** Indudablemente, con políticas adecuadas y suficiente inversión, el progreso acelerado y equitativo es posible.

Contrario a la creencia popular respecto a que reducir las desigualdades en las tasas de mortalidad infantil entre los distintos grupos probablemente ralentizará las tasas generales de variación, nuestro análisis demuestra que el seguir caminos equitativos no va en detrimento del progreso acelerado. Un progreso acelerado o lento puede lograrse ya sea con un aumento o con un descenso de las disparidades entre los diversos grupos socioeconómicos. La distribución de los puntos de datos es bastante pareja en los cuatro cuadrantes de los gráficos en las Figuras 9 a la 12. Por ejemplo, tanto Malawi (2000-2010) como Uganda (2000-2011) han tenido un

progreso más rápido que la media. No obstante, aunque Malawi ha logrado disminuir las disparidades entre los grupos favorecidos y los grupos desfavorecidos, en Uganda las desigualdades han aumentado.³⁹

De hecho, si existe una relación entre la velocidad y la equidad del progreso, es que **un progreso más rápido es más común entre los países que han reducido la diferencia entre las tasas de mortalidad infantil de los grupos favorecidos y los grupos desfavorecidos** (ver Figura 15). Más de la mitad de los países que redujeron las desigualdades en las probabilidades de supervivencia infantil entre los diversos grupos, también se beneficiaron de rápidos índices de descenso (superiores a la media) en la mortalidad infantil. Concluimos que reducir las desigualdades entre los diversos grupos socioeconómicos tiene una correlación pequeña pero positiva con el progreso más rápido.⁴⁰ Por ejemplo, los países que redujeron las desigualdades regionales lograron un índice de reducción medio anual de la mortalidad infantil del 4,7 %, comparado con el 4 % en los países en los que las regiones desfavorecidas habían sido postergadas. El efecto de la reducción de las desigualdades en los índices generales de progreso es similar para los grupos económicos y rurales, y ligeramente superior para los grupos étnicos (además, resiste una serie de opciones metodológicas, como se demuestra en el Apéndice 1).⁴¹

FIGURA 15: RESUMEN DEL PROGRESO EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y LAS DESIGUALDADES



¿Qué significa esta relación positiva a largo plazo? Los países que reducen las desigualdades entre los distintos grupos de niñas y niños se han beneficiado de una reducción media de las tasas de mortalidad infantil nacionales de entre un 38 % y un 48 % en el curso de una década. En los países en los que las desigualdades se encuentran en aumento y algunos grupos de niñas y niños están quedando en el olvido, el descenso medio de las tasas de mortalidad infantil ha sido de solo entre un 30 % y un 35 %. **En otras palabras, los países que siguen caminos equitativos han reducido la mortalidad infantil un 6 % más rápido como promedio en el curso de una década.**⁴²

Una nueva razón para el optimismo surge con nuestra conclusión respecto a que las disparidades entre los sectores ricos y los sectores pobres de la infancia se han reducido en la mayoría de los países (el 64 %), así como entre la infancia de zonas urbanas y de zonas rurales (en el 58 %).⁴³ No obstante, las niñas y los niños de las regiones geográficas desfavorecidas y de los grupos étnicos fueron postergados en la mayoría de los países. Las disparidades regionales a nivel subnacional aumentaron en el 59 % de los países de los cuales se dispone de datos, y las disparidades entre los grupos étnicos aumentaron en el 76 %.⁴⁴ En la mayoría de los países, las probabilidades de supervivencia de la infancia dependen cada vez más de la región y del grupo étnico en que les tocó nacer. Lo anterior nos indica que estas formas de desigualdad según el grupo al que se pertenece requiere especial atención.



Naazdana, de tres meses de edad, espera con su padre para recibir la primera dosis de la vacuna contra el sarampión y la poliomielitis en Pakistán.

SI NO DAMOS UN GRAN PASO ADELANTE, LA INJUSTA LOTERÍA DEL NACIMIENTO SE PERPETUARÁ EN EL TIEMPO

El hecho de que solo una proporción relativamente pequeña de países —alrededor de una quinta parte— están consiguiendo avances rápidos y al mismo tiempo equitativos tiene graves consecuencias para la aspiración mundial de acabar con las muertes prevenibles. Para averiguar cómo podrían ser en la práctica las tendencias del futuro, proyectamos hasta 2030 las tasas de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años para los países monitoreados por la iniciativa Cuenta Regresiva a 2015. Se trata de 75 países donde se producen más del 95 % de todas las muertes maternas e infantiles, incluidos los 49 países con el nivel más bajo de ingresos.⁴⁵

El propósito de estas proyecciones fue evaluar el número de países, así como de grupos socioeconómicos dentro de ellos, que podrían cumplir la meta de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años que se ha propuesto para el marco post-2015: reducir las tasas de mortalidad infantil a un máximo de 25 muertes por cada mil nacidos vivos para el año 2030 (ver Cuadro 4). Nuestro marco hipotético “continuar como siempre” tiene en cuenta el número de países que cumple la meta, tanto como media nacional como para los diversos grupos socioeconómicos⁴⁶, suponiendo que el índice de avance que se ha logrado en el pasado reciente continúe en el futuro.⁴⁷

Según nuestro análisis, conforme a este marco hipotético, muchos países podrían cumplir la meta post-2015 como media nacional, pero algunos grupos socioeconómicos quedarían postergados. Si los países continúan reduciendo la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años con el índice medio que lo han hecho en el pasado, casi la mitad (el 47 %) podría cumplir la meta de un máximo de 25 muertes por cada mil nacidos vivos para el año 2030 como media nacional. Sin embargo, si investigamos en mayor profundidad, podemos comprobar que el número de países que cumplirían la meta para todos los grupos es mucho menor. Tomemos como ejemplo a Etiopía: conforme al optimista marco hipotético “continuar como siempre”, el país podría cumplir la meta a nivel nacional y lograr un importante avance en los diversos grupos socioeconómicos. No obstante, en el año 2030 las tasas de mortalidad infantil de los grupos pobres, las zonas rurales y algunas de las regiones subnacionales de Etiopía continuarán siendo superiores a 25 muertes por cada mil nacidos vivos. Lo mismo ocurriría en muchos otros países (ver la tabla en Apéndice 2). **Solo el 47 % de los países alcanzaría la meta para las zonas urbanas y rurales, el 25 % para los grupos económicos y el 14 % para las regiones del país.**⁴⁸

Lamentablemente, no se dispone de datos para todos los grupos económicos y sociales del total de los países. Solo 35 países de Cuenta Regresiva cuentan con datos ordenados por series cronológicas, desglosados en función de los tres tipos de grupos incluidos en nuestro análisis (grupo económico, zona urbana o rural y región subnacional). De estos 35 países, casi la mitad podría cumplir la meta a nivel nacional según el marco hipotético “continuar como siempre”. No obstante, se prevé que solo tres países –Bangladesh, Egipto y Perú– cumplirán la meta para los tres grupos socioeconómicos.⁴⁹

El mensaje es claro: las medias nacionales proporcionan un panorama incompleto del progreso en la reducción de la mortalidad infantil y ocultan el hecho de que algunos grupos socioeconómicos se encuentran postergados. La conclusión coincide con otra investigación que sugiere que prácticamente todos los países necesitarán acelerar mucho el progreso en lugar de “continuar como siempre” para poder cumplir las metas de supervivencia infantil propuestas para el año 2030.⁵⁰ Si los países incluidos en nuestro análisis lo lograran, asegurando que los grupos desfavorecidos consiguieran avances por lo menos tan rápidos como los obtenidos en el pasado por los grupos más favorecidos, la proporción de países que alcanzaría la meta aumentaría considerablemente (ver marco hipotético “progreso equitativo” en la tabla del Apéndice 2). Es importante destacar que **obtener un**

progreso más equitativo también significaría que un número superior de países lograría la meta como media nacional. Conforme al marco hipotético equitativo, el 80 % de los países lograrían la meta como media nacional, comparado con solo el 47 % según el marco hipotético “continuar como siempre”.

Aunque el panorama mundial supone un desafío, nuestras conclusiones no implican que deberíamos bajar el nivel de nuestras aspiraciones. Las metas post-2015 deben ser ambiciosas, aspirar muy alto y ser alcanzables, y replantear lo que entendemos por un verdadero desarrollo sostenible. Lo que nuestra investigación pone de relieve es que para lograr la meta de mortalidad infantil para todos los grupos de la infancia, será crucial un progreso más acelerado y más equitativo. Sabemos que esta meta es posible, como lo demuestra nuestra conclusión de que un quinto de los países que analizamos están obteniendo un progreso acelerado y equitativo. Para que esto sea una realidad en todos los países, y no solo en una minoría, los gobiernos deberán comprometer un grado de voluntad política sin precedentes. Con este fin, será necesario que avancen sobre la base de las mejores prácticas, dar prioridad a la infancia que se encuentra más postergada y reconocer la mortalidad infantil como un indicador de desarrollo decisivo para nuestra generación. Solo así tendremos la posibilidad de asegurar que para el año 2030 ningún niño ni ninguna niña pierda en la lotería del nacimiento.

CUADRO 4: LA META POST-2015 QUE SE PROPONE EN MATERIA DE MORTALIDAD DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS: MÁXIMO DE 25 MUERTES POR CADA MIL NACIDOS VIVOS

Existe cada vez más consenso con relación a que el marco post-2015 debe incluir la meta de situar al mundo en el camino hacia el fin de las muertes maternas, neonatales e infantiles por causas prevenibles.⁵¹ La Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño (PMNCH, por sus siglas en inglés)⁵² y Unicef han propuesto una meta de reducir **la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años a un máximo de 25 muertes por cada mil nacidos vivos en todos los países para el año 2030.**⁵³ Lograr esta meta dentro de dicho plazo permitiría a los países cumplir la meta establecida a nivel internacional, y propuesta por Unicef y otros aliados, de reducir las tasas de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años a 20 muertes por cada mil nacidos vivos para el año 2035.⁵⁴

Algunos países de Cuenta Regresiva que aún soportan una gran proporción de la carga mundial de mortalidad infantil ya han logrado estas metas. Por ejemplo, México, un país cuyo perfil se incluye en el presente informe, actualmente tiene una tasa de mortalidad infantil de 15 muertes por cada mil nacidos vivos. Los sistemas de salud, los recursos, el personal y la tecnología disponible en estos países ayudan a

prevenir más muertes infantiles que en otros países de Cuenta Regresiva. Estos países podrían establecer metas ambiciosas en materia de mortalidad infantil en el marco post-2015, dirigidas a una reducción muy inferior a 25 muertes por cada mil nacidos vivos. También podrían proponerse nivelar las tasas con la media de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), de unas siete muertes por cada mil nacidos vivos.

En 2013, el Grupo de Alto Nivel del Secretario General de la ONU sobre la Agenda Post-2015 hizo la importante recomendación de que ninguna meta post-2015 debería considerarse cumplida si no se cumple para todos los grupos socioeconómicos pertinentes.⁵⁵ El Secretario General de la ONU ha respaldado esta recomendación en reconocimiento del hecho de que las medias nacionales pueden encubrir importantes disparidades en el progreso entre los grupos económicos, de género, étnicos y regionales, entre otros.⁵⁶ En el caso de la mortalidad infantil, esto significaría que la meta de un máximo de 25 muertes por cada mil nacidos vivos debe cumplirse para todos los grupos socioeconómicos, y no solo como media nacional.



Foto: Cain Crowley/Save the Children

Hassana y Housseina, mellizas de cinco semanas de vida, en el centro patrocinado por Save the Children para el tratamiento de casos de malnutrición grave con complicaciones, ubicado en Aguié, distrito de Tessaoua, en Níger. Estas mellizas nacieron prematuramente a los siete meses, ambas con malnutrición.

PERFIL DESTACADO DE RUANDA

VISIÓN GENERAL DEL PROGRESO

Ruanda es uno de los pocos países de África Subsahariana que se encuentran en condiciones de alcanzar los ODM 4 y 5. La mortalidad infantil descendió rápidamente entre el año 2000 y 2013, de 182 a 52 muertes por cada mil nacidos vivos. La mortalidad materna descendió de mil a 320 muertes por cada 100 mil nacidos vivos. Ruanda también ha logrado una reducción considerable en las desigualdades de salud, con relación tanto a las tasas de mortalidad como a la cobertura de servicios. Durante la década pasada, las disparidades en las tasas de mortalidad infantil han disminuido considerablemente entre los grupos socioeconómicos, así como entre zonas rurales y zonas urbanas. También se han conseguido mejoras asombrosas en la cobertura de servicios: el 98 % de niños y niñas de un año de edad recibieron la vacuna DTP3 en 2010, porcentaje superior al del Reino Unido. Las brechas de equidad también se han reducido entre las zonas rurales y las zonas urbanas, así como entre los grupos socioeconómicos, en base a una amplia gama de indicadores. En el año 2000, las mujeres del grupo económico más rico tenían tres veces más probabilidades de dar a luz en presencia de una persona capacitada en asistencia de partos. Para el año 2010, esta proporción se redujo a 1,4 y la cobertura en el grupo más pobre aumentó del 22 % al 64 %. Aún queda mucho por hacer, pero esta tendencia es alentadora.

RESULTADOS

LOS ODM

Tasa de mortalidad infantil: 52 por cada mil

Número de muertes infantiles por año: 22 000

Meta del ODM: 51 por cada mil – **EN CONDICIONES DE CUMPLIRLA**

Índice anual medio de reducción (2000-2013):

10 % – **EN AUMENTO**

Equidad en el progreso (2000-2010):

- Grupos económicos: **desigualdad en descenso**
- Regiones: **desigualdad en descenso**
- Zonas urbanas/zonas rurales: **desigualdad en descenso**

POST-2015

En condiciones de cumplir la meta post-2015

a nivel nacional: **sí**

En condiciones a nivel de todos los grupos: **no**

- Grupos económicos: **sí**
- Regiones: **no, pero con posibilidades de lograrlo**
- Zonas rurales/zonas urbanas: **sí**

Figura 16: Tendencias en la cobertura de las intervenciones

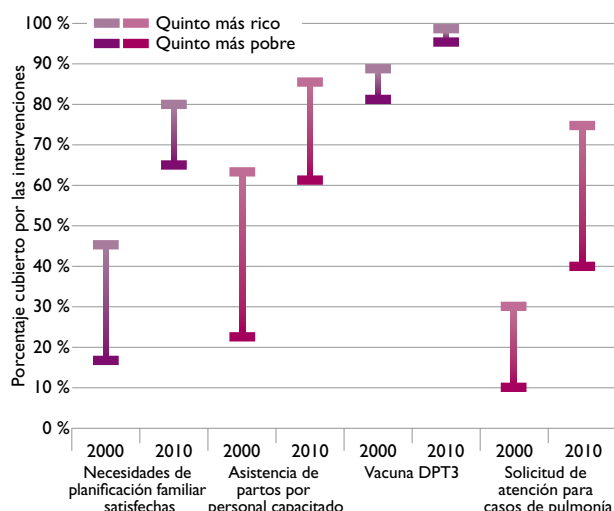
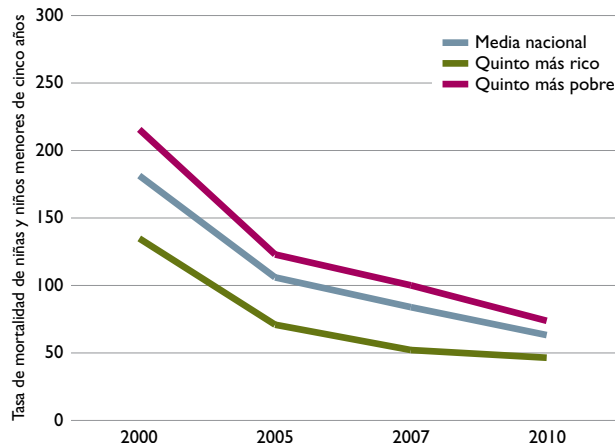


Figura 17: Tendencias en la tasa de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años



Política destacada: inversión en el sistema de salud nacional

Los logros de Ruanda en los resultados de salud están vinculados a las mejoras en diversos sectores y a programas, incluida su Estrategia Nacional de Protección Social, además de importantes avances en agua, saneamiento, educación e igualdad de género. También se han hecho inversiones específicas en salud, a saber:


- Ruanda ha incrementado los gastos de salud al 6 % del PBI, muy superior a la media de otros países de África Subsahariana (2 %). También es uno de solo seis países africanos que asignaron más del 15 % de su presupuesto al sector de la salud, en consonancia con la declaración de Abuja de 2001.
- Un sistema de seguro de salud nacional, las mutuelles de santé, cubre a más del 98 % de la población con un paquete integral de subsidios. El plan obligatorio incluye subsidios nacionales para las personas en mayor situación de pobreza. Además, ha reducido radicalmente los gastos de bolsillo y ha aumentado el nivel de utilización de los servicios de salud.
- Aparte del sistema de subsidios nacionales, Ruanda utiliza el sistema de financiamiento basado en el rendimiento, que parece haber tenido un impacto positivo en la utilización de los servicios de salud materna por parte tanto de los grupos socioeconómicos más pobres como de los más ricos.

- Ruanda también ha hecho hincapié en una mayor coordinación de donantes y sostenibilidad de la ayuda humanitaria.

Desafíos

Aunque en teoría los paquetes de subsidios de Ruanda son bastante completos, son pocos los establecimientos con suficientes trabajadores de la salud para poner en marcha los servicios debido a la escasez de personal de la salud. La mala calidad de los servicios de salud continúa siendo un problema, en gran parte debido a una falta de trabajadores de la salud suficientemente capacitados. Los índices de utilización son todavía más bajos entre los quintiles más pobres y entre ciertos pacientes, como niñas y niños con enfermedades agudas.

Ver Apéndice 3, donde se incluye una orientación sobre cómo interpretar datos, y la sección Referencias, donde se incluyen las fuentes utilizadas en el análisis de políticas.



Para Modeste y su esposo, que viven en el distrito de Burera, en Ruanda, la vida a veces es dura. Son granjeros y tienen un pequeño terreno y ocho niños y niñas que criar con un presupuesto limitado. A veces, no tienen suficiente comida y les resulta difícil pagar los gastos escolares.

Sin embargo, los problemas de salud constituyen un aspecto del cual ya no tienen que preocuparse tanto.

A pesar de ser uno de los países más pobres del mundo, Ruanda está invirtiendo en su sistema de salud y, como resultado, ha experimentado un descenso en las tasas de mortalidad infantil y materna. La introducción de un nuevo sistema de seguro de salud nacional es un factor clave que ha favorecido este cambio positivo.

En el pasado, Modeste muchas veces no podía permitirse buscar ayuda médica cuando ella o sus hijos e hijas se enfermaban. Pero cuando su hijo más pequeño, Eliabu, de seis semanas de vida, contrajo tos ferina, Modeste lo llevó en seguida al centro de salud.

“Yo estaba muy preocupada”, dijo. “Pensé que incluso podría perder a mi bebé. Pero cuando llegué, me entregaron medicamentos y seguí las instrucciones. Mi bebé comenzó a recuperarse.

Antes, un niño podía enfermarse sin recibir tratamiento porque no existía el sistema de seguro. A veces, no me quedaba alternativa que dejar a mi hijo en casa porque no tenía dinero para pagar. Ahora, cuando se presenta un problema, se puede ir al centro de salud inmediatamente.

Y para las niñas y los niños pequeños que contraen pulmonía o diarrea, contamos con trabajadores comunitarios de la salud que viven en la aldea y que pueden atenderlos”.

4 IGUALDAD DE OPORTUNIDADES EN LA VIDA

LAS POLÍTICAS CON LAS QUE PODEMOS LOGRARLO

Las pruebas que hemos presentado en esta investigación demuestran que el progreso equitativo en la reducción de la mortalidad infantil es posible. Hay varios países que están logrando de manera simultánea un progreso acelerado y una reducción de la brecha en las probabilidades de supervivencia entre la infancia favorecida y la desfavorecida. Pero ¿cuáles son las políticas y estrategias clave que pueden ayudar a impulsar avances de este tipo, que permitan a los países tomar caminos más equitativos para acabar con las muertes infantiles prevenibles?

No existe una fórmula mágica para alcanzar el progreso equitativo en la reducción de la mortalidad infantil; los caminos más favorables variarán según el contexto nacional, coherentes con las características demográficas, epidemiológicas y económicas. No obstante, podemos obtener algunas lecciones generales gracias a aquellos países que han reducido la mortalidad infantil entre los diversos grupos socioeconómicos, al tiempo que han reducido las desigualdades en las tasas de mortalidad.

Esta sección destaca dos importantes ámbitos de actuación que han dado resultados. En primer lugar, crear sistemas de salud más sólidos que den prioridad a las necesidades de la infancia más pobre. En segundo lugar, abordar los factores socioeconómicos subyacentes de las desigualdades en materia de salud, de tal modo que las personas puedan disfrutar de una vida plena y sana.

A. SISTEMAS DE SALUD MÁS SÓLIDOS QUE DAN PRIORIDAD A LAS NECESIDADES DE LOS SECTORES MÁS POBRES

I. LOGRAR UNA COBERTURA EQUITATIVA DE SERVICIOS DE ALTO IMPACTO

En países con tasas de mortalidad infantil altas entre todos o algunos grupos, existe el potencial de ampliar el acceso a servicios de salud de calidad, rentables y de gran impacto, que aborden las causas principales de mortalidad infantil junto a un servicio de atención ininterrumpido (ver Cuadro 6 en la pág. 29). Las mejoras en la cobertura de servicios básicos han contribuido a la rápida reducción de la mortalidad infantil que se ha experimentado a nivel nacional en algunos de los países más pobres del mundo durante los últimos quince años. Es el caso de Bangladesh, Etiopía, Malawi, Níger, Ruanda y Tanzania.⁵⁷

No obstante, como lo indica el análisis en este informe, no todos estos países han reducido la mortalidad de manera equitativa. La clave para un progreso acelerado y equitativo es aumentar la utilización y la cobertura de servicios básicos de calidad, en primer lugar entre los grupos más desfavorecidos; además, asegurar el acceso para todas las personas sin que tengan que sufrir privaciones financieras. Este enfoque se conoce como universalismo progresivo: un concepto que cobra impulso dentro del movimiento más amplio que lucha por la Cobertura Universal de Salud (ver Cuadro 5). Gracias a la adopción de un enfoque como este, algunos países, como Malawi y Ruanda, han podido encaminarse hacia una reducción rápida y más equitativa de la mortalidad infantil. En muchos casos, este enfoque se ha respaldado con un énfasis marcado y explícito en la incorporación de la equidad en las políticas y los planes del sector nacional de la salud (ver perfiles destacados de Malawi y Nepal en las págs. 20 y 28), junto con la protección del derecho a la salud y a vivir sin discriminación, consagrado en la constitución.⁵⁸

PERFIL DESTACADO DE NEPAL

VISIÓN GENERAL DEL PROGRESO

Nepal logró importantes avances en la reducción de la mortalidad infantil durante la década pasada. Entre el año 2000 y 2013, el país redujo a la mitad la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años y recién nacidos. Las disparidades en las tasas de mortalidad infantil entre las regiones subnacionales se han reducido marginalmente. No obstante, las disparidades entre los grupos socioeconómicos han aumentado. Aunque las desigualdades en la cobertura de la vacuna DTP3 han disminuido, en la asistencia de partos por personal capacitado, han aumentado. En 2011, la diferencia de la asistencia de partos por personal capacitado entre los grupos más ricos y los más pobres fue de unos 70 puntos porcentuales, comparado con 50 puntos porcentuales en 2006. Las brechas también han aumentado considerablemente en la solicitud de atención para casos de pulmonía. Las tasas de retraso del crecimiento de niñas y niños menores de cinco años han descendido más lentamente que las de mortalidad infantil, y continúan siendo altas: el 41 %. Las desigualdades en las tasas de retraso del crecimiento entre los quintiles más pobres y los más ricos crecieron entre 2001 y 2011.

RESULTADOS

LOS ODM

Tasa de mortalidad infantil: 40 por cada mil
Meta del ODM: 47,4 por cada mil – **CUMPLIDA**
Número de muertes infantiles por año: 23 000
Índice anual medio de reducción (2000-2013):
5,6 % – **EN AUMENTO**

Equidad en el progreso (2001-2011):

- Grupos económicos: **desigualdad en aumento**
- Regiones: **desigualdad en descenso**
- Zonas urbanas/zonas rurales: **desigualdad en descenso**

POST-2015

En condiciones de cumplir la meta post-2015 a nivel nacional: **sí**

En condiciones a nivel de todos los grupos:

- Grupos económicos: **sí**
- Regiones: **no se dispone de datos**
- Zonas rurales/zonas urbanas: **sí**

Figura 18: Tendencias en la cobertura de las intervenciones

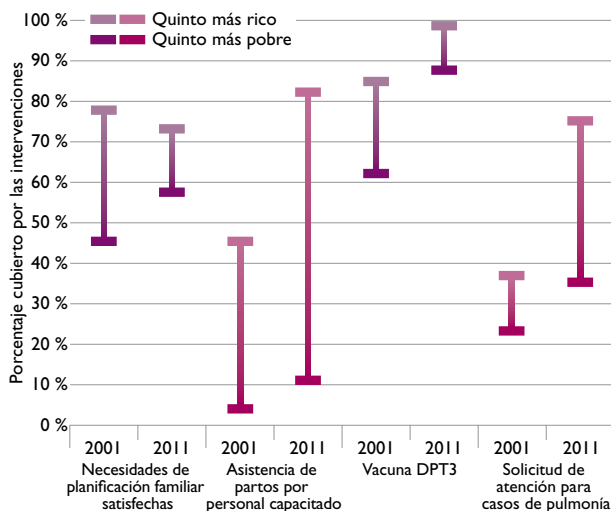
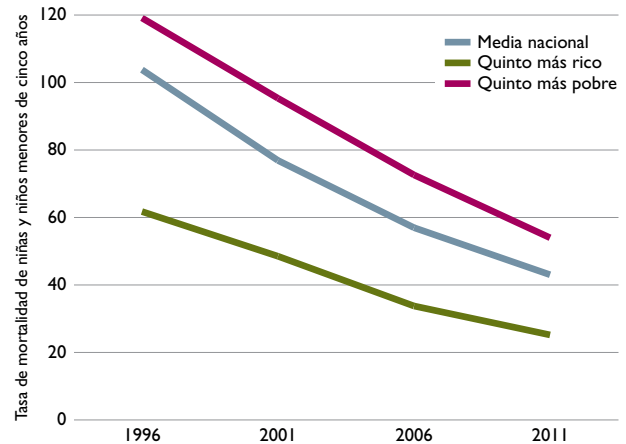


Figura 19: Tendencias en la tasa de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años



Política destacada: diseño de políticas y estrategias para llegar a los sectores sin cobertura

El Gobierno nepalés ha puesto en marcha una serie de programas de salud pública con el propósito de abordar las desigualdades en los resultados de salud y la cobertura de la intervención. Entre estos, se incluye el Programa de Servicios de Salud Gratuitos, iniciado en 2007 para el sector de la atención primaria de salud, y el Programa Aama Suraksha, en 2009. En 2014, la Política Nacional de Salud estableció la Cobertura Universal de Salud como un objetivo clave. Además, el gobierno actualmente está elaborando el borrador de la "Estrategia nacional para llegar a los sectores sin cobertura con el fin de reducir las desigualdades de salud y nutrición en Nepal" para el período 2015-2030, cuyo fin es ayudar a implementar la política. En esta estrategia se identifican las barreras específicas que impiden a las personas en situación de pobreza, de zonas remotas, con discapacidades o pertenecientes a grupos minoritarios acceder a los servicios. También menciona las medidas concretas que se tomarán, así como los indicadores que se utilizarán para medir el progreso. La estrategia se está transformando en un plan de acción con costos estimados y marco de monitoreo, respaldado con financiamiento conjunto del gobierno y asociados del sector del desarrollo. Si se ponen en marcha de forma eficaz, estos planes representan un importante potencial para abordar las desigualdades de salud en Nepal.

Impulsores complementarios del cambio

- Los procesos de planificación y elaboración de presupuestos con perspectiva de género ayudan a asegurar que las necesidades de las mujeres y las niñas sean consideradas en todos los sectores, incluido el de la salud. El porcentaje de programas del gobierno que,

según las evaluaciones, contribuyen a la igualdad de género se ha duplicado, desde el 11 % en 2007 al 22 % en 2011.

- A las mujeres embarazadas se les ofrece transferencias condicionales de dinero en efectivo para cubrir gastos de traslados, con beneficios adicionales en las zonas remotas. Por otro lado, el personal de la salud que asiste partos en establecimientos y hogares recibe incentivos.
- Desde 2002 se ha hecho especial hincapié en la planificación e implementación a nivel de comunidad, por medio de los Comités de Operación y Gestión de Establecimientos de Salud. Gracias a los programas que se han creado para empoderar y capacitar a los miembros de los comités, se ha logrado el aumento de la participación en ellos de las personas de la casta dalit –del 30 % al 61 % entre 2008 y 2011–, quienes también han incrementado su utilización de los establecimientos de salud.

Desafíos

En Nepal, los gastos de bolsillo siguen siendo altos, equivalentes casi a la mitad del total de los gastos del sector de la salud. Los centros de salud no cuentan con suficiente financiamiento y los gastos gubernamentales en salud representaron solo el 2 % del PBI en 2011. El gobierno se ha comprometido a incrementar el presupuesto que asigna a la salud y a poner en marcha un Seguro Nacional de Salud, cuyo propósito es mejorar el acceso equitativo a los servicios de salud, frenando los gastos de bolsillo y fortaleciendo el sistema de salud.

Ver Apéndice 3, donde se incluye una orientación sobre cómo interpretar datos, y la sección Referencias, donde se incluyen las fuentes utilizadas en el análisis de políticas.

CUADRO 5: COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD Y EQUIDAD

La Cobertura Universal de Salud está cobrando impulso mundial y se incluye en las conversaciones en torno a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el objetivo de la Cobertura Universal de Salud como el de “asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos”.

La Cobertura Universal de Salud representa objetivos de salud y sociales: constituye la aspiración de que todas las personas puedan recibir los servicios de salud de calidad que necesitan (equidad en la utilización de servicios) sin necesidad de sufrir privaciones económicas (protección financiera). La Cobertura Universal de Salud promueve el cumplimiento del derecho humano a la salud, disociando la falta de acceso a los servicios de la imposibilidad para pagarlos (Kutzin 2012). Además, la Cobertura Universal de Salud se ha formulado más como una dirección que como un destino para los países. Todos los países del mundo pueden continuar logrando avances hacia la Cobertura Universal de Salud. Por ejemplo, ampliando

el conjunto de servicios que se ofrece, mejorando la calidad de la atención e incrementando el nivel de protección financiera.

Un aspecto crucial es que la ampliación de la cobertura de servicios no debe producirse a costa de una disminución en la equidad. En este informe, respaldamos el concepto de universalismo progresivo, cuyo fin es “asegurar que las personas en situación de pobreza o desfavorecidas obtengan por lo menos el mismo nivel de beneficios que obtienen quienes tienen una mejor situación económica en todo momento durante la transición hacia la cobertura universal”.⁵⁹ Este concepto implica que el diseño de las reformas debe dirigirse a aumentar la cobertura, en primer lugar, entre los grupos desfavorecidos. En un reciente informe de Save the Children, Unicef, Fundación Rockefeller y OMS (Universal Health Coverage: a commitment to close the gap [Cobertura Universal de Salud: un compromiso para acortar la brecha]), se examinan los caminos equitativos hacia la Cobertura Universal de Salud, con un análisis particular de la equidad en el financiamiento de la cobertura universal.

Referencias: OMS (2014) “¿Qué es la cobertura sanitaria universal?” http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/es/; Kutzin, J. (2012) “Anything goes on the path to universal health coverage?” No [¿Es válido cualquier camino hacia la cobertura universal de salud? No]. Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2012; 90:867-868.

CUADRO 6: INTERVENCIONES BÁSICAS JUNTO CON UN SERVICIO DE ATENCIÓN ININTERRUMPIDO

Todas las madres, recién nacidos, niñas y niños deben tener acceso a un conjunto de servicios básicos, incluida la atención antes del embarazo, durante el embarazo, en el parto, posterior al parto y durante la primera infancia. Estas intervenciones, en conjunto, tienen un impacto directo en la mortalidad neonatal e infantil.⁶⁰ Además, dan resultado: los países con una cobertura más alta de este tipo de intervenciones esenciales tienen tasas de mortalidad infantil más bajas, incluso cuando se controla la solidez de la economía nacional u otros factores.⁶¹ Las intervenciones deben implementarse por medio de un servicio de atención ininterrumpido a lo largo de todo el **ciclo de vida** (desde la adolescencia, el embarazo, el parto y el período posparto hasta la niñez) y también entre los diversos **lugares** de atención (el hogar y la comunidad, servicios para pacientes externos y de extensión, y entornos de atención clínica).⁶²

A continuación, ofrecemos una lista ilustrativa:

- **Salud reproductiva:** servicios de planificación familiar, como el uso de anticonceptivos.
- **Atención prenatal y posparto:** con un proveedor especializado en conjunto con otros servicios.
- **Atención en el parto:** atención especializada y de urgencia durante el parto para madres y recién nacidos; por ejemplo, ayuda en materia de higiene, abrigo, lactancia materna o resucitación. Prevención de la transmisión madre a hijo del VIH.
- **Atención para recién nacidos:** tratamiento de enfermedades neonatales y atención especial para bebés prematuros.

- **Salud y atención infantil:** vacunas, prevención y tratamiento de la malaria y atención para niñas y niños con VIH. Tratamiento integrado para enfermedades de la niñez (como pulmonía y diarrea).
- **Atención para la familia y la comunidad,** incluido en materia de lactancia materna exclusiva, nutrición y prácticas saludables en el hogar. En los casos de infrautilización de un servicio, cierto grado de gestión de casos en la comunidad de enfermedades de la niñez.

Con el fin de determinar cuáles son las medidas que es necesario tomar, es fundamental entender las causas de la mortalidad en la infancia. Según las últimas investigaciones, se ha producido un cambio respecto a las principales causas de la mortalidad infantil.⁶³ Por un lado, se han logrado avances extraordinarios en la reducción de las muertes de niñas y niños menores de cinco años a causa de la pulmonía, la diarrea y el sarampión. Sin embargo, el progreso ha sido más lento en la lucha contra la mortalidad neonatal. Actualmente, la causa principal de la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años en todo el mundo son las complicaciones en los nacimientos prematuros.⁶⁴

Para una descripción en detalle de las intervenciones recomendadas, ver: Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño (2011). *Examen mundial de las intervenciones fundamentales relacionadas con la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño*. Ginebra: PMNCH

Según las investigaciones, en los países en desarrollo que han avanzado a un ritmo más acelerado en las tasas generales de cobertura de servicios básicos, los sectores más pobres se han beneficiado más rápidamente que los más ricos.⁶⁵ Esto implica que centrarse en los sectores más pobres puede resultar una estrategia eficaz para mejorar la cobertura general. Por ejemplo, Bangladesh ha conseguido aumentos rápidos y equitativos en las tasas de inmunización y planificación familiar, que han dado énfasis a la mejora de la cobertura entre los sectores pobres (ver Perfil destacado de Bangladesh en la pág. 31). Incluso en el caso de intervenciones nuevas e innovaciones, con una cobertura relativamente baja entre todos los grupos, el progreso equitativo puede ser impulsado por medio de la adopción de estrategias especialmente dirigidas a priorizar el acceso para los grupos pobres y desfavorecidos.⁶⁶

Las pruebas también demuestran que adoptar estrategias específicas, dirigidas a asegurar que los grupos pobres y desfavorecidos puedan acceder a los servicios básicos, pueden resultar más rentables, en contra de la suposición general respecto a que centrarse en los grupos de más difícil acceso resulta, necesariamente, más caro.⁶⁷ Esto depende en gran medida del contexto nacional; el costo progresivo de llegar a los grupos o zonas desfavorecidos y marginados, con frecuencia, es más alto.⁶⁸ Por otro lado, las políticas equitativas centradas en los sectores más desfavorecidos solo serán más rentables si el aumento de la eficiencia de las intervenciones es superior al costo más elevado de la implementación.

Un estudio de catorce países en desarrollo y una provincia⁶⁹ llegó a la conclusión de que podrían salvarse más vidas a cambio de cierto nivel de inversión, si esta se asigna principalmente a los servicios que responden a las necesidades de las poblaciones más desfavorecidas, en lugar de asignarla a los servicios más accesibles o los que responden a las necesidades de los sectores más favorecidos. Estos servicios centrados en la equidad implican, por ejemplo, contratar personal comunitario de la salud en las zonas a las que resulta difícil llegar para que proporcione atención preventiva y primaria, y se encargue de la gestión de casos en la comunidad para el tratamiento de enfermedades comunes. El objetivo es no depender de los centros de salud para la puesta en marcha de

estas intervenciones. En todos los países con diferentes patrones de desigualdad, invertir un millón de dólares estadounidenses en servicios que cumplan las necesidades de los sectores más desfavorecidos implica, en promedio, salvar 81 vidas infantiles y prevenir 244 casos de retraso del crecimiento. En cambio, si la misma cantidad se invierte en servicios que no dan prioridad a la equidad, se salvan 49 vidas y se evitan 84 casos de retraso del crecimiento.⁷⁰ Aunque es necesario llevar a cabo más investigaciones en este ámbito, la actual base empírica sugiere que promover la equidad no solo constituye una necesidad moral, sino que también constituye una política práctica con el potencial de conseguir mejores resultados de desarrollo.⁷¹

A escala mundial, el nivel de mejoras logradas en la cobertura de las diferentes intervenciones en grupos desfavorecidos varía entre unas y otras intervenciones. La cobertura de las intervenciones en la comunidad ha aumentado de manera considerable y equitativa, incluido en la atención prenatal y las vacunas. El menor índice de progreso y las mayores desigualdades se presentan en el caso de intervenciones que requieren instalaciones de calidad o proveedores con una formación más especializada, como personal capacitado en asistencia de partos.⁷² A largo plazo, la cobertura de servicios amplia, sostenible y equitativa solo puede alcanzarse por medio de un sistema de salud sólido. Un sistema aliviará o exacerbará las desigualdades en materia de salud en función de cómo se haya diseñado, los recursos con los que cuente y la manera en que se gestione: desde la implementación de los servicios, el financiamiento y el personal de la salud hasta la gobernanza, los medicamentos y los sistemas de información.⁷³

El desafío para los responsables de la formulación de políticas consiste en identificar y abordar los puntos débiles de los sistemas de salud que impiden a los grupos desfavorecidos recibir servicios específicos o atención de calidad con el potencial de salvar un número considerable de vidas.⁷⁴ El resto de esta sección analiza enfoques para abordar los obstáculos sistémicos comunes con relación al financiamiento y la asequibilidad de los servicios, la escasez de personal de la salud y la mala calidad de los servicios.



Foto: Anne-Sophie Helms/Save the Children

La trabajadora comunitaria de la salud Fetelework Gezahegne le hace una prueba de malaria a Tenaya, de ocho meses de vida. El Centro de Salud de Ramada, en el sur de Etiopía, proporciona atención sanitaria a las personas de comunidades remotas a bajo costo.

PERFIL DESTACADO DE BANGLADESH

VISIÓN GENERAL DEL PROGRESO

Bangladesh ha logrado importantes reducciones de la mortalidad infantil durante las últimas dos décadas. Entre 1990 y 2013, la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años descendió de 144 a 41 muertes por cada mil nacidos vivos. El panorama de la equidad es mixto. Aunque las brechas entre las tasas de supervivencia infantil de los sectores ricos y de los sectores pobres se han reducido durante las últimas dos décadas, durante los últimos cinco años en realidad han aumentado. Las desigualdades de género en las tasas de mortalidad han descendido a la mitad en dos décadas, aunque las niñas aún sufren una clara desventaja en materia de supervivencia. Bangladesh ocupa el lugar número 16 de 31 países de Cuenta Regresiva en cuanto a la cobertura equitativa de ocho intervenciones básicas de salud materna, neonatal e infantil en los diversos grupos económicos. Las brechas de equidad se han reducido en algunos servicios —por ejemplo, las vacunas DTP3—, pero continúan los desafíos en torno a la atención de recién nacidos. La asistencia de partos por personal capacitado ha aumentado a un ritmo más rápido en los sectores ricos que en los sectores pobres. En consecuencia, la brecha de la equidad ha aumentado (del 3 % al 31 % en el quintil 1 y del 27,9 % al 52,2 % en el quintil 5). Aunque las disparidades regionales en las tasas de mortalidad infantil han disminuido, continúan siendo altas en intervenciones clave junto con una amplia división entre el este y el oeste del país.

RESULTADOS

LOS ODM

Tasa de mortalidad infantil: 41 por cada mil
 Meta del ODM: 48 por cada mil – **CUMPLIDA**
 Número de muertes infantiles por año: 129 000
 Índice anual medio de reducción (2000-2013):
 5,4 % – **EN AUMENTO**
 Equidad en el progreso (2000-2011):

- Grupos económicos: **sin variación**
- Regiones: **desigualdad en descenso**
- Zonas urbanas/zonas rurales: **sin variación**

POST-2015

En condiciones de cumplir la meta post-2015 a nivel nacional: **sí**
 En condiciones a nivel de todos los grupos: **sí**

- Grupos económicos: **sí**
- Regiones: **sí**
- Zonas rurales/zonas urbanas: **sí**

Figura 20: Tendencias en la cobertura de las intervenciones

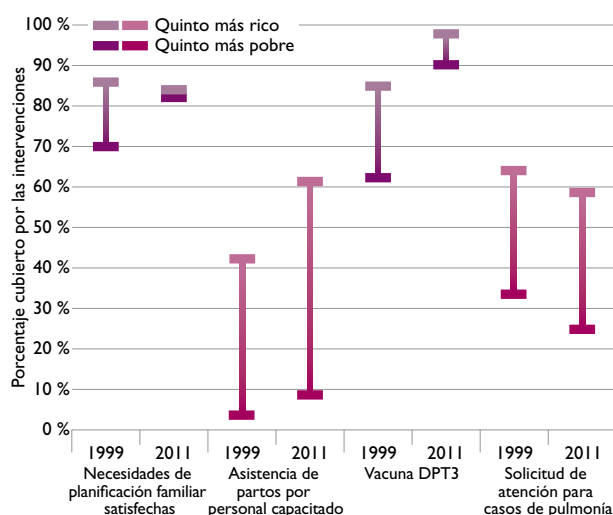
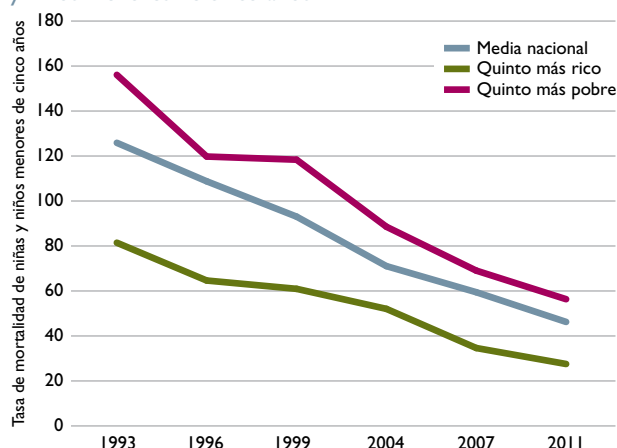


Figura 21: Tendencias en la tasa de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años



Política destacada: mejora de la cobertura y la equidad en los servicios, con un énfasis en las necesidades de los sectores pobres.

- **La movilización de la comunidad y los esfuerzos de extensión para la inmunización y el tratamiento de la diarrea**, como parte integral del sistema de atención primaria de salud y respaldado por intensas campañas en los medios de comunicación para generar demanda, ha logrado rapidez e incremento de la cobertura. Los trabajadores comunitarios de la salud han logrado demostrar que es posible producir sal de rehidratación para la diarrea con ingredientes caseros, y administrar vacunas en los centros de salud y mediante esfuerzos de extensión. En todos los grupos se ha conseguido aumentar la cobertura de la inmunización y reducir las brechas de equidad. En Bangladesh, la cobertura de la vacuna DTP3 en 1993 fue del 65 % en las zonas rurales y del 79 % en las zonas urbanas; estos porcentajes aumentaron en 2011 al 93 % y al 94 % respectivamente. Las disparidades entre géneros, que eran bastante evidentes en la década de los noventa, actualmente han desaparecido.
- **Las mejoras en la planificación familiar** lograron disminuir la tasa de fertilidad de siete niñas y niños por mujer en la década de los setenta, a 2,5 en 2010. Los esfuerzos intensivos de extensión comunitaria en el campo de la planificación familiar han constituido una prioridad desde la década de los setenta, con la distribución de personal de extensión femenino y la promoción social dirigida a cambiar las normas y actitudes. Sin embargo, aún quedan tareas pendientes, ya que Bangladesh tiene una de las tasas más altas de matrimonio infantil del mundo.
- **Las mejoras del acceso y la utilización de los servicios de salud** han sido impulsadas por: políticas nacionales continuas e inversión en la educación, empleo y planes de microcréditos para las

mujeres; una infraestructura mejorada; transferencias del extranjero; y la colaboración entre el gobierno y una sólida red de organizaciones no gubernamentales (ONG).

Desafíos

- **La cobertura de servicios básicos de salud continúa siendo baja**; menos de un tercio de los partos son asistidos por personal de la salud capacitado. Es necesario realizar inversiones diferenciales para abordar las desigualdades regionales en indicadores de intervenciones clave.
- **La inversión pública en salud se ubica entre las más bajas del mundo**, equivalente a 9 USD por persona en 2013, lo que representa menos del 1 % del PBI. El financiamiento de la salud depende en gran medida de los pagos personales, que generan importantes barreras para las personas en la mayor situación de pobreza y constituyen una importante causa de dificultades económicas.
- **Los sistemas de salud son débiles y se caracterizan por una mala calidad de la atención**. Además, los problemas relacionados con la gobernanza y la rendición de cuentas agravan esta ineficiencia.
- **Las tasas de malnutrición infantil en Bangladesh se ubican entre las más altas del mundo**, con una tasa de retraso del crecimiento de niñas y niños menores de cinco años del 41,3 % y seis millones de niñas y niños con desnutrición crónica. En todos los segmentos de la sociedad se presentan altas tasas de malnutrición, hecho que indica la necesidad de adoptar un enfoque universal para abordar el problema, como, por ejemplo, mediante la protección social sensible a la nutrición.

Ver Apéndice 3, donde se incluye una orientación sobre cómo interpretar datos, y la sección Referencias, donde se incluyen las fuentes utilizadas en el análisis de políticas.

II. FINANCIAMIENTO, RECURSOS Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Financiamiento equitativo de la salud: la manera en que los fondos se recaudan y se gastan constituye un aspecto central de los sistemas de salud, y afecta directamente el nivel de desigualdades en los servicios y resultados de salud.⁷⁵ En muchos países de ingresos bajos y medianos, el financiamiento de la salud es insuficiente; además, se incrementa y se asigna de forma no equitativa. Es decir, no se aprovecha el potencial de los sistemas fiscales para ayudar a distribuir recursos con el fin de beneficiar a los grupos pobres y marginados. Esto se debe, en parte, a una escasez de recursos, pero también a una falta de interés político y al hecho de que el sector de la salud no recibe la debida prioridad.

Recientemente, se ha calculado que los países de ingresos bajos deben invertir como mínimo USD 86 por persona en el sector de la salud para implementar un paquete de servicios básico.⁷⁶ La mayoría de los países de ingresos bajos gastan una cantidad bastante inferior a esta y dependen de los gastos de bolsillo que desembolsan los pacientes. Esta es la forma más regresiva de financiamiento y afecta de manera desproporcionada a la gente en situación de pobreza.⁷⁷ Para asegurarse de que la salud sea financiada en función de la capacidad de pago, los países deberían eliminar o reducir significativamente los gastos de bolsillo y ampliar los pagos progresivos y obligatorios por adelantado. Por ejemplo, el pago por medio del sistema fiscal, como contribuciones obligatorias al seguro de salud social (ver Perfil destacado de México en la pág. 33). También resulta importante reunir fondos entre grupos de distintos niveles económicos y con diferentes estados de salud, con el fin de asegurar un sistema más eficiente que redistribuya los recursos y compense el desequilibrio de riesgo entre las personas acomodadas y saludables, y aquellas en situación de pobreza y con enfermedades crónicas.

En una reciente investigación llevada a cabo por Save the Children se demuestra que incluso los países más pobres pueden permitirse invertir más en salud, aumentando los ingresos nacionales a través de sistemas fiscales progresivos y asignando una mayor proporción de los presupuestos nacionales a este sector.⁷⁸ Los recursos públicos son esenciales para subsidiar el costo de los servicios para las poblaciones pobres, especialmente

en los países de ingresos bajos con un sector informal amplio. Ruanda ha incrementado su financiamiento del sector de la salud durante los últimos años, y ha experimentado espectaculares aumentos en el nivel de ingresos (ver Perfil destacado de Ruanda, en la pág. 25).

Aunque para ampliar la cobertura resulta fundamental aumentar los recursos nacionales, los países de ingresos bajos requieren una asistencia eficaz para el desarrollo durante un tiempo, con el objeto de que puedan proporcionar un paquete básico de servicios de salud. Los donantes deben aumentar su apoyo a estos países por medio del cumplimiento de sus actuales compromisos de ayuda humanitaria y el aumento de los fondos que asignan a apoyar los planes de salud nacionales. Ciertos mecanismos, como el nuevo Sistema de Financiamiento Global, que se ha propuesto para respaldar la iniciativa de la ONU Todas las Mujeres, Todos los Niños, también tienen el potencial de ayudar a aumentar el acceso a los servicios, siempre que se diseñen e implementen con el objetivo de proporcionar fondos adicionales y cumplir los principios internacionales de eficacia en materia de ayuda humanitaria.⁷⁹ Los países donantes también tienen un papel adicional que desempeñar en la tarea de asegurar que el sistema fiscal internacional sea más coherente y prevenga la evasión de impuestos por parte de empresas internacionales que operan en los países en desarrollo.⁸⁰

Aumentar los gastos en salud no asegurará mejores resultados para todos los grupos; esto dependerá de cómo, a qué sectores y a qué intervenciones se asignen los fondos.⁸¹ Un enfoque equitativo en la asignación de recursos es proporcionar ciertos servicios, como atención primaria de salud o salud materna e infantil, de forma gratuita en el punto de utilización, a todas las personas y de manera inmediata. El paquete de servicios posteriormente se amplía a medida que el presupuesto aumenta. Este tipo de enfoques se ha adoptado en varios países, desde Chile a Burundi, y ayuda a asegurar que se incluya a las personas más vulnerables y más desfavorecidas desde un comienzo. Otras estrategias eficaces para mitigar las desigualdades nacionales son las transferencias intergubernamentales desde el poder central a las autoridades locales, así como el apoyo específico a las regiones más pobres del país. Estas estrategias se han implementado con éxito en Sudáfrica, Tanzania y Ruanda.⁸²

PERFIL DESTACADO DE MEXICO

VISIÓN GENERAL DEL PROGRESO

México ha logrado reducir considerablemente la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años durante los últimos años: de 46 muertes por cada mil nacidos vivos en 1990 a quince muertes por cada mil nacidos vivos en 2013, con lo cual cumplió su meta del ODM 4 antes de lo planeado. No obstante, a pesar del progreso a nivel nacional, existen disparidades entre los estados y entre los distintos subgrupos de la población, especialmente entre los grupos indígenas y entre las zonas rurales y las urbanas. En el sur de México, el riesgo de un niño o una niña de morir durante su primer año de vida es un 4 % más alto que en el resto del país, y en el caso de la mortalidad neonatal, un 14 % más alto. Aunque la proporción de partos asistidos por personal capacitado aumentó del 77 % al 96 % como media nacional entre 1990 y 2012, en Chiapas solo el 61 % de los partos fueron asistidos por personal capacitado, uno de los estados más marginados. El índice de reducción de las tasas de mortalidad neonatal no se mantuvo al mismo nivel de los descensos generales de las tasas de mortalidad infantil. En 2013, la mortalidad neonatal representó el 45 % de todas las muertes infantiles. México se encuentra sumamente atrasado respecto al cumplimiento de la meta del ODM en materia de mortalidad materna; si no mejoran los índices medios de progreso desde 1990, no se alcanzará la meta antes de 2030.

RESULTADOS

LOS ODM

Tasa de mortalidad infantil: 15 por cada mil
Meta del ODM: 15 por cada mil – **CUMPLIDA**
Número de muertes infantiles por año: 33 000
Índice anual medio de reducción (2000-2013): 5,1 %
Equidad en el progreso (2000-2012):

- Regiones: **desigualdad en descenso**
- Zonas urbanas/zonas rurales: **desigualdad en descenso**

POST-2015

En condiciones de cumplir la meta post-2015 a nivel nacional: **sí**

En condiciones a nivel de todos los grupos:

- Regiones: **sí**
- Zonas rurales/zonas urbanas: **sí**
- Grupos económicos: **no existen datos**

Figura 22: Cobertura de las intervenciones (media nacional)

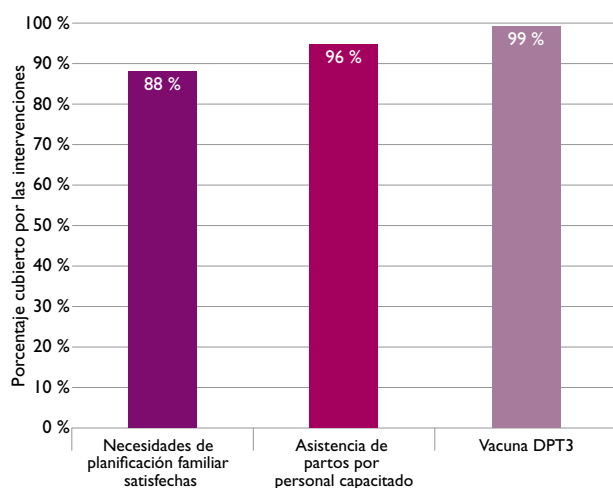
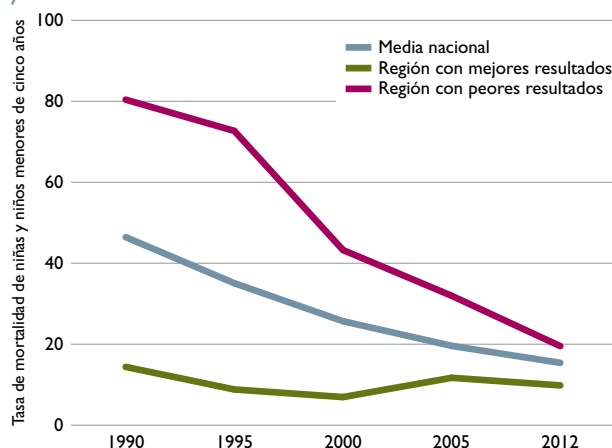


Figura 23: Tendencias en la tasa de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años



Política destacada: protección frente a las dificultades financieras en aras de lograr la Cobertura Universal de Salud

Hasta 2006, el acceso a la seguridad social en México estaba limitado a quienes trabajaban en el sector formal. A pesar de que la Secretaría de Salud era responsable de proporcionar servicios de salud a un considerable número de personas que trabajan en la economía informal, la demanda superó la oferta. En consecuencia, las familias más pobres del país tenían que desembolsar altos niveles de gastos de bolsillo en salud. En el año 2000, se calcula que entre tres y cuatro millones de familias se vieron forzadas a desembolsar gastos catastróficos en salud que empobrecieron a este sector. Con el propósito de lograr la Cobertura Universal de Salud, en 2006 el Gobierno introdujo el Seguro Popular, un seguro de salud general, financiado mediante un aumento de la asignación del presupuesto público al sector de la salud. Toda la ciudadanía tiene derecho a este seguro y las contribuciones son proporcionales a la capacidad de pago. El programa ha aumentado el acceso a la atención de salud entre los grupos desfavorecidos, aunque siguen existiendo desafíos. Los gastos de bolsillo en salud –un 50 % de los gastos totales del sector– se han empeñado en mantenerse altos. Los sectores más acomodados que podían contribuir al financiamiento se dieron de baja del plan debido a la mala calidad de los servicios.

Impulsores complementarios del cambio

- El plan de transferencia condicional de dinero en efectivo, Prospera (anteriormente llamado Oportunidades), ha mejorado el acceso a los servicios de salud y nutrición para las personas en la mayor situación de pobreza.

Desafíos pendientes

- **Malnutrición:** a pesar de que durante los últimos años se ha logrado cierto nivel de avance, la malnutrición crónica en la infancia continúa siendo una importante barrera para acabar con las muertes prevenibles. Aunque las tasas de malnutrición han disminuido, en las zonas rurales la tasa es aproximadamente dos veces más alta que en las zonas urbanas. Además, las tasas han descendido más rápido en las regiones del norte y el centro que en el sur. Los hogares con ingresos bajos y los grupos indígenas padecen de inseguridad alimentaria con mayor frecuencia. En promedio, entre 1999 y 2012, la tasa de malnutrición infantil descendió en un punto porcentual al año. A este ritmo, se necesitarían quince años para erradicar la malnutrición crónica. Es necesario tomar medidas adicionales para abordar las causas estructurales de la malnutrición –como la inseguridad de alimentos–, más allá de las intervenciones de nutrición.
- **Calidad de la atención de salud:** la falta de correlación entre la asistencia de partos por personal capacitado y la mortalidad materna en México es un síntoma de la significativa variación de la calidad de los servicios de salud. En las zonas con tasas desproporcionadamente altas de mortalidad materna e infantil, es necesario implementar con urgencia el desarrollo de capacidades y las mejoras en la infraestructura.

Ver Apéndice 3, donde se incluye una orientación sobre cómo interpretar datos, y la sección Referencias, donde se incluyen las fuentes utilizadas en el análisis de políticas.

Abordar la escasez de trabajadores de la salud en las zonas remotas y desfavorecidas: para acabar con las muertes prevenibles será necesario que cada madre, cada niña y cada niño tengan acceso a personal de la salud con la capacitación adecuada en el lugar y el momento en que lo necesiten. La cobertura baja y no equitativa de la asistencia de partos por personal capacitado es un reflejo de la escasez de personal de la salud. Según cálculos recientes, se estima que faltan 7,2 millones de trabajadores del sector.⁸³ Además, este personal suele concentrarse en las zonas urbanas y acomodadas, y no donde más se le necesita. La mejor manera de abordar la distribución desigual y la escasez es por medio de estrategias multidimensionales que combinan el proceso de contratación, la capacitación y los contratos de servicios obligatorios con incentivos, como retribuciones aceptables, becas y mejores condiciones laborales.⁸⁴ Algunos ejemplos de estrategias eficaces que se han implementado, son: incentivos financieros (India, Mozambique, Nepal, Senegal y Sudáfrica); oportunidades de desarrollo profesional continuo (Nepal); introducción de períodos de capacitación en zonas rurales (Ghana, México, Filipinas y Sudáfrica); e incentivos no financieros, tales como vivienda gratuita, mejores servicios de diagnósticos, seguridad y atención de salud gratuita (Mozambique, Nepal y Filipinas).⁸⁵

Algunos países, como Etiopía (ver Perfil destacado de Etiopía, en la pág. 35), han ampliado la cobertura de las intervenciones y han logrado impresionantes reducciones de las tasas de mortalidad infantil en las zonas remotas y rurales, mediante una estrategia nacional de personal comunitario de la salud o personal de extensión de la salud. Estos trabajadores de la salud en general no son profesionales y son contratados en las comunidades en las que trabajan. Sin embargo, pueden desempeñar un papel crucial en la difusión de información sobre los establecimientos y servicios de salud existentes a nivel local; ayudar a aumentar la solicitud de atención y mejorar las prácticas en el hogar; y proporcionar atención de salud básica.⁸⁶ Este tipo de estrategias ha resultado más eficaz cuando los trabajadores de la salud de la comunidad forman parte integral de un servicio de atención ininterrumpido que opera desde el hogar hasta el hospital, y cuando existe un nivel adecuado de capacitación, gestión y estructuras de remuneración.⁸⁷ La delegación de funciones también puede ayudar a cubrir ciertos vacíos de servicio. Este sistema consiste en la realización de tareas normalmente a cargo de profesionales de la salud capacitados por parte de personal menos capacitado, sin perjudicar la calidad de servicios.⁸⁸

Calidad de la atención de salud: para lograr la equidad en la atención de salud también se requiere la igualdad de acceso a servicios de buena calidad. El aumento de la cobertura de servicios solo proporcionará mejores resultados de salud si la calidad de dichos servicios es aceptable. Según estudios realizados en Ghana, Bangladesh, Vietnam y Ruanda, las madres son reacias a utilizar los establecimientos de salud debido a la escasa infraestructura y la falta de agua, saneamiento y electricidad, junto con una percepción (con frecuencia, justificada) de una atención de mala calidad.⁸⁹ En Egipto, aunque el 65 % de los partos se producen en establecimientos de salud, solo el 17 % de estos centros cuentan con equipos de asistencia respiratoria para recién nacidos y solo el 8 % de los partos son asistidos por personal de partería capacitado en resucitación.⁹⁰ Se ha concluido que las preocupaciones respecto a la calidad son más frecuentes entre las personas en situación de pobreza que entre las acomodadas. Esto sugiere que las desigualdades en la calidad de servicios que la gente recibe refleja y agrava las desigualdades en los resultados de salud.⁹¹ Actualmente, solo un número muy limitado de países cuenta con datos para hacer un seguimiento de la calidad de la atención. Como consecuencia, es necesario lograr mejoras en la recopilación y comparabilidad de los datos, con el objeto de mejorar el monitoreo y crear incentivos para el cambio.⁹²

A fin de mejorar la calidad de la atención también es necesario tomar medidas dirigidas a asegurar que todos los grupos puedan acceder y utilizar servicios sin discriminación por motivos de identidad, idioma u otros factores. Por ejemplo, en Vietnam, los pacientes de grupos étnicos minoritarios están menos actualizados sobre los programas de salud del gobierno y rara vez reciben información sobre sus enfermedades y tratamientos. Este problema se agrava con las actitudes públicas discriminatorias frente a los grupos minoritarios y las barreras lingüísticas.⁹³

Perú es un ejemplo de un país que ha obtenido rápidos beneficios en la mejora del acceso y la calidad de la atención en regiones remotas durante los últimos años. Estos avances se han conseguido por medio de intervenciones dirigidas a abordar las barreras financieras, culturales y geográficas que tradicionalmente han impedido a las comunidades indígenas acceder a servicios de salud maternos e infantiles.⁹⁴

PERFIL DESTACADO DE ETIOPÍA

VISIÓN GENERAL DEL PROGRESO

Etiopía ha logrado reducir la tasa nacional de mortalidad infantil de 204 muertes por cada mil nacidos vivos en 1990 a 64 muertes por cada mil nacidos vivos en 2013, con lo cual cumplió su meta del ODM 4 antes de lo planeado. El panorama de la desigualdad es mixto. Desde el año 2000, las desigualdades han descendido o han permanecido inalterables entre los grupos económicos, zonas urbanas y rurales y grupos étnicos, pero a nivel regional han aumentado. Las brechas regionales y de riqueza se están reduciendo en la mayoría de los indicadores de cobertura de servicios, aunque continúan siendo sumamente amplias en algunos servicios. El índice de asistencia de partos por personal capacitado fue 22 veces más alto en el quintil más rico que en el más pobre, y doce veces más alto en Adís Abeba (el 84 %) que en la región de Afar (el 7 %). Etiopía ocupa el lugar número 28 de 31 países de Cuenta Regresiva en cuanto a equidad de la cobertura de ocho intervenciones básicas de salud materna, neonatal e infantil. Aunque entre 2005 y 2011, muchas de las regiones con bajos resultados aceleraron el avance en todos los indicadores del ODM 4 a un ritmo mucho más rápido que las regiones más adelantadas, el progreso regional continúa siendo extremadamente diverso. Por ejemplo, la cobertura de la vacuna DPT3 se cuadruplicó en la Región Somalí—aunque a partir de un nivel de cobertura muy bajo—, pero en Oromiya no presentó ninguna variación.

RESULTADOS

LOS ODM

Tasa de mortalidad infantil: 64 por cada mil
 Meta del ODM: 68 por cada mil – **CUMPLIDA**
 Número de muertes infantiles por año: 196 000
 Índice anual medio de reducción (2000-2013):
 5 % – **EN AUMENTO**
 Equidad en el progreso (2000-2011):

- Grupos económicos: **desigualdad en descenso**
- Regiones: **desigualdad en aumento**
- Zonas urbanas/zonas rurales: **sin variación**
- Grupos étnicos: **desigualdad en descenso**

POST-2015

En condiciones de cumplir la meta post-2015 a nivel nacional: **sí**
 En condiciones a nivel de todos los grupos: **no**

- Grupos económicos: **no, pero con posibilidades de lograrlo**
- Regiones: **no, pero con posibilidades de lograrlo**
- Zonas rurales/zonas urbanas: **sí**

Figura 24: Tendencias en la cobertura de las intervenciones

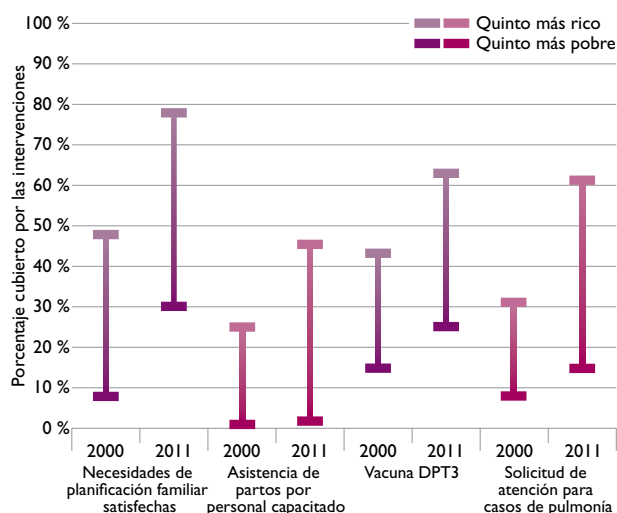
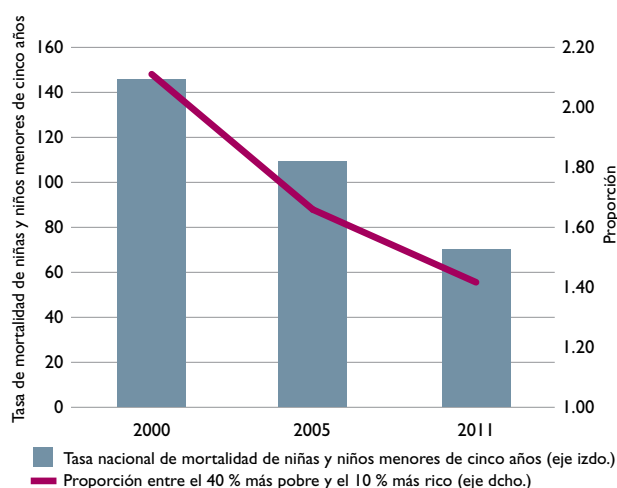


Figura 25: Tendencias en la tasa de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años



Política destacada: mejora de la cobertura de servicios básicos de salud materna, neonatal e infantil por medio de personal comunitario de la salud.

Etiopía lanzó el Programa de Extensión de la Salud en 2003 como parte de la estrategia de este sector dirigida a mejorar la cobertura de servicios de salud en zonas desatendidas. En base a este programa, el personal de extensión de la salud es contratado en la comunidad local y recibe capacitación y salario del gobierno. El trabajo de este personal es poner en marcha un paquete básico de intervenciones preventivas y curativas, y promover prácticas saludables. El paquete de intervenciones fue seleccionado para abordar las principales causas de mortalidad infantil en todos los sectores de la salud, la nutrición y el saneamiento.

Durante la implementación del programa, los recursos humanos en el sector de la salud se han duplicado en cinco años, con la creación de 15 mil puestos de trabajo y la distribución de 38 mil trabajadores de extensión. La cobertura de mejores instalaciones de saneamiento, vacunas y servicios de salud materna aumentó a un ritmo más rápido en las aldeas con personal de extensión que en aquellas que no contaban con este tipo de personal. El éxito del programa se ha atribuido a los siguientes factores: un liderazgo político y compromiso con la equidad y la cobertura universal; mecanismos para mejorar la coordinación entre los asociados del desarrollo y los demás sectores;

la identificación local con el programa por medio de contrataciones a nivel local de trabajadores y su representación en las autoridades locales; la movilización de suficientes recursos para financiar el plan; y mecanismos de rendición de cuentas y supervisión para asegurar la calidad.

Desafíos pendientes

- Atención materna y neonatal: la proporción de muertes neonatales aumentó hasta llegar al 43 % de todas las muertes de niñas y niños menores de cinco años en 2013. El progreso de Etiopía en la reducción de la mortalidad materna también ha sido lento; además, no se encuentra en condiciones de cumplir el ODM 5.
- Financiamiento de la salud: las tarifas para usuarios fueron eliminadas para los servicios básicos y se introdujeron planes de seguros de salud de la comunidad y sociales. No obstante, el porcentaje de gastos de bolsillo del total de gastos en salud—el 63 %— es muy alto. El porcentaje de gastos gubernamentales en salud respecto al total de gastos públicos—el 8 %— es relativamente bajo y está muy lejos de la meta de Abuja, es decir, el 15 %.

Ver Apéndice 3, donde se incluye una orientación sobre cómo interpretar datos, y la sección Referencias, donde se incluyen las fuentes utilizadas en el análisis de políticas.

B. ABORDAR LAS CAUSAS SUBYACENTES DE LA MALA SALUD Y LAS DESIGUALDADES EN LOS RESULTADOS DE SALUD

Muchas de las inversiones internacionales en el sector de la salud se centran en enfermedades o intervenciones específicas y producen resultados que pueden medirse como rendimientos directos de las inversiones. Este enfoque, aunque aborda las causas médicas, no aborda los factores de fondo de la mala salud y las desigualdades en los resultados de salud,⁹⁵ como el acceso insuficiente a los servicios de otros sectores sociales. De acuerdo con un reciente estudio multinacional, el 50 % de todas las reducciones de la mortalidad infantil logradas por los países del mundo con mejores resultados han sido atribuibles a inversiones fuera del sector de la salud.⁹⁶ Las áreas decisivas son las siguientes:

- **Empoderamiento de mujeres y niñas:** abordar las normas sociales discriminatorias y las violaciones de los derechos, que restan poder a las mujeres y las niñas y les impide tomar decisiones significativas sobre la dirección de sus propias vidas, constituye un componente crucial de cualquier estrategia dirigida a eliminar las muertes infantiles prevenibles. Como se resume en el Cuadro 7, existen numerosas pruebas respecto a que los hijos y las hijas de mujeres empoderadas tienen más probabilidades de sobrevivir más allá de los cinco años de edad.⁹⁷ Para avanzar en materia de igualdad de género es necesario que en el marco del presupuesto nacional y los procesos de planificación, los derechos de las mujeres y las niñas reciban suficiente atención. Las instituciones o departamentos del gobierno y organismos públicos que abordan la igualdad de género también deben ser fortalecidos. Además, es necesario apoyar la movilización colectiva y los esfuerzos de divulgación dirigidos a mujeres y hombres para cambiar las normas sociales profundamente arraigadas.⁹⁸
- **Educación:** la educación de los padres y las madres guarda una estrecha relación con la mortalidad infantil en los países de todo el mundo, y resulta especialmente importante para apoyar a las mujeres y las niñas a ser independientes y tener control sobre sus propias vidas. La educación es un factor determinante clave de la utilización de los servicios de salud, ya que ayuda a entender mejor la importancia de la salud y el saneamiento, y a empoderar a las mujeres para tomar decisiones relacionadas con su salud y embarazos.⁹⁹ Asegurar que todas las mujeres concluyan la educación primaria tiene el potencial de reducir la mortalidad infantil en un 15 % a nivel global. Si todas las jóvenes terminaran la educación secundaria, se lograría reducir las tasas de mortalidad infantil casi a la mitad, salvando la vida de 2,8 millones de niñas y niños.¹⁰⁰ Esta cifra equivale al número de bebés recién nacidos que murieron en 2013.¹⁰¹
- **Nutrición:** la desnutrición es la causa subyacente de casi la mitad de todas las muertes de niños y niñas menores de cinco años en el mundo, y afecta de manera desproporcionada a la infancia de las zonas rurales y de los sectores económicos más pobres.¹⁰² Un estudio concluyó que la mortalidad infantil podría reducirse en un 15 %, si la cobertura de diez intervenciones básicas de nutrición se ampliara al 90 % de los países con las tasas más altas de desnutrición.¹⁰³ Debe darse prioridad a los programas específicos de nutrición, como campañas de suplementos dietéticos y promoción de la lactancia materna, así como a iniciativas sensibles a la nutrición, dirigidas a abordar los factores subyacentes de la malnutrición por medio de políticas de desarrollo de la primera infancia, agrícolas y de protección social (ver Cuadro 8).¹⁰⁴
- **Agua y saneamiento:** a pesar de que durante los últimos años se han conseguido muchos adelantos, la diarrea continúa siendo la tercera causa de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años, y provoca medio millón de muertes al año. La mayoría de estas muertes están vinculadas a agua contaminada, insuficiente saneamiento y mala higiene.¹⁰⁵ Existen considerables disparidades entre los diversos grupos en lo que se refiere al acceso de agua e instalaciones de saneamiento de mejor calidad.¹⁰⁶ Las experiencias positivas de algunos países demuestran que es posible obtener un progreso acelerado y equitativo. Por ejemplo, las actividades de extensión del personal comunitario de la salud en Etiopía han ayudado a reducir las disparidades regionales en cuanto a saneamiento e higiene.¹⁰⁷

CUADRO 7: VÍNCULO ENTRE IGUALDAD DE GÉNERO Y SUPERVIVENCIA INFANTIL

En los países de todo el mundo, las niñas reciben un trato distinto al que reciben los niños desde el día en que nacen porque se espera que desempeñen diferentes papeles en la sociedad cuando crecen. Con demasiada frecuencia, a las niñas se les valora menos que a los niños, o se les valora de maneras diferentes. Esto puede conducir a la discriminación en el acceso a la atención de salud dentro del hogar por motivos de género, particularmente cuando los recursos son escasos. Si bien los datos demuestran que las disparidades de género en la cobertura de intervenciones de salud clave son relativamente pequeñas, en algunos casos son considerables. Por ejemplo, en Nepal en 2011, los niños con diarrea tenían un 38 % más probabilidades que las niñas de recibir terapia de rehidratación oral y una alimentación continuada, comparado con el 26 % en 2007.¹⁰⁸ Nepal es uno de los diez países del mundo en los que se ha identificado una mortalidad más alta de lo esperado entre las niñas que entre los niños.¹⁰⁹

Posiblemente, la manifestación más extrema de discriminación de género es el aborto selectivo en función del sexo y el infanticidio femenino. Aunque los diferenciales de sexo en la mortalidad infantil en general se encuentran en descenso, la selección prenatal del sexo se encuentra en aumento, en consonancia con la difusión de la tecnología de diagnóstico prenatal. Se calcula que unos 117 millones de mujeres no pudieron pasar a formar parte de la población mundial en 2010 como resultado de la selección prenatal del sexo, en su mayor parte practicada en China e India; 39 millones de ellas tendría menos de 20 años si se les hubiera permitido sobrevivir.¹¹⁰ En India, la proporción de niñas ha descendido de manera constante durante los últimos 50 años, como resultado de la selección del sexo basada en prejuicios de género. Además, esta reducción no da señales de detenerse. En 1961, había 976 niñas por cada mil niños; en 2011, esta cifra descendió a 918.¹¹¹

El impacto acumulativo de la discriminación que las niñas y las mujeres sufren a lo largo de la vida también afecta a la salud de sus hijos e hijas. Por lo tanto, el empoderamiento de la mujer constituye un componente decisivo de cualquier estrategia dirigida a acabar con las muertes infantiles prevenibles. Los siguientes aspectos requieren mayor atención:

- **Educación:** como resultado de los avances en la educación de las mujeres, entre 1990 y 2009 se salvaron aproximadamente 2,1 millones de vidas infantiles.¹¹²
- **Nutrición:** la desnutrición materna contribuye a aproximadamente 800 mil muertes neonatales al año.¹¹³
- **Matrimonio infantil, derechos reproductivos y control sobre la toma de decisiones:** los hijos y las hijas de madres muy jóvenes tienen más probabilidades de morir, y cuando las mujeres dan a luz muy seguido entre parto y parto, también existe una mayor probabilidad de mortalidad infantil.¹¹⁴
- **Participación de las mujeres en la vida pública y política:** los países que durante los últimos años han logrado avanzar más rápidamente hacia el cumplimiento del ODM 4 cuentan con un número significativamente más alto de parlamentarias mujeres, así como con tasas superiores a la media de participación femenina en la fuerza de trabajo, en comparación con los países que han obtenido menos adelantos.¹¹⁵

Lógicamente, todos estos aspectos son sumamente importantes por sí mismos; los derechos de las mujeres y las niñas deben respetarse y no debería privarse a nadie de educación, atención de salud, nutrición, derechos sexuales y reproductivos o participación en la toma de decisiones, solo por motivos de género. El hecho de que las violaciones de estos derechos también tienen efectos dominó en las tasas de supervivencia infantil no hace más que reafirmar el argumento a favor de un progreso real y tangible en el ámbito del empoderamiento de las mujeres y las niñas.

CUADRO 8: MEJORAR LA NUTRICIÓN PARA PONER FIN A LAS MUERTES PREVENIBLES

A escala mundial, 51 millones de niñas y niños padecen de malnutrición aguda¹¹⁶ y, por lo tanto, se encuentran en situación de riesgo inmediato de muerte.¹¹⁷

La malnutrición materna e infantil es la causa del 45 % de las muertes infantiles prevenibles,¹¹⁸ y tiene consecuencias irreversibles y para toda la vida en el desarrollo físico y cognitivo de la infancia. El costo humano y económico que ocasiona la malnutrición es enorme. La malnutrición crónica durante la niñez puede constituir un factor de escolarización tardía para la infancia en situación de pobreza, lo que a su vez puede dar lugar a malos resultados escolares y un 20 % menos de capacidad para obtener ingresos que la infancia que recibe una educación completa.¹¹⁹ Las niñas y los niños con retraso del crecimiento también corren un mayor riesgo de tener sobrepeso y de sufrir enfermedades no transmisibles más adelante en la vida.¹²⁰

La desnutrición es un problema complejo de abordar y requiere la colaboración por parte de muchos sectores. Para lograr una nutrición óptima, la infancia necesita tener acceso a alimentos adecuados,

asequibles, diversos y nutritivos; prácticas maternas y de cuidado infantil apropiadas; suficientes servicios de salud y un entorno saludable con agua segura, saneamiento y una buena higiene.¹²¹ Si bien a la malnutrición no se le ha dado la suficiente prioridad en el marco del desarrollo, durante los últimos años ha habido un considerable aumento en el compromiso de reducirla a nivel mundial y nacional.¹²²

Mejorar la nutrición materna e infantil brinda a la infancia el mejor comienzo posible en la vida,¹²³ y esto le permite desarrollar su pleno potencial. No obstante, con 16 millones de niñas adolescentes que dan a luz al año, abordar la desnutrición de las mujeres cuando ya están embarazadas generalmente es demasiado tarde para romper el ciclo de malnutrición intergeneracional. La protección social resulta especialmente eficaz para la nutrición cuando se proporciona durante el período de los mil días desde el embarazo de la mujer hasta el segundo año de vida de su hijo o hija. Esto ayuda a maximizar esta oportunidad única para crear futuros más sanos y más prósperos.



Foto: Suzanne Lee/Save the Children

Nisha, de 19 años, con su hija de un mes de vida, Pushpa, en la casa de su madre, ubicada en la aldea de Kalyan, en la región del medio oeste de Nepal. Nisha se fugó de su casa para casarse al comienzo de su adolescencia, pero tomó anticonceptivos para postergar la maternidad.

LA IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL, POLÍTICA Y ECONÓMICA Y LA RENDICIÓN DE CUENTAS

En muchos contextos, la atención de salud y el acceso a otros servicios esenciales para la infancia son insuficientes, como resultado de desequilibrios arraigados en el poder y la influencia que tienen grupos específicos en la sociedad y la economía.¹²⁴ El ciclo de desigualdades económicas, políticas y sociales deja a los grupos desfavorecidos con escasa influencia sobre la toma de decisiones políticas; una limitada capacidad y escasas posibilidades de plantear sus necesidades a los responsables de la toma de decisiones; y un bajo nivel adquisitivo para invertir en mejorar su situación. En algunos casos, el ciclo es impulsado por la discriminación y las actitudes frente a ciertos grupos, lo que representa un obstáculo adicional para el cambio.¹²⁵

¿Cómo puede romperse este ciclo? Las investigaciones destacan la importancia de las medidas dirigidas a ayudar a los grupos desfavorecidos a expresar sus opiniones, influir en los responsables de la toma de decisiones y exigir cuentas a los líderes.¹²⁶ Con el fin de diseñar políticas y programas que apoyen la inclusión y la equidad, resulta crucial comprender a fondo las barreras que impiden el avance de los grupos desfavorecidos.¹²⁷ Entre otras medidas que pueden tomar los gobiernos y los asociados del desarrollo para estimular el cambio, se incluyen las siguientes: asegurar que los derechos universales se cumplan tanto en el marco de la ley como en la práctica; apoyar a los movimientos sociales y propiciar entornos para la sociedad civil y la movilización colectiva; abrir espacios para la participación en la toma de decisiones; e implementar programas dirigidos a luchar contra las normas sociales discriminatorias.¹²⁸

La inclusión económica de los grupos desfavorecidos también resulta crucial, y se logra por medio de estrategias de crecimiento económico inclusivo, que aseguran empleos de calidad para los segmentos más pobres de la sociedad y permiten a los productores a pequeña escala integrarse o ascender en las cadenas de valor.¹²⁹ Para lograrlo, un elemento fundamental es desarrollar mecanismos sólidos de protección social. La protección social tiene un potencial de seguridad, productividad y transformación. Se trata de un derecho humano y un medio a través del cual los Estados pueden proteger al sector más vulnerable de su ciudadanía.¹³⁰ La protección social representa un canal por medio del cual los gobiernos pueden redistribuir los ingresos y recursos, así como compartir los beneficios del crecimiento.¹³¹ Invertir en la protección social brinda beneficios múltiples, inmediatos y a largo plazo para las personas y el conjunto de la sociedad: reduce la vulnerabilidad de las personas frente a las crisis; estimula y estabiliza la demanda agregada; mejora la eficacia de las inversiones en salud, educación, nutrición, agua y saneamiento; y mejora el control de las mujeres sobre el presupuesto familiar.¹³²

La audaz ampliación de la protección social en muchos países en desarrollo, desde Brasil a China y desde México a Mozambique, ha subrayado la función clave que tiene en la reducción de la pobreza y la vulnerabilidad, remediando la desigualdad y aumentando el crecimiento inclusivo.¹³³ En Sudáfrica, las subvenciones no contributivas han reducido la brecha de la pobreza en más de un tercio.¹³⁴ En México, el programa Oportunidades redujo el número de personas que vive en la pobreza en un 10 % y la brecha de la pobreza en un 30 %.¹³⁵ Se estima que en los países europeos las transferencias sociales y el sistema fiscal han reducido la pobreza en más del 50 %.¹³⁶

En algunos casos, las transferencias condicionales de dinero en efectivo han vinculado el recibo de los subsidios directamente con los objetivos reproductivos y de salud infantil. Por ejemplo, el plan Janani Suraksha Yojana de India, que beneficia a más de 9,5 millones de personas, ha producido un considerable aumento del número de nacimientos de bebés en establecimientos de salud; además, ha contribuido potencialmente a una disminución del registro de bebés nacidos muertos y muertes neonatales.¹³⁷ En Bolivia, el bono Juana Azurduy entrega un subsidio a las mujeres embarazadas y las madres durante un período de 33 meses a cambio de que acudan a las clínicas prenatal y posnatal. El propósito de este plan es abordar los altos niveles de desigualdad en mortalidad infantil entre las zonas urbanas y rurales, y entre familias ricas y pobres.

Aunque el nivel óptimo de configuración y gastos en protección social varía entre un país y otro, los sistemas de protección social que no solo protegen a los sectores más pobres sino que se destinan a todos los miembros de la sociedad tienen el potencial de ayudar a prevenir la pobreza y la inseguridad, y reducir la desigualdad. Lo importante es que la protección social debe considerar las vulnerabilidades y los problemas de pobreza particulares de los diversos grupos de la infancia. La declaración conjunta *Advancing Child-Sensitive Social Protection* [Avance de la protección social que tiene en cuenta las necesidades de la infancia],¹³⁸ firmada por el Banco Mundial, Unicef, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y Save the Children, entre otros, define la protección social que tiene en cuenta las necesidades de la infancia como aquella cuyo propósito es maximizar las oportunidades y los resultados de desarrollo para las niñas y los niños considerando las diferentes dimensiones del bienestar infantil. La protección social que tiene en cuenta las necesidades de la infancia aborda las desventajas sociales, los riesgos y las vulnerabilidades inherentes con las que a veces nacen los bebés, o que pueden sufrir durante la niñez debido a perturbaciones externas que afectan al hogar.¹³⁹



APOYAR A LAS COMUNIDADES, SALVAR VIDAS

Lozimary, de un año de edad y proveniente de una aldea de Malaui, padecía de una malnutrición grave. Tenía vómitos y diarrea. Se le habían hinchado el cuerpo y los pies. Tenía un peso inferior al normal y su crecimiento se había atrofiado.

El centro de salud local de Lozimary la derivó al hospital más cercano. Le dieron medicamentos y leche terapéutica durante una semana. Posteriormente, también le dieron pasta de cacahuete rica en vitaminas. Afortunadamente, pronto comenzó a recuperarse.

El caso de Lozimary pone de relieve la importancia del acceso a la atención de salud de calidad en la comunidad, y su integración en el sistema de salud más amplio. En Malaui, Save the Children apoya el programa de gestión de casos en la comunidad del Hospital del Distrito Mchinji. El enfoque de gestión de casos en la comunidad ayuda a las comunidades a acceder a la atención de salud y prevenir la mortalidad infantil, abordando la malnutrición y las enfermedades comunes de la niñez, como la pulmonía, la diarrea y la malaria.

5 MARCO POST-2015

UN CATALIZADOR PARA EL PROGRESO EQUITATIVO

Durante el curso de los últimos quince años, los Objetivos de Desarrollo del Milenio han ayudado a movilizar y coordinar la acción, tanto a nivel nacional como internacional, en torno al objetivo global compartido de reducir la mortalidad infantil. Mientras el marco de los ODM llega a su fin, resulta fundamental que su sucesor, el marco post-2015, no solo avance a partir de las fortalezas de los ODM, sino que también impulse un gran paso adelante en el progreso para todos los grupos socioeconómicos. El nuevo marco debe inspirar a una generación a tomar medidas para acabar con las muertes infantiles prevenibles por medio de la reducción de la mortalidad infantil para todos los grupos de la infancia.

En este capítulo incluimos un resumen de cuatro medidas clave que ayudarían a construir un nuevo marco que sea capaz de impulsar el cambio que se requiere. Las cuatro medidas son las siguientes:

- asegurar que el marco sea ambicioso pero viable
- incorporar la equidad en todo el marco
- incluir un objetivo de gobernanza abierta, inclusiva y responsable
- fortalecer los sistemas estadísticos para mejorar los datos y la rendición de cuentas

A. OBJETIVOS Y METAS AMBICIOSOS Y VIABLES

La fortaleza de los ODM radica en el hecho de que representan una serie de elementos seleccionados de la Declaración del Milenio, traducidos en un número limitado de metas claras, medibles y con plazos establecidos. Estos objetivos han ofrecido un punto de contacto para el establecimiento de asociaciones entre distintos sectores y han permitido la identificación de las lagunas que requerían mayor atención. También han podido adaptarse a escala nacional e incorporarse fácilmente en los planes de desarrollo nacionales. Esto ha permitido a los países beneficiarse de las asociaciones y el compromiso internacional que se alinean tras los objetivos, y ha proporcionado un conjunto de prioridades centrales que podían desarrollarse, ampliarse y adaptarse en función del contexto y las prioridades nacionales.

En base a esta fortaleza, el marco post-2015 debe consistir en un conjunto independiente de objetivos claros que puedan resultar factibles de ser implementados en todos los países, al margen de sus niveles de ingresos. El propósito global debería dirigirse a terminar la tarea que comenzaron los ODM, con

objetivos para acabar con las dimensiones críticas de la pobreza extrema. En su informe *Framework for the Future* [Marco para el futuro], *Save the Children* expone a grandes rasgos las propuestas para un marco post-2015 de doce objetivos. Entre estos objetivos, se incluye uno para acabar con las muertes neonatales, infantiles y maternas prevenibles, respaldado con metas para fortalecer los sistemas de salud y abordar los factores financieros y sociales determinantes de la salud.

Una vez acordadas, las metas solo tendrán sentido si se adoptan a nivel nacional, se incorporan en los planes nacionales y se acompañan de mecanismos de rendición de cuentas que permitan a la ciudadanía exigir cuentas a sus gobiernos con relación a las promesas realizadas. La rendición de cuentas nacional puede ser fortalecida por medio de procesos globales de monitoreo y rendición de cuentas, como lo demostraron las iniciativas *Cuenta Regresiva a 2015* y *Todas las Mujeres, Todos los Niños* durante los ODM. El renovado mecanismo de *Todas las Mujeres, Todos los Niños* del Secretario General de la ONU debe, en consecuencia, recibir respaldo para avanzar conforme al marco post-2015.

B. INCORPORAR LA EQUIDAD EN TODO EL MARCO

En todas las áreas de los objetivos del marco post-2015 debe existir un énfasis claro y explícito en la equidad, con el fin de asegurar que los sectores en la mayor situación de pobreza y marginación de todas las sociedades no sigan quedando en el olvido. Nuestro informe Framework for the Future propone una serie de maneras en las que la equidad debería incorporarse dentro del nuevo marco. Entre estas, se incluye un objetivo independiente de empoderamiento de las mujeres y las niñas; una meta dirigida a reducir la desigualdad de ingresos; un objetivo de acceso equitativo a una educación de calidad; un objetivo de gobernanza abierta, responsable e inclusiva; y metas dirigidas a incentivar políticas de eficacia demostrada para reducir la desigualdad, incluida la protección social y la protección del riesgo financiero en el ámbito de la salud.

Además, dos medidas esenciales tienen un potencial particularmente alto de impulsar el progreso equitativo conforme al nuevo marco, incluido el progreso en la reducción de la mortalidad infantil.

En primer lugar, todas las partes involucradas en el marco post-2015 deben comprometerse a asegurar que ninguna meta sea considerada cumplida si no se ha cumplido para todos los grupos socioeconómicos.¹⁴⁰ En el caso de la mortalidad infantil, esto significa que las respectivas tasas no deben superar las 25 muertes por cada mil nacidos vivos para el año 2030 en ninguno de los grupos socioeconómicos de un país; además, estas deben ser considerablemente inferiores en los países que ya han alcanzado la meta (ver Cuadro 4, en la pág. 23, con un análisis sobre la meta propuesta para la mortalidad infantil).

En segundo lugar, deben fijarse metas de avance en materia de equidad con relación a todos los objetivos, con el fin de reducir las brechas entre los grupos favorecidos y desfavorecidos. Aunque representaría una importante declaración, el consenso respecto a que “no hay meta cumplida si no se ha cumplido para todos” es improbable que de por sí impulse los cambios en las políticas y las prácticas que son necesarios para que los países adopten caminos de progreso más equitativos. Sin lugar a dudas, durante los próximos quince años, hasta 2030, se producirán cambios de tipo administrativo dentro de los gobiernos. Además, a los políticos suelen motivarles los beneficios a corto plazo que puedan obtenerse dentro del ciclo electoral, generalmente de unos cinco años. En consecuencia, existe el peligro de que una vez que se acuerde el marco post-2015, los gobiernos continúen concentrándose en los grupos de más fácil acceso, en lugar de realizar cambios más difíciles en las políticas y las prácticas necesarias para responder a las necesidades de quienes están más rezagados.

El marco post-2015 debe, por lo tanto, incluir mecanismos adicionales que impulsen avances equitativos, asegurando que los objetivos se persigan de tal manera que se dé prioridad a las necesidades de los grupos en la mayor situación de pobreza y marginación. Uno de estos mecanismos son las metas de avance en materia de equidad, inicialmente propuestas por Kevin Watkins (2014) y desarrolladas en mayor profundidad en el informe de políticas de Save the Children Que nadie quede en el olvido.¹⁴¹ Este tipo de metas se fijarían con plazos intermedios entre 2015 y 2030, y su propósito sería reducir las brechas sistemáticas entre los grupos favorecidos y los desfavorecidos, al tiempo que asegurarían que todos los grupos estuvieran en condiciones de cumplir las metas para el año 2030. Las metas de avance se establecerían en función del contexto nacional para los grupos que estén más postergados con relación a cada objetivo. El Cuadro 9 se basa en datos de Filipinas para ilustrar la manera en que podrían establecerse en la práctica las metas de avance en materia de equidad, lo cual ayudaría a centrar la atención inmediata y continua en los grupos que están más postergados.¹⁴²

C. INCLUIR UN OBJETIVO DE GOBERNANZA ABIERTA, INCLUSIVA Y RESPONSABLE

En última instancia, es responsabilidad de los gobiernos poner en práctica el marco post-2015 y los servicios públicos equitativos que respondan a las necesidades de la infancia. Sin embargo, esto será posible únicamente con instituciones públicas competentes, responsables, que cuenten con suficientes recursos y que puedan proporcionar servicios de calidad.

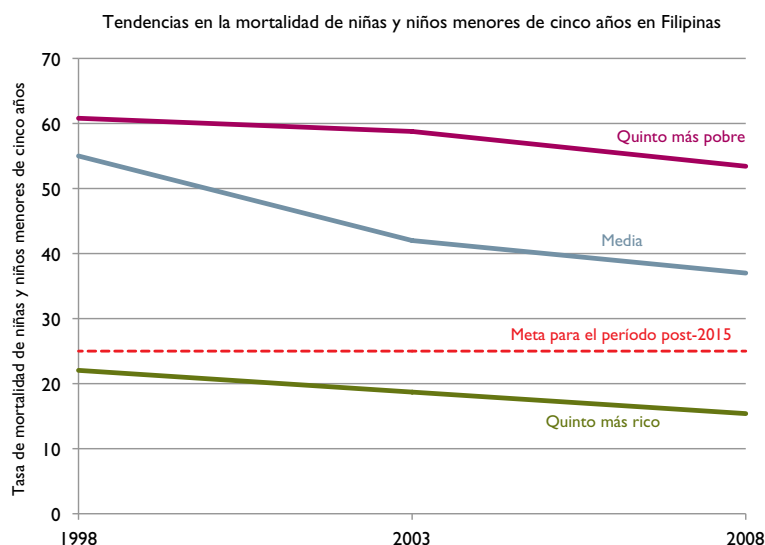
La gobernanza responsable y sensible a las necesidades de los grupos marginados y vulnerables requiere que existan oportunidades para la ciudadanía –incluidos niños, niñas y jóvenes, así como miembros de los grupos más marginados– de participar en la toma de decisiones y de exigir cuentas a los gobiernos. Este tipo de gobernanza no solo constituye una obligación legal, sino que también puede ayudar a los gobiernos a diseñar intervenciones más adecuadas y pertinentes, así como asignar recursos de forma más eficaz. La transparencia y la rendición de cuentas también constituyen poderosas herramientas para prevenir la corrupción, el robo y el desperdicio de recursos naturales, que reducen los recursos disponibles para proporcionar servicios de salud básicos a la infancia.¹⁴³ La sociedad civil puede facilitar la participación pública y poner la opinión de los ciudadanos y grupos más marginados sobre la mesa. No obstante, si los derechos a la libertad de expresión, asociación y reunión pacífica no están garantizados en la legislación ni se cumplen en la práctica, la sociedad civil no puede cumplir su papel.

En vista de lo anterior, y con el fin de asegurar el cumplimiento de un marco post-2015 conforme al cual nadie quede en el olvido, este marco debe incluir un objetivo y metas para fomentar una gobernanza abierta, inclusiva y responsable.

CUADRO 9: ESTABLECIMIENTO DE METAS DE AVANCE EN MATERIA DE EQUIDAD

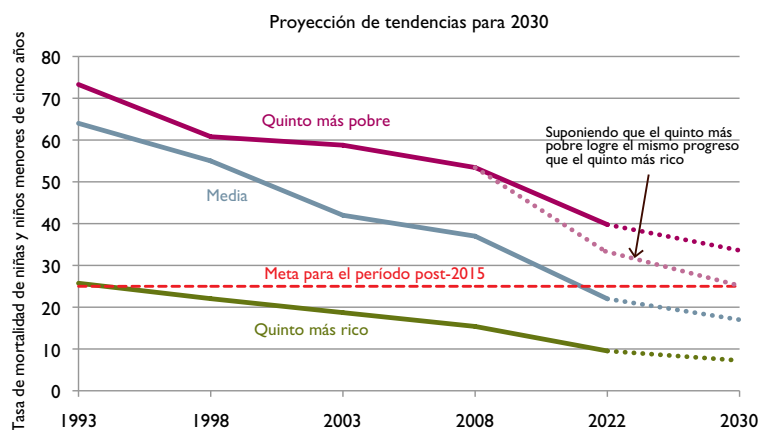
1. Identificar los grupos más rezagados por medio de un proceso nacional abierto y deliberativo.

Los grupos podrían incluir regiones pobres y desfavorecidas, zonas rurales, zonas urbanas deprimidas o minorías étnicas.



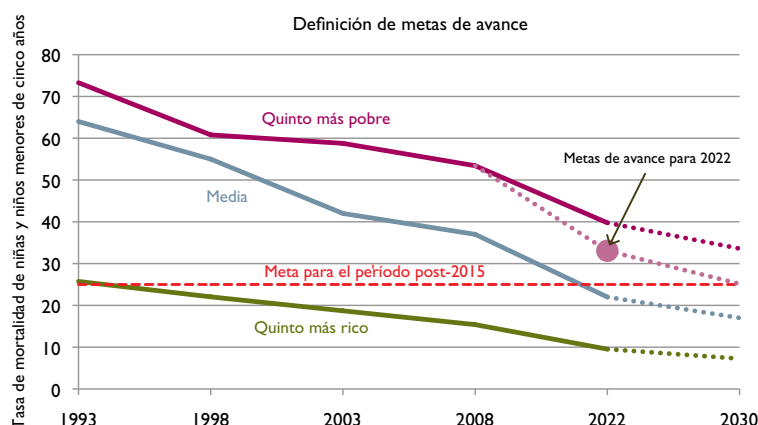
2. Definir el índice de progreso que el grupo desfavorecido debe alcanzar con el fin de cumplir la meta para el año 2030.

En Filipinas, el quinto más pobre tendría que acelerar el progreso al mismo nivel que el quinto más rico, con el fin de alcanzar la meta de un máximo de 25 muertes por cada mil nacidos vivos.



3. Identificar metas de avance para los plazos intermedios correspondientes al grupo desfavorecido y verificar si los criterios se han cumplido.

En Filipinas, el quinto más pobre tendría que acelerar el progreso al mismo nivel que el quinto más rico, con el fin de alcanzar la meta de un máximo de 25 muertes por cada mil nacidos vivos.



- ✓ Buen progreso en general
- ✓ Todos los grupos en condiciones
- ✓ Las brechas injustas entre los grupos se están cerrando

D. FORTALECER LOS SISTEMAS ESTADÍSTICOS PARA MEJORAR LOS DATOS Y LA RENDICIÓN DE CUENTAS

Lograr datos de mejor calidad, mayor cobertura, más oportunos y más accesibles representa un potencial significativo para acelerar el progreso hacia el objetivo de acabar con las muertes infantiles prevenibles. Los datos de alta calidad y desglosados son imprescindibles para identificar grupos desfavorecidos, monitorear el progreso y planificar las mejoras en los servicios y sistemas de salud.

Una mayor abundancia y una mejor calidad de los datos también son aspectos esenciales para propiciar una ciudadanía empoderada y activa. Los datos de alta calidad, accesibles y oportunos permiten a los ciudadanos exigir cuentas a los gobiernos y proveedores de servicios; aumentar conciencia dentro de las comunidades sobre las opciones de atención de salud y prácticas saludables; e identificar y comunicar los puntos débiles dentro del sistema. Asegurar la transparencia y la facilidad de interpretación y utilización de los datos por parte de la ciudadanía debe constituir un elemento central de las estrategias dirigidas a fortalecer los sistemas de datos.¹⁴⁴

Los sistemas estadísticos son, en general, débiles en los países que soportan la mayor carga de mortalidad infantil. Aunque durante los últimos años se han producido considerables mejoras en la calidad y la cobertura de los sistemas de datos, continúan existiendo lagunas. Por ejemplo, alrededor de 70 países no cuentan con datos sólidos de mortalidad infantil correspondientes al último lustro, y trece países no cuentan con datos de calidad que abarquen la última década.¹⁴⁵

Si bien la disponibilidad de datos desglosados está aumentando, los datos de ciertos grupos socioeconómicos son inexistentes o incoherentes, particularmente aquellos correspondientes a los grupos étnicos desfavorecidos y las regiones subnacionales. Además, las encuestas a hogares no siempre cubren la infancia más vulnerable del mundo, como niñas y niños que viven en la calle, en instituciones o en campamentos de refugiados. Se estima que las lagunas de datos que las encuestas convencionales a hogares no pueden cubrir corresponden a 250 millones de personas en el mundo.¹⁴⁶

El desafío conforme al marco post-2015 es mejorar la recogida y el desglose de datos para indicadores básicos de manera que fortalezcan los sistemas nacionales de información y estadísticas en materia de salud, sirvan de base para la formulación de políticas y empoderen a la ciudadanía para exigir cuentas a los responsables de la toma de decisiones. Entre las prioridades, deben incluirse los siguientes aspectos:

- **Invertir en datos:** los sistemas estadísticos actualmente no cuentan con suficientes recursos y carecen de un apoyo adecuado por parte de la comunidad internacional. Con ocasión de la Tercera Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo, deben establecerse nuevos mecanismos de financiamiento que ayuden a fortalecer los sistemas estadísticos nacionales y mejorar la disponibilidad de datos.¹⁴⁷
- **Evitar que existan lagunas de datos acerca de los grupos desfavorecidos:** este objetivo puede lograrse por medio del fortalecimiento de las encuestas a hogares y los sistemas de estadísticas demográficas. Además, deben establecerse mecanismos adicionales para reflejar datos sobre grupos minoritarios y vulnerables, como tecnologías para realizar muestreos con énfasis en los grupos minoritarios, y encuestas especialmente dirigidas a reflejar datos de niños y niñas vulnerables que no viven en los hogares cubiertos por las encuestas convencionales.¹⁴⁸
- **Asegurar que los datos empoderen a la ciudadanía y mejoren la formulación de políticas:** los datos deben ser fáciles de conseguir y convertirse en información que se pueda entender y utilizar sin problemas por parte de profesionales, responsables de la formulación de políticas (para mejorar la toma de decisiones) y la ciudadanía. Deben respaldarse aquellas iniciativas de datos impulsadas por la comunidad con el potencial de ayudar a cubrir lagunas críticas de datos, y al mismo tiempo debe incentivarse a la ciudadanía a participar y exigir la rendición de cuentas (ver Cuadro 10).

CUADRO 10: DATOS PARA LA RENDICIÓN DE CUENTAS Y UNA CIUDADANÍA ACTIVA

Las iniciativas de recopilación de datos en la comunidad pueden ayudar a cubrir las lagunas de datos, mientras fomentan, al mismo tiempo, la rendición de cuentas y una ciudadanía activa. Por ejemplo, en la zona rural de Indonesia, los trabajadores de la salud aprovechan la oportunidad que brinda un festival local para registrar los datos y controlar el peso de niñas y niños menores de cinco años, con el fin de realizar posteriormente visitas a domicilio para animar a las familias a utilizar los servicios locales. Con el tiempo, el número de niñas y niños que acuden al centro local de monitoreo del crecimiento aumentó en un 40 % y los partos atendidos por personal capacitado se incrementaron en un 9 %.¹⁴⁹

Aunque la sola entrega de datos en la comunidad constituye un adelanto importante y pertinente en muchos contextos, la tecnología ofrece el potencial de mejorar el acceso, la presentación y el análisis. Por ejemplo, la plataforma del Sistema de Información sobre los ODM de Nigeria reúne datos de establecimientos de salud, educación y agua de todo el país, recopilados en base a un inventario de un servicio básico georreferenciado y complementado con datos de encuestas adicionales.¹⁵⁰ Inicialmente recopilados para la planificación estatal y local dirigida a alcanzar los ODM, la plataforma se puso a disposición del público general en 2014.



Wina y su hijo de tres meses de edad, Hanum, en su casa, en Indonesia, junto con sus hijas. Hanum nació en el centro de salud local.

ASISTENCIA ESPECIALIZADA PARA UN PARTO SEGURO

Cuando Ma Than Shi, de 45 años, estaba embarazada de su hijo Ma Yee Mon Htwe, que ahora tiene un año de edad, una persona voluntaria de la comunidad en el sector de la salud de su aldea la llevó a ver a la matrona. Aunque se trataba de su décimo embarazo, era la primera vez en su vida que veía a una matrona para un control prenatal. Dos de sus bebés murieron el mismo día en que nacieron.

El acceso limitado a la atención de salud en Kani, Myanmar, acompañado de bajos niveles de educación en salud y una falta de acceso a agua limpia, implica que las comunidades –y la infancia en particular– se encuentran vulnerables frente a las enfermedades como la diarrea y la malnutrición. Save the Children realiza esfuerzos para subsanar este problema a través de actividades de capacitación y promoción dirigidas a mejorar la salud de las madres y la infancia.



6 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Este informe ha arrojado luz sobre el grado en que la infancia en todo el mundo está quedando postergada por el avance del desarrollo, junto con las disparidades significativas en las tasas de mortalidad infantil, tanto entre los países como dentro de ellos. En el 78 % de los países que se han incluido en nuestra investigación, por lo menos un grupo social o económico ha obtenido un progreso más lento que los grupos más favorecidos, razón por la cual ha quedado postergado. En el 16 % de los países, las desigualdades en las probabilidades de supervivencia aumentaron en todos los grupos sobre los que tenemos datos. Esto ocurre en las múltiples formas de desigualdades entre los diversos grupos, pero las niñas y los niños de las regiones desfavorecidas y los grupos étnicos se ubican entre aquellos con más probabilidades de quedar en el olvido. En resumen, a pesar del extraordinario progreso que se ha hecho a escala mundial, los avances que logran las niñas y los niños desfavorecidos son, con demasiada frecuencia, más lentos, y el nivel de postergación de este sector respecto a la infancia más favorecida se encuentra en aumento. La única razón de este aumento es el lugar donde han nacido o quiénes son sus progenitores.

No obstante, existen razones para el optimismo. Como lo ha demostrado alrededor de una quinta parte de los países que están reduciendo la mortalidad infantil a un ritmo más rápido y superior a la media, mientras reducen de forma simultánea las desigualdades en la supervivencia infantil entre los grupos socioeconómicos, un progreso más equitativo es posible. En contra de la amplia creencia de que llegar a las personas en la mayor situación de pobreza y más desfavorecidas resulta más difícil y, por lo tanto, es probable que ralentice el progreso nacional en la reducción de la mortalidad infantil, nuestro informe demuestra que si seguir caminos equitativos no va en detrimento de un progreso acelerado. Si acaso, el progreso general, en realidad, ha sido más rápido en los países que han seguido caminos equitativos. Según nuestra investigación, más de la mitad de los países que han reducido las desigualdades en las probabilidades de supervivencia entre los diversos grupos también se han beneficiado de rápidos índices de descenso (superiores a la media) en las tasas globales de mortalidad infantil. En promedio, seguir un camino equitativo en la reducción de la mortalidad infantil se asoció a un progreso un 6 % más acelerado durante el curso de una década.

Sin embargo, aunque una considerable proporción de países está alcanzando reducciones más rápidas en la mortalidad infantil entre los grupos con las tasas de mortalidad más altas, el progreso no ha sido lo suficientemente rápido. Es inaceptable que en una era de avances tecnológicos y científicos, con una relativa prosperidad global, como la nuestra, aún mueran niños y niñas innecesariamente por causas prevenibles. No obstante, como ha demostrado nuestro estudio, es probable que esta vergonzosa situación continúe igual en el año 2030, a menos que los líderes mundiales y nacionales tomen medidas urgentes ahora. Si no damos un gran paso adelante, la injusta lotería mundial del nacimiento se perpetuará en el tiempo.

Cambiar esta situación y dar forma a un futuro mejor y más justo para nuestra infancia se encuentra en manos de los líderes de los gobiernos de todo el mundo. El año 2015 es cuando puede lograrse este cambio. Se trata de un año en el cual los gobiernos pueden dar el audaz paso de comprometerse a acabar con las muertes infantiles por causas prevenibles, no solo para algunos, sino para todos los grupos de niñas y niños. Todos los gobiernos deben dar pasos concretos y progresivos hacia la Cobertura Universal de Salud, asegurando que todas las personas tengan acceso a los servicios que necesitan sin sufrir penurias económicas, y que los grupos más pobres y más desfavorecidos obtengan por lo menos el mismo nivel de beneficios que los demás en todo momento. Las negociaciones post-2015 brindan una oportunidad para establecer un nuevo marco de desarrollo mundial, con el fin de respaldar los esfuerzos dirigidos a asegurar que el progreso no deje a nadie en el olvido, fomentando la cooperación e incentivando la acción, sin limitarse a “continuar como siempre”.

Existen medidas específicas que los gobiernos, los donantes, los organismos multilaterales, la sociedad civil y los asociados del desarrollo deben tomar, con el fin de adoptar caminos más rápidos y más equitativos para acabar con las muertes infantiles prevenibles. Estos caminos se resumen más adelante.

Los gobiernos deben esforzarse para asegurar un marco post-2015 ambicioso y viable, con la promoción de la equidad como su elemento central.

Esta tarea debe incluir las siguientes acciones:

- Acordar un marco políticamente relevante, que tenga el potencial de ser verdaderamente transformador y objetivos que puedan monitorearse, financiarse y cumplirse en todos los países y para todos los ciudadanos. Como un objetivo que transformará una generación, la tarea de acabar con las muertes infantiles y maternas por causas prevenibles debe constituir un compromiso central del marco.
- Establecer metas claras para el año 2030, dirigidas a permitir que el mundo esté en condiciones de poner fin a las muertes infantiles y maternas por causas prevenibles. Por ejemplo, fortalecer los sistemas de salud, lograr la protección frente a los riesgos financieros y asegurar el acceso a agua, saneamiento y nutrición para todas las personas. Estos objetivos deberán respaldarse con objetivos adicionales dirigidos a lograr la igualdad de género, la igualdad de acceso a la educación de calidad y la gobernanza responsable (como se detalla en el informe *Framework for the Future*, de Save the Children).¹⁵¹
- Dejar claro que abordar la desigualdad se considera una característica distintiva del marco post-2015. El marco debe demostrar claramente el compromiso de abordar la desigualdad, de tal modo que pueda medirse, monitorearse y exigirse cuentas de su cumplimiento. Por ejemplo, por medio de metas de avance en materia de equidad con plazos intermedios y centrados en los grupos que estén más rezagados.
- Consagrar un compromiso central con los grupos más pobres y más marginados del mundo dentro del nuevo marco, dirigido a asegurar que ninguna meta se considere cumplida en el año 2030 si no se ha cumplido para todos los grupos socioeconómicos. Esto reflejaría el sentir del llamado a la acción respecto a que el marco no debe “dejar a nadie en el olvido”; además, debe recibir el respaldo por medio de compromisos de producir datos totalmente desglosados.
- Incorporar un objetivo de fomentar una gobernanza abierta, inclusiva y responsable, e instituciones capaces de proporcionar servicios de salud pública equitativos para la infancia, en un entorno donde la gente pueda decidir sobre sus vidas, participar en la toma de decisiones y plantear sus preocupaciones.

- Establecer mecanismos sólidos de presentación de informes y rendición de cuentas para exigir cuentas a los gobiernos, donantes y organismos multilaterales respecto a sus compromisos post-2015. Dichos mecanismos deben tener sus raíces en la rendición de cuentas a nivel nacional ante la ciudadanía, ayudando a fortalecer las actuales instituciones de rendición de cuentas y los mecanismos de presentación de informes sobre derechos humanos, y a vincularlos con un proceso internacional de rendición de cuentas.

Los gobiernos deben revisar las políticas nacionales y específicas para cada sector, así como los planes para apoyar el cumplimiento progresivo de la Cobertura Universal de Salud, y el logro tanto del ODM 4 como de los objetivos y las metas post-2015.

Esta tarea debe incluir las siguientes acciones:

- **Abordar las causas próximas y subyacentes de las altas tasas de mortalidad infantil entre los grupos socioeconómicos específicos:**
 - Fortaleciendo los sistemas de salud para asegurar que el total de madres, recién nacidos, niñas y niños tengan acceso a un conjunto básico de servicios de salud esenciales de calidad, incluida la atención durante el embarazo, en el parto, posterior al parto y durante la primera infancia, con un especial énfasis en el fortalecimiento de los servicios de atención materna y neonatal.
 - Estableciendo y fortaleciendo los sistemas de protección social para redistribuir recursos y garantizar el acceso a servicios esenciales, así como un estándar mínimo de vida para las madres y la infancia.
 - Estableciendo medidas proactivas para avanzar en el ámbito del empoderamiento de las mujeres y las niñas. Por ejemplo, por medio de la educación, la protección de la salud sexual y reproductiva y de otros derechos fundamentales, así como esfuerzos de comunicación y divulgación entre el público, con el objeto de asegurar que las mujeres y las niñas puedan ejercer sus derechos y que los hombres y los niños respeten estos derechos.
- **Financiamiento y asignación de recursos:**
 - Estableciendo la protección del riesgo financiero en la atención de salud, avanzando hacia el sistema de pagos por adelantado obligatorios y progresivos, con un fondo común nacional de financiamiento para compartir el riesgo; además, derechos universales de modo que todas las madres, las niñas y los niños puedan acceder a servicios de calidad gratuitos en el punto de utilización.

- Priorizando la ampliación del espacio fiscal para la salud, por medio de un examen de las oportunidades para incrementar los ingresos fiscales del gobierno como porcentaje del PBI, por lo menos al 20 %, y hacerlo de forma progresiva.
 - Aumentando la inversión en salud por lo menos al 15 % del total del presupuesto gubernamental.
 - Asegurando que la elaboración de presupuestos públicos esté sustentada por los principios de equidad y redistribución, con fórmulas para canalizar los recursos hacia grupos desfavorecidos y las regiones que más los necesiten.
- **Planificación e implementación intersectoriales:**
 - Asegurando la coordinación entre los sectores de salud y nutrición, agricultura, educación, finanzas, agua, saneamiento, infraestructura y seguridad social, con el fin de maximizar las sinergias y abordar los factores sociales determinantes de la salud.
 - Fijando metas de equidad con plazos establecidos dentro de los planes nacionales y de cada sector para cerrar las brechas entre grupos favorecidos y desfavorecidos específicos.
 - **Fortalecer la rendición de cuentas y las oportunidades para la participación ciudadana en la formulación de políticas y la planificación:**
 - Proporcionando un acceso abierto y oportuno a los datos y la información en formatos que puedan ser comprendidos y utilizados por grupos pobres y marginados.
 - Estableciendo canales para el diálogo y la retroalimentación que aprovechen los medios de comunicación y otras plataformas de comunicación que utilizan los grupos pobres y marginados.
 - Asegurando que los derechos, como se establece en los tratados internacionales de derechos humanos, se hagan respetar, tanto en las políticas como en la práctica, y que todas las formas de discriminación estén prohibidas por la ley.
- Los donantes, los organismos multilaterales, la sociedad civil y otros asociados del desarrollo deben:**
- Aumentar los esfuerzos y adherirse a los planes nacionales y de cada sector de los gobiernos de países en desarrollo, cumpliendo los compromisos de ayuda humanitaria; incrementando la asignación de presupuestos de ayuda humanitaria a la salud; cubriendo los vacíos de financiamiento; apoyando la implementación; y haciendo respetar los principios de eficacia.
 - Proporcionar apoyo técnico y financiero para ayudar a los países más pobres a incrementar el financiamiento de la salud, por medio de fuentes de ingresos nacionales sostenibles y progresivas.
 - Crear un entorno propicio para que los países puedan maximizar la movilización de recursos nacionales; por ejemplo, a través de una mayor coherencia del sistema fiscal internacional y de medidas contundentes contra la evasión de impuestos por parte de empresas internacionales que operan en los países en desarrollo.
 - Apoyar el fortalecimiento de los sistemas estadísticos a escala nacional e internacional, con un énfasis dirigido a asegurar que el progreso entre los grupos desfavorecidos pueda monitorearse mejor.
 - Revisar sus propias políticas y planes, con el objeto de asegurar que contribuyan a reducir las desigualdades en los sectores de la salud y otros sectores sociales.
 - Rendir cuentas ante sí mismos y los demás con relación a la puesta en práctica del marco post-2015, por medio de la revisión y la presentación de informes públicos y regulares sobre sus contribuciones, en coordinación con los mecanismos de rendición de cuentas establecidos para el marco post-2015.



Fotos: C.) Charley/Save the Children

Ayush, de cinco días de vida, nació sin complicaciones en Nueva Delhi, India. La población de Nueva Delhi es de 17 millones de personas. Más de la mitad de su población vive en zonas urbanas deprimidas, asentamientos no autorizados y conglomerados Jhuggi Jhopdi (barriadas). Las personas en situación de pobreza de la zona urbana de Delhi no tienen acceso a atención de salud básica ni a saneamiento. Como consecuencia, la salud y las probabilidades de supervivencia de la infancia resultan perjudicadas.

APÉNDICE I

METODOLOGÍA

En una gran cantidad de países, la realización de un seguimiento sistemático del avance en la reducción de la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años entre los grupos socioeconómicos presenta numerosos desafíos. Lamentablemente, los datos desglosados, que resultan esenciales para un análisis de este tipo, son escasos o se encuentran repartidos entre diversas fuentes y en diferentes formatos. Para el presente informe se han hecho esfuerzos considerables para recopilar las estadísticas existentes y generar datos adicionales.

LA BASE DE DATOS DE GRUPOS Y DESIGUALDADES

La investigación de antecedentes para este informe se ha basado en datos calculados o recopilados de fuentes públicas en la Base de Datos de Grupos y Desigualdades (GRID, por sus siglas en inglés), desarrollada por Save the Children en colaboración con el proyecto Development Progress, del Overseas Development Institute (ODI).¹⁵² El estudio está basado en el procesamiento directo de datos de 257 Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) y Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS); fuentes públicas agregadas (el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil [UN IGME], la OMS y Unicef)¹⁵³ y cifras oficiales desglosadas para algunos países que no contaban con datos de encuestas.¹⁵⁴ El estudio incluye 87 países con datos desglosados sobre las disparidades entre los diversos grupos socioeconómicos, así como un total de 64 países con datos en el tiempo correspondientes a un máximo de siete puntos de datos (170 períodos). En su actual versión, GRID incluye mediciones del retraso del crecimiento, la mortalidad infantil y el acceso de la infancia a agua corriente e inodoros con cisternas. Cada uno de estos indicadores están desglosados en función de los siguientes grupos: niños/niñas, zonas urbanas/zonas rurales, regiones subnacionales, grupos etnolingüísticos y grupos económicos (ya sea por quintiles o en base al 40 % más pobre y el 10 % más rico según el índice de activos).

TRES ANÁLISIS EN EL INFORME

El informe presenta tres conjuntos separados de análisis, basados en los datos de GRID:

1. *Los grupos más rezagados*: un análisis estático que identifica los grupos socioeconómicos que se encuentran más rezagados y el nivel de disparidades en mortalidad infantil en 2013 (Capítulo 2).
2. *Análisis en el tiempo*: un análisis en retrospectiva que evalúa el progreso anterior y los cambios en las disparidades de la mortalidad infantil entre los años 2000 y 2013 (Capítulo 3).
3. *Proyecciones para 2030*: una serie de proyecciones de las tasas de mortalidad infantil para el año 2030 en base a dos marcos hipotéticos: “continuar como siempre” y “progreso equitativo” (Capítulo 3).

DATOS DE MORTALIDAD DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

Las tasas nacionales de mortalidad infantil de niñas y niños menores de cinco años en GRID fueron recopiladas en base a los cálculos del UN IGME, correspondientes a las cifras oficiales del ODM 4. Todos los análisis y proyecciones a escala nacional de este informe se basan en cifras nacionales producidas por el UN IGME. El informe utiliza todos los datos representativos a nivel nacional que se encuentran disponibles y que se han considerado de buena calidad (es decir, datos de registros civiles, datos de censos, encuestas a hogares y sistemas de registro de muestras). En la utilización de estos datos, la metodología se basa en un modelo estadístico (llamado modelo bayesiano de reducción del sesgo B-spline) para generar una curva continua de tendencia que calcula la media sobre estimaciones posiblemente dispares de las diferentes fuentes.¹⁵⁵ Estas cifras son posiblemente más exactas que aquellas obtenidas solo por las encuestas.

Las estimaciones desglosadas de GRID se han obtenido a través de: (i) procesamiento de datos de DHS/MICS; (ii) fuentes públicas mencionadas más arriba; y (iii) cuentas administrativas nacionales. GRID utiliza el método de cálculo directo para la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años para procesar los datos de DHS/MICS.¹⁵⁶ En estos casos, el período recordatorio en el historial de partos corresponde al período de cinco años

previo a la encuesta.¹⁵⁷ En los análisis en retrospectiva y de los grupos más rezagados, solo utilizamos aquellos datos que pueden reflejar cambios a corto plazo. En cambio, en todas las proyecciones (excepto las regionales) utilizamos datos publicados en STATcompiler de DHS, que corresponde a los diez años previos a la encuesta.¹⁵⁸ Estos períodos más largos son menos propensos a fluctuaciones significativas que los períodos más cortos y, por lo tanto, reflejan mejor las actuales tendencias y propician proyecciones más exactas. Finalmente, los datos administrativos nacionales correspondientes a algunos países están basados tanto en los datos de registros civiles como en los datos de encuestas.

Con el fin de lograr que las cifras desglosadas de DHS/MICS fueran compatibles con los cálculos nacionales del UN IGME, los ajustamos por medio de la siguiente fórmula:

$$Aj. de TMI_{gi} = TMI_{gi} * TMI / TMI_{\zeta} \quad (1)$$

Donde:

Aj. de TMI_{gi} = Ajuste de tasa de mortalidad infantil para el grupo i de un total de n grupos

TMI_{gi} = Mortalidad estimada de DHS/MICS para el grupo i de n grupos

TMI = Mortalidad infantil nacional estimada de UN IGME

TMI_{ζ} = Mortalidad infantil nacional estimada en base a DHS/MICS

n = número de grupos

En todos los casos, excepto los análisis estáticos, las cifras desglosadas se han ajustado en función del cálculo nacional del UN IGME para el año en que se realizó la encuesta. Como se ha mencionado anteriormente, el análisis estático compara las disparidades en la mortalidad infantil en 2013. Debido a que solo algunos países cuentan con datos de encuestas correspondientes a ese año, con el fin de obtener estimaciones a nivel de grupos para el análisis de los sectores más rezagados en 2013, consideramos el nivel de disparidades observado durante el año más reciente disponible (aunque en ningún caso un período superior a cinco años).

DESGLOSE EN FUNCIÓN DE REGIONES SUBNACIONALES Y GRUPOS ÉTNICOS

Una de las ventajas de GRID es que incluye tamaños de muestras e intervalos de confianza para cada uno de los grupos desglosados que se obtuvieron del procesamiento directo de los datos de DHS y MICS. Esto resulta especialmente útil ya que, en algunos casos, los tamaños de muestras de DHS/MICS son demasiado pequeños para ciertos grupos (especialmente en países

con un gran número de regiones y/o grupos étnicos) y los intervalos de confianza de los grupos comparados pueden coincidir parcialmente. Por lo tanto, las tasas reportadas podrían ser solo artefactos de los datos y no un indicador de diferencias reales entre los grupos. Para abordar este problema, en GRID, los grupos con tamaños de muestra pequeños (menos de 150 en DHS y menos de 250 en MICS) han sido combinados con otros grupos que tienen las tasas de mortalidad infantil más cercanas, de modo que los grupos combinados siempre representan los grupos más desfavorecidos o los menos desfavorecidos.

Los cambios en la clasificación etnorregional también suponen desafíos adicionales. En un porcentaje considerable de países, el número de grupos étnicos y/o límites administrativos de regiones han variado entre una y otra encuesta. Por esta razón, en el análisis en retrospectiva, incluimos solo aquellos países en que el número de regiones y grupos étnicos han experimentado cambios mínimos.¹⁵⁹ En las proyecciones, con el fin de que los datos regionales de diferentes años fueran compatibles cuando variaban en un grupo, hemos estimado las tasas de mortalidad infantil previas de las nuevas regiones creadas en base a las anteriores proporciones de partos y las nuevas tasas de mortalidad infantil.¹⁶⁰ No obstante, también se han presentado casos en que el cambio de fronteras administrativas ha sido más complejo. Por ejemplo, cuando una región ha sido suprimida y sus partes han sido traspasadas a otras regiones. Estos casos fueron excluidos del análisis.

DESGLOSE EN FUNCIÓN DE GRUPOS ECONÓMICOS

En las diversas partes del informe utilizamos dos métodos diferentes para definir los grupos económicos: el 40 % más pobre frente al 10 % más rico y los quintiles en base a la distribución del índice de activos. Ambos métodos son ampliamente utilizados en el material de referencia, ya que cada uno tiene ventajas específicas. Por ejemplo, el grupo más rico de la distribución de riqueza se describe con mayor exactitud por medio del método basado en quintiles, debido al tamaño mayor de la muestra, que con el 10 % más rico. Por otro lado, debido a la pobreza generalizada que existe en muchos países en desarrollo, el quintil más pobre con frecuencia no refleja una considerable proporción de la población pobre y, por lo tanto, el 40 % más pobre es más representativo de los grupos desfavorecidos desde el punto de vista material. Ante un incremento de la polarización de la distribución de la riqueza, el enfoque del 40 % más pobre / 10 % más rico se utiliza con más frecuencia; por ejemplo, por parte del Banco Mundial en su enfoque de la prosperidad compartida. No obstante, en nuestro caso, la decisión sobre cuál de ambos métodos debíamos utilizar en las distintas partes del informe se basó en las consideraciones sobre los datos. En GRID, los datos computarizados directamente son desglosados en función del enfoque 40 % más pobre / 10 % más rico, mientras que los datos de fuentes públicas (principalmente, STATcompiler de DHS) son desglosados en función de quintiles. Como

se ha mencionado anteriormente, debido a una serie de consideraciones, para los análisis en retrospectiva y de los grupos más rezagados utilizamos los datos computarizados directamente, y en las proyecciones utilizamos los datos públicos agregados. En consecuencia, en los análisis en retrospectiva y de los grupos más rezagados, los grupos económicos se definen como el 40 % más pobre y el 10 % más rico, y en las proyecciones se definen en base a quintiles.

MEDICIÓN DE DESIGUALDADES ENTRE GRUPOS

Para los análisis, consideramos la utilización de dos mediciones principales: la brecha absoluta y la proporción relativa. La primera mide la diferencia absoluta en un indicador dado entre un grupo desfavorecido y uno de referencia. La segunda mide las probabilidades adicionales de experimentar el problema dado que tiene el grupo desfavorecido comparado con el grupo de referencia. La reducción de la brecha implica una conversión de la cifra absoluta total de niños y niñas que mueren. La reducción de la proporción informa más directamente sobre la variación de la igualdad de oportunidades en la vida, ya que la medición, de hecho, indica las probabilidades adicionales de morir que tiene una niña o un niño de un grupo, comparado con las que tienen aquellos de otro grupo. Para el análisis en retrospectiva, optamos por la proporción debido a que esta medición resulta más útil para hacer comparaciones entre los diversos países o grupos. Como grupos de referencia, utilizamos las zonas urbanas, los grupos más ricos del índice de activos (el 10 % o el respectivo quintil) y las regiones y los grupos étnicos con las tasas de mortalidad infantil más bajas.

Utilizamos la siguiente fórmula:

$$\text{Proporción} = MI_d / MI_f \quad (2)$$

Donde:

Proporción = desigualdad en mortalidad infantil
 MI_d = mortalidad infantil estimada en grupo desfavorecido
 MI_f = mortalidad infantil estimada en grupo favorecido

Existen tres razones adicionales que apoyan nuestra decisión de utilizar la proporción como el principal método de medición en nuestro análisis. La supervivencia infantil es un derecho humano fundamental: cualquier diferencia entre los grupos puede atribuirse a las diferencias sistemáticas en las oportunidades en la vida y son, fundamentalmente, injustas. Esto significa que la proporción entre el grupo más rico y el más pobre revela el grado de falta de equidad en cuanto a las oportunidades en la vida. En segundo lugar, la brecha entre los grupos más favorecidos y los menos favorecidos resulta fácil de entender tanto para los políticos como los ciudadanos y, por lo tanto, se espera que motive la acción. En tercer lugar, examinar el desempeño del grupo con mejores resultados en la sociedad indica el nivel y el ritmo de avance que es posible obtener dentro de un contexto nacional concreto.

Somos conscientes de que la proporción no ofrece un panorama completo de la distribución total. Por ejemplo, aunque la proporción entre los grupos más desfavorecidos y los menos desfavorecidos puede aumentar, todos los demás grupos pueden alcanzar a los grupos con mejores resultados al mismo tiempo. Existen otros enfoques; por ejemplo, podemos calcular un índice de concentración para los quintiles basado en la clasificación del índice de activos. Sin embargo, este cálculo no podría hacerse en el caso de las regiones y los grupos étnicos, ya que estos no pueden clasificarse en función de criterios predeterminados. Para verificar la validez de nuestras conclusiones, hemos llevado a cabo pruebas de robustez en que, en lugar de los grupos más favorecidos, utilizamos las medias nacionales como punto de referencia, con las cuales comparamos las tasas de los grupos más desfavorecidos. También verificamos nuestras conclusiones por medio del método de la brecha absoluta como medición de la desigualdad. En la gran mayoría de los casos, estas pruebas arrojaron resultados similares a aquellos presentados en el informe (más adelante se incluyen los resultados de las pruebas de robustez).

TASA ANUALIZADA DE PROGRESO

Utilizamos el porcentaje anualizado de progreso para comparar períodos de diferentes duraciones. Para calcular la tasa media de reducción anual (TMRA) en la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años, utilizamos la siguiente fórmula:

$$\text{TMRA} = ((MI_U / MI_A)^{(1/n)}) - 1 \quad (3)$$

Donde:

MI_U = tasa de mortalidad infantil del último año/encuesta
 MI_A = tasa de mortalidad infantil del año/encuesta anterior
 n = el número de años entre las encuestas

También calculamos las tasas absolutas de variación, que destacan el progreso entre los países con una mortalidad infantil alta. Solo presentamos la variación relativa por razones de simplicidad y, además, porque nuestro análisis se centra en comparar el mismo país a lo largo del tiempo.

RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE ROBUSTEZ

Para comprobar la robustez de nuestras conclusiones en el análisis en el tiempo, realizamos las siguientes pruebas:

- Variación del grupo de referencia: en lugar de comparar los grupos más favorecidos con los menos favorecidos, comparamos las tasas medias nacionales y las del grupo más desfavorecido.
- Variación del tipo de medición para medir las desigualdades: en lugar de utilizar el método de proporción relativa, utilizamos el de brecha absoluta entre el grupo más desfavorecido y el grupo de referencia.

TABLA A1. PRUEBA DE ROBUSTEZ DE LA TIPOLOGÍA DEL PROGRESO				
	Tipo de grupo desfavorecido			
	Grupo económico	Regiones	Zona urbana/rural	Grupo étnico
Proporción grupo más favorecido y más desfavorecido				
Aumentó la desigualdad	35 % (15)	59 % (30)	42 % (23)	76 % (16)
Disminuyó la desigualdad	65 % (28)	41 % (21)	58 % (32)	24 % (5)
Aumentó al menos en uno	78 % (43)			
Aumentó en todos	16 % (9)			
Disminuyó en todos	22 % (12)			
Proporción grupo más desfavorecido y media nacional				
Aumentó la desigualdad	63 % (27)	59 % (30)	46 % (25)	52 % (11)
Disminuyó la desigualdad	37 % (16)	41 % (21)	55 % (30)	48 % (10)
Aumentó al menos en uno	84 % (46)			
Aumentó en todos	18 % (10)			
Disminuyó en todos	16 % (9)			
Brecha absoluta grupo favorecido y grupo desfavorecido				
Aumentó la desigualdad	35 % (15)	31 % (16)	42 % (23)	29 % (6)
Disminuyó la desigualdad	65 % (28)	68 % (35)	58 % (32)	71 % (15)
Aumentó al menos en uno	67 % (37)			
Aumentó en todos	11 % (6)			
Disminuyó en todos	33 % (18)			
Brecha absoluta grupo más desfavorecido y media nacional				
Aumentó la desigualdad	47 % (20)	43 % (22)	49 % (27)	33 % (7)
Disminuyó la desigualdad	53 % (23)	57 % (29)	51 % (28)	67 % (14)
Aumentó al menos en uno	76 % (42)			
Aumentó en todos	20 % (11)			
Disminuyó en todos	24 % (13)			

TABLA A2. PRUEBA DE ROBUSTEZ DE DIFERENCIALES EN LOS ÍNDICES DE PROGRESO				
	Tipo de grupo desfavorecido			
	Grupo económico	Regiones	Zona urbana/rural	Grupo étnico
Proporción grupo más favorecido y más desfavorecido				
Aumentó la desigualdad	-4,2	-4,0	-3,9	-3,6
Disminuyó la desigualdad	-4,7	-4,7	-4,6	-6,4
Proporción grupo más favorecido y media nacional				
Aumentó la desigualdad	-4,6	-4,3	-3,9	-4,2
Disminuyó la desigualdad	-4,3	-4,1	-4,7	-4,4
Brecha absoluta grupo favorecido y grupo desfavorecido				
Aumentó la desigualdad	-4,1	-3,7	-4,0	-3,8
Disminuyó la desigualdad	-4,9	-4,7	-4,6	-4,5
Brecha absoluta grupo más desfavorecido y media nacional				
Aumentó la desigualdad	-3,6	-3,4	-3,9	-3,2
Disminuyó la desigualdad	-5,0	-4,7	-4,6	-4,7

METODOLOGÍA UTILIZADA EN LAS PROYECCIONES PARA EL AÑO 2030

Para este informe, se realizaron dos conjuntos de proyecciones: los marcos hipotéticos “continuar como siempre” y “progreso equitativo”.

Según las proyecciones de “continuar como siempre”, se consideraron cuatro posibles escenarios. Estos escenarios se basaron en la suposición de que las tasas de mortalidad infantil en los países y grupos continuarán descendiendo con los índices medios que se experimentaron entre: a) 1990-1999; b) 1995-2005; c) 2000-2013; y d) 1990-2013.¹⁶¹ La meta para la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años es una tasa máxima de 25 muertes por cada mil nacidos vivos. Dado que cada país presentó diferentes índices de reducción dentro de estos períodos, algunos países podrían cumplir la meta conforme a un escenario, pero no necesariamente según los demás. La tabla de tarjetas de puntuación en el Apéndice 2 presenta la mejor de estas proyecciones. Por lo tanto, si se prevé que un país cumpliría la meta a nivel nacional o de grupos según cualquiera de estos marcos hipotéticos, será presentado como tal.

En el segundo marco hipotético, “progreso equitativo”, las proyecciones se basaron en la suposición de que los países reducirán la mortalidad infantil en todos los grupos con la tasa más alta que haya presentado cualquier grupo similar en cualquier período desde 1990. Esto nos permite prever el progreso máximo que los grupos pueden lograr en base a lo que han logrado otros grupos. En este marco hipotético, se prevé que la meta a nivel nacional se cumpliría si un país consigue alcanzar la meta en cualquiera de los grupos.

Fórmulas utilizadas en las proyecciones

Las proyecciones reales de las tasas de mortalidad infantil a nivel nacional y de grupos para el año 2030 abarcaron dos etapas. Durante la primera, calculamos la tasa media de reducción anual (TMRA), conforme a la fórmula (3) de más arriba.

A continuación, utilizamos la siguiente fórmula:

$$MI_F = MI_U * ((1 + TMRA)^k) \quad (4)$$

Donde :

MI_F = tasa de mortalidad infantil estimada en 2030

MI_U = tasa de mortalidad infantil del último año/encuesta

k = 2030 - el año en que se llevó a cabo la última encuesta.

Como indica la fórmula, los modelos de proyección se basan en tendencias lineales, lo que implica que el ritmo de cambio y la trayectoria (aumento o reducción) es uniforme a lo largo de todo el período. En la práctica, la reducción de la mortalidad infantil se ralentiza considerablemente en línea con el progreso: por ejemplo, es más difícil reducir la mortalidad infantil de 15 a 10 que de 80 a 75. Un método más exacto consiste en utilizar el enfoque “descenso del rendimiento”.¹⁶² Sin embargo, este enfoque requiere una información mucho más detallada sobre el rendimiento de los distintos grupos durante varios períodos, y no disponemos de estos datos.

Clasificación de países en función de tasas de mortalidad infantil previstas

En base a los resultados de las proyecciones para cada uno de los marcos hipotéticos, los países se clasificaron en tres grupos:

- Verde** – países que se prevé que cumplirán la meta a nivel nacional y de grupos de reducir la mortalidad infantil a una tasa máxima de 25 muertes por cada mil nacidos vivos.
- Ámbar** – países que se prevé que no cumplirán la meta a nivel nacional y de grupos, pero que están logrando considerables avances a juzgar por diversos criterios (ver Tabla A3).
- Rojo** – países que se prevé que no cumplirán la meta a nivel nacional y de grupos y que no están logrando avances considerables.

TABLA A3: CRITERIOS PARA UN PROGRESO CONSIDERABLE EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL

	Continuar como siempre	Progreso equitativo
A nivel nacional	Reducción de la mortalidad infantil como mínimo a la mitad entre 2015 y 2030	Reducción de la mortalidad infantil en más de dos tercios entre 2015 y 2030
Quintiles de riqueza	Cumplimiento de la meta al menos en tres quintiles	Cumplimiento de la meta al menos en tres quintiles
Zonas urbanas/zonas rurales	Reducción de la mortalidad infantil como mínimo a la mitad tanto en las zonas urbanas como rurales entre 2015 y 2030	Reducción de la mortalidad infantil en más de dos tercios tanto en las zonas urbanas como rurales entre 2015 y 2030
Regiones	Cumplimiento de la meta al menos en la mitad de las regiones	Cumplimiento de la meta al menos en la mitad de las regiones

TABLA A4: NÚMERO DE PAÍSES INCLUIDOS EN LOS DIFERENTES TIPOS DE ANÁLISIS

Base de datos /Tipo de análisis	Desglose	Número total de países	Número de países con los datos más recientes a partir de 2008	Número de países con los datos más recientes a partir de 2010
Base de datos GRID	Zonas urbanas / zonas rurales	87	61	47
	Regiones subnacionales	87	61	47
	Grupos económicos	70	48	34
	Grupos étnicos	55	30	25
	Total	87	61	47
Variaciones en el tiempo en Capítulo 3 (solo países con dos puntos de datos a partir del año 2000)	Zonas urbanas / zonas rurales	55	49	41
	Regiones subnacionales	51	44	37
	Grupos económicos	43	37	30
	Grupos étnicos	21	18	16
	Total	55	49	41
Los grupos más rezagados en Capítulo 2 (solo países con datos a partir del año 2008)	Zonas urbanas / zonas rurales	54	54	42
	Regiones subnacionales	44	44	34
	Grupos económicos	40	40	28
	Grupos étnicos	24	24	21
	Total	54	54	42
Proyecciones en Capítulo 3 (solo países de Cuenta Regresiva)	Zonas urbanas / zonas rurales	50	42	35
	Regiones subnacionales	37	31	26
	Grupos económicos	45	38	32
	Total	50	54	35

PAÍSES INCLUIDOS EN LOS ANÁLISIS

Como se ha indicado más arriba, la base de datos GRID incluye datos de 87 países. Debido a los diferentes énfasis, el número de países que abarcan los tres análisis independientes varía.¹⁶³ En el análisis de las variaciones en el tiempo, incluimos 55 países que cuentan con datos desglosados correspondientes por lo menos a dos momentos desde el año 2000. El análisis estático de los grupos más rezagados cubre 54 países en que las cifras desglosadas más recientes corresponden a 2008 en adelante. Las proyecciones se realizaron para 50 países de Cuenta Regresiva con datos desglosados, correspondientes por lo menos a dos momentos a partir de 1990. Para una información más detallada sobre el número de países con tipos específicos de datos desglosados, así como las fechas de los datos, ver Tabla A4.

APÉNDICE 2

PROYECCIONES EN BASE A LOS MARCOS HIPOTÉTICOS “CONTINUAR COMO SIEMPRE” Y “PROGRESO EQUITATIVO”.

TABLA A2: PROYECCIONES PARA 2030 SEGÚN LOS MARCOS HIPOTÉTICOS “CONTINUAR COMO SIEMPRE” Y “PROGRESO EQUITATIVO”

Nota: las celdas en verde indican que el país cumplirá la meta propuesta para el período post-2015 –de un máximo de 25 muertes por cada mil nacidos vivos– a nivel nacional o para cada grupo socioeconómico. Las celdas en rojo indican que la meta no se cumplirá. Las celdas en ámbar indican que, a pesar de que no se cumplirá la meta, se ha logrado un considerable progreso (ver Apéndice I para más detalles). Las celdas en blanco indican los grupos de los cuales no se dispone de datos.

País	Marco hipotético “continuar como siempre”				Marco hipotético “progreso equitativo”			
	¿Se cumplirá la meta nacional a juzgar por el progreso medio nacional?	¿Cumplen todos los grupos la meta?			¿Se cumplirá la meta nacional con un progreso equitativo?	¿Cumplen todos los grupos la meta?		
		Grupos económicos	Zonas rurales y zonas urbanas	Regiones		Grupos económicos	Zonas rurales y zonas urbanas	Regiones
Afganistán	NO							
Angola	NO							
Azerbaián	SÍ		SÍ		SÍ		SÍ	
Bangladesh	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Benín	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	SÍ
Bolivia	SÍ		SÍ		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Botsuana	SÍ							
Brasil	SÍ							
Burkina Faso		NO			SÍ		NO	SÍ
Burundi	NO		NO		NO		NO	
Camboya	SÍ	SÍ	SÍ		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Camerún	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	SÍ
Chad	NO	NO	NO		NO	NO	NO	
China	SÍ							
Comoras	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Congo	SÍ	SÍ	SÍ		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Congo, Rep. Democrática del	NO	NO	NO		NO	NO	NO	
Corea, R.P.D.	SÍ							
Costa de Marfil	NO	NO	NO	NO			NO	
Egipto	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Eritrea	SÍ		SÍ		SÍ	SÍ	SÍ	
Etiopía	SÍ		SÍ		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Filipinas	SÍ		SÍ		SÍ	SÍ	SÍ	
Gabón	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Gambia	NO							
Ghana	NO	NO	NO	NO	SÍ	SÍ	NO	SÍ
Guatemala	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Guinea	NO	NO	NO	NO		NO	NO	
Guinea-Bissau	NO							
Guinea Ecuatorial	NO							
Haití	NO	NO	NO		SÍ	SÍ	NO	
India	NO	NO	NO		SÍ		SÍ	SÍ
Indonesia	SÍ	SÍ	SÍ		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Irak	SÍ			NO	SÍ			SÍ

País	Marco hipotético “continuar como siempre”				Marco hipotético “progreso equitativo”			
	¿Se cumplirá la meta nacional a juzgar por el progreso medio nacional? progress?	¿Cumplen todos los grupos la meta?			¿Se cumplirá la meta nacional con un progreso equitativo?	¿Cumplen todos los grupos la meta?		
		Grupos económicos	Zonas rurales y zonas urbanas	Regiones		Grupos económicos	Zonas rurales y zonas urbanas	Regiones
Islas Salomón	SÍ							
Kenia	NO	NO	NO		SÍ	SÍ	NO	SÍ
Kirguistán	SÍ	SÍ	SÍ		SÍ	SÍ	SÍ	
Lao, R.D.P.	NO							
Lesoto	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Liberia	SÍ	NO			SÍ	SÍ	SÍ	
Madagascar	SÍ		SÍ		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Malawi	SÍ		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Mali	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	SÍ
Marruecos	SÍ	SÍ	SÍ		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Mauritania	NO							
México	SÍ		SÍ	SÍ	SÍ		SÍ	SÍ
Mozambique		NO	NO	NO	SÍ		NO	SÍ
Myanmar	NO							
Nepal	SÍ	SÍ	SÍ		SÍ	SÍ	SÍ	
Níger		NO			SÍ	NO		SÍ
Nigeria	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	SÍ
Pakistán	NO	NO	NO	NO		NO	NO	
Papúa Nueva Guinea	NO							
Perú	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Rep. Centroafricana	NO							
Ruanda	SÍ	SÍ	SÍ		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Santo Tomé y Príncipe	SÍ							
Senegal	SÍ		SÍ		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Sierra Leona	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	SÍ
Somalia	NO							
Suazilandia	NO							
Sudáfrica	SÍ							
Sudán	NO							
Sudán del Sur								
Tanzania	SÍ	SÍ	SÍ		SÍ	SÍ	SÍ	
Tayikistán	SÍ							
Togo	NO		NO	NO	SÍ		NO	SÍ
Turkmenistán	NO							
Uganda	SÍ		SÍ		SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Uzbekistán	SÍ							
Vietnam	SÍ		SÍ		SÍ	SÍ	SÍ	
Yemen	SÍ		NO		NO		NO	
Yibuti	NO							
Zambia		NO	NO	NO	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Zimbabue	NO	NO	NO	NO	SÍ	NO	NO	SÍ

APÉNDICE 3

INTERPRETACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE CASO INCLUIDOS EN LOS PERFILES DESTACADOS

La presente investigación incluye seis “perfiles destacados” de países, que ofrecen un análisis de las tendencias en los indicadores de supervivencia infantil, un examen de las decisiones en materia de políticas y una explicación de los desafíos pendientes que se ocultan tras estas tendencias.

DATOS Y FUENTES

Todas las cifras relacionadas con las tasas de mortalidad infantil nacionales, números de muertes infantiles y tasas de variación se refieren a la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años correspondientes al año 2013. Fuente: Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Estimaciones de la Mortalidad Infantil, UN IGME (2014) *Levels and Trends in Child Mortality – Report 2014* [Informe 2014 sobre niveles y tendencias en mortalidad infantil]. Los datos sobre las desigualdades en las tasas de mortalidad infantil entre los grupos corresponden a las de GRID (ver Apéndice 1).

Los datos sobre las disparidades en la cobertura de las intervenciones clave fueron extraídos de Cuenta Regresiva a 2015 (2014) *Countdown Equity Analyses by Country, 2014* [Análisis de equidad por países de Cuenta Regresiva, 2014]. Disponible en: www.countdown2015mnch.org/documents/2014Equity/Countdown_Equity_Profiles_2014.pdf (en inglés).

Los datos sobre los gastos de salud en las secciones de “política destacada” fueron extraídos de los perfiles nacionales de 2014 incluidos en Cuenta Regresiva a 2015 (2014) *Fulfilling the health agenda for women and children: The 2014 report* [Cumplimiento de la agenda de salud para las mujeres y la infancia: informe de 2014], disponible en: www.countdown2015mnch.org/country-profiles (en inglés).

Para las fuentes utilizadas en los análisis de las políticas, ver la sección Referencias.

INTERPRETACIÓN DEL CUADRO DE RESULTADOS

Aceleración / desaceleración: la tasa media de reducción anual se ha definido “en aumento” si durante el período 2000-2013 fue más rápida que durante el período 1990-2000.

La información sobre “equidad del progreso” indica si las desigualdades en las tasas de mortalidad infantil entre los diferentes grupos socioeconómicos aumentaron o disminuyeron entre el año 2000 y 2013, período sobre el cual existen datos (que se detallan en los perfiles destacados para cada país). Las cifras corresponden a las de los análisis de variaciones en el tiempo que se presentan en el Capítulo 3 del presente informe (para más información metodológica, ver Apéndice 1). Se proporciona un análisis para todos los grupos que cuentan con datos en el país respectivo (grupos económicos [proporción 10:40], regiones subnacionales, zonas urbanas/zonas rurales y grupos étnicos).

La información incluida en la sección “Post-2015” indica si se espera que el país cumpla las metas de mortalidad infantil para el año 2030, tanto como media nacional como para todos los grupos socioeconómicos (grupos económicos, regiones subnacionales y zonas urbanas y rurales). Esta información se basa en las proyecciones presentadas en el Capítulo 3 de este informe (para la información metodológica, ver Apéndice 1 y 2). La meta post-2015 que se utilizó para las proyecciones consiste en una tasa de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años de un máximo de 25 muertes por cada mil nacidos vivos (ver Cuadro 4, en la pág. 23). Las etiquetas en las proyecciones corresponden a la clasificación que se explica en el Apéndice 1.

- Sí: se prevé que cumplirá la meta a nivel nacional y de grupos de reducir la mortalidad infantil a una tasa máxima de 25 muertes por cada mil nacidos vivos.
- No, pero con posibilidades: se prevé que no cumplirá la meta a nivel nacional y de grupos, pero está logrando considerables avances a juzgar por diversos criterios (ver Tabla A3 y Apéndice 1).
- No: se prevé que no cumplirá la meta a nivel nacional y de grupos, y no está logrando avances considerables.

- 1 Estas cifras comparan las probabilidades de vida de una niña o un niño nacido en el 40 % de familias más pobres de la región de Nigeria que tiene la tasa de mortalidad infantil más alta (el noroeste) con la región que tiene la tasa de mortalidad infantil más baja (el suroeste). Las cifras se han calculado en base a los datos de DHS correspondientes a 2013. En los informes de las encuestas de DHS estas regiones se denominan “zonas” (que son seis en total), para distinguirlas de los estados que se encuentran dentro de ellas.
- 2 Unicef (2014). *Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report 2014* [El compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada. Informe de 2014 sobre los progresos realizados]. Nueva York. Unicef. Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Estimaciones de la Mortalidad Infantil, UN IGME (2014) *Levels and Trends in Child Mortality – Report 2014* [Informe de 2014 sobre niveles y tendencias en mortalidad infantil]. Nueva York. Unicef.
- 3 Kuruvilla, S. et al. (2014) “Success factors for reducing maternal and child mortality” [Factores que contribuyen al éxito de la reducción de la mortalidad materna e infantil]. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 1 de julio de 2014, 92(7): 533 -544.
- 4 UN IGME (2014) *Op. cit.*
- 5 Naciones Unidas (2014) *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2014*. Nueva York. Naciones Unidas.
- 6 Liu, L. et al. (2014) “Global, regional and national causes of child mortality in 2000-13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis” [Causas mundiales, regionales y nacionales de la mortalidad infantil durante el período 2000-2013, con proyecciones para ayudar a establecer las prioridades post-2015: análisis sistemático actualizado]. *The Lancet* (online), 30 de septiembre de 2014.
- 7 Todas las cifras en esta sección corresponden a 2013 y se han extraído de UN IGME (2014) *Op. cit.*
- 8 *Ibid.*
- 9 *Ibid.*
- 10 Las tasas presentadas corresponden al último año del que se disponen de datos. Fuente: Proyecto conjunto de Unicef, OMS y Banco Mundial *2013 Joint child malnutrition estimates* [Estimaciones conjuntas de malnutrición infantil de 2013], disponible en: www.who.int/nutgrowthdb/estimates2013/en [consultado el 19 de enero de 2015].
- 11 En 2010, la iniciativa del Secretario General de la ONU Todas las Mujeres, Todos los Niños estableció un plan de ruta para el logro de los ODM 4 y 5, con el respaldo de más de 300 compromisos hechos por gobiernos, la sociedad civil y el sector privado, dirigidos a acelerar el cambio. Ver www.everywomaneverychild.org [consultado el 19 de enero de 2015].
- 12 El índice anual de reducción de la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años ha aumentado durante las últimas décadas, desde una media de 1,2 % (1980-1990) a 1,4 % (1990-2000) y 4,0 % (2000-2012). Durante el período más reciente, 2005-2012, el índice anual de reducción fue el más alto de la historia: de un 4,2 %. UN IGME (2014) *Op. cit.*
- 13 McArthur, J. (2014) “Seven Million Lives Saved: Under-5 mortality since the launch of the Millennium Development Goals” [Siete millones de vidas salvadas: la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años desde el lanzamiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio]. *Brookings Global Working Papers* N° 72, septiembre de 2014. Washington D.C.: Brookings. Evidentemente, es difícil demostrar la causalidad y determinar en qué medida puede atribuirse esta aceleración específicamente a los ODM. Es probable que la aceleración se haya producido demasiado tarde y ciertamente no ha sido suficiente para conseguir que todo el mundo estuviera en condiciones de lograr el ODM 4 para el año 2015. No obstante, aparentemente los ODM y las iniciativas relacionadas han contribuido a galvanizar la acción a nivel nacional e internacional. Para un análisis en mayor profundidad, ver PNUD (2010) *Beyond The Midpoint: Achieving the Millennium Development Goals* [Más allá del ecuador: el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio]. Nueva York. PNUD.
- 14 UN IGME (2014) *Op. cit.*
- 15 Liu, L. (2014) *Op. cit.* La reciente publicación de Save the Children *Ending Newborn Deaths* destaca la urgente necesidad de aumentar el acceso a la atención básica durante el trabajo de parto y el parto, inmediatamente después del parto y dentro de los primeros 28 días de vida del bebé. Ver Save the Children (2014) *Ending Newborn Deaths: Ensuring every baby survives* [Acabemos con las muertes neonatales. Aseguremos la supervivencia de todos los bebés]. Londres: Save the Children.
- 16 Para más información sobre el Sistema de Financiamiento Global que se ha propuesto, ver “A Global Financing Facility in Support of Every Woman Every Child” [Un sistema de financiamiento global para apoyar la iniciativa Todas las Mujeres, Todos los Niños] <http://everywomaneverychild.org/news-events/news/980-a-global-financing-facility-in-support-of-every-woman-every-child-the-partnership-for-maternal-newborn-child-health-to-coordinate-stakeholder-consultations> [Consultado el 19 de enero de 2015].
- 17 En el presente informe no incluimos un análisis sobre las brechas de género en mortalidad infantil debido a que no detectamos diferencias significativas en las tasas de mortalidad entre niñas y niños menores de cinco años en los diversos países. Este hallazgo coincide con las conclusiones de otros estudios; por ejemplo, el de Alkema et al. (2014), que identificó solo diez países con tasas de mortalidad de niñas superiores a lo esperado: Afganistán, Bahréin, Bangladesh, China, Egipto, India, Irán, Jordania, Nepal y Pakistán. Es necesario llevar a cabo nuevas investigaciones en estos países para explicar estas tendencias y sus vínculos con la discriminación sexual. Otros estudios han concluido que las desigualdades de género tienden a ser más visibles en los desequilibrios entre género como producto de los abortos selectivos en función del sexo, así como en la salud y el bienestar de la infancia durante su desarrollo (ver, por ejemplo, PNUD [2012], Unicef [2010] y Young Lives [2013]). Sin embargo, la igualdad de género está estrechamente vinculada a las tasas de mortalidad infantil: el impacto acumulativo de la desigualdad y la discriminación tienen un efecto dominó sumamente negativo en las tasas de mortalidad infantil. El empoderamiento de las mujeres y las niñas es, en consecuencia, un componente esencial de las estrategias dirigidas a acabar con la mortalidad infantil prevenible (ver Cuadro 7 en pág. 37 para un análisis en mayor profundidad). Alkema, L. et al. (2014) “National, regional, and global sex ratios of infant, child, and under-5 mortality and identification of countries with outlying ratios: a systematic assessment” [Proporción de sexos en la mortalidad de la infancia, de lactantes y de niñas y niños menores de cinco años a nivel nacional, regional y global, e identificación de los países con proporciones distantes: evaluación sistemática]. *The Lancet Global Health* vol2 (9): e521-530; UNFPA (2012) *Sex imbalances at birth: Current trends, consequences and policy implications* [Desequilibrios de la distribución por sexo en el nacimiento: actuales tendencias, consecuencias e implicaciones de las políticas]. Bangkok: PNUD Oficina Regional para Asia y el Pacífico; Unicef (2010) *Progreso para la infancia: Lograr los ODM con equidad*. Nueva York. Unicef; Woodhead, M.; Dornan, P.; Murray, H. (2013) *What Inequality Means for Children: Evidence from Young Lives* [El significado de la desigualdad para la infancia: pruebas aportadas por Young Lives]. Oxford: Young Lives.
- 18 Ver también Unicef (2010) *Op. Cit.*; Save the Children (2010) *A Fair Chance At Life: Why equity matters for child mortality* [Oportunidades justas en la vida: por qué la equidad sí influye en la mortalidad infantil]. Londres: Save the Children; Save the Children (2012) *Born Equal: How reducing inequality could give our children a better future* [Nacer en igualdad: cómo podemos ofrecer un mejor futuro a nuestra infancia reduciendo la desigualdad]. Londres: Save the Children.
- 19 UN IGME (2014) *Op. cit.*
- 20 Para un análisis en más detalle, ver nota 17 y Cuadro 7, en pág. 37. En el presente informe utilizamos el término “grupos socioeconómicos” para referirnos de forma general a los grupos que hemos analizado en nuestra investigación: regiones subnacionales, zonas rurales y urbanas, grupos étnicos y grupos económicos. Esta clasificación responde a la recomendación hecha por el Grupo de Alto Nivel post-2015 respecto a que las metas post-2015 solo deberán considerarse cumplidas si se logran para todos los grupos económicos y sociales pertinentes. Dicha recomendación posteriormente fue respaldada en el Informe de Síntesis post-2015 del Secretario General de la ONU. Conforme al marco post-2015, el compromiso respecto a que ninguna meta será considerada cumplida si no se cumple para todos no debería limitarse a los grupos analizados en este estudio, que fueron seleccionados en función de su relevancia para la mortalidad infantil y la disponibilidad de datos. A nivel mundial, el compromiso también debe abarcar a aquellos grupos discriminados por motivos de género o discapacidad y, a nivel nacional, también debe incluir cualquier grupo adicional que sufra desventajas sistemáticas en determinados países.
- 21 Datos de DHS 2012, extraídos de Cuenta Regresiva a 2015 (2014) *Countdown Equity Analyses by Country, 2014* [Análisis de equidad de Cuenta Regresiva por países, 2014]. Disponible en: http://www.countdown2015mnch.org/documents/2014Equity/Countdown_Equity_Profiles_2014.pdf.
- 22 Unicef (2013) *Access to health services: analysing non-financial barriers in Ghana, Bangladesh, Vietnam and Rwanda using qualitative methods. A review of the literature* [Acceso a servicios de salud: análisis en base a métodos cualitativos de las barreras no financieras en Ghana, Bangladesh, Vietnam y Ruanda. Revisión de la bibliografía]. Documento de trabajo sobre salud materna, neonatal e infantil, agosto de 2013, editado por Juliet Bedford, Anshika Singh, Ma Bella Ponferrada y Lucy Eldred. Nueva York. Unicef; Malqvist, M. et al. (2013) “Ethnic minority health in Vietnam: a review exposing horizontal inequity” [Salud de las minorías étnicas en Vietnam: revisión que revela la falta de equidad horizontal]. *Global Health Action* Vol. 6 (2013).
- 23 Con la excepción de algunos países donde no existe una diferencia importante, es decir, el 10 % más rico no ocupa un lugar considerablemente más alto desde el punto de vista estadístico que el 40 % más pobre.
- 24 Ver UN IGME (2014) *Op. cit.*
- 25 Haití (2012) y Zimbabue (2010) constituyen excepciones destacadas.
- 26 Nuestro análisis identificó la región de Sind como aquella con las tasas más altas de mortalidad de niñas y niños menores de cinco años de Pakistán (datos de DHS correspondientes a 2012). Los análisis de datos basados en otras metodologías para calcular la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años identifican a Beluchistán como la región más rezagada (ver, por ejemplo, el programa

- STATcompiler de DHS, que utiliza un período recordatorio de diez años para calcular la mortalidad, y no el período de cinco años que se utiliza en este informe).
- 27 Los datos de Bolivia corresponden a 2008 y no reflejan la mayoría de las recientes políticas. El Gobierno de Bolivia ha hecho esfuerzos para abordar las barreras económicas por medio del bono Juana Azurduy, que se entrega a mujeres embarazadas y aquellas que han dado a luz, con la condición de que acudan a las clínicas prenatales y posparto y que lleven a sus hijas e hijos a las clínicas de salud desde que nacen hasta que cumplen dos años de edad.
- 28 Kabeer, N. (2012) *Can the MDGs provide a pathway to social justice? The challenges of intersecting inequalities* [¿Pueden los ODM ofrecer un camino hacia la justicia social? Los desafíos de las desigualdades interrelacionadas]. Brighton: IDS; Paz Arauco, P. et al. (2014) *Strengthening social justice to address intersecting inequalities post-2015* [Fortalecimiento de la justicia social para abordar las desigualdades interrelacionadas después de 2015]. Londres: ODI.
- 29 Para más detalles sobre los desafíos metodológicos, ver: Samman, E. y Roche, J. M. (2014) "A Data Revolution to Match the Ambition of 'Leaving no one Behind'" [Revolución de datos para apoyar la ambición de "no dejar a nadie en el olvido"] en *Maitreyee* No. 24. Disponible en: <http://www.odi.org/publications/8836-group-inequality-intersectionality> [Consultado el 19 de enero de 2015].
- 30 Esta investigación se basa en otros estudios que han analizado si el progreso ha favorecido a las personas en situación de pobreza. Ver: Unicef, 2014. *Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report 2014* [El compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada. Informe de 2014 sobre los progresos realizados]. Nueva York. Unicef y Wagstaff, A. et al (2014) *Progress Toward the Health MDGs: Are the Poor Being Left Behind?* [Progreso hacia los ODM de salud: ¿se está postergando a los sectores pobres?]. Documento de políticas e investigación WPS6894, Banco Mundial.
- 31 Si las disparidades en las probabilidades de supervivencia relativas (es decir, la proporción entre los grupos) se reducen, las brechas absolutas también se reducirán. No obstante, aunque las brechas se reduzcan, las desigualdades en las probabilidades de supervivencia aumentan si los grupos desfavorecidos son postergados en términos relativos. Tanto las mediciones absolutas como las relativas de la desigualdad son importantes, y desde la perspectiva de los derechos, el objetivo óptimo es reducir ambas mediciones. Para un análisis más detallado de las mediciones, ver el apéndice sobre la metodología.
- 32 Rodriguez Pose, R.; Engel, J.; Poncin, A. y Manuel, S. (2014) *Against the Odds: Mozambique's gains in primary health care* [Contra todo pronóstico: los logros de Mozambique en atención primaria de salud]. Londres: ODI.
- 33 La duración de los períodos incluidos en nuestro análisis corresponden a las encuestas DHS o MICS más cercanas en el tiempo a 2000 y 2013. Como se ha explicado en la sección metodológica (ver Apéndice 1), las variaciones se anulan para que las comparaciones sean significativas. Solo Filipinas cuenta con datos para los cuatro grupos socioeconómicos. Para todos los demás países, excepto Irak, existen datos por lo menos para tres tipos de grupos. En el caso de Irak, solo se dispone de datos correspondientes a las zonas urbanas y rurales, así como de las regiones.
- 34 Los períodos varían y es posible que no reflejen las políticas recientes. En Bolivia, por ejemplo, el gobierno ha implementado innovadoras políticas con el fin de reducir algunas de estas desigualdades (ver nota 25). Los períodos analizados para estos países son: Bolivia (1998-2008), Camerún (1998-2011), República Centroafricana (2006-2011), Chad (1997-2004), Irak (2006-2011), Niger (1998-2012), Pakistán (2006-2012), Filipinas (1998-2008) y Togo (1998-2010).
- 35 Por razones de simplicidad, en el presente informe solo presentamos análisis de variaciones en la desigualdad relativa entre los grupos (la proporción entre grupos favorecidos y desfavorecidos), pero debe tenerse en cuenta que las variaciones absolutas (la brecha absoluta entre los grupos) podrían ofrecer un panorama ligeramente diferente. Las cifras relativas destacan las variaciones en los países con niveles iniciales inferiores, mientras que las cifras absolutas destacan las variaciones en los países con niveles iniciales superiores.
- 36 No se dispone de datos relacionados con los orígenes étnicos correspondientes a Ruanda. En el caso de Malawi, existen datos sobre los orígenes étnicos, pero el análisis a lo largo del tiempo supone un desafío debido a las diferencias en las categorías y los tamaños de muestra pequeños.
- 37 Todos estos países redujeron las desigualdades en la supervivencia infantil en todos los grupos sociales de los que se disponen de datos.
- 38 En el caso de Pakistán, no existen datos correspondientes a grupos étnicos o religiosos.
- 39 Uganda ha experimentado un incremento en las desigualdades en materia de supervivencia infantil en todos los grupos, excepto entre zonas urbanas y rurales, en que se redujeron entre los años 2000 y 2001.
- 40 La correlación entre la variación de la media anual de la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años y las disparidades entre los grupos favorecidos y desfavorecidos es positiva en todos los casos, si bien en algunos de ellos ha sido muy baja. La correlación fue de 0.95 en los grupos económicos, de 0.22 en zonas urbanas/zonas rurales, de 0.41 en regiones y de 0.24 en grupos étnicos.
- 41 El impacto es más alto para los grupos étnicos desfavorecidos, donde la disminución de la desigualdad se relaciona con un aumento del progreso medio del 3,4 % al 6,4 %. Sin embargo, debe tenerse presente que el tamaño de la muestra es mucho menor para los grupos étnicos que para las demás dimensiones de la desigualdad. Ver Apéndice 1 para un análisis más detallado de nuestras metodologías y conclusiones.
- 42 Se trata de una media ponderada de la diferencia del progreso medio durante una década entre los diversos grupos. La variación depende del grupo social o económico específico en consideración.
- 43 Este hallazgo es coherente con las conclusiones de la investigación *Promise Renewed Annual Progress Report* (2014), que destaca que la mortalidad de niñas y niños menores de cinco años ha descendido en la infancia más pobre en todas las regiones del mundo, y las brechas entre los sectores más ricos y más pobres se han reducido. Unicef, 2014. *Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report 2014* [El compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada. Informe de 2014 sobre los progresos realizados]. Nueva York. Unicef. Ver también: Wagstaff, A. et al (2014) *Progress Toward the Health MDGs: Are the Poor Being Left Behind?* [Progreso hacia los ODM de salud: ¿se está postergando a los sectores pobres?]. Documento de políticas e investigación WPS6894, Banco Mundial.
- 44 Hay que tener en cuenta que la muestra de países con datos de los grupos étnicos es mucho menor que la de otros grupos, ya que incluye solo 16 países, comparado con una muestra de 54 países en el caso de las disparidades entre zonas urbanas y rurales.
- 45 La iniciativa Cuenta Regresiva a 2015 fue establecida en 2005 con el fin de realizar un seguimiento del progreso a escala nacional con relación a los principales indicadores e intervenciones de supervivencia infantil, con el fin de estimular y apoyar el progreso de los países hacia los ODM 4 y 5. Para más detalles, ver: <http://www.countdown2015mnch.org/about-countdown> [Consultado el 19 de enero de 2015].
- 46 Nuestro análisis de los grupos económicos en esta sección examina los quintiles económicos más pobre y más rico. Ver Apéndice 1 para más detalles.
- 47 Ya sea durante el período 1990-2013 o 2000-2013, el que sea más alto.
- 48 Estas cifras se han calculado en base al número total de países con datos disponibles sobre cada grupo determinado.
- 49 Dado que Egipto y Perú cumplieron la meta como media nacional a fines de la primera década de este siglo, el hecho de que cumplan la meta para todos los grupos no constituiría un logro del todo inesperado.
- 50 Según anteriores análisis de Save the Children y aunque representa un desafío, si los países toman medidas proactivas dirigidas a reducir la desigualdad de ingresos a los niveles que han logrado durante los últimos veinte años y a mejorar la eficacia y la rendición de cuentas del gobierno, el mundo podría hacer realidad las ambiciosas metas post-2015 para el año 2030. Save the Children (2013) *Getting to Zero: How we can be the generation that ends poverty* [Llegar a cero: cómo podemos ser la generación que ponga fin a la pobreza]. Londres: Save the Children.
- 51 En base a la inclusión de la meta en las recomendaciones del Grupo de Trabajo Abierto de la Asamblea General de la ONU sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenibles.
- 52 La PMNCH es una alianza de múltiples partes interesadas, coordinada por la OMS y formada por más de 500 organizaciones e instituciones relacionadas con la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y la infancia. La alianza fomenta la alineación y la coordinación entre sus miembros en torno al logro de los ODM 4 y 5 y el respeto por los derechos de la mujer y la infancia al más alto nivel que sea posible alcanzar en materia de salud hasta el año 2015 y más allá de 2015. Ver <http://www.who.int/pmnch/about/en/> [Consultado el 19 de enero de 2015].
- 53 PMNCH (2014) *Placing healthy women and children at the heart of the post-2015 sustainable development framework* [Otorgar un lugar central a las mujeres y la infancia sana en el marco del desarrollo sostenible post-2015]. Disponible en: www.who.int/pmnch/post2015_policybrief.pdf?ua=1 [Consultado el 19 de enero de 2015].
- 54 Unicef, 2014. *Committing to Child Survival: A Promise Renewed. Progress Report 2014* [El compromiso con la supervivencia infantil: una promesa renovada. Informe de 2014 sobre los progresos realizados]. Nueva York. Unicef.
- 55 Grupo de Alto Nivel sobre la Agenda de Desarrollo Post-2015 (2013) *Una nueva alianza mundial: erradicar la pobreza y transformar las economías a través del desarrollo sostenible*.
- 56 ONU (2014) *The Road to Dignity by 2030: Ending Poverty, transforming all lives and protecting the planet* [El camino hacia la dignidad para el año 2030: acabar con la pobreza, transformar todas las vidas y proteger al planeta]. Informe de síntesis del Secretario General sobre la agenda post-2015. Diciembre de 2014. Nueva York. ONU.
- 57 Cuenta Regresiva a 2015 (2014) *Fulfilling the Health Agenda For Women and Children: The 2014 Report* [Establecimiento de la agenda de salud para las mujeres y la infancia: informe de 2014]. Ginebra: OMS y Unicef; Unicef (2014) Op. cit.
- 58 La Cobertura Universal de Salud tiene sus raíces en el derecho a la salud, consagrado en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Todos los países del mundo han firmado por lo menos un tratado que reconoce el derecho a la salud, y un gran número de constituciones nacionales reconocen este derecho. La equidad se incluye como un objetivo explícito en algunas políticas de estrategias nacionales de salud, así como en leyes nacionales de salud.
- 59 Gwatkin, D. R. y Ergo, A. (2011) "Universal Health Coverage, friend or foe of health equity?" [Cobertura Universal de Salud: aliada o enemiga de la equidad en la salud?]. *The Lancet* 2011; 377, No. 9784:2160-2161.
- 60 Barros, A. et al. (2012) "Equity in maternal, newborn and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries" [Equidad en intervenciones de salud de la madre, el recién nacido y la infancia en Cuenta Regresiva a 2015: revisión retrospectiva de datos de encuestas de 54 países]. *The Lancet* 2012; 379, No. 9822:1225-1233.
- 61 Unicef y OMS (2014) Op. cit.
- 62 Kerber, K. J. et al. (2007) "Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery" [Servicio ininterrumpido de atención de salud de la madre, el recién nacido y la infancia: de consigna a implementación de servicios]. *The Lancet*, Volume 370, Issue 9595, 1358-1369.
- 63 Liu, L. (2014) Op. cit.
- 64 *Ibid.*
- 65 Victora, C. G. et al. (2012) "How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 Countdown to 2015 countries: an analysis of national surveys" [El efecto en la equidad de las intervenciones de salud materna e infantil de los cambios en la cobertura en 35 países de Cuenta Regresiva a 2015: análisis de encuestas nacionales]. *The Lancet* 2012; 380 No. 9848:1149-56.
- 66 Op. cit.
- 67 Haddad, L. (2015) "Equity: Not only for idealists" [Equidad: no solo para idealistas"]. *Development Policy Review* 33(1)/5-13.
- 68 Carrera, C. et al. (2012) "The comparative cost-effectiveness of an equity-focused approach to child survival, health and nutrition: a modelling approach" [La rentabilidad comparativa de un enfoque centrado en la equidad para la supervivencia, la salud y la nutrición de la infancia: enfoque de modelización]. *The Lancet* 380, 13 de octubre de 2012, pp1341-1351.

- 69 Etiopía, Mali, Níger, Ruanda, Uganda, Benín, Gambia, Kenia, Nigeria, Sudáfrica, Zimbabue, Bangladesh, la provincia de Punjab de Pakistán, Filipinas y Vietnam.
- 70 Carrera, C. et al. (2012) *Op. cit.*
- 71 Haddad, L. (2015) *Op. cit.*
- 72 Requejo, J. H. (2014) "Countdown to 2015 and beyond: fulfilling the health agenda for women and children" [Cuenta Regresiva a 2015 y más allá de 2015: cumplimiento de la agenda de salud para las mujeres y la infancia]. *The Lancet*, junio de 2014, versión en línea, disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60925-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60925-9) (Consultado el 19 de enero de 2015).
- 73 Gilson, L. y Doherty, J. et al. (2007) *Challenging equity through health systems. Final Report* [Lucha por la equidad por medio de los sistemas de salud: informe final]. Red de conocimientos sobre sistemas de salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Ginebra: OMS.
- 74 *Ibid.*
- 75 Save the Children, Rockefeller Foundation, Unicef, OMS (2013) *Universal Health Coverage: A Commitment to Close the Gap* [Cobertura Universal de Salud: compromiso para reducir la brecha]. Londres: Save the Children.
- 76 McIntyre, D. y Meheus, F. (2013) "Fiscal Space for Health Spending" [Espacio fiscal para los gastos en salud]. Documento de trabajo 4, Chatham House. Este informe actualiza el cálculo del Grupo de Trabajo de Alto Nivel sobre Financiamiento Innovador –de USD 60 por persona– en base a los precios correspondientes a 2012, teniendo en cuenta las fluctuaciones en las tasas de cambio y el impacto en la inflación.
- 77 Los gastos de bolsillo son gastos no contemplados por parte de las personas o los hogares para satisfacer necesidades de salud inmediatas, y son más altos en los países en los que los servicios no se prestan de forma gratuita en el punto de utilización. En 62 de los 72 países de Cuenta Regresiva de los cuales se cuentan con datos, los gastos de bolsillo representan más del 20 % del total de gastos en salud. Se calcula que los gastos de bolsillo en salud lleva a cien millones de hogares a la pobreza cada año.
- 78 Save the Children (2014) *Within our means: paying to end preventable child deaths* [Dentro de nuestras posibilidades: pagar para acabar con las muertes infantiles prevenibles]. Documento de trabajo de Save the Children Reino Unido, 2014.
- 79 Para más información, ver "A Global Financing Facility in Support of Every Woman Every Child" [Un sistema de financiamiento global para apoyar a la iniciativa Todas las Mujeres, Todos los Niños] en <http://everywomaneverychild.org/news-events/news/980-a-global-financing-facility-in-support-of-every-woman-every-child-the-partnership-for-maternal-newborn-child-health-to-coordinate-stakeholder-consultations> [Consultado el 19 de enero de 2015].
- 80 Save the Children (2014) *Tackling Tax, Saving Lives* [Abordar el sistema impositivo para salvar vidas]. Londres: Save the Children.
- 81 Al igual que la eficacia con la que se gastan los fondos, análisis que se encuentra fuera del alcance del presente informe. *El Informe sobre la salud en el mundo 2010* identifica diez defectos frecuentes dentro del sector de la salud que suponen un despilfarro de entre el 20 % y el 40 % de los gastos en salud. OMS (2010) *Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Informe sobre la salud en el mundo 2010*. Ginebra: OMS.
- 82 Watkins, K. y Alemayehu, W. (2012) *Financing for a fairer, more prosperous Kenya: a review of the public spending challenges and options for selected arid and semi-arid countries* [Financiamiento para una Kenia más justa y más próspera: revisión de los desafíos y las opciones del gasto público en el caso de países áridos y semiáridos seleccionados]. Documento de Trabajo 6 de Brookings Center for Universal Education. Washington D.C.: Brookings.
- 83 Global Health Workforce Alliance y OMS (2013) *A Universal Truth: No Health Without a Workforce* [Una verdad universal: no hay salud sin agentes sanitarios]. Ginebra: OMS.
- 84 Chopra, M. et al. (2012) "Strategies to improve health coverage and narrow the equity gap in child survival, health and nutrition" [Estrategias para mejorar la cobertura de salud y reducir la brecha de la equidad en la supervivencia, salud y nutrición infantiles]. *The Lancet* 380 No. 9850 : 1331-1340.
- 85 Global Health Workforce Alliance y OMS (2013) *Op. cit.*
- 86 Haines, A. et al. (2007) "Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers" [Lograr los objetivos de supervivencia infantil: contribución potencial de los trabajadores comunitarios de la salud]. *The Lancet*, junio de 2007 vol. 369 pp 2121-31.
- 87 Save the Children (2011) *Sanidad al alcance de todos los niños y niñas. Pongamos fin a la crisis de personal sanitario*. Londres: Save the Children.
- 88 Chopra et al. (2012) *Op. cit.*
- 89 Unicef (2013) *Op. cit.*
- 90 Cuenta Regresiva a 2015 (2014) *Op. cit.*
- 91 Ahmed, S. y Khan, M. M. (2010) "A maternal health voucher scheme: what have we learned from the demand-side financing scheme in Bangladesh?" [Plan de bonos de salud materna: qué hemos aprendido del plan de financiamiento desde el punto de vista de la demanda en Bangladesh]. *Health Policy and Planning* 26(1): 25-32.
- 92 Cuenta Regresiva a 2015 (2014) *Op. cit.* La OMS y PMNCH acordaron recientemente un conjunto básico de indicadores para hacer un seguimiento de la calidad de la atención en todos los países, y actualmente realizan esfuerzos para estandarizar las definiciones y mejorar la recogida de datos.
- 93 Unicef (2013) *Op. cit.*; Malqvist et al. (2013) *Op. cit.*
- 94 Amnistía Internacional (2009) *Fatal Flaws. Barriers to Maternal Health in Peru* [Defectos fatales. Barreras contra la salud materna en Perú]. Londres: Amnistía Internacional; PMNCH et al. (2014) *Success Factors for Women's and Children's Health: Policy and programme highlights from 10 fast-track countries* [Factores de éxito en la salud de las mujeres y la infancia: aspectos destacados de políticas y programas de diez países beneficiarios de la Iniciativa Vía Rápida]. Ginebra: OMS.
- 95 Ottersen, O. P. et al. (2014) "The political origins of health inequity: prospects for change" [Los orígenes políticos de la falta de equidad de la salud: perspectivas de cambio]. *The Lancet* 383 (9917):630-667.
- 96 Kuruvilla et al. (2014) *Op. cit.*
- 97 Kuruvilla et al. (2014) *Op. Cit.*; Chopra et al. (2012) *Op. Cit.*; Cuenta Regresiva a 2015 (2014) *Op. Cit.*; Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008) *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: OMS. Entendemos por empoderamiento de las mujeres y las niñas como su capacidad para tomar decisiones significativas sobre sus propias vidas, en línea con Kabeer, N. (1999) "Resources, Agency, Achievements: Reflections on the measurement of women's empowerment" [Recursos, intervención y logros: reflexiones sobre la medición del empoderamiento de la mujer]. *Development and Change Vol. 30 (1999)*: 435-464 y Kabeer, N. (2005) "Gender equality and women's empowerment: a critical analysis of the third millennium development goal" [Igualdad de género y empoderamiento de la mujer: análisis crítico del tercer objetivo de desarrollo del milenio]. *Gender and Development* 13(1).
- 98 O'Neil, T.; Domingo, P. y Valters, C. (2014) *Progress on women's empowerment: From technical fixes to political action* [Progreso en el empoderamiento de la mujer: desde soluciones técnicas a intervenciones políticas]. Documento de Trabajo 6 de Development Progress, noviembre de 2014. Londres: ODI.
- 99 Sperling, G. B. y Herz, B. (2004) *What works in girls' education: Evidence and policies from the developing world* [Qué funciona en la educación de las niñas: pruebas y políticas del mundo en desarrollo]. Nueva York. Council on Foreign Relations. Irwin, A. y Scali, E. (2007) "Action on the social determinants of health: a historical perspective" [Intervención para abordar los factores sociales determinantes de la salud: perspectiva histórica]. *Global Public Health*. 2007; 2(3):235-56.
- 100 Unesco (2014) *Enseñanza y aprendizaje. Lograr la calidad para todos*. Informe de Seguimiento de la Educación para Todos en el Mundo 2013/14. París: Unesco.
- 101 UN IGME (2014) *Op. cit.*
- 102 Unicef (2014) *Op. Cit.*; Cuenta Regresiva a 2015 (2014) *Op. cit.*
- 103 Bhutta, Z. et al. (2013) "Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?" [Intervenciones con base empírica para la mejora de la nutrición materna e infantil: ¿qué puede hacerse y a qué costo?]. *The Lancet Volume 382, Issue 9890 pp 452-477*.
- 104 Gillespie, S. et al. (2013) "The politics of reducing malnutrition: building commitment and accelerating progress" [La política de reducción de la malnutrición: establecer compromisos y acelerar el progreso].
- 105 UNICEF (2012) *Pneumonia and Diarrhoea: Tackling the deadliest diseases for the world's poorest children* [Pulmonía y diarrea: lucha contra las enfermedades más mortales de la infancia en la peor situación de pobreza del mundo]. Nueva York. Unicef.
- 106 Programa conjunto de la OMS y Unicef (2014) *Progresos en materia de agua potable y saneamiento: Informe de actualización 2014*. Ginebra: OMS y Unicef.
- 107 *Ibid.*
- 108 Análisis de Save the Children en base de datos de DHS.
- 109 Alkema, L. et al. (2014) *Op. cit.*
- 110 PNUD (2012) *Sex imbalances at birth: Current trends, consequences and policy implications* [Desequilibrios de la distribución por sexo en el nacimiento: actuales tendencias, consecuencias e implicaciones de las políticas]. Bangkok: Oficina Regional de PNUD para Asia y el Pacífico.
- 111 ONU Mujer (2014) "Gender-biased sex selection an extreme form and manifestation of gender discrimination and inequality against women, say UN Women and UNFPA" [La selección del sexo basada en prejuicios de género, forma extrema y manifestación de discriminación de género y desigualdad contra la mujer', según ONU Mujer y PNUD]. Comunicado de prensa, Nueva Delhi, 22 de julio de 2014, disponible en: <http://www.unwomenouthasia.org/2014/gender-biased-sex-selection-an-extreme-form-and-manifestation-of-gender-discrimination-and-inequality-against-women-say-un-women-and-unfpa/> [Consultado el 19 de enero de 2014].
- 112 Gakidou et al. (2010), citado en Unesco (2014) *Op. cit.*
- 113 Bhutta, Z. A. et al. (2013) "Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?" [Intervenciones con base empírica para la mejora de la nutrición materna e infantil: ¿qué puede hacerse y a qué costo?]. *The Lancet*. 3 de agosto de 2013; 382(9890):452-77.
- 114 Save the Children (2011) *An Equal Start: Why gender equality matters for child survival and maternal health* [Comienzo en igualdad: por qué la igualdad de género es importante para la supervivencia infantil y la salud materna]. Londres. Save the Children y Unicef (2013) *Op. cit.*
- 115 Kuruvilla et al. (2014) *Op. cit.*
- 116 Unicef, OMS, Banco Mundial (2014) *UNICEF-WHO-World Bank Joint Child Malnutrition Estimates* [Estimaciones conjuntas de malnutrición infantil de Unicef, OMS y Banco Mundial].
- 117 Black, Robert E. et al. (2013) *Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries* [Desnutrición materna e infantil y sobrepeso en países de ingresos bajos y medianos]. *The Lancet*, Volume 382, N° 9890 (2013): 427-451.
- 118 Nota: El porcentaje corresponde a 2011. Fuente: Black et al. (2013) "Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries, Maternal and Child Nutrition" [Desnutrición materna e infantil y sobrepeso en países de ingresos bajos y medianos]. *The Lancet* 382(9890):396.
- 119 Grantham-McGregor, S. et al. (2007) "Development potential in the first five years for children in developing countries" [Potencial de desarrollo durante los primeros cinco años para la infancia en los países en desarrollo]. *The Lancet*, 369: 60-70.
- 120 Grantham-McGregor, S. et al. (2007) *Op. cit.*
- 121 Unicef (2013) *Mejorar la nutrición infantil: el imperativo para el progreso mundial que es posible lograr*.
- 122 Black, Robert E. et al. (2013) "Maternal and child nutrition: building momentum for impact" [Nutrición materna e infantil: cobrar impulso para el impacto]. *The Lancet*, Volume 382, No. 9890:372-375.
- 123 Unicef 2014. Resumen Informativo de la serie *A Post 2015 World Fit for Children: Maternal and Child Nutrition* [Nutrición materna e infantil]. Disponible en línea: http://www.unicef.org/post2015/files/Nutrition_2paper_FINAL_web.pdf [Consultado por última vez el 14 de enero de 2015].
- 124 Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008) *Op. cit.*
- 125 Unicef (2013) *Op. cit.*
- 126 Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008) *Op. cit.* PMNCH et al. (2014) *Success Factors for Women's and Children's Health: Policy and*

- programme highlights from 10 fast-track countries [Factores de éxito en la salud de las mujeres y la infancia: aspectos destacados de políticas y programas de diez países beneficiarios de la Iniciativa Vía Rápida]. Ginebra: OMS.
- 127 Unicef (2013) *Op. cit.*; Kabeer, N. (2012) *Can the MDGs provide a pathway to social justice? The challenges of intersecting inequalities* [¿Pueden los ODM ofrecer un camino hacia la justicia social? Los desafíos de las desigualdades interrelacionadas]. Brighton: IDS; Samman, E. y Rodriguez-Takeuchi, L. (2013) *Old age, disability and mental health: data issues for a post-2015 framework* [La vejez, discapacidades y salud mental]. Londres: ODI.
- 128 Paz Arauco, P. et al. (2014) *Strengthening social justice to address intersecting inequalities post-2015* [Fortalecimiento de la justicia social para abordar las desigualdades interrelacionadas después de 2015]. Londres: ODI.
- 129 Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2008) *Op. Cit.*; Kabeer, N. (2008) *Paid work, women's empowerment and gender justice: Critical pathways of social change* [Trabajo remunerado, empoderamiento de la mujer y justicia de género: caminos críticos para el cambio social]. Documento de trabajo de Pathways of Women's Empowerment; Save the Children (2013) *Breaking the Mould: Transforming the economic development paradigm* [Romper el molde: transformación del paradigma de desarrollo económico]. Londres: Save the Children.
- 130 Esta afirmación se confirma en la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención de los Derechos Humanos de la ONU, la constitución de la Organización Internacional del Trabajo y los instrumentos legales sobre seguridad social.
- 131 OIT (2014) *World Social Protection Report 2014/15* [Informe 2014-2015 sobre Protección Social en el Mundo]. Organización Internacional del Trabajo: 154.
- 132 Ministerio británico de Desarrollo Internacional, Help Age International, et al. (2009). *Advancing child-sensitive social protection* [Avance en la protección social sensible a la infancia]. Disponible en: http://www.unicef.org/aidis/files/CSSP_joint_statement_10.16.09.pdf [Consultado el 3 de diciembre de 2014].
- 133 OIT (2014) *Op. cit.*
- 134 Woolard, Harttgen y Klasen (2010) *The evolution and impact of social security in South Africa* [La evolución y el impacto de la seguridad social en Sudáfrica]. Documento de antecedentes para el Informe de Desarrollo Europeo 2010, Florence Robert Schumann Centre for Advanced Studies en OIT (2014) *Op. cit.*
- 135 Skoufias y Parker (2001) en OIT (2014) *Op. cit.*
- 136 *Ibid.*
- 137 Lim S. S. et al. (2010) "India's Janani Suraksha Yojana, a conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: an impact evaluation" [Janani Suraksha Yojana, programa indio de transferencia condicional de dinero en efectivo para aumentar el número de partos en establecimientos de salud: evaluación del impacto]. *The Lancet* 375(9730):2009-23.
- 138 Ministerio británico de Desarrollo Internacional, Help Age International, et al (2009) *Op. cit.*
- 139 Para un análisis en mayor profundidad, ver Save the Children (2012) *A chance to Grow: how social protection can tackle child malnutrition and promote economic opportunities* [Oportunidad para crecer: cómo abordar la malnutrición infantil y promover las oportunidades económicas por medio de la protección social]. Londres: Save the Children.
- 140 Como ha sido propuesto por el Grupo de Alto Nivel sobre la Agenda de Desarrollo Post-2015 (2013), y respaldado en el Informe de Síntesis del Secretario General de la ONU de diciembre de 2014 en la agenda post-2015. En la práctica, este enfoque puede aplicarse por medio de un monitoreo por parte de todos los países de un conjunto básico de grupos (en función del género, la edad, discapacidades, origen étnico, zonas urbanas/rurales, regiones y nivel económico). En su defecto, cada país puede definir grupos con desventajas sistemáticas de su contexto nacional por medio de un proceso abierto e inclusivo.
- 141 Watkins, K. (2014) "Leaving no one behind: an agenda for equity" [Que no quede nadie en el olvido: agenda para la equidad]. *The Lancet, Publicación previa en línea, 9 de mayo de 2014*. Save the Children (2014) *Que nadie quede en el olvido. Incorporación de la equidad en el marco post-2015 a través de metas de avance*. Londres: Save the Children.
- 142 Para asegurar que las metas de avance sean lo más eficaces y viables posible, será necesario precisar una serie de detalles prácticos y técnicos. Por ejemplo, la selección de puntos de comparación, mediciones y puntos de referencias adecuados, y la consideración de cómo establecer metas de equidad para el progreso mundial y nacional.
- 143 Grupo de Alto Nivel sobre la Agenda Post-2015 (2013) *Op. cit.*
- 144 Partners for a People Centred Data Revolution (2014) *Open Letter to the Independent Experts Advisory Group on the Data Revolution* [Carta abierta al Comité Asesor de Expertos Independientes sobre la Revolución de datos], disponible en: <http://post2015.org/2014/10/22/partners-for-a-data-revolution-open-letter-to-the-ieag/> [Consultado el 19 de enero de 2015].
- 145 UN IGME (2014) *Op. cit.*
- 146 Carr-Hill, R. (2013) "Missing millions and measuring development progress" [Los millones de personas que no se incluyen en la medición del progreso del desarrollo]. *World Development* 46:30-44.
- 147 Esta conferencia se celebrará en Adis Abeba en julio de 2015 para asegurar que la agenda de desarrollo post-2015 cuente con los recursos necesarios. Recomendación hecha por el Comité Asesor de Expertos Independientes sobre la Revolución de Datos para un Desarrollo Sostenible (2014) *A World that Counts: Mobilising the data revolution for sustainable development* [Un mundo que cuenta: movilización de la revolución de datos para un desarrollo sostenible].
- 148 Roche, J. y Samman, E. (2014) *Op. cit.* y Partners (2014) *Op. cit.*
- 149 World Vision (2014) *Op. cit.*
- 150 Ver <http://www.who.int/pmnch/about/en/> [Consultado el 19 de enero de 2015].
- 151 Save the Children (2014) *Framework for the Future* [Marco para el futuro]. Londres: Save the Children.
- 152 Los colegas del ODI contribuyeron con el cálculo de las estimaciones de MICS y la compilación de las estimaciones desglosadas de India.
- 153 Entre estas fuentes, se incluyen: Datos de UN IGME (www.childmortality.org), estadísticas de OMS (<http://ow.ly/FMNDu>), STATcompiler de DHS (<http://www.statcompiler.com/>); Datos de Unicef (<http://ow.ly/FMMrw>); Countdown equity profiles. <http://countdown2015mch.org/about-countdown/countdown-data>; World Bank reports, <http://documents.worldbank.org/curated/en/2012/01/16860295/inequalities-health-outcomes-child-health>, <http://documents.worldbank.org/curated/en/2012/01/16860889/inequalities-health-utilization-maternal-child-health-interventions>
- 154 Es el caso de Brasil, China, India y México.
- 155 UN IGME (2014) *Op. cit.* Para un análisis en detalle del modelo, puede consultar el siguiente sitio web: <http://arxiv.org/pdf/1309.1602v1.pdf>
- 156 El método de cálculo directo implica la utilización de historiales retrospectivos de partos o embarazos con el objeto de recoger los datos necesarios para calcular las tasas de mortalidad infantil. Los historiales de partos o embarazos incluyen información por cada parto o embarazo que haya tenido la entrevistada. Normalmente, se incluyen como mínimo los siguientes datos: el mes y el año del parto; el sexo del bebé; si el bebé sobrevivió; edad de cada hija o hijo superviviente; y edad de fallecimiento de cada bebé que haya muerto. En caso de historiales de embarazo, se registra la información del resultado de cada embarazo; es decir, si el bebé nació vivo o muerto, o si hubo pérdida o aborto provocado (http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/technical/TP2011-2_MortEstMajorSampSurv.pdf).
- 157 Los cálculos publicados en los informes de DHS corresponden a períodos de diez años, pero las estimaciones para todos los períodos están disponibles en el STATcompiler de DHS. Nuestros cálculos coinciden con los cálculos nacionales correspondientes a los cinco años previos a la encuesta.
- 158 Las únicas excepciones son los países para los cuales hemos compilado datos desglosados oficiales.
- 159 En la mayoría de los casos, esto implica una estructura exactamente igual, y en algunos casos solo cambia un grupo.
- 160 Hubo quince casos de este tipo: Bangladesh, Benin, Burkina-Faso, Congo, Costa de Marfil, Gabón, India, Kenia, Mali, Marruecos, Niger, Pakistán, Perú, Senegal y Uganda.
- 161 No todos los países cuentan con datos correspondientes a cada uno de estos períodos. Además, en varios países (Chad, Eritrea, Marruecos, Togo y Vietnam) los datos más recientes fueron registrados antes de 2005. Por lo tanto, nuestras proyecciones no tienen en cuenta el progreso que han logrado desde entonces.
- 162 Osorio, R. G. (2008) "Alternatives for projecting MDG indicators" [Alternativas para prever los indicadores de los ODM] *Technical Paper Series*, No. 2. Brasilia: International Poverty Centre (IPC). Disponible en: <http://www.undp-povertycentre.org/pub/IPCTechnicalPaper2.pdf> [Consultado el 19 de enero de 2015].
- 163 De los 87 países de la base de datos GRID, los siguientes fueron excluidos del análisis, ya sea debido a que los datos estaban demasiado desactualizados o porque solo disponían de datos correspondientes a un momento en el tiempo: Bielorrusia (2005), Brasil (1986, 1996), Ecuador (1987), Jamaica (2005), Macedonia (2005), Maldivas (2006), Paraguay (1990), Sri Lanka (1987), Sudán (1990), Sudáfrica (1990), Suazilandia (2009), Tailandia (1987), Trinidad y Tobago (1987), Túnez (1988) y Uzbekistán (1996).

REFERENCIAS DE LOS ESTUDIOS DE CASO INCLUIDOS EN LOS PERFILES DESTACADOS

Bangladesh

Adams, A. et al. (2013) "Explaining equity gains in child survival in Bangladesh: scale, speed and selectivity in health and development" [Análisis de los avances en materia de equidad en el ámbito de la supervivencia infantil en Bangladesh: escala, rapidez y selectividad en la salud y el desarrollo]. *The Lancet* 2013; 382: 2027-37.

Balabanova, D.; McKee, M. y Mills, A. (eds) (2011) *'Good Health at Low Cost' 25 years on: What makes a successful health system?* [Buena salud a bajo costo? 25 años después: ¿cómo es un sistema de salud que funciona?]. Londres: London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Bhurta, Z.A. et al. (2010) "Countdown to 2015 decade report (2000-10): taking stock of maternal, newborn, and child survival" [Informe decenal 2000-2010 de Cuenta Regresiva a 2015: evaluación de la supervivencia materna, neonatal e infantil]. *The Lancet* 2010; 375: 2032-44.

Chowdhury, M. et al. (2013) "The Bangladesh paradox: exceptional health achievements despite economic poverty" [La paradoja de Bangladesh: logros excepcionales en materia de salud a pesar de la pobreza económica]. *The Lancet* 382 no. 9906: 1734-1745.

El Arifeen, S. et al. (2013) "Community Based Approaches and partnerships: Innovations in health service delivery in Bangladesh" [Enfoques comunitarios y alianzas: innovaciones en la prestación de servicios de salud en Bangladesh]. *The Lancet* 382 no. 9909: 2012-2026.

International Journal for Equity in Health 2013, 12:90.

Neal, S. y Matthews, Z. (2013) "Investigating the role of health care at birth on inequalities in neonatal survival: evidence from Bangladesh" [Investigación del papel que desempeña la asistencia de partos en las desigualdades en materia de supervivencia neonatal: pruebas de Bangladesh]. *International Journal for Equity in Health* 2013, 12:17 (6 de marzo de 2013).

Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño (PMNCH) et al. (2014) *Success Factors for Women's and Children's Health: Policy and programme highlights from 10 fast-track countries* [Factores de éxito en la salud de las mujeres y la infancia: aspectos destacados de políticas y programas de diez países beneficiarios de la Iniciativa Via Rápida]. Ginebra: OMS.

Quayyum, Z. et al. (2013) "Can community level interventions have an impact on equity and utilization of maternal health care – Evidence from rural Bangladesh" [¿Pueden las intervenciones a nivel de la comunidad tener un impacto en la equidad y la utilización de los servicios de salud materna? Pruebas de las zonas rurales de Bangladesh]. *International Journal for Equity in Health* 2013, 12:22.

Unicef (2009) *Child poverty and disparities in Bangladesh* [Pobreza infantil y disparidades en Bangladesh]. Disponible en: http://www.unicef.org/sitan/files/Bangladesh_Child_Poverty_Study_2009.pdf [Consultado el 19 de enero de 2015].

Zere, E. et al. (2013) "Equity in reproductive and maternal health services in Bangladesh" [Equidad en los servicios de salud reproductiva y materna en Bangladesh].

Etiopía

Kedir Bilal, N. et al. (2011) "Health extension workers in Ethiopia: Improved access and coverage for the rural poor" [Trabajadores de extensión de la salud en Etiopía: mejor acceso y cobertura para los sectores rurales pobres] en Chuhan-Pole, P. et al. (2011) *Yes Africa Can: Success stories from a dynamic continent*. Washington DC: Banco Mundial.

Skaftun, E. et al. (2014) "Understanding inequalities in child health in Ethiopia: Health achievements are improving in the period 2000-2011" [Análisis de las desigualdades en el ámbito de la salud infantil en Etiopía: los logros de salud han mejorado en el periodo 2000-2011]. *PLOS ONE* Vol. 9: Issue 8: e106460.

Tsegay, Y. et al. (2013) "Determinants of antenatal and delivery care utilisation in Tigray region, Ethiopia: a cross sectional study" [Factores determinantes de la utilización de los servicios de atención prenatal y de parto en la región de Tigray, Etiopía: estudio intersectorial]. *International Journal for Equity in Health* 2013, 12:90.

Comisión Económica para África de las Naciones Unidas, Uneca (2008) *Mainstreaming health equity in the development agenda of African countries* [Incorporación de la equidad en la salud en el marco de la agenda de desarrollo de los países africanos]. Adis Abeba: Comisión Económica para África de las Naciones Unidas (Uneca).

PNUD (2012) *Analyzing regional performance and disparities in health outcomes in Ethiopia* [Análisis del rendimiento regional y las disparidades en los resultados de salud en Etiopía]. Adis Abeba: PNUD Etiopía.

Unicef (2012) *Review of systematic challenges to the scale-up of Integrated Community case Management* [Revisión de los desafíos sistemáticos para la ampliación de la gestión integrada de casos en la comunidad]. Documento de trabajo sobre salud materna, neonatal e infantil. Sección de Salud, División de Programas, Unicef. Nueva York. Unicef.

USAID (2012) *Health Extension Program: An innovative solution to public health challenges of Ethiopia – a case study* [Programa de extensión de la salud: solución innovadora para los desafíos en materia de salud pública de Etiopía: estudio de caso]. Bethesda MD: Health Systems 20/20.

Wilunda et al. (2013) "Measuring equity in utilisation of emergency obstetric care at Wolloso Hospital in Oromiya, Ethiopia: a cross sectional study" [Medición de la igualdad en la utilización de la atención obstétrica de emergencia en el Hospital Wolloso de Oromiya, Etiopía: estudio de caso transversal]. *International Journal for Equity in Health* 12:27.

Malawi

Austin, P. et al. (2014) "Factors Associated with Infant Mortality in Malawi" [Factores asociados con la mortalidad infantil en Malawi]. *Journal of Experimental & Clinical Medicine* Volume 6, Issue 4: 125-131.

Callaghan-Koru, J. et al. (2013) "Contribution of community-based newborn health promotion to reducing inequities in healthy newborn care practices and knowledge: evidence of improvement from a three-district pilot program in Malawi" [Contribución de la promoción de la salud neonatal basada en la comunidad para abordar la falta de equidad en las prácticas y los conocimientos de la atención del recién nacido sano:

pruebas de mejoras en base a un programa piloto en tres distritos de Malawi]. *BMC Public Health* 2013, 13:1052.

Gobierno de Malawi (2011) *Health Sector Strategic Plan 2011-2016: Moving towards equity and quality* [Plan estratégico del sector de la salud 2011-2016: avanzando hacia la equidad y la calidad]. Disponible en: <http://www.medcol.mw/commhealth/publications/3%20Malawi%20HSSP%20Final%20Document%20%283%29.pdf> [Consultado el 19 de enero de 2015].

Gwatkin, D. et al. (2007) "Malawi's Health SWAp: Bringing essential services closer to the poor?" [El enfoque sectorial (SWAp) de Malawi: ¿facilita el acceso de las personas en situación de pobreza a los servicios básicos?]. *Malawi Med J* 2007, 18(1):1.

Jahn, A. et al. (2010) "Declining child mortality in northern Malawi despite high rates of infection with HIV" [Disminución de la mortalidad infantil en el norte de Malawi a pesar de los altos índices de infección por el VIH]. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud* 2010; 88:746-753. doi: 10.2471/BLT.09.075085.

Ministerio de Salud de Malawi y ICF International. (2014). *Malawi Service Provision Assessment Survey 2013-14: Key Findings* [Encuesta de evaluación de la provisión de servicios en Malawi 2013-2014: conclusiones clave]. Rockville: Ministerio de Salud de Malawi y ICF International.

Pearson, M. (2010) *Impact evaluation of the sector wide approach (SWAp), Malawi* [Evaluación del impacto del enfoque sectorial (SWAp), Malawi]. Ministerio británico de Desarrollo Internacional, disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/67670/imp-eval-sect-wde-appri-mw.pdf [Consultado el 19 de enero de 2015].

Comisión Económica para África de las Naciones Unidas, Uneca (2008) *Mainstreaming health equity in the development agenda of African countries* [Incorporación de la equidad en la salud en el marco de la agenda de desarrollo de los países africanos]. Adis Abeba: Comisión Económica para África de las Naciones Unidas (Uneca).

Unicef (2012) *Review of systematic challenges to the scale-up of Integrated Community case Management* [Revisión de los desafíos sistemáticos para la ampliación de la gestión integrada de casos en la comunidad]. Documento de trabajo sobre salud materna, neonatal e infantil. Sección de Salud, División de Programas, Unicef. Nueva York. Unicef.

USAID (2012) *Country development cooperation strategy 2013-2018* [Estrategia de cooperación de desarrollo nacional 2013-2018]. USAID Malawi.

México

CIDE. (2013) *Avances y temas pendientes de la política de salud en México. Una revisión de los principales indicadores*.

Cuevas-Nasu, L., R.-D., J.-L.-R.-G. (2014) *Inseguridad alimentaria y estado de nutrición en menores de cinco años de edad en México*. *Salud Pública Méx.*, 56 (supl 1), S47-S53.

De Castro, F.; A.-L. B.-C.-P. (2013) *Indicadores de bienestar y desarrollo infantil en México*. *Salud Pública Méx.*, 55 (supl 2), S267-S275.

González-Block, M.A.; S.-V.A.-T. (2010) *Factores asociados a la demanda de servicios para la atención del parto en México*. *Salud Pública Méx.* 2010;52:416-423.

Hernández-Prado, B. e. (2011) *Perfil situacional y estrategias de intervención en la región mesoamericana en el área de salud materna, reproductiva y neonatal*. *Salud Pública Méx.*, [online], 53 (supl 3), s312-s322.

Jasso-Gutiérrez, L.; D.-A. L.-H.-G. (2012) *Recommendations to improve healthcare of neonates with respiratory insufficiency beneficiaries of Seguro Popular* [Recomendaciones para mejorar la atención de salud de recién nacidos con insuficiencia respiratoria beneficiarios del Seguro Popular]. *Salud Pública Méx.*, 54 (supl 1), S57-S64.

Jasso-Gutiérrez, L. e. a. (2012) *Nichos de oportunidad para la mejora en la atención médica de los niños afiliados al Seguro Médico para una Nueva Generación*. *Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx.*, 69 (6), 442-449.

Lazcano-Ponce, E. S. R.-Z.-L.-G.-A. (2013) *Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna*. *Salud Pública Méx.*, 55 (supl 2), S214-S224.

Medina-Gómez, O., L.-A. O. (2011) *Asociación de los tipos de carencia y grado de desarrollo humano con la mortalidad infantil en México, 2008*. *Cad. Saúde Pública*, 27 (8), 1603-1610.

Morales-Ruán, M. C., S.-L.T.-R.-N.-M.-D. (2013) *Programas de ayuda alimentaria en México, cobertura y focalización*. 55 (supl. 2), S199-S205.

Perdigón, V.G., F.C. (2008) *La mortalidad neonatal y postneonatal en México 1980 - 2005*. *Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx.*, 65, 412-414.

Pinzón Florez, C. E.; R. L. (2014). *Gasto en salud, la desigualdad en el ingreso y el índice de marginación en el sistema de salud de México*. *Rev. Panam. Salud Pública*, 31 (1), 1-7.

Presidencia de la República. (2013) *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de Avances 2013*. Presidencia de la República.

Rivera-Dommarco, J.; A., C.-N. L.-L.-F. (2013) *Desnutrición crónica en México en el último cuarto de siglo: análisis de cuatro encuestas nacionales*. *Salud Pública Méx.*, 55 (supl 2), S161-S169.

Nepal

Alkema et al. (2014) "National, regional, and global sex ratios of infant, child, and under-5 mortality and identification of countries with outlying ratios: a systematic assessment" [Proporción de sexos en la mortalidad infantil, de lactantes y de niñas y niños menores de cinco años a nivel nacional, regional y global, e identificación de los países con proporciones distantes: evaluación sistemática]. *The Lancet Glob Health* 2014 [online]; Vol. 2: e521-30.

Ban, B. et al. (2012) "Review of Health and Health Service Improvements in Nepal" [Revisión de las mejoras de la salud y de los servicios de salud en Nepal]. *J Nepal Health Res Counc. Mayo de 2012; 10(2):76-81*.

Bhandari, T. y Dangal, G. (2013) "Safe delivery care: Policy, practice and gaps in Nepal" [Atención para partos seguros: políticas, prácticas y deficiencias en Nepal]. *J Nepal Med Assoc* 2013;52(192):637-44.

Ministerio británico de Desarrollo Internacional, DFID (2011) *DFID Nepal Operational Plan: Gender Equality and Social Inclusion Annex* [Plan operativo del DFID en Nepal: Anexo Igualdad de géneros e inclusión social]. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/67545/nepal-2011-annex.pdf [Consultado el 12 de noviembre de 2014].

GIZ y Ministerio de Salud y Población de Nepal (2011) *Assessment of the Government Health Financing System in Nepal: Suggestions for Reform* [Evaluación del sistema gubernamental de financiamiento de la salud en Nepal: sugerencias para su reforma]. Disponible en: <http://p4h-network.net/wp-content/uploads/2013/10/GovernmentHealthFinancingSystem.pdf> [Consultado el 12 de noviembre de 2014].

GIZ y Ministerio de Salud y Población de Nepal (2011) *Assessment of the Government Health Financing System in Nepal: Suggestions for Reform* [Evaluación del sistema gubernamental de financiamiento de la salud en Nepal: sugerencias para su reforma].

Khanal (2012) "Exploration and Innovation in Addressing Maternal, Infant and Neonatal Mortality" [Exploración e innovación al abordar la mortalidad materna, neonatal y de lactantes]. *J Nepal Health Res. Coun.* Mayo de 2012; 10(21):88-94.

Khanal, D. R. (2014) Social Security/Social Protection in Nepal. Situation Analysis [Seguridad social / protección social en Nepal. Análisis de la situación]. *Oficina nacional de la OIT en Nepal, Series 10*. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/asia/-/ro-bangkok/-/ilo-kathmandu/documents/publication/wcms_216490.pdf [Consultado el 12 de noviembre de 2014].

Mathema, K. B. (2006) "Crisis in Education and Future Challenges for Nepal" [Crisis en la educación y los desafíos futuros para Nepal], disponible en: http://himalaya.socanth.cam.ac.uk/collections/journals/ebhr/pdf/EBHR_31_04.pdf [Consultado el 12 de noviembre de 2014].

Programa de Nepal de Salud para la Familia II (2012) *Health Facility Management Strengthening Program* [Programa de fortalecimiento de la gestión de establecimientos de la salud]. Technical Brief # 17. USAID, disponible en: <http://nfhps.jsi.com/Res/Docs/TB17-HFMSP.pdf> [Consultado por última vez el 12 de noviembre de 2014].

ODI (2013) *Nepal's Story: Understanding improvements in maternal health. Case study report* [Experiencia de Nepal: análisis de las mejoras en la salud materna. Informe de estudios de caso]. Londres: ODI.

Rottach, E. (2013) *Promoting Gender Equality and Social Inclusion in Local Health Governance in Nepal* [Promoción de la igualdad de géneros y la inclusión social en la gobernanza de la salud a nivel local en Nepal]. Washington: Health Policy Project.

Schmidt, A. (2009) *Health aid effectiveness in Nepal. Paris, Accra, civil society and the poor* [Eficacia de la ayuda humanitaria para la salud en Nepal: París, Acra, la sociedad civil y las personas en situación de pobreza]. Action for Global Health, disponible en: http://www.actionforglobalhealth.eu/fileadmin/user_upload/doc_library/Aid_effectiveness_in_Nepal_Final_01.pdf [Consultado el 12 de noviembre de 2014].

Witter, S. (2011) "The national free delivery policy in Nepal: early evidence of its effects on health facilities" [La política nacional de prestación de servicios gratuitos en Nepal: primeras pruebas de su impacto en los establecimientos de salud]. *Health Policy and Planning 2011*; 26:ii84-ii91, doi:10.1093/heapol/czr066.

Ruanda

Antunes, A. F.; Saksena, P.; Elovainio, R.; Mathauer, I.; Kirigia, J.; et al. (2009) *Health Financing Systems Review of Rwanda: Options for universal coverage* [Revisión de los sistemas de financiamiento de la salud en Ruanda: opciones para la cobertura universal]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Ministerio de Salud de la República de Ruanda.

Basinga, P. et al. (2011) "Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation" [Impacto en los servicios de salud materna e infantil en Ruanda del pago a proveedores de atención primaria de salud en función del rendimiento]. *The Lancet*. Abril de 2011; 377 (9775): 1421-8.

Binagwaho, A. y Farmer, P. (2013) "Linking an Equity Plan to a Delivery System in Rwanda" [Vinculación de un plan de equidad con un sistema de implementación en Ruanda]. Artículo publicado el 30 de abril de 2013. Disponible en: <http://www.socialprogressimperative.org/blog/posts/linking-an-equity-plan-to-a-delivery-system-in-rwanda> [Consultado el 11 de noviembre de 2014].

Farmer, P. E. (2013) "Reduced premature mortality in Rwanda: lessons from success" [Reducción de la mortalidad prematura en Ruanda: lecciones de una experiencia positiva]. *BMJ 2013*; 346:f65 doi: 10.1136/bmj.f65.

Hamblin, J. (2014) "Twenty years after genocide, Rwanda is a model of health equity" [Tras veinte años del genocidio, Ruanda es un modelo de equidad en materia de salud]. *The Atlantic [online]*. Disponible en: <http://qz.com/196118/twenty-year-after-genocide-rwanda-is-a-model-of-health-equity/> [Consultado el 11 de noviembre de 2014].

Logie D. E. (2008) "Innovations in Rwanda's health system: looking to the future" [Innovaciones en el sistema de salud de Ruanda: mirando hacia el futuro]. *The Lancet 2008 [online]*; 372: 256-61, DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60962-9.

Lu, C.; Chin, B.; Lewandowski, J. L.; Basinga, P.; Hirschhorn, L. R. et al. (2012) "Towards Universal Health Coverage: An Evaluation of Rwanda Mutuelles in Its First Eight Years" [Hacia la cobertura universal de salud: evaluación de los primeros ocho años de las mutuelles de Ruanda]. *PLoS ONE 7(6):e39282*. doi:10.1371/journal.pone.0039282.

Makaka, A.; Breen S.; Binagwaho, A. (2012) "Universal health coverage in Rwanda: a report of innovations to increase enrolment in community-based health insurance" [Cobertura universal de salud en Ruanda: informe de las innovaciones dirigidas a aumentar las afiliaciones en el seguro de salud a nivel de la comunidad]. *The Lancet*, 21 de octubre de 2012 Vol. 380, Pág. S7 DOI: 10.1016/S0140-6736(13)60293-7.

Ministerio de Salud de Ruanda, Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño (PMNCH), OMS, Banco Mundial, Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud (HPSR) y participantes en la revisión de políticas a cargo de múltiples actores en Ruanda (2014). *Success Factors for Women's and Children's Health: Rwanda* [Factores de éxito para la salud de la mujer y la infancia: Ruanda].

Ministerio de Gobiernos Locales (2011) *National Social Protection Strategy* [Estrategia nacional de protección social], disponible en: <http://www.ilo.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=23208> [Consultado el 7 de noviembre de 2014].

Skiles, M. P. et al. (2012) "An equity analysis of performance-based financing in Rwanda: are services reaching the poorest women?" [Análisis de la equidad en el financiamiento en función del rendimiento en Ruanda: ¿llegan los servicios a las mujeres en la mayor situación de pobreza?]. *Health Policy and Planning 2012*; 1-13. doi:10.1093/heapol/czs122.

Unicef (2013) *Improving Child Nutrition. The achievable imperative for global progress* [Mejora de la nutrición infantil: el imperativo para el progreso mundial que es posible lograr]. Nueva York: Unicef.

LA LOTERÍA DEL NACIMIENTO

Démosle a toda la infancia la misma oportunidad de supervivencia

La lotería del nacimiento dirige el foco de atención hacia la infancia que el avance mundial y nacional en la reducción de la mortalidad infantil ha dejado en el olvido. Este informe se ha basado en un análisis inicial de datos desglosados correspondientes a 87 países de ingresos bajos y medianos del mundo.

Por medio del examen de la desigualdad de las probabilidades de supervivencia de la infancia —entre regiones subnacionales, zonas urbanas y zonas rurales, grupos étnicos y grupos económicos—, la presente investigación explora una serie de interrogantes fundamentales:

- ¿Cuál es la magnitud del problema? ¿Cuántos países están postergando a niños y niñas?
- ¿Es inevitable el progreso no equitativo en la reducción de la mortalidad infantil?
- Si nos centramos en los grupos desfavorecidos, ¿implicará que el progreso general resultará necesariamente más lento?
- ¿Qué puede hacerse para ayudar a los países a seguir caminos más equitativos, con el fin de asegurar que los grupos desfavorecidos alcancen a los grupos con tasas de mortalidad infantil más bajas?

Las nuevas pruebas que se presentan en este estudio revelan que el progreso equitativo no solo es posible, sino que también es más rápido. Esto contradice la creencia generalizada respecto a que llegar a los grupos más pobres y más desfavorecidos es más difícil y que, por lo tanto, es probable que ralentice el progreso.

Este informe defiende enérgicamente la propuesta de situar las medidas dirigidas a abordar las desigualdades en la supervivencia infantil en el centro de la lucha mundial contra la pobreza, incluido en el marco post-2015 y en las estrategias nacionales de desarrollo.

www.savethechildren.org.uk

action/2015



Save the Children