

REDUCIR LAS DIFERENCIAS

EL PODER DE INVERTIR EN LOS NIÑOS MÁS POBRES



unicef 

para cada niño

Agradecimientos

Análisis técnico de Reducir las Diferencias

Autores principales: Carlos Carrera, Genevieve Begkoyian, Shahrouh Sharif y Rudolf Knippenberg
Extracción e interpretación de los datos: Adeline Azrack, Anthony Bauche, Claire Bonfils, Pierre-Yves Colinet, Kayode Oyegbite y Xiaoyi An

Reducir las diferencias: El poder de invertir en los niños más pobres

Autores y editores principales: Jordan Tamagni, Guy Taylor
Responsable editorial y de producción: Tara Dooley
Verificación de los datos: Yasmine Hage, Xinyi Ge
Corrección y relectura de textos: Awoye Timpo, Carol Holmes

Diseño: Camila Garay

Un agradecimiento especial a varios expertos técnicos y lectores que han proporcionado una valiosa retroalimentación. En UNICEF, cabe destacar Laurence Chandy, David Hipgrave, Ulla Griffiths, Jingqing Chai, David Anthony, y miembros del equipo de datos y análisis de UNICEF.

Los autores del estudio están especialmente en deuda con los colegas de las oficinas de UNICEF en los países por su apoyo en la preparación de los estudios de casos que acompañan a esta publicación, en particular las oficinas de UNICEF en el Afganistán, Bangladesh, Malawi, Níger, Rwanda y Sierra Leona.

Un agradecimiento especial también a Agbessi Amozou, Peter Berman, Mickey Chopra, Theresa Díaz, David Peters, Davidson Gwatkin, Kim Mulholland, Cesar Victora, y Netsanet Walelign por el examen independiente que realizaron de este estudio.

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Junio de 2017

Se requiere permiso para reproducir cualquier parte de esta publicación. Los permisos se otorgarán gratuitamente a organizaciones educativas o sin fines de lucro. A otros se les pedirá que paguen una pequeña cuota. Sírvanse dirigirse a:

División de Comunicaciones, UNICEF
Attn: Permissions
3 United Nations Plaza, Nueva York, NY 10017, EEUU
Tel: +1 (212) 326-7434
Email: nyhqdoc.permit@unicef.org

ISBN: 978-92-806-4886-7

Reducir las diferencias: El poder de invertir en los niños más pobres

En 2010, UNICEF hizo una predicción audaz: invertir en la salud y la supervivencia de los niños más desfavorecidos sería más rentable, incluso a pesar de que los costos de llegar a ellos sean más elevados, ya que unos mejores resultados compensarían estos costos suplementarios.

Ahora, una serie de nuevos datos viene a respaldar la predicción que hizo UNICEF. De hecho, el estudio indica que el número de vidas salvadas por cada millón de dólares invertido entre los más desfavorecidos es casi dos veces superior al número de vidas que se salvaron mediante unas inversiones equivalentes en los grupos menos pobres.

Conclusiones fundamentales

Los análisis de UNICEF indican que:

Las inversiones que aumentan el acceso de los grupos de personas pobres a las intervenciones de gran eficacia en materia de salud y nutrición han salvado casi el doble de vidas que las inversiones equivalentes en los grupos de personas que no son pobres.

El acceso a las intervenciones de salud y nutrición de gran eficacia ha mejorado rápidamente entre las poblaciones pobres en los últimos años, y ha dado lugar a mejoras sustanciales en la equidad.

Durante el período estudiado, las reducciones absolutas en las tasas de mortalidad de menores de cinco años asociadas con mejoras en la cobertura de la intervención aumentaron tres veces más rápidamente entre los grupos de personas pobres que entre los grupos de personas que no son pobres.

Debido a que las tasas de natalidad fueron mayores entre las poblaciones pobres, la reducción de la tasa de mortalidad de menores de cinco años se tradujo en un número de vidas salvadas 4,2 veces superior por cada millón de personas. De hecho, de los 1,1 millones de vidas salvadas en los 51 países durante el último año estudiado para cada país, casi el 85% se produjeron entre los pobres.

Una intensificación en el enfoque sobre las políticas y las inversiones que promueven la equidad –y la supervisión de las brechas en la cobertura– puede ayudar a los países a alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativas a los recién nacidos y la mortalidad infantil (ODS 3.2).

Un enfoque de la supervivencia infantil que promueva la equidad puede ayudar también a romper el ciclo intergeneracional de la pobreza. Cuando los niños están sanos, son más capaces de aprender en la escuela y pueden ganar más cuando se convierten en adultos.





Un argumento en favor de la inversión equitativa

De todas las desigualdades y las injusticias que hay en el mundo, ésta es tal vez la más fundamental: los niños que crecen en la pobreza tienen el doble de probabilidades de morir antes de cumplir los cinco años que los niños que crecen en circunstancias más favorables.

Una mayoría inadmisiblemente de estos niños muere innecesariamente. La mayor parte de estas muertes se podrían haber evitado con intervenciones de salud prácticas y de gran eficacia, y, en su mayor parte, de bajo costo: mosquiteros tratados con insecticida para prevenir el paludismo; sales de rehidratación oral para tratar la diarrea; inmunización temprana contra las enfermedades prevenibles con vacunas; servicios de atención primaria basados en la comunidad, como parteras cualificadas para reducir las complicaciones durante la gestación y el parto; inicio temprano de la lactancia materna continua durante los primeros seis meses de vida; y la concienciación de los progenitores para que lleven a sus hijos más pequeños a recibir atención cuando caen enfermos.

Pero, con demasiada frecuencia, son las madres y los niños que necesitan más estas intervenciones –los más pobres y más necesitados– quienes no las reciben.

En 2010, a medida que el mundo examinaba sus progresos hacia el logro de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de 2015, entre ellos el ODM 4, que impulsaba la reducción la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años en dos terceras partes, los datos desagregados revelaron una tendencia perturbadora¹. La tasa mundial de mortalidad infantil se había reducido, pero en algunos países las cifras descendían más rápidamente entre los grupos más acomodados que entre los pobres, incluso en aquellos países que revelaban un progreso general. Los niños más pobres –que corren un mayor riesgo de morir antes de su quinto cumpleaños– estaban quedando atrás.



A medida que surgían nuevas pruebas sobre estas diferencias en la equidad, UNICEF decidió investigar si el mundo podía lograr progresos más rápidos hacia la meta del ODM sobre la mortalidad infantil concentrando mayores inversiones y esfuerzos en llegar a los niños y las comunidades más pobres y más remotas. ¿Se lograría que los avances en la sobrevivencia infantil alcanzados mediante un enfoque de este tipo, centrado en la equidad, fuesen lo suficientemente cuantiosos como para compensar los costos suplementarios que supone llegar a los más desfavorecidos?

El estudio de UNICEF en 2010, cuyas conclusiones se presentaron por primera vez en un breve informe, *Reducir las diferencias para alcanzar los objetivos*, predijo que ampliar los servicios a los niños más desfavorecidos y a las comunidades más marginadas no evitaría solamente un mayor número de muertes. También sería más rentable al salvar más vidas infantiles *por cada dólar empleado* que lo que ocurriría si nos centráramos en los niños de a quienes resulta más fácil acceder.

Las conclusiones del informe, que fueron publicadas en *The Lancet*², sirvieron para dotar de contenido al nuevo enfoque de UNICEF sobre la equidad. Han servido de base de su promoción en favor de un enfoque del desarrollo que mejore la equidad y han orientado su labor sobre el terreno, especialmente en las esferas de la supervivencia y la salud infantiles. La red de oficinas de país de UNICEF comenzó a supervisar los resultados para concentrarse más profundamente en los más desfavorecidos. Con el tiempo, los expertos de la organización comenzaron a observar un cambio en las tendencias en el acceso a los servicios esenciales de la salud.

A medida que surgieron las pruebas, el equipo de UNICEF encargado del estudio revisó sus predicciones anteriores. Sus nuevas conclusiones dieron un mayor peso al argumento de UNICEF: cuando aumenta la cobertura en los hogares y las comunidades más pobres, las brechas en la equidad se reducen y el enfoque centrado en la equidad permite lograr estos resultados de una manera más rentable. De hecho, este estudio de seguimiento muestra que, como promedio, cada dólar invertido en la salud de los niños más pobres evitó casi dos veces más muertes que la cantidad equivalente empleada en proporcionar las mismas intervenciones entre los niños que no son pobres.

Estas conclusiones tienen implicaciones importantes, especialmente a medida que los gobiernos siguen trabajando hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Los ODS son más ambiciosos que los ODM, ya que establecen una meta para poner fin a todas las muertes infantiles prevenibles. Esta meta universal exige nuevas y urgentes medidas para ofrecer servicios a los niños a los que aún no ha sido posible llegar.

Incluso si las actuales tasas de disminución de la mortalidad de menores de cinco años se mantienen, si no se realizan inversiones suplementarias para llegar a los más pobres, casi 70 millones de recién nacidos, bebés y niños pequeños seguirán muriendo por causas prevenibles en 2030.

Con tanto en juego –y tantas vidas amenazadas– no es posible que pasemos por alto estas nuevas pruebas.

Las preguntas

Un equipo de expertos en salud infantil de UNICEF diseñó este estudio de seguimiento para responder a tres preguntas clave:

1. **¿Han cambiado las diferencias entre los grupos de personas pobres y no pobres en la cobertura de intervenciones de salud y nutrición de gran eficacia en los últimos años?**
2. **¿Cuáles son las proyecciones de las repercusiones de estos cambios en la mortalidad de menores de cinco años?**
3. **Más importante aún, ¿son las inversiones que se centran en llegar con tales intervenciones a las personas pobres más rentables que las inversiones centradas en las personas que no son pobres?**

El estudio examinó los años desde 2003 hasta 2016³. Es importante señalar que el comienzo y el fin de este período de tiempo pueden variar de un país a otro, dependiendo de la disponibilidad de datos. Por esta razón, los resultados del estudio sobre la cobertura se presentan en términos de cambio anual.

El enfoque

Los autores del estudio utilizaron fuentes de datos basadas en observaciones directas procedentes de encuestas de hogares realizadas de acuerdo con las normas internacionales, incluidas las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) y las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS). Cuando las limitaciones de los datos dificultaban la observación directa de los resultados, los autores se apoyaron en aproximaciones, suposiciones y modelos. La metodología y los hallazgos de este estudio fueron sometidos a una revisión externa por parte de un grupo de expertos mundiales en salud infantil y financiación de la salud. Se realizaron análisis de sensibilidad suplementarios para comprobar la solidez de los hallazgos. Los autores tienen previsto publicar la metodología completa y la integridad de los resultados de este estudio en los próximos meses.

Selección de los países

Para llevar a cabo el estudio, el equipo seleccionó 51 países con tasas relativamente elevadas de mortalidad de menores de cinco años (al menos 30 muertes por cada 1.000 nacidos vivos) o un número considerable de muertes de menores de cinco años (al menos 15.000 muertes anuales), y los datos suficientes para realizar un seguimiento de los cambios en la cobertura de la intervención durante el período estudiado. En conjunto, estos países representaron 5,7 millones de muertes de menores de cinco años en 2010, más de cuatro quintas partes de todas las muertes de menores de cinco años que se produjeron ese año.

Los países estudiados exhiben diversos patrones de pobreza, que oscilan desde países donde la mayoría de los niños viven en hogares pobres hasta países donde la mayoría de los niños viven en mejores condiciones. Esto permitió al equipo del estudio poner a prueba el argumento en favor de la equidad a través de una diversidad de contextos nacionales.

Además de los datos y modelos utilizados en el estudio, el equipo examinó las pruebas de aquellos países que habían tenido un éxito especial en la reducción de las desigualdades. Algunos de estos estudios de casos de país se resumen en este informe.

Definir la pobreza

Uno de los objetivos clave de este estudio fue medir si las diferencias en el acceso a las intervenciones de gran eficacia entre los grupos “pobres” y “no pobres” habían cambiado. La ampliación de las diferencias indicaría que el acceso se estaba haciendo menos equitativo, mientras que la reducción de las brechas representaría una mejora en la equidad.

Para medir estas diferencias, primero era necesario definir quiénes debían ser considerados como pobres y quiénes debían ser considerados como no pobres. El equipo utilizó datos de las encuestas de hogares para dividir a las poblaciones de los países en quintiles. Para cada país, las personas que correspondían a los quintiles en que el ingreso promedio era inferior a 3,10 dólares al día (la línea de pobreza moderada del Banco Mundial) fueron clasificadas como pobres. Las personas en los quintiles cuyo ingreso promedio era de 3,10 dólares al día o más fueron clasificadas como no pobres.

Por supuesto, los patrones de la pobreza difieren entre los países. En los países más ricos, como el Perú y Viet Nam, sólo uno de los cinco quintiles fue clasificado como pobre. En países muy pobres, como la República Centroafricana y el Chad, cuatro quintiles se clasificaron como pobres⁴.

Una vez identificadas las poblaciones pobres y no pobres, el estudio analizó cómo habían cambiado las diferencias de la cobertura entre poblaciones pobres y no pobres durante el período estudiado⁵. Este análisis se realizó primero para cada país individualmente y luego para la población agregada de los 51 países. Los años iniciales y finales del período estudiado variaron entre distintos países.

Medición de las diferencias en la cobertura de la intervención

Los cambios en la cobertura de las intervenciones de gran eficacia se midieron en base a los datos de las encuestas de hogares. Para analizar estos cambios, el estudio analizó los datos de cobertura de 35 intervenciones de salud y nutrición de gran eficacia. Estas intervenciones se agruparon en seis “conjuntos” (véase la tabla 1), cada uno de los cuales representa un eslabón en el “continuo de atención”: la cadena continua de servicios e intervenciones que comienzan antes del nacimiento (atención prenatal), continúan a lo largo de la etapa neonatal (atención en el parto, alimentación y cuidado neonatal e infantil), y los primeros cinco años de vida (salud ambiental, inmunización, atención paliativa para niños enfermos).

Tabla 1. Indicadores de seguimiento utilizados para evaluar la cobertura de las intervenciones esenciales de salud de la madre, del recién nacido y del niño

NOMBRE DEL CONJUNTO DE LA INTERVENCIÓN	INDICADOR REPRESENTATIVO O DE SEGUIMIENTO
1. Salud ambiental	Niños menores de cinco años que duermen bajo mosquiteros tratados con insecticida (%)
2. Alimentación y cuidado neonatal e infantil	Tasa de inicio temprano de la lactancia materna
3. Atención prenatal	Atención prenatal (4+ visitas) (%)
4. Inmunización	Niños totalmente vacunados (%)
5. Atención durante el parto	Nacimientos atendidos por parteras cualificadas (%)
6. Atención paliativa para niños enfermos	Tasa de búsqueda de atención para niños con diarrea, fiebre o neumonía

Para realizar un seguimiento de las tendencias en la cobertura, el estudio identificó y monitoreó un indicador de seguimiento representativo para cada conjunto (véase la tabla 1).

Utilizando los datos de la encuesta para cada uno de los 51 países, el equipo del estudio examinó los cambios en la cobertura de estos seis indicadores de seguimiento entre los grupos pobres y no pobres entre los años que abarcan todo el período estudiado.

Estimación del número de vidas salvadas

Para estimar cómo los cambios en la cobertura de la intervención se tradujeron en vidas salvadas, el equipo utilizó la herramienta LiST (Lives Saved Tool o “herramienta de vidas salvadas”), un programa informático basado en pruebas que se usa ampliamente en la investigación general sobre la salud infantil. La herramienta utiliza datos sobre la demografía, las causas de muerte, la eficacia de la intervención y otras variables para predecir el impacto de los cambios en la cobertura de la intervención sobre la mortalidad infantil.

Para estimar el número de vidas salvadas, el estudio utilizó datos de cobertura para las 35 intervenciones de gran eficacia. Esto, a su vez, permitió al equipo de análisis estimar cómo las diferencias en las tasas de mortalidad de menores de cinco años entre los grupos pobres y no pobres habían evolucionado debido a los cambios en la cobertura. Este cálculo se realizó para cada país y luego se agregó para los 51 países examinados.

Calcular la rentabilidad

Entre las preguntas formuladas por el equipo, la más esencial era saber si un enfoque basado en la equidad era realmente rentable. Las inversiones que promueven el acceso equitativo a intervenciones de salud de gran eficacia que se centran en los pobres pueden salvar vidas, pero ¿salvan más vidas que las inversiones que no mejoran la equidad? ¿Representan el mejor uso de una serie de recursos limitados? En un mundo de prioridades que compiten entre ellas y de presupuestos reducidos, ¿tiene sentido financiero una estrategia basada en la equidad?

Este análisis se realizó para un subconjunto de 24 países de los cuales se extrajeron datos de publicaciones revisadas por pares que estuvieran relacionados con el costo de la cobertura de intervención⁶. Se tomaron en cuenta los costos asociados con la infraestructura, los recursos humanos y los productos básicos médicos, entre otros factores, y se ponderaron estos costos para reflejar los precios locales y la accesibilidad geográfica. El cálculo también incluyó los costos derivados de proporcionar la información a las familias, así como los costos de transporte y otros costos de los que se hacen cargo los hogares. Fundamentalmente, el análisis tomó en cuenta los costos suplementarios para prestar atención a los niños más pobres, que a menudo se encuentran en zonas de difícil acceso. Debido a que estos costos no se observaron directamente, los autores utilizaron una combinación de datos de costos obtenidos a partir de estudios existentes y aproximaciones pertinentes⁷.

Al comparar los costos incrementales incurridos en poblaciones pobres y no pobres con las muertes que se evitaron en cada uno de esos grupos, el equipo pudo estimar si invertir un millón de dólares en los grupos pobres evitaba más muertes que una inversión equivalente en los grupos no pobres.

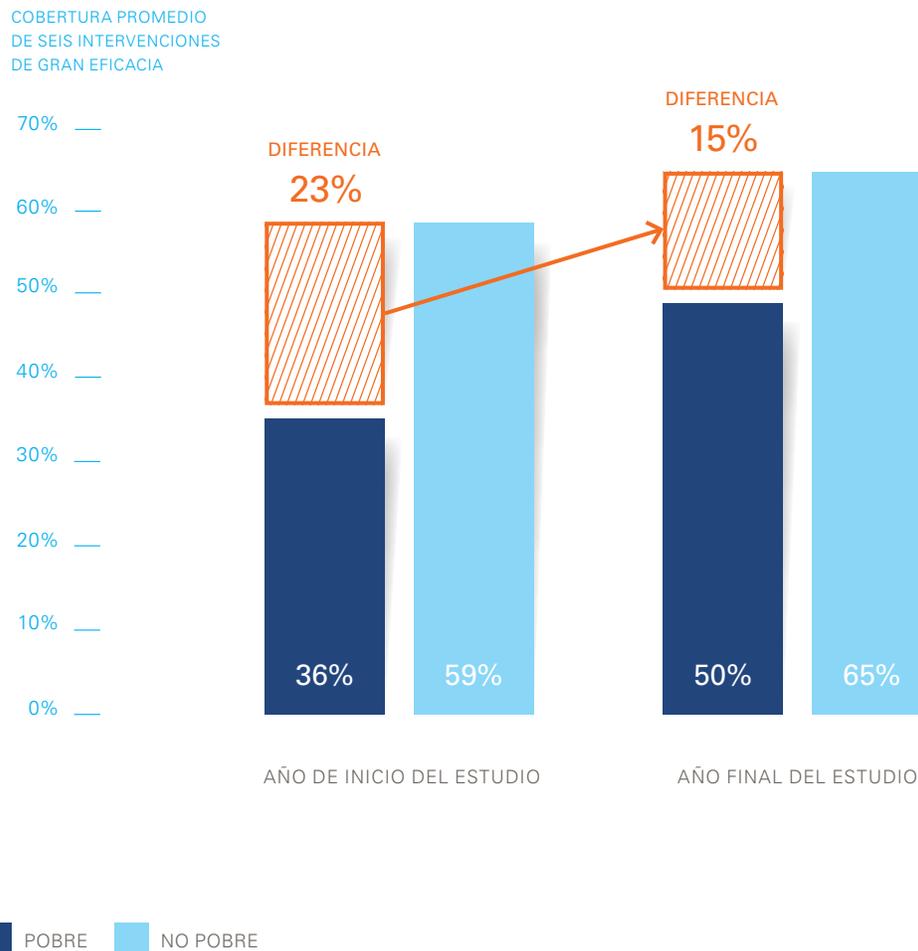
Examinar los resultados

Tres conclusiones clave surgen del modelado y el análisis descritos anteriormente: uno para cada una de las preguntas formuladas al principio. Estos hallazgos validan las predicciones establecidas en el informe de 2010 de UNICEF *Reducir las diferencias para alcanzar los objetivos*.

Las diferencias en la cobertura de la intervención se han reducido...

En el caso de los 51 países tomados en su conjunto, en los cuales viven 400 millones de niños menores de cinco años, las diferencias de cobertura entre los grupos pobres y no pobres se redujeron para los seis indicadores de seguimiento (*pregunta clave 1*). En cuanto a los países tomados de manera individual, las diferencias entre grupos de población pobres y no pobres se redujeron en 37 de los 51 países.

Gráfico 1: La cobertura de las intervenciones de gran eficacia aumentó más rápidamente para los pobres que para los no pobres
Cobertura media de intervención en poblaciones pobres y no pobres en 51 países



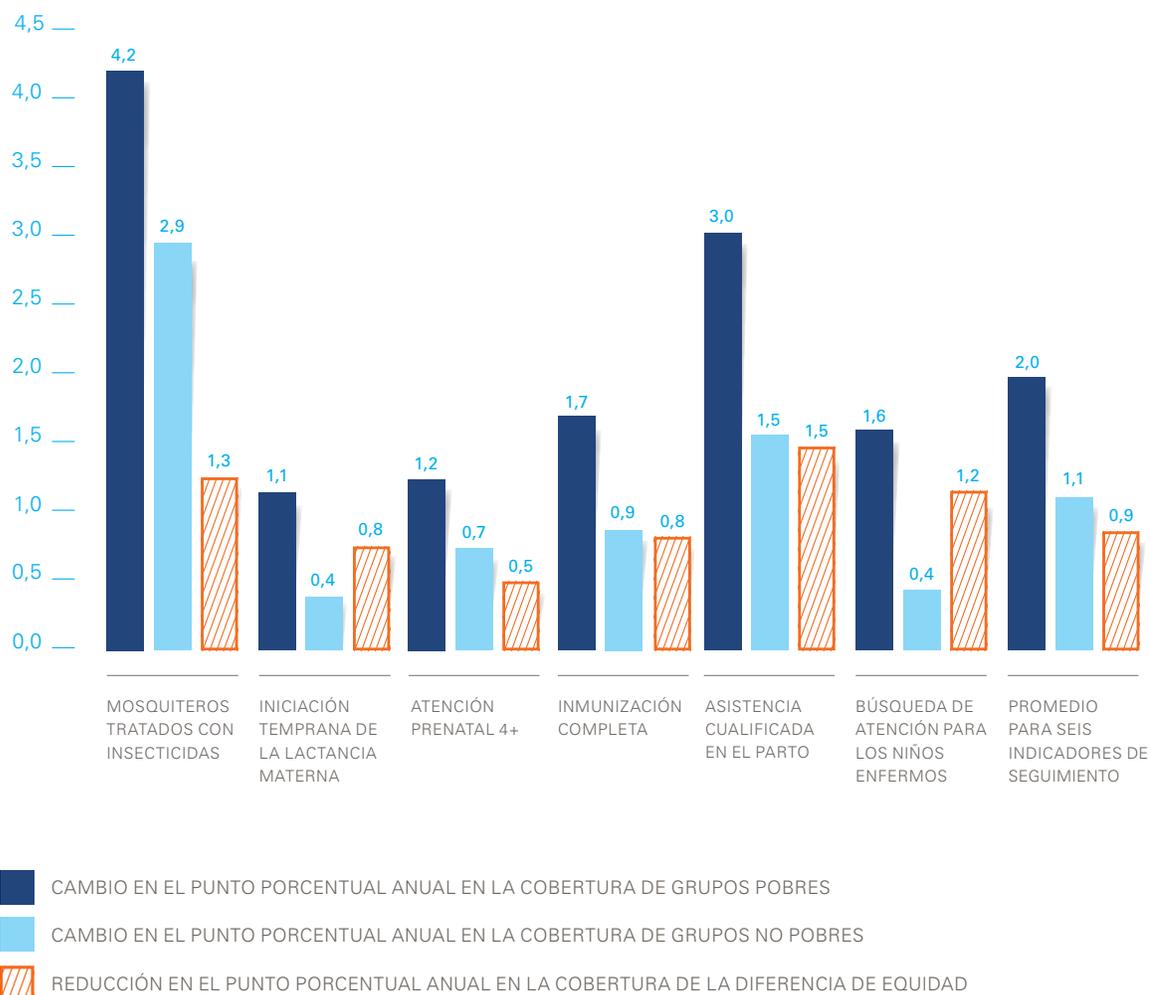
Fuente: Análisis de UNICEF basado en datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS) y Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS).

El aumento en la cobertura entre los pobres no se hizo a expensas de los no pobres. La cobertura mejoró entre los grupos pobres y no pobres. Sin embargo, la tasa de mejora anual fue más rápida entre los pobres. Como promedio, esa tasa fue un punto porcentual más rápida cada año para los seis indicadores. Aunque se trata de una cifra pequeña, cuando se combina durante varios años representa un avance impresionante.

Las diferencias de equidad en la asistencia cualificada durante el parto se redujeron más rápidamente que en cualquier otro indicador de seguimiento, con aumentos anuales de 3 puntos porcentuales entre los pobres comparados con 1,5 puntos porcentuales entre los no pobres (véase el gráfico 2). El aumento más importante de la cobertura tanto para los pobres como para los no pobres se observó en los mosquiteros tratados con insecticida, que se utilizan para prevenir el paludismo. En este caso, la cobertura aumentó como promedio 4,2 puntos porcentuales al año entre los pobres y 2,9 puntos porcentuales entre los no pobres.

Gráfico 2: Las brechas de cobertura se redujeron para los pobres y no pobres
Evolución de la cobertura de seis indicadores de seguimiento en 51 países

CAMBIO EN EL PUNTO PORCENTUAL ANUAL EN LA COBERTURA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO



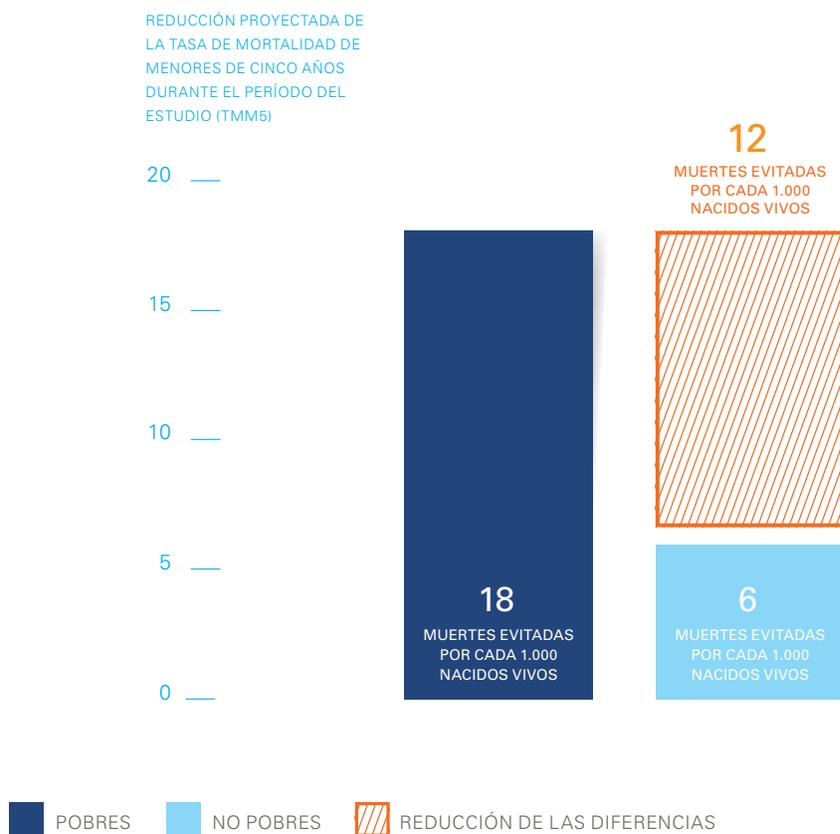
Fuente: Análisis de UNICEF basado en datos de DHS y MICS.

...y esto ha dado lugar a una reducción de las inequidades en la mortalidad de menores de cinco años.

Gráfico 3:

Reducir las diferencias en la cobertura de la intervención condujo a una reducción de las diferencias de mortalidad

Cambios en las tasas medias de mortalidad de menores de cinco años para grupos pobres y no pobres en 51 países



Fuente: Análisis de UNICEF basado en datos de DHS y MICS.

Utilizando el modelo LiST, el estudio estimó el número de muertes ocurridas durante el último año sobre el que se disponía de datos para cada país (*pregunta clave 2*). Este número se comparó entonces con el número de muertes que se esperaban en ese año si no se hubiera producido un aumento en la cobertura de las intervenciones vitales, una simplificación útil para reconocer que otros factores también hubieran tenido algún impacto.

Al agregar estas cifras, el estudio estimó que el número total de muertes de menores de cinco años que se evitaron en todos los países por medio de aumentos en la cobertura de las intervenciones en el último año analizado era de 1,1 millones. La mayoría de estas muertes, 940.000 en total, se evitó entre los grupos de población pobres, donde las tasas de mortalidad eran mayores.

Esto condujo a una reducción de las diferencias en la mortalidad de menores de cinco años entre grupos pobres y no pobres. Para la población total de los 51 países, la mortalidad de los niños menores de cinco años disminuyó en un 2,6 por cada 1.000 nacimientos vivos cada año, en comparación con 0,9 muertes por cada 1.000 nacidos vivos entre los no pobres.

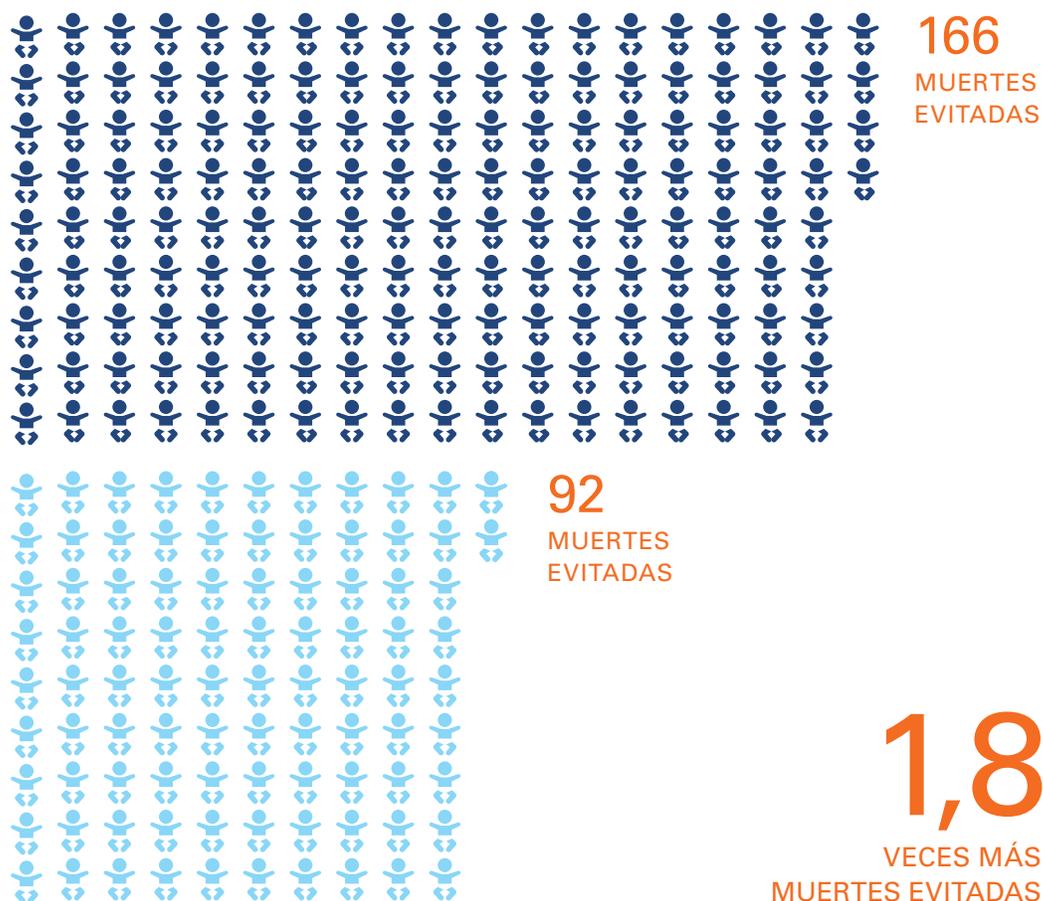
En otras palabras, las reducciones absolutas de la tasa de mortalidad de menores de cinco años asociadas con mejoras en la cobertura de la intervención aumentaron tres veces más rápidamente entre los grupos de personas pobres que entre los grupos de personas que no son pobres.

Más importante aún, las inversiones que llegan a los pobres son rentables

Los niños más pobres del mundo viven a menudo en comunidades remotas o difíciles de acceder con una infraestructura poco fiable, lo que hace más difícil y más caro llegar a ellos con intervenciones que salvan vidas. El estudio estimó que el costo promedio anual por persona para la prestación de un conjunto completo de 35 intervenciones de gran eficacia fue de 3,90 dólares para los grupos pobres en los 24 países sobre los cuales se disponía de datos relacionados con el costo de la cobertura de la intervención⁸.

Gráfico 4: Un enfoque basado en la mejora de la equidad salvó más vidas y fue más rentable

Por cada 1 millón de dólares invertido, el número de muertes evitadas fue 1,8 veces mayor entre los grupos pobres que los no pobres en 24 países.



Fuente: Análisis de UNICEF

Se trata, como promedio, de 1,5 veces más el costo para los niños y las mujeres de las zonas no pobres. Sin embargo, como muestra el modelo LiST, estas mejoras en la cobertura de servicios entre los pobres salvaron 2,6 veces más de vidas en estos 24 países.

En otras palabras, mientras que la inversión necesaria para mejorar la cobertura entre los pobres es mayor que la requerida para llegar a los no pobres, el número de muertes evitadas por cada 1 millón de dólares invertido es alrededor de 1,8 veces más alto entre los pobres que entre los no pobres.

Algunas implicaciones

Los resultados de este estudio refuerzan la anterior predicción de UNICEF de que los enfoques que buscan mejorar la equidad tienen un mayor impacto en la reducción de la mortalidad de los niños menores de cinco años.

Más importante aún, los resultados muestran que los enfoques para mejorar la equidad, aunque más costosos, ofrecen un rendimiento considerablemente mayor en términos de vidas salvadas, en comparación con los niveles equivalentes de inversión entre los grupos no pobres. También muestran que hay pruebas sólidas que indican que existe una tendencia positiva hacia una mayor equidad en muchos países que tienen una alta carga de mortalidad de menores de cinco años.

Esta es ciertamente una buena noticia, con implicaciones muy importantes en materia de políticas para la agenda de los ODS en general y la salud infantil en particular. Ofrece pruebas esenciales que revelan la importancia de tomarse seriamente las promesas para alcanzar el compromiso central de los ODS de no dejar a nadie atrás.

Un enfoque de mejora de la equidad ayudará a salvar más vidas infantiles de forma más rentable. E invertir en la salud de los niños y las familias más desfavorecidos también puede ayudar a romper los ciclos intergeneracionales de pobreza. Los niños sanos son más capaces de aprender en la escuela y ganar más como adultos, proporcionando a sus propios hijos mayores oportunidades y contribuyendo a un mayor crecimiento económico⁹.

Siguen existiendo inmensos desafíos y oportunidades: las diferencias se han reducido, pero no se han eliminado. Los éxitos sobre los que se ha informado aquí son frágiles y pueden diluirse si no actuamos con urgencia. La mala calidad de la atención a la que tienen acceso a menudo los grupos pobres sigue agravando las desigualdades en la cobertura. Pero los resultados de este análisis demuestran que dar prioridad a los enfoques centrados en la equidad no sólo es una cuestión de principios, sino también una acción factible en la era de los ODS.

Como demuestran los breves estudios de casos presentados en este informe, varios países con altos niveles de mortalidad infantil han adoptado enfoques de mejora de la equidad para la supervivencia infantil. Estos esfuerzos están logrando resultados reales, ampliando la cobertura de las intervenciones de gran eficacia a los niños y familias en mayor situación de riesgo.

Podemos hacer progresos más rápidos y más rentables para reducir el número de niños que mueren innecesariamente año tras año si invertimos en la ampliación de las políticas y programas de mejora de la equidad.

Y debemos. Porque la vida de decenas de millones de niños dependen de ello.

En términos prácticos, hay varias medidas que los países pueden tomar para reducir las desigualdades:

Identificar a los niños y las comunidades más pobres – desagregar los datos para revelar desigualdades que a menudo están enmascaradas por los promedios nacionales e identificar a los niños que quedan atrás.

Invertir en intervenciones demostradas, de bajo costo y de gran eficacia – ampliando los programas de inmunización, nutrición y otros programas de salud para proteger a los niños vulnerables contra las mayores amenazas a su supervivencia.

Fortalecer los sistemas de salud – aumentar el número de trabajadores en el sector de la salud y centrarse en las iniciativas de salud comunitaria que hacen que las intervenciones de gran eficacia estén disponibles de manera más amplia y uniforme.

Innovar para encontrar nuevas formas de llegar a los más difíciles de alcanzar – trabajar en nuevas asociaciones entre sectores, y especialmente con el sector privado, para diseñar proyectos en favor del desarrollo.

Supervisar los resultados – utilizando las encuestas de hogares y los sistemas nacionales de información para determinar si las diferencias en la equidad se están reduciendo a medida que el mundo avanza hacia los ODS.

El análisis presentado en este informe refuerza la predicción que UNICEF realizó en 2010 según las cuales un enfoque de mejora de la equidad sería rentable. Todavía queda mucho trabajo por hacer para resolver las actuales limitaciones de los datos sobre el número de vidas salvadas y el costo de la cobertura de la intervención. Como parte de su trabajo con los asociados para ayudar a todos los niños a sobrevivir y prosperar, UNICEF se ha comprometido a consolidar este análisis actual a lo largo del tiempo mediante la incorporación de nuevos datos a medida que estén disponibles.







Conclusiones

En 2010, UNICEF presentó sus argumentos en favor de la equidad cuando predijo que un enfoque centrado en las poblaciones más pobres impulsaría el progreso hacia los objetivos mundiales de desarrollo. En 2017, UNICEF puede aportar nuevas pruebas en apoyo de esta predicción: tratar de alcanzar la equidad es una medida correcta tanto en principio como en la práctica. Centrarse en los niños, las familias y las comunidades más pobres puede, de hecho, impulsar el progreso hacia el objetivo mundial de poner fin a las muertes infantiles prevenibles, al tiempo que ayuda a cumplir la promesa central de los ODS de no dejar a nadie atrás.

Estas pruebas llegan en un momento crucial, especialmente cuando la utilidad del dinero destinado a la ayuda internacional se cuestiona cada vez más y se exigen pruebas de su eficacia.

Los desafíos son muy importantes, al igual que el costo que conlleva no hacer nada. Las últimas estimaciones predicen que si el mundo no acelera el progreso en la lucha contra la mortalidad infantil, cerca de 70 millones de niños morirán innecesariamente en 2030.

Debemos proteger sus vidas y su futuro como si estos niños fueran nuestros propios hijos. Porque, en realidad, estos niños son también nuestros.

Estudio de caso 1

Afganistán

En 2003, el Afganistán empezó a colaborar estrechamente con organizaciones no gubernamentales para superar las dificultades extremas que suponía proporcionar acceso a servicios esenciales de salud en un país donde la mayoría de la población vive en zonas de difícil acceso¹⁰.

Las innovadoras iniciativas de “subcontratación” que establecieron el gobierno y sus asociados han ayudado a aumentar al personal local de salud del país para formar un equipo de más de 28.000 trabajadores comunitarios de salud que prestan servicios a comunidades pobres¹¹. Además, el número de médicos, enfermeras y parteras se amplió de menos de 1.400 a más de 15.000¹².

En todo el país se desplegaron equipos móviles de salud que incluyen una partera, un vacunador y una enfermera, para llegar a zonas remotas del Afganistán con servicios que salvan vidas. Además de la vacunación, proporcionan atención prenatal y postnatal gratuita, detectan casos de desnutrición y otras complicaciones médicas, y ofrecen tratamientos y consejos básicos de salud.

Resultado: La cobertura de la asistencia cualificada al nacer ha aumentado equitativamente y se prevé que la mortalidad se haya reducido dos veces más rápidamente entre los pobres que entre los no pobres. En general, el Afganistán redujo a la mitad la mortalidad de menores de cinco años entre 1990 y 2015, de 181 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 a 91 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2015.





Estudio de caso 2

Bangladesh

Desde principios de los años 2000, Bangladesh ha establecido nuevas políticas diseñadas específicamente para mejorar la accesibilidad y la asequibilidad de las intervenciones de salud de gran eficacia dirigidas a tratar las principales causas de mortalidad infantil: complicaciones en el parto, neumonía y diarrea, entre otras. El gobierno y sus asociados han establecido clínicas comunitarias a nivel de aldea para proporcionar servicios sistemáticos de forma gratuita¹³.

Al mismo tiempo, mejorar el agua, el saneamiento y la higiene ha sido un elemento central de la estrategia del país. En estrecha colaboración con las organizaciones comunitarias, Bangladesh redujo las tasas de defecación al aire libre del 42% en 2003 a sólo el 1% en 2015^{14,15}.

Resultado: Entre 1990 y 2015, Bangladesh redujo la mortalidad de menores de cinco años en casi un 74%, pasando de 144 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 1990 a 38 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2015. Se están realizando esfuerzos para mejorar la calidad de la atención, especialmente la que se ofrece en el momento del parto a las madres más vulnerables y sus recién nacidos.

Estudio de caso 3

Malawi

En 1990, las tasas de mortalidad de menores de cinco años de Malawi se encontraban entre las más altas del mundo, ya que casi uno de cada cuatro niños moría antes de cumplir cinco años.

El enfoque de Malawi para reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años se centró en mejorar la equidad en la cobertura de las intervenciones de gran eficacia para hacer frente a las principales causas de mortalidad infantil, como la neumonía, la diarrea y el paludismo, ampliar los programas de vacunación, promover el uso de mosquiteros tratados con insecticida, e intensificar los esfuerzos para prevenir la desnutrición infantil.

Malawi también amplió los enfoques basados en la comunidad y desplegó alrededor de 11.000 trabajadores de extensión de la salud para establecer 4.300 clínicas de aldea en lugares de difícil acceso y organizar días de salud infantil en todo el país dos veces al año para promover la concienciación pública sobre temas de salud¹⁶. El Gobierno de Malawi también adoptó un enfoque integrado de la salud de los niños, centrándose tanto en la prevención como en el tratamiento, para hacer frente a las principales causas de la mortalidad infantil.

Resultado: Los aumentos rápidos y equitativos en la cobertura de mosquiteros tratados con insecticida, la iniciación temprana de la lactancia materna y la asistencia especializada al nacer, así como otros factores, han ayudado a reducir la mortalidad de menores de cinco años de Malawi. Aunque en 2015 se mantuvo bastante alta, con 64 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, la situación ha mejorado mucho y los esfuerzos del gobierno por alcanzar a los más vulnerables continúan.





Estudio de caso 4

Rwanda

La larga guerra civil de Rwanda en los años 1990 socavó en gran medida el ya frágil sistema de salud del país. Para fortalecer este sistema y reducir las altas tasas de mortalidad de menores de cinco años, Rwanda ha puesto a las comunidades más pobres en el centro mismo de su enfoque. Esto ha requerido, entre otras medidas, ampliar los servicios integrados de salud comunitaria, reforzar por medio de formación a los trabajadores de salud en las zonas rurales, aumentar los salarios y los incentivos vinculados al desempeño, ampliar la escala de los esfuerzos para alentar a las mujeres a dar a luz en establecimientos de salud, e instituir un plan de seguro de salud comunitario para proteger la salud de los más vulnerables evitando que tengan que asumir los costos de los servicios de salud.

Estas iniciativas han ayudado a Rwanda a lograr progresos rápidos en la ampliación de la cobertura de intervenciones de salud que salvan vidas. El porcentaje de partos que cuentan con la presencia de parteras calificadas ha aumentado, así como el número de recién nacidos que reciben lactancia materna en la primera hora desde de su nacimiento. Más del 67% de los niños rwandeses duermen ahora bajo mosquiteros tratados con insecticida.

Resultado: En 1990, la tasa de mortalidad de menores de cinco años en Rwanda era de 152 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Para 2015, esa cifra se había reducido a 42, un enorme avance. Y este progreso ha beneficiado a los pobres, ya que las tasas de mortalidad de los niños menores de cinco años se han reducido dos veces más rápido entre los grupos pobres que entre los no pobres.

Estudio de caso 5

Sierra Leona

Para reducir las tasas elevadas de mortalidad infantil y materna, Sierra Leona presentó en 2010 un conjunto de servicios básicos dirigido a luchar contra las principales causas de la mortalidad de los niños y las mujeres vulnerables. Estos servicios incluyen mosquiteros tratados con insecticida, promoción de la lactancia materna precoz y exclusiva, inmunización y asistencia durante el parto¹⁷.

Para apoyar estos esfuerzos, el gobierno capacitó a 15.000 trabajadores comunitarios de la salud entre 2000 y 2015, y proporcionó formación en el trabajo para los trabajadores de atención primaria de salud en cada uno de los 1.200 centros de atención primaria de salud del país.

Sierra Leona también llevó a cabo campañas a gran escala de prevención del paludismo cada dos años, distribuyendo mosquiteros tratados con insecticida a mujeres embarazadas y niños. En 2010, Sierra Leona puso en marcha la Iniciativa de Atención Gratuita de la Salud para mejorar el acceso a la atención de la salud de las madres y los niños.

Entre 2000 y 2013, el país logró importantes avances en la cobertura de la intervención dirigida a las comunidades pobres, con un aumento de hasta un 25% en la cobertura de algunas intervenciones. Y la cobertura de los seis indicadores de seguimiento observados en este estudio mejoró más rápidamente entre los grupos de personas pobres que entre los grupos de personas que no eran pobres.

Resultado: Según las proyecciones, la mortalidad de menores de cinco años disminuyó en Sierra Leona entre 2008 y 2013 a 14 muertes por cada 1.000 nacidos vivos al año entre los grupos pobres, en comparación con 9 muertes por cada 1.000 nacidos vivos entre los grupos no pobres.

Sierra Leona es un buen ejemplo de cómo la ampliación del acceso a los servicios esenciales salva vidas, y es una advertencia de cuán frágiles pueden ser los resultados obtenidos. El brote de virus del ébola en 2014 y 2015 en Sierra Leona causó un efecto devastador, lo que potencialmente retrasó décadas de progreso en el país. La respuesta a la crisis puso de manifiesto la necesidad urgente de realizar nuevas inversiones sostenibles en los sistemas de salud comunitarios, así como de ampliar los recursos y el personal de los hospitales y centros de salud para llegar a los niños y familias más necesitados, que son siempre los más vulnerables en este tipo de crisis.



- ¹ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la Infancia: Lograr los ODM con equidad*, No. 9, UNICEF, Nueva York, 2010.
- ² Carrera, Carlos, et al., 'The Comparative Cost-effectiveness of an Equity-focused Approach to Child Survival, Health, and Nutrition: A modelling approach', *The Lancet*, vol. 380, no. 9850, 13 de octubre de 2012, pp. 1341 – 1351.
- ³ En todos los países, al menos un quintil se clasificó como “pobre” y al menos un quintil se clasificó como “no pobre”. Esto fue necesario para permitir una evaluación de la equidad de las intervenciones de salud en cada país.
- ⁴ La organización de quintiles en grupos pobres y no pobres utiliza encuestas de bienestar monetario, mientras que el análisis de las brechas de cobertura utiliza encuestas alternativas que incluyen preguntas sobre propiedad de activos o riqueza. Para los fines de este estudio, se asumió que los quintiles de ingreso equivalían estrictamente a los quintiles de riqueza.
- ⁵ Las líneas de base para el estudio en cada país transcurrieron entre los años 2003 y 2010; las líneas finales variaron de 2010 a 2016. La línea de base mediana fue 2006; el año promedio de finalización fue 2013.
- ⁶ Benin, Burkina Faso, Camboya, Camerún, Etiopía, Filipinas, Ghana, Haití, Honduras, Liberia, Malawi, Malí, Mozambique, Nepal, Níger, Nigeria, República Unida de Tanzania, Rwanda, Senegal, Sierra Leona, Uganda, Zambia, Zimbabwe
- ⁷ En este estudio se empleó la siguiente metodología para el cálculo de los costos: 1. Los costos asociados con una mejor cobertura (por ejemplo, costos de medicamentos y productos básicos) se calcularon sobre la base de los aumentos observados en la cobertura de cada una de las intervenciones incluidas en el estudio. 2. Los costos asociados con las mejoras observadas en la capacidad del sistema de salud se calcularon sobre la base de una estimación de los recursos suplementarios y los insumos requeridos (por ejemplo, costos de recursos humanos o de infraestructuras) para lograr las mejoras observadas. Entre los costos de los “programas y sistemas” y de infraestructura, el estudio consideró los costos suplementarios incurridos por las familias para acceder a la atención y utilizar los servicios, etc. 3. Los costos descritos anteriormente se ponderaron para reflejar los precios específicos del país utilizando ejercicios de costos específicos publicados por cada país. 4. A los costos señalados anteriormente se aplicó un “factor de ajuste logístico”, que reflejaba los costos suplementarios asociados a la atención de las poblaciones remotas y dispersas, calculado sobre la base de información empírica relativa a los patrones de densidad de población de los países.
- ⁸ Etiopía, Filipinas, Ghana, Haití, Honduras, Liberia, Malawi, Malí, Mozambique, Nepal, Níger, Nigeria, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Senegal, Sierra Leona, Uganda, Zambia, Zimbabwe
- ⁹ Amiria, Arshia, y Ulf G. Gerdthamb, 'Impact of Maternal and Child Health on Economic Growth. New evidence-based analysis Granger causality and DEA analysis', estudio encargado por Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (PMNCH), Ginebra, marzo de 2013; y Currie, Janet, 'Healthy, Wealthy, and Wise: Socioeconomic status, poor health in childhood, and human capital development', documento de trabajo no. 13987, Oficina Nacional de la Investigación Económica, Cambridge, MA, mayo de 2008.
- ¹⁰ Akseer, Nadia, et al., 'Achieving Maternal and Child Health Gains in Afghanistan: A countdown to 2015 country Estudio de caso', *The Lancet Global Health*, vol. 4, junio de 2016, e395–413.
- ¹¹ Akseer, Nadia, et al., *The Lancet Global Health*, vol. 4, junio de 2016.
- ¹² Akseer, Nadia, et al., *The Lancet Global Health*, vol. 4, junio de 2016.
- ¹³ Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia de Bangladesh, “Success Factors for Women’s and Children’s Health”, Asociación para la Salud Materna, del Recién Nacido y del Niño, Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial y Alliance for Health Policy and Systems Research, Ginebra, 2015, p. 24.
- ¹⁴ Hanchett, Suzanne, 'Sanitation in Bangladesh: Revolution, evolution, and new challenges', documento de trabajo del Centro de conocimiento CLTS, Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional, Estocolmo, mayo de 2016, p. 6.
- ¹⁵ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud, *Progresos en materia de saneamiento y agua potable: actualización de 2015 y evaluación de los ODM*, UNICEF y OMS, Nueva York y Ginebra, 2015, p. 56.
- ¹⁶ Joos, Olga, et al., 'Strengthening Community-Based Vital Events Reporting for Real-Time Monitoring of Under-Five Mortality: Lessons learned from the Balaka and Salima Districts in Malawi', PLoS ONE, vol. 11, no. 1, 2016, e0138406.
- ¹⁷ Ministerio de Salud y Saneamiento del Gobierno de Sierra Leona, Conjunto Básico de Servicios Esenciales de Salud para Sierra Leona, Sierra Leona, Freetown, marzo de 2010.

Fotografías:

Portada: © UNICEF/UNI107263/de Viguerie

Página iii: © UNICEF/UN043866/Lister

Página 1: © UNICEF/UNI182593/Pirozzi

Página 3: © UNICEF/UN048841/Ergen

Página 12: © UNICEF/UNI175895/Singh

Página 13: © UNICEF/UN016848/Noorani

Página 16: © UNICEF/UNI117571/Noorani

Página 17: © UNICEF/UNI158440/Mawa

Página 20: © UNICEF/UN063420/Schermbrucker

Página 21: © UNICEF/UN026618/Everett

Página 24: © UNICEF/UN055470/Grile

Reducir las diferencias: El poder de invertir en los niños más pobres

Un estudio de UNICEF utiliza nuevos datos y análisis para demostrar que centrarse en los niños y las comunidades más necesitados salva más vidas por cada dólar empleado que las inversiones que no llegan a los pobres. Un enfoque en la mejora de la equidad para la supervivencia infantil es rentable.

Estos hallazgos se presentan en un momento esencial: a medida que el mundo se une para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible en una era de rigores presupuestarios y de un cambio en las prioridades del gasto público, cada dólar cuenta. Y si no aceleramos ahora las tasas actuales de progreso en la supervivencia infantil, para el año 2030 casi 70 millones de niños morirán por causas que se pueden evitar.

Con tanto en juego –y tanto por ganar– no podemos permitirnos cerrar los ojos ante esta prueba convincente.

unicef  | para cada niño

