

BILL & MELINDA
GATES *foundation*



GOALKEEPERS

Historias Que
Se Esconden
Detrás De
Las Cifras
2018



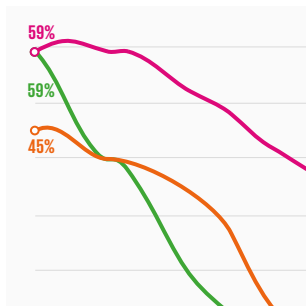
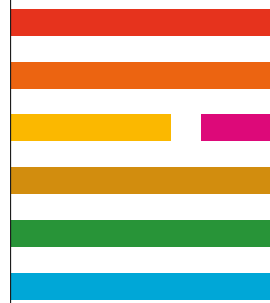


GOALKEEPERS

Los Goalkeepers son líderes que adoptan una postura firme con respecto a los asuntos que les preocupan e innovan en sus comunidades para alcanzar los objetivos mundiales.

OBJETIVOS MUNDIALES de Desarrollo Sostenible





05

INTRODUCCIÓN



24

EDUCACIÓN



36

CONCLUSIÓN

12

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

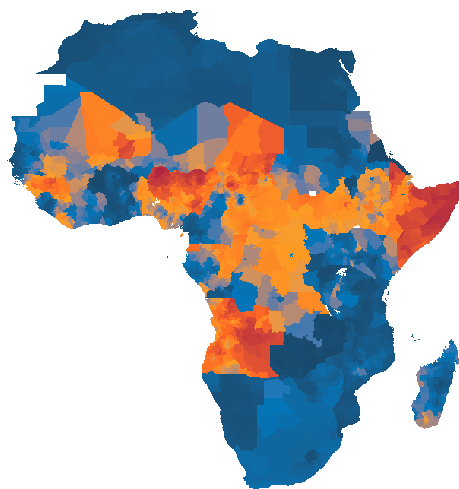


18

VIH

30

AGRICULTURA



37

DATOS MUNDIALES

ÍNDICE



En el 2015, los Estados miembros de las Naciones Unidas acordaron los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que, en su conjunto, esbozan la forma que todos deseamos que tome el mundo en el 2030. En el 2017, nuestra fundación publicó su primer Goalkeepers Data Report, en el que se hace un seguimiento del avance de los 18 indicadores clave de los ODS y un análisis de los métodos más prometedores para alcanzar los objetivos. Nos comprometimos a publicar el informe anualmente hasta el 2030.

Esta es la segunda edición. En la versión de este año, en un esfuerzo por que el contenido sea más útil para los lectores, hemos incluido más previsiones y distintas opiniones externas. Con todo, nuestro objetivo sigue siendo el mismo: medir los avances e intentar fomentarlos todo lo posible.

Bill Gates Melinda Gates

¿ES INEVITABLE LA POBREZA?



BILL Y MELINDA GATES

Copresidentes, Fundación Bill y Melinda Gates

Normalmente expresamos nuestro optimismo destacando algunas de las increíbles mejoras recientes en la condición humana, como el hecho de que los avances en medicina hayan salvado 50 millones de vidas desde que creamos nuestra fundación en el año 2000. Creemos que merece la pena repetirlo hasta la saciedad.

Sin embargo, en ocasiones, el optimismo nos exige ser francos acerca de los grandes problemas que todavía quedan por resolver. Precisamente este es el objetivo del Goalkeepers Data Report de este año: enfrentarse a una dificultad apremiante, aunque desatendida,

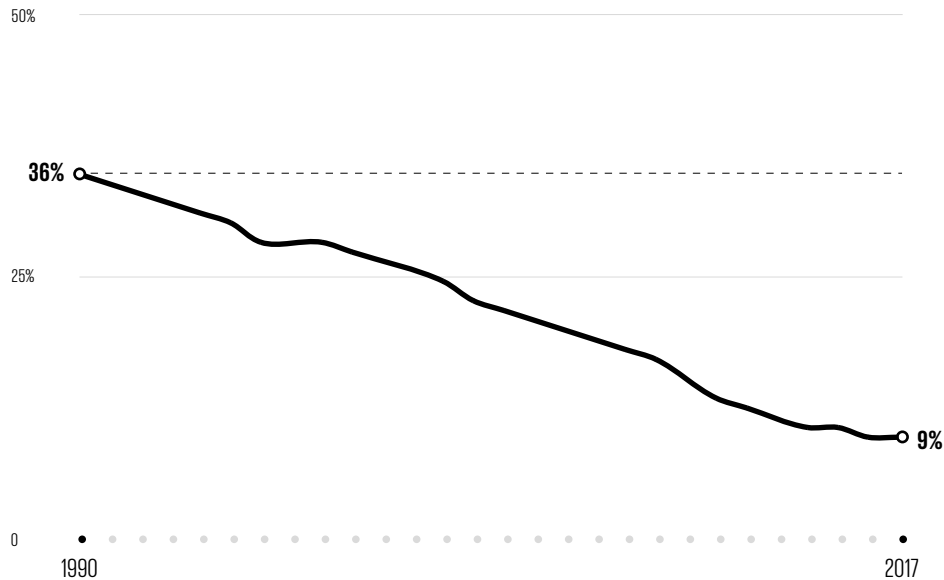
y determinar algunas de las estrategias más prometedoras para resolverla.

Dicho sin rodeos, es posible que decenios de progresos increíbles en la lucha contra la pobreza y la enfermedad estén a punto de estancarse. La razón es que las zonas más pobres del mundo están creciendo más rápidamente que las demás; cada vez nacen más bebés en lugares donde es más difícil llevar una vida saludable y productiva. Si se mantienen las tendencias actuales, el número de pobres en el mundo dejará de disminuir, e incluso podría empezar a aumentar.

Sin embargo, hemos creado nuestra fundación con el objetivo de no perpetuar las tendencias actuales. Creemos —y la historia lo demuestra— que los países pobres pueden trazar un nuevo rumbo si invierten en sus jóvenes.

El auge actual de la población juvenil puede ser bueno para la economía; si los jóvenes están sanos, están formados y son productivos, habrá más personas que puedan desempeñar el tipo de trabajo innovador que estimula el crecimiento rápido. Esto ayuda a explicar el avance asombroso de la generación anterior en la mayor parte del mundo y es la clave para que ese progreso se extienda por todas partes.

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN POR DEBAJO DEL UMBRAL DE EXTREMA POBREZA (1,90 \$ / DÍA)



Nuestro difunto amigo Hans Rosling describió perfectamente los distintos niveles de vida de las personas utilizando la metáfora de cómo viajan: de las sandalias a las bicicletas, los coches y los aviones.

Desde el año 2000, más de mil millones de personas han salido de la pobreza extrema que representa la sandalia. El número es tan descomunal que es casi imposible apreciar la magnitud de este logro. Por encima del umbral de la pobreza extrema de 1,90 dólares estadounidenses al día, las personas quizá sigan siendo pobres, pero pueden empezar a pensar en algo que no sea la mera supervivencia y mirar hacia el futuro.

Este avance se ha producido en oleadas. La primera oleada se centró en China; la segunda oleada en la India. Como resultado de los éxitos obtenidos en Asia, la configuración geográfica de la pobreza está cambiando: la pobreza extrema se está concentrando cada vez más en los países del África Subsahariana.

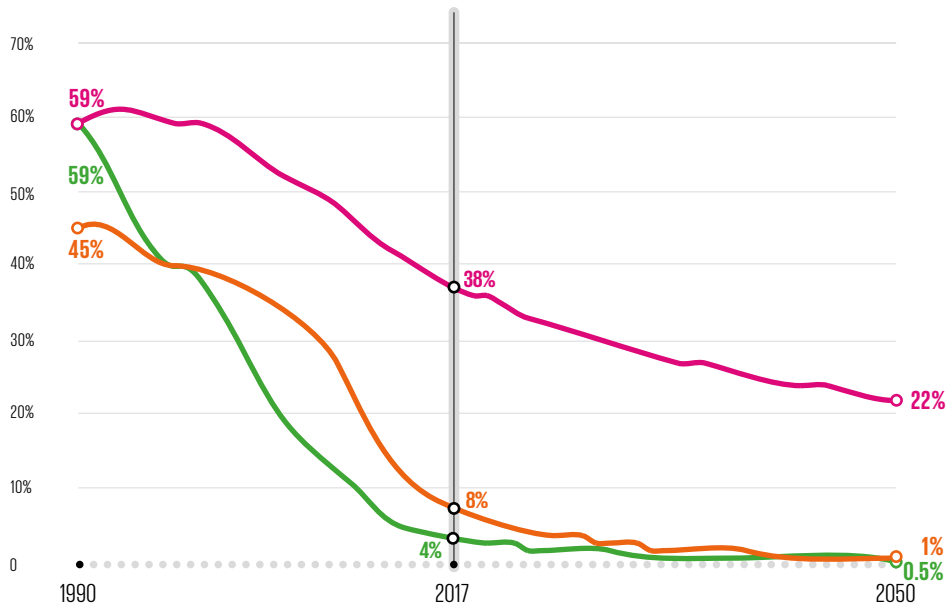
Según las previsiones, allí vivirá en 2050 el 86 por ciento de las personas extremadamente pobres del mundo. Por lo tanto, la prioridad mundial en los próximos treinta años debería ser una tercera oleada de reducción de la pobreza en África.

Uno de los obstáculos a los que se enfrenta el continente es el rápido crecimiento demográfico. Se prevé que la población de África en su conjunto casi se duplique para el año 2050, lo que significará que, incluso si el porcentaje de pobres en el continente se reduce a la mitad, el número de pobres seguirá siendo el mismo. Aun así, en la mayoría de los países africanos, las expectativas son positivas. Por ejemplo, en Etiopía, que una vez fue el ejemplo típico mundial de la hambruna, se prevé la práctica eliminación de la pobreza extrema para el 2050.

El problema es que, dentro de África, la pobreza se concentra en un puñado de países que están creciendo muy rápidamente. Para el 2050, por ejemplo, más del 40 por ciento de la población

TRES OLEADAS DE REDUCCIÓN DE LA POBREZA

● África Subsahariana ● Asia Sudoriental, Asia Oriental y Oceanía ● Sur de Asia



«PARA SEGUIR MEJORANDO LA CONDICIÓN HUMANA, NUESTRA PRINCIPAL PRIORIDAD ES AYUDAR A CREAR OPORTUNIDADES EN LOS PAÍSES AFRICANOS CON MAYOR CRECIMIENTO. ESTO SIGNIFICA INVERTIR EN LOS JÓVENES».

extremadamente pobre del mundo vivirá en solo dos países: la República Democrática del Congo y Nigeria. Incluso en estos países, la pobreza se concentra en zonas muy concretas.

La pobreza en esas regiones tiene un carácter especial. Sus raíces se hunden en la violencia, la inestabilidad política, la desigualdad entre los géneros, un cambio climático radical y otras crisis muy arraigadas. Influyen también otros problemas, como las altas tasas de mortalidad infantil y de desnutrición. Así, las personas más pobres de hoy tienen muchas menos oportunidades que la mayoría de los miles de millones de personas que escaparon

de la pobreza durante las dos primeras oleadas.

La conclusión es clara: para seguir mejorando la condición humana, nuestra labor ahora es ayudar a crear oportunidades en los países africanos más pobres y que están creciendo más rápidamente.

Esto significa invertir en los jóvenes. En concreto, significa invertir en su salud y su educación, lo que los economistas llaman el «capital humano».

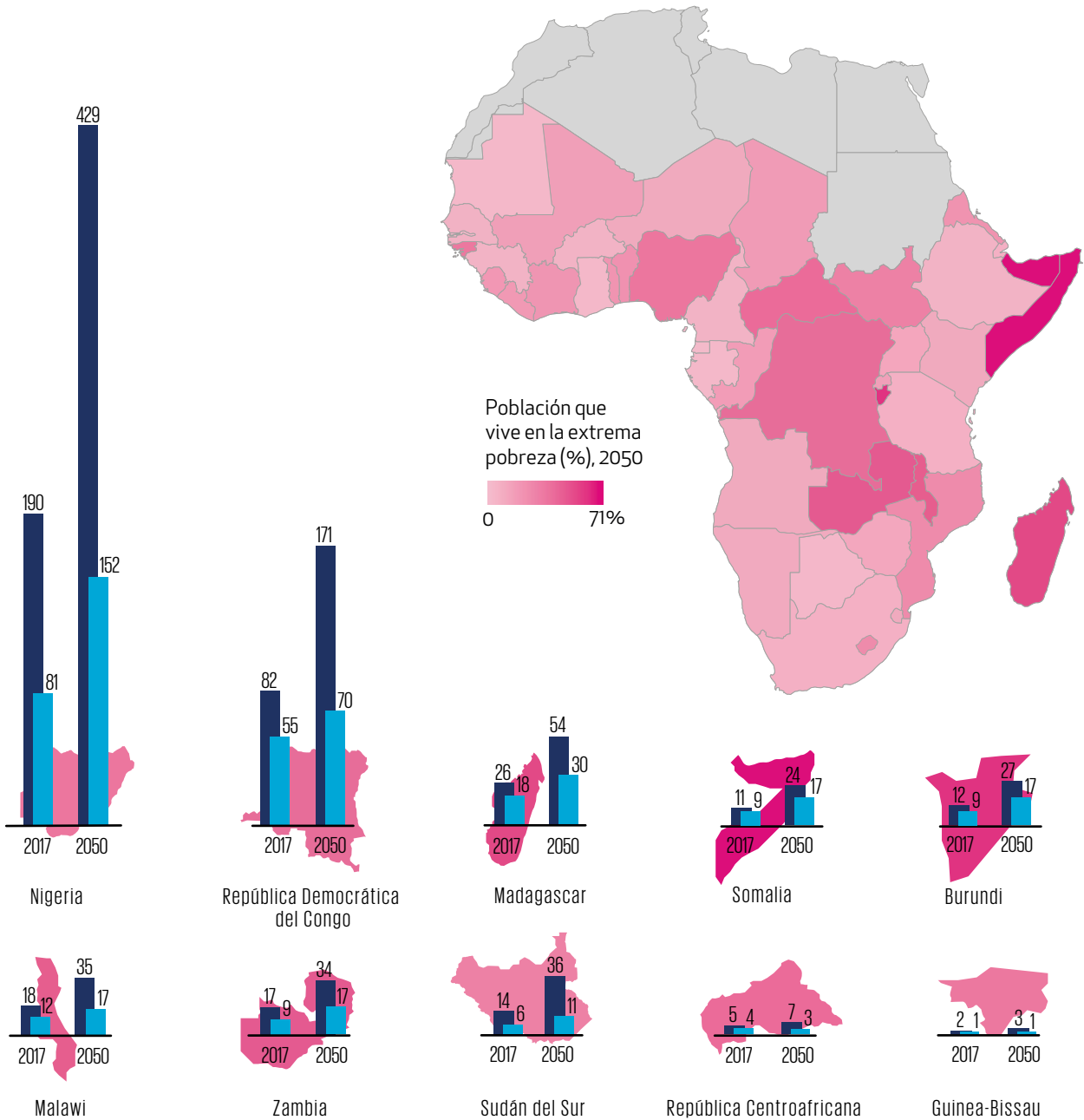
Últimamente, se ha debatido mucho acerca de lo que podría suceder si se niega a un gran número de

PROYECCIONES DEMOGRÁFICA Y DE POBREZA, 2050

SE PREVÉ QUE ESTOS 10 PAÍSES:

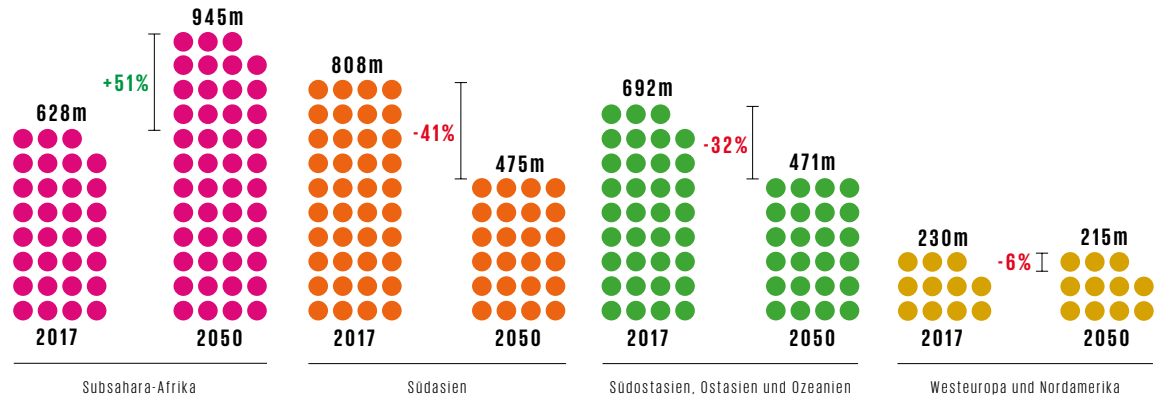
- Serán los más pobres del mundo
- Experimentarán una duplicación de su población
- Serán los países donde reside el 65% de las personas que viven en la extrema pobreza

● Población total (en millones) ● Población que vive en la extrema pobreza (en millones)



LA POBLACIÓN JOVEN ESTÁ AUMENTANDO EN ÁFRICA, Y REDUCIÉNDOSE EN EL RESTO DEL MUNDO

○ Equivale a 20 millones de personas de entre 0 y 24 años de edad



jóvenes de los países más pobres la oportunidad de alcanzar una vida mejor. La inseguridad, la inestabilidad y las migraciones masivas son motivo de preocupación. Nos gustaría que también se reconociera el enorme potencial de los jóvenes para impulsar el crecimiento económico: son los activistas, los innovadores, los líderes y los trabajadores del futuro.

Últimamente, se ha debatido mucho acerca de lo que podría suceder si se niega a un gran número de jóvenes de los países más pobres la oportunidad de alcanzar una vida mejor. La inseguridad, la inestabilidad y las migraciones masivas son motivo de preocupación. Nos gustaría que también se reconociera el enorme potencial de los jóvenes para impulsar el crecimiento económico: son los activistas, los innovadores, los líderes y los trabajadores del futuro.

Invertir en la salud y la educación de los jóvenes es la mejor manera de que un país explote su productividad e innovación, reduzca la pobreza, cree oportunidades y genere prosperidad. El capital humano no es una varita mágica, pero ha desempeñado un papel fundamental en el éxito de

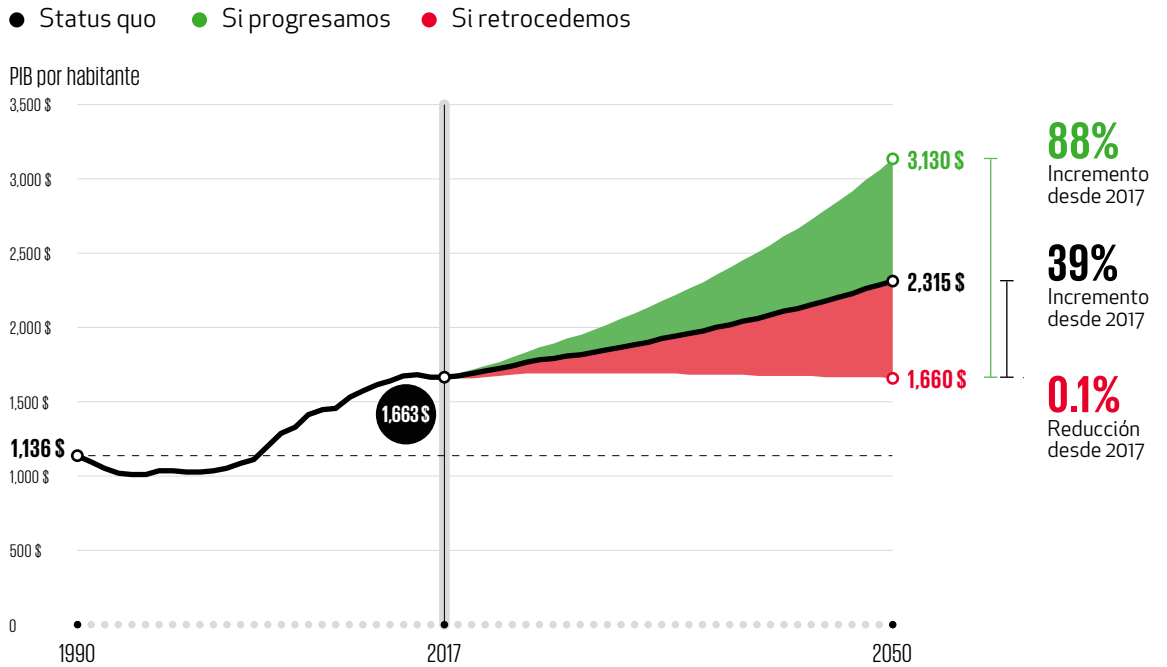
las economías emergentes de todo el mundo.

Hay planes para invertir satisfactoriamente en capital humano.

En primer lugar, la salud: La mayoría de los países africanos han participado en la revolución mundial de la supervivencia infantil. Rwanda, pocos años después del genocidio, creó desde cero un sistema de salud eficaz que ha logrado la caída más pronunciada de la mortalidad infantil jamás registrada. El siguiente paso es asegurarse de que los niños no solo sobrevivan, sino que prosperen. Un tercio de los niños africanos sufren retraso en el crecimiento, lo que significa que su cerebro y su cuerpo no se desarrollan completamente. Sin embargo, se ha demostrado que hay estrategias que resuelven el problema del retraso en el crecimiento. En el informe del año pasado escribimos sobre el Perú donde, gracias a la actuación del gobierno, el retraso en el crecimiento se redujo a más de la mitad en solo ocho años.

En segundo lugar, la educación: Desde el 2000, el número de niños africanos matriculados en escuelas primarias ha aumentado de 60 millones a 150 millones y el número de niñas que asisten a la escuela es ahora prácticamente igual al número de niños. El próximo

LA MAGNITUD DEL CRECIMIENTO ECONÓMICO DEL ÁFRICA SUBSAHARIANA DEPENDE DE LAS INVERSIONES EN CAPITAL HUMANO



CAPITAL HUMANO: UNA BREVE EXPLICACIÓN

Los economistas, por lo general, piensan en tres factores que contribuyen al crecimiento económico:

- Capital físico: carreteras, puentes, plantas, etc..
- Capital humano: el resultado de la suma de la salud, el conocimiento y las competencias de la población.
- La productividad global de los factores: una amplia categoría que abarca la eficiencia económica, la innovación y el nivel tecnológico.

Habitualmente los líderes políticos prefieren invertir en el capital físico. Cuando construyen una infraestructura, el impacto de la misma es inmediato y tangible. Sin embargo, cuando realizan campañas de vacunación y educan a los niños de forma efectiva, el impacto, desde la perspectiva económica, aparece décadas después, y es más difícil verlo.

Pero la evidencia es tan clara como el agua: el capital humano es un requisito previo para el desarrollo económico. Los datos muestran que las diferencias que se dan en los niveles de salud y educación explican hasta un 30 por ciento de la variación de PIB por habitante que hay entre los países.

Puede que sea más fácil aprehender la importancia de las inversiones realizadas en el capital humano analizando el impacto que tienen en los individuos. Analicemos la altura, que es un indicador de una mejor salud. Los estudios ponen de manifiesto que cada centímetro adicional aumenta los ingresos de una persona en un 3,4 por ciento. Así mismo, cada año escolar adicional los incrementa en un 8 por ciento. Cuando estos efectos individuales se añaden los unos a los otros en una población, pueden impulsar un rápido crecimiento económico.

«LOS JÓVENES TIENEN UN ENORME POTENCIAL PARA IMPULSAR EL CRECIMIENTO. SON LOS ACTIVISTAS, INNOVADORES, LÍDERES Y TRABAJADORES DEL FUTURO».

paso es mejorar la calidad de la educación que reciben todos los estudiantes. Y el mundo también tiene ideas sobre cómo lograrlo. Más adelante en este informe, se habla sobre las escuelas de Viet Nam, cuyos estudiantes están entre los mejores del mundo a pesar de que fue un país de ingresos bajos hasta el 2010.

Somos optimistas sobre el mundo porque tenemos confianza en el poder de la innovación para redefinir los límites de lo posible.

Cuando creamos nuestra fundación, en los países pobres ningún niño estaba protegido contra la diarrea, el paludismo o la neumonía, las tres principales causas de muerte infantil. En la actualidad, las vacunas contra la diarrea y la neumonía están muy generalizadas, al igual que los mosquiteros, que han evitado más de 500 millones de casos de paludismo.

Gracias a tecnologías digitales que no existían hace 10 años, 1200 millones de personas tienen cuentas bancarias por primera vez en la historia.

Puede ser difícil imaginarse a millones de jóvenes de los países más pobres del mundo ascendiendo rápidamente por la escalera del éxito descrita por Hans Rosling, pero el problema lo tiene nuestra imaginación, no los jóvenes.

Si invertimos hoy en el capital humano, los jóvenes que viajan con sandalias en los países más pobres y de crecimiento más rápido montarán mañana en bicicleta, y muy pronto inventarán coches más baratos, limpios y seguros, algo que nos beneficia a todos.

En el Informe de este año, analizamos abiertamente los problemas que plantea la demografía de la pobreza extrema. Exploramos las necesidades en los ámbitos de la salud, la educación y las oportunidades económicas para orientar a la población juvenil en expansión de África sobre cómo transformar el continente. Estudiamos el éxito de los programas de VIH de Zimbabwe y consideramos cómo seguir avanzando. Analizamos cómo un novedoso programa de planificación familiar en Kenya ofrece anticonceptivos a mujeres jóvenes en zonas de difícil acceso. También seguimos el viaje de un tomate desde un huerto en una zona rural de Burkina Faso hasta la mesa en Accra (Ghana), mientras contemplamos los puestos de trabajo que crea por el camino.

Esta no es una lista exhaustiva que vaya a acabar con la pobreza extrema en el mundo, pero esperamos que abra un debate sobre cómo lograrlo. ■

Análisis de una región: África



«Hay un gran problema del que nadie quiere hablar. Los problemas demográficos son tan difíciles de abordar que la comunidad para el desarrollo lleva años evitándolos».

ALEX EZEH

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

LOS DATOS

CAPITAL HUMANO Y CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO



ALEX EZECH

*Investigador invitado,
Centro para el Desarrollo Global*

Creo que el futuro de mi continente radica en la respuesta a tres preguntas: ¿Están sanos los africanos? ¿Tienen acceso a una formación de calidad? ¿Tienen oportunidades de poner en práctica sus capacidades?

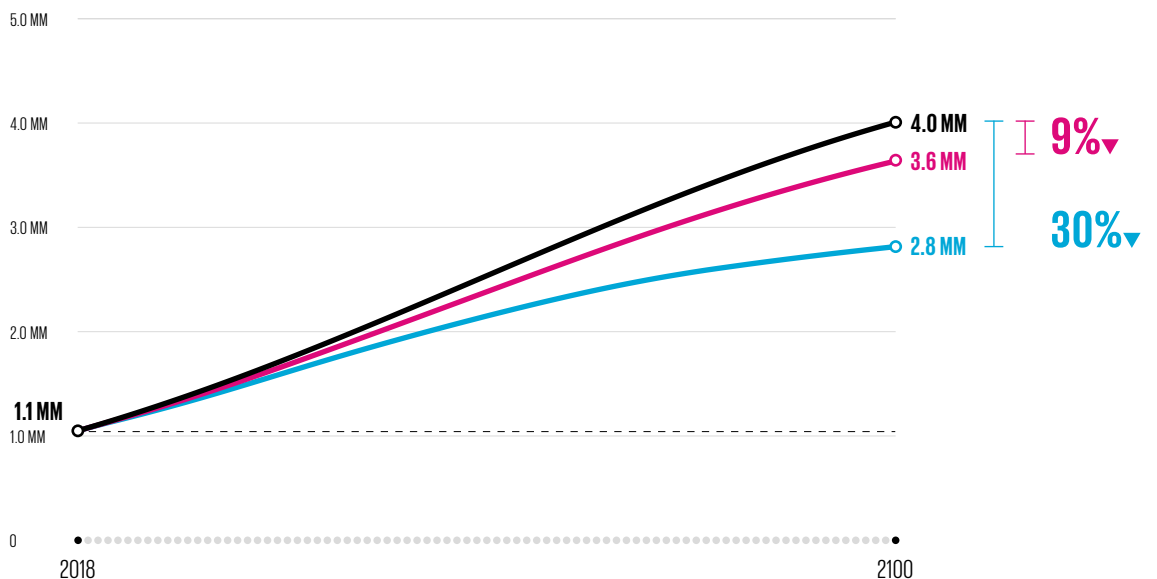
Millones de africanos más han podido responder afirmativamente a estas preguntas en los últimos años. Pero hay un gran problema del que nadie quiere hablar: Una de las claves para mantener este

progreso es frenar la gran velocidad del crecimiento demográfico en algunas zonas del continente. Sin embargo, los problemas demográficos son tan difíciles de abordar que la comunidad para el desarrollo lleva años evitándolos.

El crecimiento demográfico es un tema polémico porque, en un pasado no muy lejano, algunos países trataron de controlar el crecimiento de la población con políticas abusivas y coercitivas, entre ellas la esterilización forzada. En la actualidad, los derechos humanos están nuevamente en el centro del debate sobre la planificación familiar, como corresponde. En cambio, a modo de reparación de las heridas causadas por este pasado, la demografía desapareció por completo del vocabulario del desarrollo.

PREVISIÓN DEMOGRÁFICA EN EL ÁFRICA SUBSAHARIANA

- Previsión de la ONU
- Si hay un cambio notable en el número de nacimientos prematuros
- Si se tratan todas las situaciones de embarazos no deseados



«LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR NO PRETENDE ALCANZAR OBJETIVOS DEMOGRÁFICOS, SINO EMPODERAR A LAS MUJERES».

Por el bien del futuro de África, deberíamos volver a poner este asunto sobre la mesa. Si la tendencia no cambia, se prevé que la población de África se duplique para el 2050. Entre el 2050 y el 2100, según las Naciones Unidas, podría casi duplicarse de nuevo. Si así fuera, el continente tendría que cuadruplicar sus esfuerzos solo para mantener el nivel actual de inversión en salud y formación, que ya es demasiado bajo. Sin embargo, si el crecimiento demográfico se desacelera, habrá más recursos para invertir en salud, formación y oportunidades para cada uno de los africanos; es decir, para invertir en una buena vida.

Seamos francos: La finalidad de los programas de planificación familiar no es alcanzar unos objetivos de población; muy al contrario, es empoderar a las mujeres para que puedan ejercer su derecho fundamental a elegir el número de hijos que desean tener, cuándo y con quién. Afortunadamente, empoderar a las parejas para que tomen decisiones sobre sus vidas también mejora el futuro de África, ya que cambia las perspectivas de crecimiento demográfico en todo el continente.

El proyecto Track20 presentó algunas hipótesis relativamente sencillas para el África Subsahariana a fin de considerar cómo las distintas inversiones relacionadas con la planificación familiar podrían afectar al crecimiento demográfico. Estudiemos los datos.

Fertilidad deseada: La línea negra representa la población del África Subsahariana hasta el 2100, según estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas. La línea roja representa su población hasta el 2100 si cada mujer tuviera solo el número de hijos deseado. Actualmente, las mujeres de la región tienen un promedio de 0,7 hijos más de los que desean. Si ese número se redujera a cero en los próximos cinco años, el impacto en la población para 2100 podría ser del 30 por ciento.

Educación: Otro vínculo entre el empoderamiento y el crecimiento de la población es el efecto transformador de la educación secundaria en las niñas. Las niñas que han recibido formación suelen trabajar más, ganar más dinero, ampliar sus horizontes, casarse y comenzar a tener hijos más tarde, tener menos hijos e invertir más en cada uno de ellos. Sus hijos, a su vez, tienden a seguir patrones similares, por lo que los efectos de que una sola niña termine los estudios se reproducen durante generaciones.

La línea rosa representa la población del África Subsahariana si el primer parto de cada mujer se retrasara en un promedio de aproximadamente dos años. La edad media de las mujeres africanas que dan a luz por primera vez es considerablemente inferior a la de cualquier otra región. Actualmente, es de 20 años o menos en la mitad de los países africanos. Esta hipótesis no tiene nada que ver con que las mujeres tengan menos hijos, tiene que ver con la edad a la que empiezan a tenerlos.

Consideremos el siguiente experimento mental: Si todas las mujeres comenzaran a tener hijos a los 15 años, en 60 años tendríamos cuatro generaciones ($60 / 15 = 4$). Pero si todas las mujeres comenzaran a tener hijos a los 20 años, entonces en 60 años tendríamos tres generaciones ($60 / 20 = 3$). Aunque esas mujeres tuvieran el mismo número de hijos en cada generación, en nuestro caso la población total disminuiría una cuarta parte. Este modelo asume una perspectiva conservadora, dando por hecho un retroceso menor. Con todo, las proyecciones demográficas cambian en casi un diez por ciento.

Todas las personas que conozco son partidarias de enviar a las niñas a la escuela y de darles acceso a la información sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos cuando la soliciten. No olvidemos señalar también que las mujeres empoderadas toman millones de decisiones individuales que se traducen en una situación demográfica mejor para ellas mismas, para sus hijos y para África. ■



Los jóvenes interlocutores de Future Fab hablan con clientes sobre la salud. (Nairobi, Kenya)



ABIGAIL ARUNGA

Escritora y
bloguera keniana

PONERLAS A ELLAS AL MANDO

LAS JÓVENES DE KENYA NO ESTABAN INTERESADAS EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR, HASTA QUE UN PROGRAMA EMPEZÓ A HABLAR EN SU IDIOMA.

Miro desde abajo al edificio de oficinas donde voy a hacer la entrevista. Es una torre alta y gris un tanto inquietante, sobre todo si estabas esperando algo acogedor. Una vez dentro, todo está envuelto en más gris, con unas pocas

plantas solitarias que apenas animan el ambiente.

Sin embargo, cuando llego a mi destino, lo que veo contrasta completamente con lo que he dejado atrás: las paredes están decoradas con colores brillantes y la recepcionista no deja de sonreír.

«LOS ADOLESCENTES DE NAIROBI TIENEN Poca O NINGUNA INFORMACIÓN SOBRE EL SEXO, PORQUE TODOS FINGEN QUE NO TIENEN ACTIVIDAD SEXUAL».

Estoy aquí para hablar sobre Future Fab, un programa piloto de tres años ideado por Marie Stopes Kenya (MSK) para ayudar a los adolescentes —especialmente a las chicas— a disponer de anticonceptivos y otros servicios de salud reproductiva.

Estar aquí me retrotrae a mi propia adolescencia, cuando mis amigas y yo pensábamos que podíamos quedarnos embarazadas simplemente por estar cerca de unos genitales, y ocultábamos la regla como un secreto vergonzoso.

Las cosas no han cambiado mucho en ese sentido, según el equipo al que entrevisto. Los adolescentes de Nairobi tienen poca o ninguna información sobre el sexo, porque todos fingien que no tienen actividad sexual.

Fue en este contexto donde MSK comenzó a ofrecer anticonceptivos gratuitos a las adolescentes en el 2016, pero muy pocas acudieron.

«Necesitábamos una nueva estrategia», dice Elizabeth Ogott, líder juvenil de MSK, «porque nuestros servicios no eran adecuados para adolescentes. Necesitábamos centrarnos en el ser humano para encajar en la vida de una chica joven».

Pronto vieron que a las adolescentes no les interesaba hablar de anticonceptivos, sino de su futuro. Y así nació Future Fab, una «marca de estilo de vida adolescente». Con el apoyo de la Fundación William y Flora Hewlett, las 22 clínicas privadas de MSK en toda Kenya comenzaron a organizar actos (concursos de baile, desfiles de moda...) y a publicar una revista, todo ello centrado en los jóvenes y sus sueños. Y así llegó el debate sobre cómo los embarazos no deseados pueden interponerse en esos sueños... y cómo evitarlos. Future Fab también trabaja con proveedores de servicios de salud, con padres e incluso con los guardias de seguridad de la clínica, para que entiendan mejor cómo trabajar con chicas adolescentes.

Future Fab funciona: desde que comenzó el proyecto piloto, las visitas de las adolescentes se han multiplicado por siete.

Ahora quiero ver en directo cómo funciona Future Fab. Nos dirigimos a un centro de salud en Kangemi, un barrio marginal no muy lejos de allí. No sé muy bien qué esperar, pero pienso que será muy distinto de cualquier otro lugar de Nairobi que conozca.

Error: es exactamente igual que cualquier otro lugar de Nairobi, porque no hay dónde aparcar.

A pesar de todo, al final, llegamos al centro. Lydia, la responsable, va y viene ajetreada con su impecable camisa blanca.

Finalmente, encuentra un momento para atendernos. Lydia acaba de ver a una madre y su bebé: «No nos da tiempo a aburrirnos en la clínica», dice riendo. Cada media hora llegan nuevos pacientes. Los adolescentes tienen prioridad, para



Future Fab tiene el viento en popa con sus mensajes sobre el estilo de vida. (Nairobi, Kenya)



Un paciente está registrándose en la clínica de Kangemi. (Nairobi, Kenya)

no tener que lidiar con miradas o comentarios. Una vez que entran en el despacho de Lydia, ella se informa y les ayuda a averiguar qué necesitan, ya sea hablar, asistencia médica o consejos.

«Future Fab es maravilloso —dice Lydia— porque es muy sencillo. Los servicios sanitarios son gratuitos para los menores de 20 años. Pueden acceder a profesionales y a productos... sin salir del barrio». En una sociedad en la que nadie más parece estar haciendo mucho, la accesibilidad es una ventaja clave.

El programa piloto ha sido un gran éxito, según todos los indicadores. Según Anne Parker, coordinadora mundial de adolescentes de Marie Stopes International, el programa ha aumentado el uso de anticonceptivos entre las jóvenes participantes en un 50 por ciento. Pero para ella lo más importante es lo que Future Fab les enseña. La organización acaba de empezar a estudiar los datos, pero ya varios de sus programas —en Zambia, Uganda, Ghana, Malí y

Tanzanía— han aprendido de Future Fab para llegar a los adolescentes de manera eficaz.

Mientras tanto, Future Fab ha supuesto un cambio importante en las vidas de las adolescentes de la zona. Lydia nos habla sobre una niña cuyos padres se enteraron de que había sido atendida en el centro de salud. Vinieron al centro con su hija, que admitió que había venido a someterse a una intervención. Aunque no estaban contentos, también se sintieron aliviados de que ella pudiera seguir con su vida tal como se la había imaginado. Ahora está en su segundo año de universidad.

No todas las historias acaban así, pero cada una reafirma el convencimiento de Lydia en que las cosas se están haciendo bien. «Les estamos dando el poder», termina, casi distraída, mientras otra paciente entra en su despacho. ■

Análisis de una región: África



«El 61 por ciento de la población de Zimbabwe es menor de 25 años, lo que quiere decir que están entrando en la edad de mayor riesgo de infección».

GEOFF GARNETT

VIH

LOS DATOS

TRES POSIBLES HIPÓTESIS PARA LA EPIDEMIA DEL VIH DE ZIMBABWE



GEOFF GARNETT

*Director adjunto de VIH,
Fundación Bill y Melinda Gates*

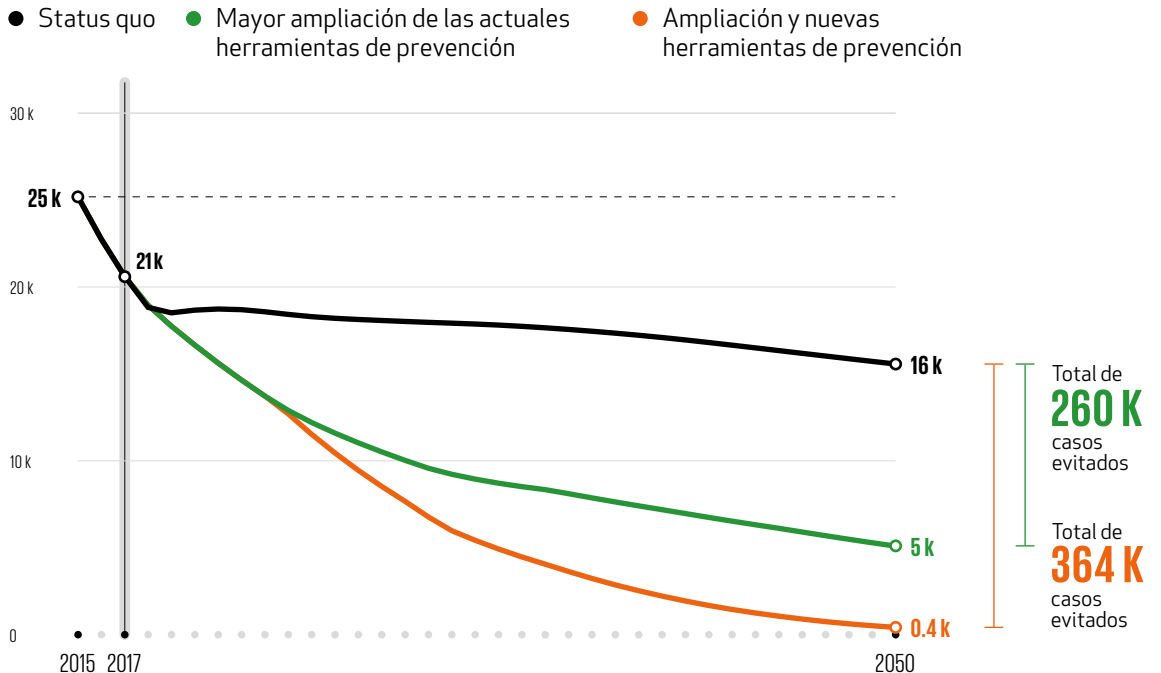
Una de las tragedias del VIH es que ataca en la flor de la vida, cuando los jóvenes deberían estar terminando su formación, creando negocios, formando familias y construyendo comunidades fuertes. Se estima que en el punto álgido de la epidemia del VIH en Zimbabwe, en 1997, uno de cada cuatro adultos estaba infectado. El VIH devastó Zimbabwe.

Desde entonces, el gobierno y la sociedad civil de Zimbabwe, con el apoyo de donantes

internacionales, han demostrado un compromiso notable con la prevención y el tratamiento de la enfermedad. Desde el 2010, las nuevas infecciones por el VIH han disminuido en un 49 por ciento y las muertes relacionadas con el sida, en un 45 por ciento.

Ahora hay que aprovechar el éxito, porque si un 61 por ciento de la población es menor de 25 años, más de la mitad de la población está entrando en la edad de mayor riesgo de infección. El aumento del número de jóvenes conlleva la posibilidad de impulsar el crecimiento económico en Zimbabwe, pero solo si esos jóvenes están sanos, están formados y son económicamente activos. Eso no sucederá si otra generación queda diezmada por la epidemia del VIH.

HASTA 364 K NUEVOS CASOS DE VIH PODRÍAN SER EVITADOS ENTRE LOS 15 Y LOS 29 AÑOS



Le pedimos a un equipo del Imperial College de Londres que hiciera proyecciones sobre los resultados de la epidemia del VIH en Zimbabwe y, por lo tanto, sobre el futuro del país en el año 2050, partiendo de tres hipótesis distintas. El modelo incluye tres conjuntos de intervenciones:

- **Tratamiento:** La terapia antirretrovírica puede ser eficaz, pero depende de tres parámetros clave que van de la mano. ¿Las personas son conscientes de su situación respecto al VIH? Si son conscientes, ¿se están tratando? Si se están tratando, ¿están siguiendo a rajatabla el tratamiento para inhibir el virus en su organismo?
- **Algunos métodos de prevención disponibles actualmente:** Preservativos; circuncisión médica voluntaria, que disminuye el riesgo de que los hombres contraigan el VIH; profilaxis previa a la exposición (PrPE), que incluye tratamiento farmacológico para las personas en poblaciones de alto riesgo, como los trabajadores sexuales.
- **Algunos métodos de prevención que pueden estar disponibles a medio y largo plazo:** PrPE de acción prolongada y una vacuna con una eficacia del 70 por ciento.

HIPÓTESIS N.º 1: Línea negra

Estado actual del tratamiento y la prevención

Los esfuerzos actuales de Zimbabwe son impresionantes. Si se mantienen, el número de nuevas infecciones seguirá disminuyendo. Sin embargo, esta disminución será gradual, y todavía habrá casi 16 000 nuevas infecciones al año en el 2050.

HIPÓTESIS N.º 2: Línea verde

Mejoras en las herramientas de prevención actuales

La curva sería mucho más pronunciada si Zimbabwe mejorara en los próximos cinco años los instrumentos de prevención disponibles. Las nuevas infecciones disminuirían otro tercio antes de 10 años y quedarían aproximadamente en 5000 en el 2050, lo que supondría una mejora significativa con respecto a la situación actual. En esta hipótesis se aplican previsiones optimistas, aunque razonables, de mejora a corto plazo, según las tendencias pasadas y los niveles de cobertura de los países vecinos.

No obstante, esta hipótesis tiene dos salvedades. En primer lugar, a pesar de la rápida disminución de nuevas infecciones, el virus seguiría estando muy presente en el 2050, con riesgo de nuevos brotes. Y, sobre todo, sería casi imposible mantener esta combinación de tratamiento y prevención con niveles tan altos de cobertura durante 30 años.

HIPÓTESIS N.º 3: Línea naranja

Mejoras y nuevas herramientas de prevención

Aquí es donde la PrPE de acción prolongada y una vacuna podrían entrar en escena. Confiamos en que la PrPE de acción prolongada, que no solo actúa durante más tiempo sino que es más eficaz que la PrPE actual, vea la luz pronto. En este modelo partimos de la hipótesis de que será en el 2024 y también de que habrá una vacuna antes del 2030. No deja de ser una visión optimista, pero es la razón por la que la Fundación Gates, entre otros muchos, está invirtiendo tanto en I+D. Si lográramos que estas herramientas se aplicaran, el número de infecciones se desplomaría. Además, la PrPE de larga duración y, sobre todo, una vacuna serían mucho más fáciles de administrar a gran escala en un sistema de salud sobrecargado.

A pesar de la inestabilidad política y económica, Zimbabwe ha realizado una labor ejemplar de control del VIH. Sin embargo, este ejercicio de simulación muestra que, si se intensifica el trabajo, el cambio puede ser mucho mayor. Es verosímil pensar en una epidemia que socavase los cimientos de la sociedad de Zimbabwe, pero también lo es contar con un firme control de la misma.

Todo depende del compromiso continuado de Zimbabwe para poner fin a la crisis del VIH. Además de seguir invirtiendo, Zimbabwe debe innovar para proporcionar herramientas útiles a las personas en situación de mayor riesgo. Zimbabwe acaba de aceptar ser uno de los líderes de la Coalición Mundial para la Prevención del VIH, por lo que las señales son positivas.

El avance también depende de un compromiso mundial continuo con la I+D. Una sólida cartera de productos nuevos y mejores en fase de desarrollo y, con el tiempo, una vacuna, garantizarán que países como Zimbabwe puedan prosperar. ■



Miembros del grupo artístico Mujeres contra todas las discriminaciones conduciendo una sesión de entretenimiento educativo. (Bulawayo, Zimbabwe)



BUSANI BAFANA

*Narrador y
periodista
residente
en Zimbabwe*

ESTIGMA Y SORORIDAD

SE ESTIMA QUE LAS TRABAJADORAS SEXUALES DEL CONTINENTE AFRICANO TIENEN 11 VECES MÁS PROBABILIDADES DE CONTRAER EL VIH QUE EL RESTO DE LAS MUJERES. EN ZIMBABWE, CADA VEZ MÁS TRABAJADORAS SEXUALES ESTÁN APRENDIENDO A PROTEGERSE.

La clínica de Sisters with a Voice (Hermanas con voz) es un local limpio y espacioso situado a pie de calle en un edificio de ladrillo rojo de dos pisos en una zona industrial de Bulawayo. Allí

he quedado con Bathabile Nyathi, una recatada joven de 27 años que lleva un vestido blanco y sus brillantes rizos recogidos en la nuca. Mientras me recibe en su oficina con una sonrisa cálida y un firme

apretón de manos, parece una administradora, una profesora, incluso la cajera de un banco. Conforme empieza a hablar, me cuestiono mis propios prejuicios. ¿Qué aspecto me esperaba que tuviera una trabajadora sexual?

Más de 30 000 personas mueren anualmente en Zimbabwe por causas relacionadas con el sida y 1,3 millones viven con el VIH. Se calcula que las trabajadoras sexuales tienen 11 veces más probabilidades de contraer el VIH que el resto de las mujeres y las proyecciones sugieren que, en toda África, el 40 por ciento de las nuevas infecciones son atribuibles al sexo profesional sin protección. A pesar de estos riesgos, el trabajo sexual es una fuente de empleo para más de 45 000 mujeres en Zimbabwe. Muchas son adolescentes y jóvenes —un grupo que ya está experimentando un aumento en la prevalencia del VIH— empujadas a esta actividad por el aumento de la pobreza y atraídas por un mercado favorable.

En el 2009, el Centro de investigación sobre salud sexual, VIH y sida (Centre for Sexual Health,

HIV and Aids Research, CeSHHAR) puso en marcha el proyecto piloto de clínicas de salud de Sisters with a Voice para jóvenes trabajadoras sexuales con el fin de probar una nueva estrategia para la prevención del VIH.

Como relata Bathabile, en la mayor parte de los centros de atención sanitaria de Zimbabwe las trabajadoras sexuales no son bien recibidas. Es más, los médicos y enfermeras las acusan de «propagar el VIH y el sida».

Bathabile lo sabe de primera mano. En el 2006, con 16 años, acudió al hospital en su Gwanda natal, 126 kilómetros al sureste de Bulawayo, la segunda ciudad más importante de Zimbabwe. La razón: una enfermedad de transmisión sexual (ETS) debilitante.

«Estaba desnuda y me preguntaron dónde había contraído la enfermedad. Me dijeron que me tratarían cuando trajera a la persona que me había infectado», me cuenta Bathabile. «No podía explicar que era una trabajadora sexual; peor aún, cuando las enfermeras se enteraron de que tenía un hijo, me hicieron más preguntas, pero no me trataron».

Una trabajadora social visita una trabajadora del sexo en su casa. (Mbare, Zimbabwe)





Bathabile se relaja en casa. (Bulawayo, Zimbabwe)

«LA ACTITUD EN SISTERS ES DIFERENTE CON RESPECTO A LA NORMA: AQUÍ LAS TRABAJADORAS DEL SEXO TIENEN PRIORIDAD».

Entonces, me dice, conoció Sisters with a Voice. La actitud en sus clínicas supone un cambio con respecto a la norma: aquí, las trabajadoras sexuales tienen prioridad. En palabras de Bathabile, «me recibieron como si fuera de la familia». No ha tenido una ETS desde entonces.

«El trabajo sexual es una opción, un puente y una manera fácil de salir adelante», dice. «Para ser trabajadora sexual no hace falta carné de identidad, certificado de nacimiento ni títulos. Se estigmatiza a las mujeres por vender sexo, pero nadie se pregunta por qué han recurrido a esa salida y no a otra».

Debido a este estigma y a esta incomprensión, durante mucho tiempo en Zimbabwe no se ha sabido o querido abordar el problema del VIH entre las trabajadoras sexuales. Sin embargo, ahora el

método de Sisters está siendo adoptado por otros programas, como el proyecto DREAMS (sigla en inglés de «decididas, resistentes, empoderadas, sin sida, orientadas y seguras»), también en cooperación con el CeSHHAR.

«Nuestro compromiso es garantizar que las trabajadoras sexuales no corran riesgos y estén sanas», dice Rumbidzai Mapfumo Makandwa, que dirige el proyecto DREAMS de Zimbabwe, «porque si ellas no corren riesgos, nadie corre riesgos: sus clientes son nuestros hijos, hermanos, padres y maridos».

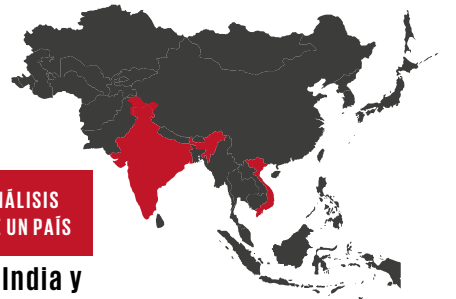
La negociación sobre el sexo seguro ha sido un arma clave en el arsenal de las trabajadoras sexuales, según Juliet Makondora, una agente de extensión de la oficina de CeSHHAR de Gweru. «Hemos reforzado las competencias de las mujeres que venden sexo», dice. «Conocen sus derechos: que antes que trabajadoras sexuales son personas».

Las trabajadoras sexuales con las que charlo en la clínica de Sisters en Gweru están de acuerdo. Fungai tiene 20 años y es trabajadora sexual desde la adolescencia. Vino a la clínica de Sisters para que le trataran una ETS. «No solo me dieron el tratamiento: aprendí a ejercer el trabajo sexual sin riesgos», me relata Fungai.

Fungai tiene aspiraciones. Trabaja en una empresa de la ciudad y también dirige un negocio de venta de ropa. Aspira a expandir el negocio para incluir productos de alto valor, como coches. Pronto terminará de pagar una parcela de tierra donde tiene previsto construir una casa.

Bathabile, Fungai y sus compañeras (al igual que sus clientes y las familias de sus clientes) solo seguirán sanos si pueden visitar un centro de salud pública sin miedo ni estigma. Eso es lo que programas como DREAMS y Sisters with a Voice, y organizaciones como CeSHHAR, persiguen incansables. Es una ruptura con el pasado, y es el futuro del control del VIH en Zimbabwe. ■

Análisis de una región: Asia



**ANÁLISIS
DE UN PAÍS**

**La India y
Viet Nam**

«Los países como la India casi han resuelto la primera parte de la ecuación: conseguir que los estudiantes entren. Ahora tienen que ocuparse de la segunda parte».

ASHISH DHAWAN

EDUCACIÓN

LOS DATOS

CÓMO PASAR DE LA ESCOLARIZACIÓN AL APRENDIZAJE



ASHISH DHAWAN

Presidente, Central Square Foundation

En el 2000, cuando el gobierno de la India puso en marcha su iniciativa de Educación para todos (Sarva Shiksha Abhiyan), casi uno de cada cinco niños del país no estaba matriculado en la escuela primaria. Sería difícil exagerar la gravedad de este problema. Si los niños de 6 a 14 años de la India formaran un país propio, sería el séptimo país más grande del mundo. Ahora, menos de 20 años después, prácticamente todos ellos (el 97%) están escolarizados. Esto supone una revolución, especialmente para las familias más pobres del país.

El logro de la India es único por su envergadura, pero muchos países han obtenido avances similares. El número de menores sin escolarizar ha disminuido en todas las regiones del mundo. En el África Subsahariana, que cuenta con el mayor número de niños y niñas sin

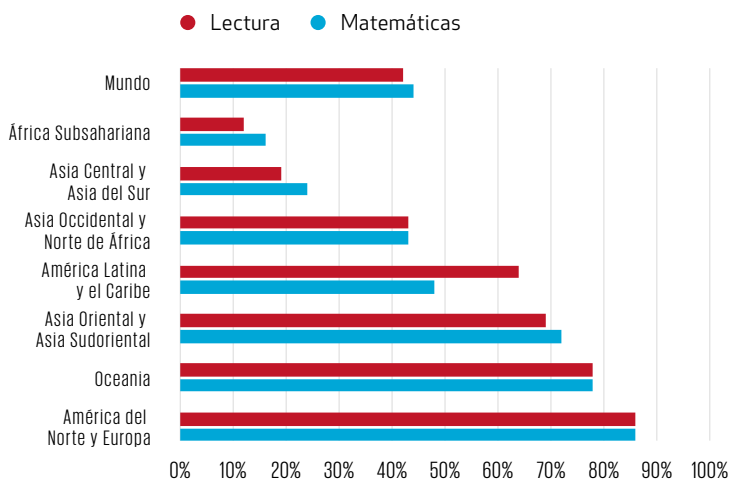
escolarizar, se ha reducido esa cifra en casi una cuarta parte desde que empezó este milenio. En el mismo periodo, la brecha mundial entre los géneros en la enseñanza primaria se ha reducido considerablemente, de seis a dos puntos porcentuales.

Acojo con satisfacción estos éxitos, pero son solo un punto de partida, no el objetivo. Las personas con estudios son más prósperas, más sanas e incluso más felices. Las naciones mejor formadas disfrutan de un rápido crecimiento económico, una disminución de la mortalidad infantil y de paz y seguridad. Sin embargo, estos beneficios no se logran cuando los estudiantes entran en el aula, sino cuando salen de ella después de haber aprendido las habilidades básicas. Los países como la India casi han resuelto la primera parte de la ecuación: conseguir que los estudiantes lleguen a la escuela. Ahora tienen que ocuparse de la segunda parte.

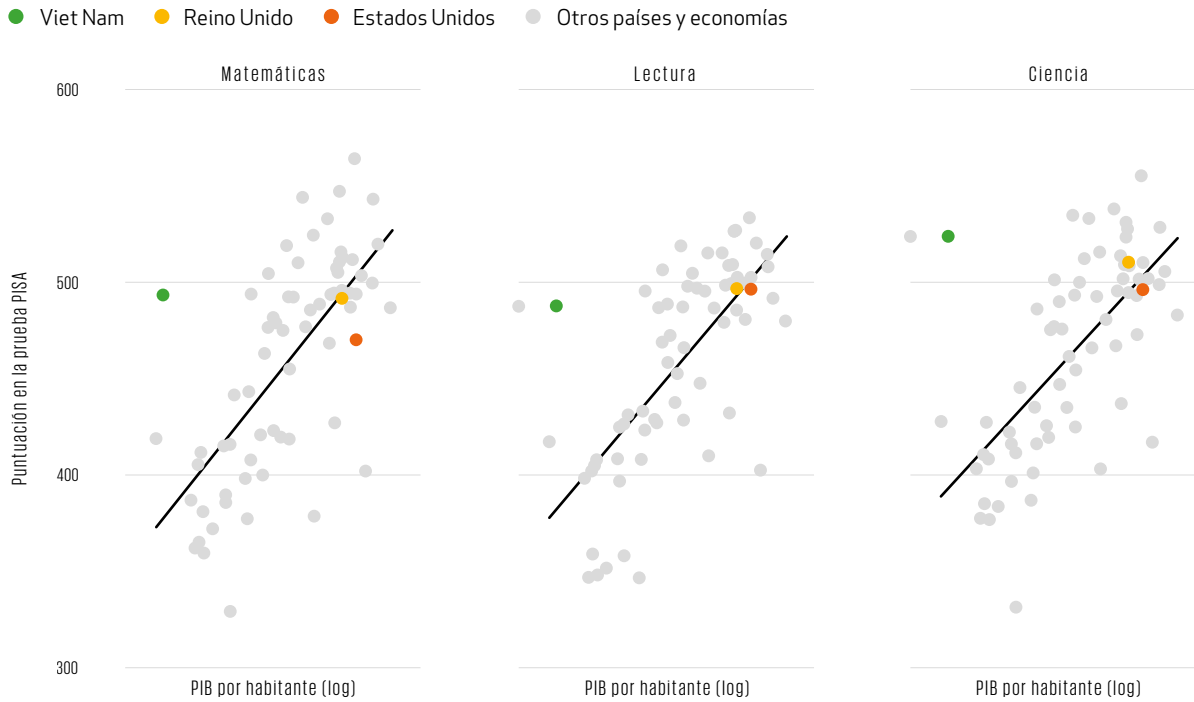
En la India, según el Informe anual sobre el estado de la educación, solo una cuarta parte de los alumnos de tercer curso pueden leer y comprender un cuento breve con unas pocas frases sencillas o restar un número de dos dígitos de otro. En la Encuesta nacional de evaluación del propio gobierno indio también se muestra que un alto porcentaje de niños tiene niveles bajos de aprendizaje. En Kenya, según una evaluación llamada Uwezo, solo la mitad de los estudiantes de tercer curso saben que $20 + 2 = 22$.

Afortunadamente, a medida que se han hecho patentes las fronteras del problema, el aprendizaje ha comenzado a recibir la atención necesaria, tanto dentro como fuera de la India. Desde el primer ministro Modi hasta el Ministerio de Desarrollo de Recursos Humanos, pasando por los gobiernos estatales Delhi y Rajastán, pioneros por sus reformas, los dirigentes indios están prestando la atención que merece al rendimiento escolar. El Informe sobre el desarrollo mundial del 2018 del Banco Mundial se centró enteramente en la cuestión de la calidad de la educación.

PORCENTAJE DE NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE SE ESPERA QUE LOGREN COMO MÍNIMO UN NIVEL BÁSICO DE COMPETENCIAS EN MATEMÁTICAS Y LECTURA



EN LAS PRUEBAS INTERNACIONALES, VIET NAM LOGRÓ UNA PUNTUACIÓN TAN BUENA COMO LA DE LOS PAÍSES CON INGRESOS ELEVADOS, 2015



Por desgracia, el camino para mejorar los resultados escolares no es tan obvio como la estrategia para mejorar el acceso a la escuela. Hemos sido testigos de numerosas innovaciones concretas que dan resultado con los estudiantes. Por ejemplo, el método pedagógico Teaching at the Right Level (Enseñanza al nivel adecuado), impulsado por la Pratham Education Foundation, agrupa a los estudiantes por sus conocimientos y no por su edad. Gracias a este método, se han mejorado sistemáticamente los resultados de los estudiantes. Otra innovación con un efecto importante es Mindspark, un programa de aprendizaje que ayuda a los maestros a ofrecer instrucción personalizada en un entorno en línea. Un estudio ha demostrado que los estudiantes que usaron Mindspark durante 20 semanas obtuvieron una puntuación mucho más alta que los del grupo de control: un 200 por ciento en matemáticas y un 250 por ciento en hindi.

Sin embargo, es difícil lograr mejoras en el aprendizaje aplicables cualquier sistema, y hay muy pocos ejemplos de éxito a escala en los países de ingresos bajos y medios-bajos. El caso de Viet Nam es destacable y ejemplar. Aunque el PIB

per cápita del país es solo ligeramente superior al de la India, los jóvenes vietnamitas de 15 años superan a los estudiantes de países ricos como el Reino Unido y Estados Unidos en las pruebas internacionales (el PIB per cápita de Estados Unidos es 27 veces superior al de Viet Nam). Como se puede ver más arriba, al comparar los resultados de las pruebas con respecto al PIB, Viet Nam resulta ser un país extremadamente atípico en matemáticas, lectura y ciencias.

Hay estudios en curso sobre Viet Nam y otros países ejemplares, pero ya se han identificado algunas claves. En Viet Nam, están muy claras las habilidades fundamentales en matemáticas y lectura que todo estudiante de escuela primaria debe dominar. Los maestros creen que todos los niños, independientemente de lo pobres que sean, pueden y deben aprender, y se hacen responsables de los resultados. Por último, las escuelas analizan los datos con regularidad para hacer un seguimiento del avance y cambiar de rumbo cuando sea necesario. Si los países del Asia meridional y el África Subsahariana dan prioridad absoluta al aprendizaje básico hasta el tercer curso, estarán avanzando hacia un futuro más próspero. ■



Un maestro imparte clases en su casa durante las vacaciones de verano. (Hòa Lợi, Viet Nam)



CAT THAO
NGUYEN

Escritora y
filántropa
residente en
Viet Nam

ESPERANZA SILENCIOSA

LOS ESTUDIANTES VIETNAMITAS SON FAMOSOS POR SUS EXCELENTES RESULTADOS EN LOS EXÁMENES. ES POSIBLE QUE EL SECRETO DE SU ÉXITO RESIDA EN LOS MAESTROS COMPROMETIDOS Y COMPETENTES QUE HAY EN LA ENSEÑANZA PRIMARIA.

A la entrada del municipio de Hoa Lợi, en la provincia de Tra Vinh, paso junto a bolsas gigantescas de basura reciclada antes de llegar a un centro de almacenamiento donde he quedado con Ni, de 31 años. Está sentada entre hombres de torso desnudo, quitando etiquetas y

tapas de botellas de plástico. Por una bolsa de 1 kilo de botellas de plástico le dan 2 centavos y es capaz de llenar unas 100 bolsas al día.

Ni, que pertenece a la minoría étnica jémer, está clasificada por el gobierno como «Ho Ngheo»: pobre. Por lo tanto, recibe un subsidio de 4,40 dólares

«UN REFRÁN VIETNAMITA—“LA COMIDA, DEL PADRE, LA ROPA, DE LA MADRE Y EL CONOCIMIENTO, DEL MAESTRO” - SEÑALA AL MAESTRO COMO LA TERCERA PERSONA MÁS IMPORTANTE EN LA VIDA DE UN NIÑO».

estadounidenses al mes siempre que sus hijos — de 3, 6 y 9 años— estén matriculados en la escuela primaria. El jefe de la aldea me dice que allí todos los niños asisten a la escuela. Cuando no es así, se reúne con las familias para averiguar por qué, aunque en general es porque sus padres no pueden pagar los gastos. Luego hace uso de su red personal de empresarios, funcionarios del gobierno y amigos para recaudar el dinero necesario.

En todo Viet Nam, el índice de matriculaciones en la escuela primaria es prácticamente del cien por cien. La enseñanza primaria es gratuita, según lo dispuesto en la constitución, y es

extremadamente buena: la tasa de alfabetización de Viet Nam es del 97 por ciento. En el 2012, el país fue noticia porque sus resultados en el Programa Internacional para la Evaluación de Estudiantes (PISA) fueron impresionantes. En el 2015, Viet Nam era el país participante más pobre, pero aun así sus estudiantes ocuparon el octavo puesto de 72 en ciencias, el vigésimo segundo en matemáticas y el trigésimo segundo en alfabetización, unos resultados mejores que los de Estados Unidos y el Reino Unido. Viet Nam también obtuvo la primera posición en la proporción de estudiantes pobres con buenos resultados en ciencias.

¿Por qué?

En primer lugar, en la cultura vietnamita se respeta profundamente a los maestros. Hay un día festivo nacional en su honor, y un dicho común en vietnamita —«la comida del padre, la ropa de la madre y el conocimiento del maestro»— señala al maestro como la tercera persona más importante en la vida de un niño. Cuando voy al distrito de Cau Ke, veo que es cierto. Al visitar con Minh, un maestro de quinto curso, el templo en el que los niños aprenden el idioma jémer, pasamos por delante de un grupo de sus estudiantes: todos se detienen, cruzan los brazos, se inclinan con respeto y dicen «¡Buenos días, maestro!»

Minh ha llegado a dar clases particulares gratuitas en su casa o los fines de semana (además de trabajar en los arrozales después de la escuela y los fines de semana con su mujer para ganar dinero extra). Pero ahora que las evaluaciones muestran que el 50 por ciento de su clase tuvo resultados peores el año pasado, ha tenido que pensar en ideas más amplias que la ayuda extra circunstancial. Ha organizado la clase de tal manera que los estudiantes que tienen peores resultados se sientan con estudiantes más avanzados. Los viernes los mejores estudiantes dan la clase, explicando conceptos a sus compañeros mientras él los supervisa. Enseña lo mínimo en las materias en las que los estudiantes no tienen problemas, como la plástica y la música, y centra



Ni y su hijo mayor Men delante de la escuela primaria del mismo. (Hòa Lợi, Viet Nam)



Niños recibiendo una ayuda adicional para hacer sus deberes. (Hòa Lợi, Viet Nam)

más su atención en las disciplinas más complejas.

¿Si no es obligatorio que los maestros hagan trabajo extra no remunerado, ¿por qué lo hacen?, pregunto. «Es mi responsabilidad como maestro con mis estudiantes y con la sociedad», responde Minh. Cuando acaba el año escolar, si los maestros han logrado objetivos como la reducción del número de estudiantes con peores resultados, reciben una pequeña bonificación: unos 15 dólares estadounidenses, pero a Minh no le importa la bonificación. «No lo hago por el dinero», dice. «Mi mayor satisfacción es que mis estudiantes terminen el quinto curso con unos conocimientos sólidos y puedan pasar a sexto».

Los esfuerzos de Minh y del jefe de la aldea muestran cómo aborda Viet Nam la enseñanza primaria, pero después, las cosas cambian. Aunque la enseñanza primaria es gratuita, en secundaria se cobra una cuota. Los hogares pobres no la pagan, pero muchos niños abandonan la escuela igualmente. De hecho, en la prueba PISA, Viet Nam tuvo el «índice de cobertura» más bajo de todos los países participantes, lo que indica que solo una proporción relativamente baja de estudiantes hace la prueba.

«Los niños saben que pueden trabajar en las fábricas. Son pobres, así que trabajarán si pueden para ayudar a su familia y no ser una carga», dice Minh.

De nuevo en la cocina de Ni, charlamos mientras se hace de noche. Como sus hijos son excelentes estudiantes, le pregunto si cree que podrían entrar en uno de los internados jémer, selectivos desde el punto de vista académico, en los que el gobierno paga todo, incluso la cuota y las comidas. «Quizá», dice. «Si quieren dejar la escuela e ir a trabajar cuando estén en secundaria, es su decisión. Yo los dejaré en la escuela todo el tiempo que pueda».

Mientras Ni hace arroz para la cena familiar, pienso en mi propia infancia. Nací en un campo de refugiados y crecí pobre en Australia. A pesar de eso, obtuve una beca del gobierno para la universidad más antigua de Australia y finalmente acabé siendo abogada. Supuso un cambio radical. Ni, al igual que mi propia madre, subsiste a base de una esperanza silenciosa. Quizá sea suficiente si lo sumamos a los esfuerzos de una comunidad comprometida. ■

Análisis de una región: África



«Un sistema agroalimentario próspero podría reducir la pobreza a la mitad, crear cientos de miles de nuevos empleos e impulsar el crecimiento económico».

JAMES THURLOW

AGRICULTURA

LOS DATOS

AGRICULTURA Y REDUCCIÓN DE LA POBREZA EN GHANA



JAMES THURLOW

Investigador jefe, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias

Si se preguntara a la mayoría de los ghaneses dónde están las oportunidades del futuro, mencionarían Accra, Kumasi y otras grandes ciudades. Los millares de pequeñas granjas rurales simbolizan el pasado y la pobreza.

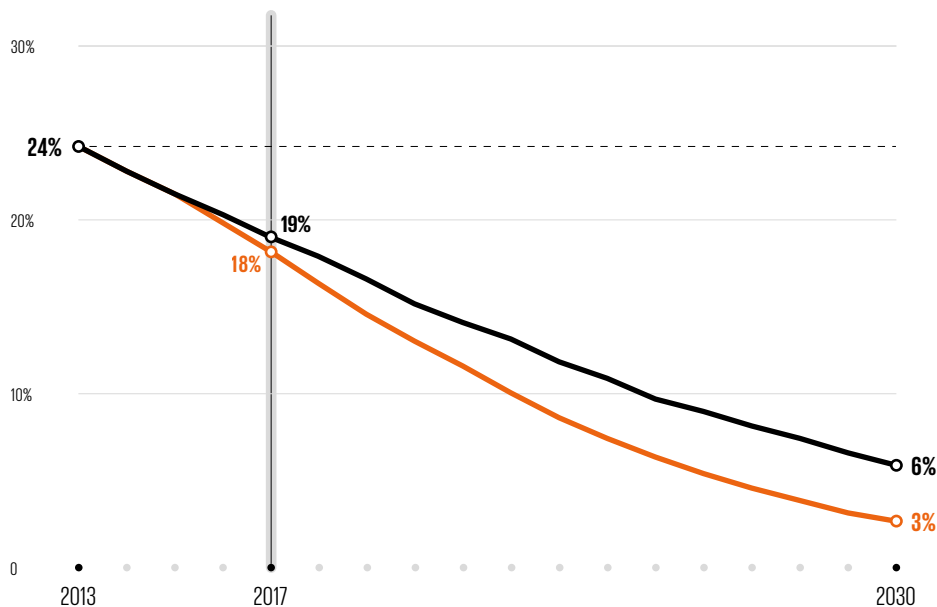
Esta dicotomía pasa por alto un asunto importante. La agricultura no está desapareciendo; está transformándose. Es posible que la agricultura de

subsistencia esté desapareciendo gradualmente (el número de ghaneses que afirman que la agricultura es su principal ocupación cayó del 57 al 44 por ciento entre 2006 y 2016), pero está siendo reemplazada por una agricultura más dinámica, productiva y orientada al mercado.

Esta nueva agricultura genera puestos de trabajo indirectos: los empresarios que venden maquinaria y suministros agrícolas, los que distribuyen y transportan los alimentos, los que procesan los cultivos para convertirlos en productos valiosos (del tomate a la salsa de tomate, por ejemplo). A esta visión integral de la agricultura la llamamos el «sistema agroalimentario». Los elementos no agrícolas de este sistema ya dan empleo a más del 10 por ciento de los ghaneses, y

PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN QUE VIVE EN LA POBREZA

● Proyección actual ● Si la productividad agrícola se duplica



848 K
personas adicionales podrían escapar de la pobreza

«PUEDE QUE LA AGRICULTURA DE SUBSISTENCIA ESTÉ DESAPARECIENDO POCO A POCO, PERO ESTÁ SIENDO REEMPLAZADA POR UNA AGRICULTURA MÁS PRODUCTIVA Y DINÁMICA».

ofrecerán en los próximos decenios oportunidades a millones de jóvenes con iniciativa.

El Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI) ha elaborado una simulación para prever la repercusión del desarrollo agrícola en el futuro de Ghana. Muestra que un sistema agroalimentario próspero podría reducir la pobreza a la mitad, crear cientos de miles de nuevos empleos e impulsar el crecimiento económico.

Ghana ya está en el buen camino. Incluso con las tendencias actuales, se prevé que la tasa de pobreza baje del 20 por ciento en 2016 al 6 por ciento en 2030.

Además, si Ghana logra el Objetivo de Desarrollo Sostenible en materia de agricultura —duplicar la productividad para el 2030— la pobreza caerá, no al 6 por ciento, sino al 3 por ciento. Son otras 848 000 personas que escapan de la pobreza.

La productividad reduce la pobreza de tres maneras: aumenta los ingresos de los pequeños agricultores; impulsa la economía rural, porque los agricultores gastan dinero en la zona; baja los precios de los alimentos, lo que ayuda en mayor medida a los consumidores más pobres. También se crearían 671 000 nuevos puestos de trabajo, la gran mayoría relacionados con el comercio y el transporte de alimentos a los mercados urbanos.

Es importante señalar que Ghana no ha alcanzado todavía el ritmo necesario para duplicar su productividad. Se trata de un objetivo ambicioso, pero no imposible.

Lo que hace falta, entre otras cosas, es innovación. Las nuevas variedades de maíz adaptadas a la zona que distribuyó el Instituto de Investigación de Cultivos de Ghana, por ejemplo, han ayudado a aumentar la producción media en 1,2 a 2 toneladas por hectárea desde 1990. Si los agricultores adoptan nuevas variedades híbridas, la producción podría alcanzar, como mínimo, las 4,5 toneladas. La clave es conseguir este tipo de incrementos en todos los cultivos de Ghana. El gobierno ha comenzado con buen pie, duplicando con creces el gasto en investigación agrícola desde el año 2000. Ghana también necesita crear sistemas hagan llegar estas innovaciones a los agricultores y que puedan acceder a los mercados generados por el crecimiento de la demanda de alimentos en las ciudades.

El sistema agroalimentario de Ghana tiene un amplio margen de desarrollo. Por ejemplo, se prevé que el sector de la elaboración de alimentos siga siendo muy pequeño para 2030. Actualmente, el principal producto agrícola que exporta Ghana, el cacao, se vende crudo y se procesa fuera del país. Mientras tanto, casi la mitad de los alimentos procesados que se consumen en Ghana son importados. Si los ghaneses compraran alimentos procesados en Ghana, su dinero se quedaría en el país y generaría más trabajo para los jóvenes.

Sin duda, el futuro de Ghana está en Accra y Kumasi. Pero también está en los campos y en los pequeños pueblos que proporcionarán alimentos al resto del país, al continente y quizás al mundo. ■



Mayoristas de Duayaw Nkwanta venden sus tomates a minoristas en el mercado Agboghloshie. (Accra, Ghana)



SELASE KOVE-
SEYRAM

Cuentista y
periodista
de Ghana.

LISTOS PARA REINVENTARNOS

UNA VISITA A LOS VENDEDORES DE TOMATES DEL MERCADO TRADICIONAL DE ACCRA NOS MUESTRA EL CAMINO HACIA EL FUTURO DE GHANA.

Como crecí en Accra, la relación que tuve con los tomates fue siempre casual. No tenía la menor idea de cómo llegaban a mi plato. A la inversa de mi hermana y mi madre, que iban a comprarlos para preparar la comida para la familia,

yo no sabía absolutamente nada de cuándo era o no la temporada de los tomates, de cómo su precio impactaba el presupuesto familiar para la compra de alimentos, o de cómo se forjaban las relaciones entre compradores y vendedores.



Wemombou Arridan cultiva tomates cuando llega la temporada. Cuando no es la temporada para los tomates,

«ESTA INVERSIÓN PODRÍA RÁPIDAMENTE PERMITIR A GHANA APROVECHAR LAS OPORTUNIDADES QUE BRINDA LA INDUSTRIA DEL TOMATE - Y TRANSFORMAR LA AGRICULTURA DEL PAÍS».

La agricultura representa más o menos la tercera parte del PIB de Ghana – y más del 40% de los empleos. Sin embargo, los tomates representan, y de lejos, el cultivo más importante del país, muy por delante del de las cebollas, los chiles y las zanahorias.

Sin embargo un estudio de 2013 sobre el consumo de verduras me llamó la atención: «A pesar de la importancia que tienen los tomates en la dieta local, gran parte de la demanda la cubre la importación desde países vecinos. Se suele pensar que los agricultores ghaneses no logran alcanzar los niveles de productividad requeridos para que sus verduras puedan competir en el mercado regional». Con una incipiente clase media, Ghana tiene, sin lugar a dudas, la base de consumidores que le permite apoyar al sector de la producción y transformación de tomates. Decidí entonces analizar la situación con mayor detenimiento.

Viajé por la ruta por la que transitan los tomates, desde Burkina Faso (el país vecino de Ghana y principal socio comercial del país) y la Alta Ghana Oriental (lugar donde se cultivan los mejores tomates del país) hasta Tamale (la ciudad de Ghana con mayor crecimiento y uno de los principales centros comerciales del país) y Accra (el mayor mercado del país para los tomates).

En las afueras de Tamale, me topé con un conjunto de huertos de tomates que habían sido plantados hacía poco tiempo, pero los campos parecían más jardines que explotaciones. «No plantamos solo tomates», dice Inusah Wumbei, uno de los agricultores, de 35 años. «Planto también maíz, boniato, y arroz». Inusah comenta que aunque los tomates sean rentables, requieren mucha atención y recursos. «No disponemos de recursos económicos para la compra de fertilizantes y otros productos químicos necesarios para cultivarlos a gran escala».

Luego pasé la tarde en un mercado de Accra con Victoria Amoah, de 53 años, para aprender lo que verdaderamente es vivir del negocio de los tomates.

«Llevo haciendo esto 32 años» me dijo Victoria con una sonrisa. «Hemos tenido que luchar bastante, pero este trabajo es importante» Señaló con el dedo un camión de remolque. «Hay más de 300 camiones

de ese tipo que pertenecen al sindicato de los conductores que trabajan en el sector del tomate. Trabajamos con ellos ya que viajamos para ir a buscar los tomates».

Para tener éxito en el sector del tomate, uno tiene que ser conocedor de las dinámicas de las temporadas, que hacen que tengamos que estar cruzando constantemente la región, algo que no siempre es fácil ni seguro. «A veces nos atacan ladrones», me comenta Victoria. «Saben que hacemos negocio con los tomates y que por lo tanto llevamos dinero». Los ataques se dan tanto en Ghana como en Burkina Faso, añadió. «Pero en Burkina Faso, los militares nos protegen cuando viajamos por la noche hasta la frontera con Ghana».

Victoria me habló de la cadena de valor de la industria del tomate, de los empleos creados por esta actividad, que van de los puestos de asistente a los de conductor. Para conducir un camión se necesitan como mínimo dos chóferes. También hay carpinteros que son los que fabrican las cajas de madera en las que se transportan los tomates desde la huerta hasta el

mercado. Para darme una idea del tamaño, me explicó que cada camión puede transportar 120 cajas. En las huertas, hay operarios que se encargan de separar los tomates – los que están maduros de los que están aún verdes, los que están duros de los que están blandos, etc.- antes de colocarlos en las cajas. También hay personal que ayuda a cargar las cajas de tomates en los camiones. «Cuando viajamos a Burkina Faso, nos llevamos a estos cargadores con nosotros» ya que en Burkina Faso no cuentan con este tipo de personal.

Victoria invitó a sus pares a unirse a la conversación. Compartieron recuerdos de sus rutas comerciales favoritas y de los mejores tomates. Son historias que el consumidor final, cuyo arroz wólof depende de las verduras, puede que nunca llegue a conocer. Se notaba que a estas mujeres les gusta el trabajo que hacen, a pesar de carecer de apoyo institucional y gubernamental. «Si tuviésemos plantas de transformación, podríamos aprovechar el excedente de tomates que acabamos tirando cuando las cosechas son muy abundantes» dijo Victoria. «Si contásemos con un apoyo, la situación sería mucho mejor en Ghana. Quizás no tuviéramos, ni tan siquiera, que ir a Burkina Faso».

En una reciente visita a Shoprite, uno de los centros comerciales de Accra, presté más atención a la sección de productos frescos, especialmente a los tomates. Me preguntaba de dónde venían. «Los obtenemos de los campesinos locales», me dijo Harriet Brookman, ejecutiva de marketing del centro comercial. "Cuando escasean en Ghana, los importamos desde Sudáfrica".

Puede que próximamente Ghana esté en condiciones de sustituir esas importaciones por tomates locales que cubran la demanda del país. El gobierno ha lanzado una campaña que se llama Plantaciones para la alimentación y la creación de empleos, cuyo objetivo es apoyar las cadenas de abastecimiento. De hacerse correctamente, esta inversión podría permitir rápidamente a Ghana aprovechar las oportunidades que brinda la industria del tomate –y transformar la agricultura del país. ■



Asana Yakubu tiene un puesto en el mercado de Dakurlini. Es nueva en el sector del tomate. (Tamale, Ghana)



CONCLUSIÓN

Hemos puesto de relieve el ingente desafío con el que tienen que lidiar los países más pobres del mundo. También hemos hecho hincapié en ejemplos de los numerosos países que se han enfrentado –y se están enfrentando– a desafíos similares.

Nuestros recursos financieros están permitiendo la promoción de soluciones y el impacto de los problemas está perdiendo vigor.

Literalmente.

Hasta la fecha, nuestra fundación ha invertido más de 15 000 millones de dólares en proyectos relevantes para África. En el futuro aumentaremos nuestras inversiones.

Lo haremos por dos motivos.

En primer lugar, porque creemos que África es la principal prioridad para el mundo de cara al futuro próximo. Lo que ocurra con el gran número de jóvenes

en África dependerá esencial y exclusivamente de los progresos que el mundo logre realizar para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible –es decir, de si la vida en este planeta se mejora o no.

En segundo lugar, seguiremos realizando inversiones porque dan resultados. La historia de los últimos 30 años es la de países de los que se pensó en su momento que eran absolutamente incapaces de reducir su tasa de pobreza y lograr un crecimiento histórico: primero China, luego la India y ahora Etiopía.

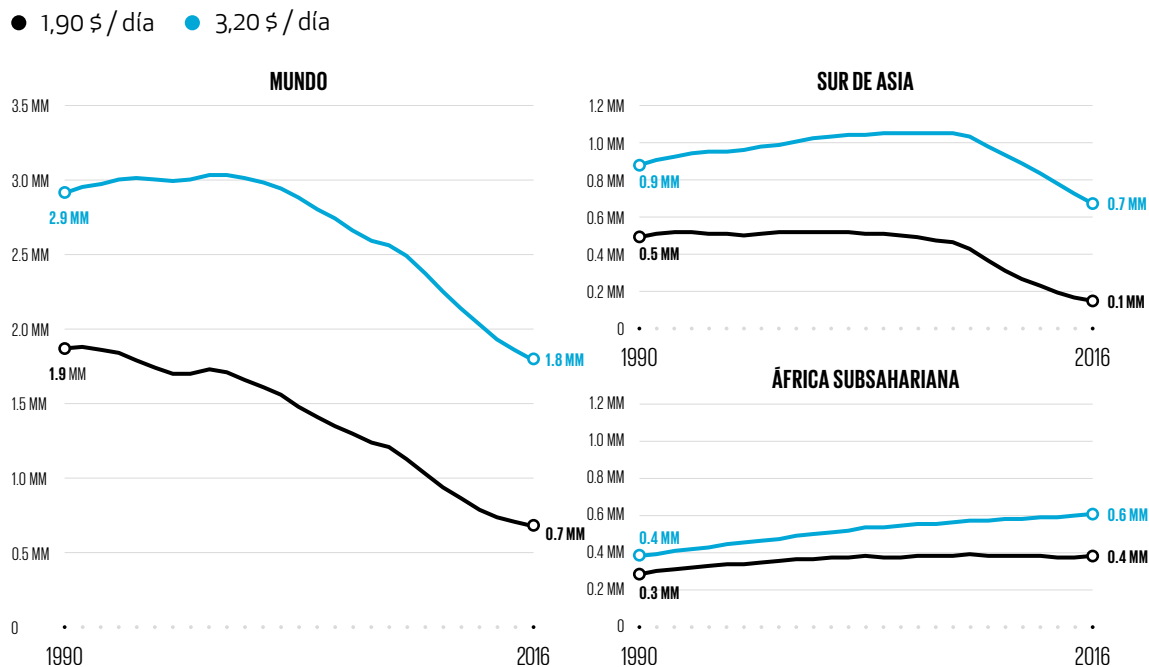
Hoy por hoy los países más pobres pueden seguir esos mismos pasos. Lo que se necesitan son gobiernos comprometidos en ayudar a sus jóvenes a construir un futuro mejor, invirtiendo en su salud y en su educación. ■

DATOS MUNDIALES

LOS DATOS

POBREZA

NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN DIFERENTES UMBRALES DE POBREZA



Meta ODS: erradicar la pobreza extrema para todas las personas en todos los lugares

La fuerte reducción de la pobreza extrema (aquellas personas que viven con menos de 1,90 \$ por día) representa quizás la mejor historia de la generación anterior. Sin embargo, para tener una imagen más matizada de la pobreza mundial, no hemos de ceñirnos únicamente a la pobreza extrema, sino considerar también las variaciones que existen entre las regiones y reflexionar juntos sobre las diferentes concepciones de la pobreza.

El Banco Mundial acaba de fijar un segundo umbral de pobreza en 3,20 \$ por día que toma en cuenta el hecho de que, a medida que los países se van enriqueciendo, aumenta el costo de la calidad mínima de vida. La buena nueva es que el número de personas que ganan entre 1,90 y 3,20 \$ se está reduciendo

también. No obstante, no todas las regiones siguen la misma trayectoria. El Sur de Asia está apenas experimentando un inicio de reducción en el número de personas con ingresos diarios de entre 1,90 y 3,20 \$. El África Subsahariana aún no ha llegado a este punto de inflexión. Estas tendencias subrayan el carácter dinámico de la pobreza; a pesar de los avances, existen todavía muchas personas que están tan cerca del umbral de extrema pobreza que pueden volver a caer por debajo del mismo en cualquier momento.

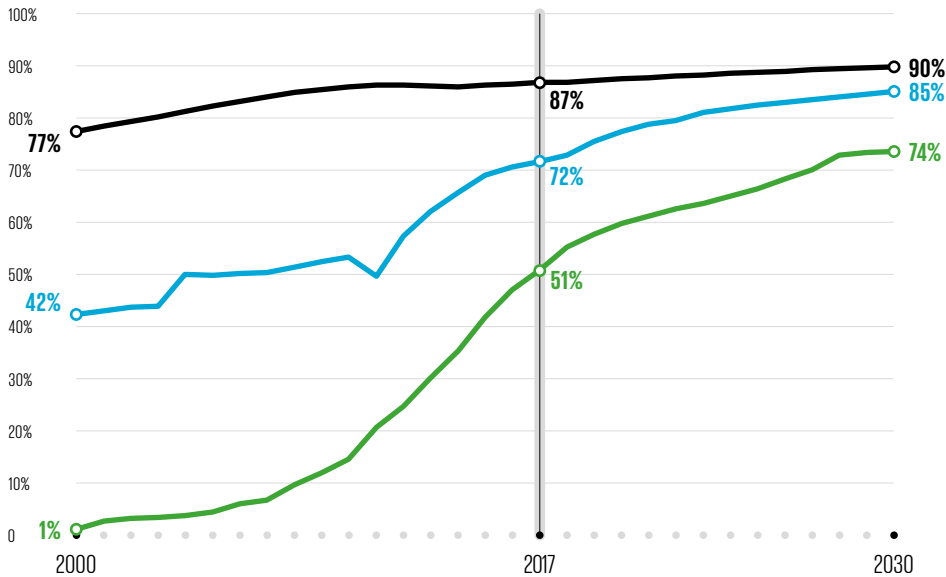
Por último, es importante reconocer que los ingresos no son el único prisma bajo el cual considerar si la vida de uno es buena o no. En las siguientes páginas, analizamos otros factores como la salud, la nutrición, la educación y los servicios financieros.

LOS DATOS

VACUNAS

COBERTURA GLOBAL DE VACUNAS SELECCIONADAS

● DTP (3ª dosis) ● Sarampión (2ª dosis) ● Vacuna antineumocócica (3ª dosis)



Meta ODS: Apoyar la investigación y el desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan principalmente a los países en desarrollo, brindar acceso a medicamentos y vacunas de primer orden que sean asequibles, de conformidad con la Declaración de Doha sobre el Acuerdo ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a hacer uso de todas las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relativos a las flexibilidades para proteger la salud pública y en particular facilitar a todo el mundo el acceso a los medicamentos.

El año pasado, dimos a conocer el porcentaje de personas que, a nivel mundial, tienen acceso a las vacunas básicas, las cuales representan unas de las mejores inversiones realizadas en el ámbito de la salud. Este único dato no permitió sin embargo tener un panorama completo de la situación. Por ejemplo, con frecuencia se añaden nuevas vacunas a los programas nacionales de inmunización. Es el caso de la vacuna que vemos aquí, para proteger a los niños contra la principal causa de neumonía. En resumen, los sistemas de inmunización están constantemente ofreciendo a un mayor número de personas, más

vacunas diferentes, a pesar de que el crecimiento demográfico implica que se tiene que trabajar más tan sólo para mantener los niveles de cobertura de las vacunas actuales.

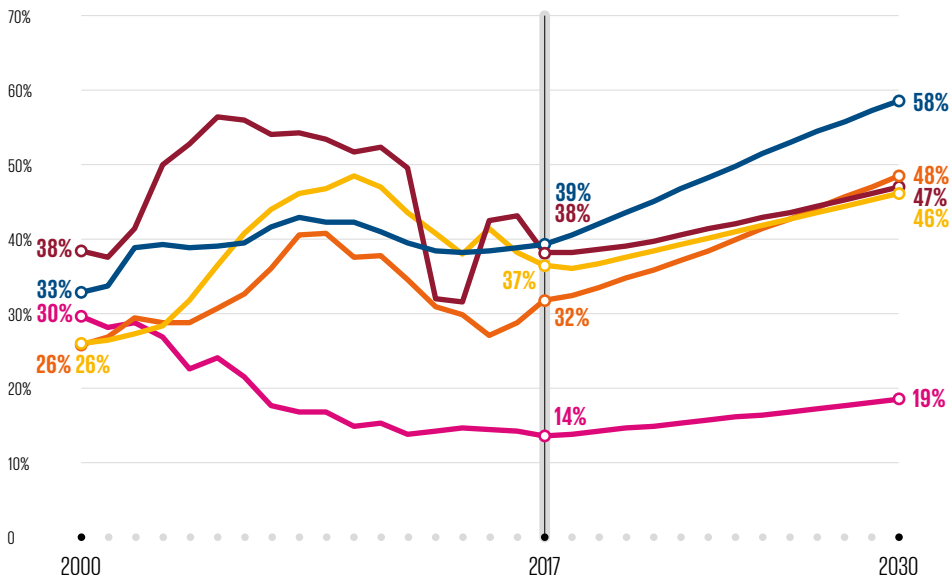
Los promedios de niveles de cobertura mundial también ocultan algunas deficiencias clave. La cobertura con la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tosferina (DTP3) es considerada la norma de referencia para medir un sistema de inmunización. Aunque la cobertura mundial con la vacuna DTP3 alcance prácticamente un 90 por ciento, existen unos cuantos países en los cuales el porcentaje de

LOS DATOS

VACUNAS

COBERTURA NACIONAL DE LA VACUNA DTP3

● República Centroafricana ● Angola ● Somalia ● Nigeria ● Guinea Ecuatorial

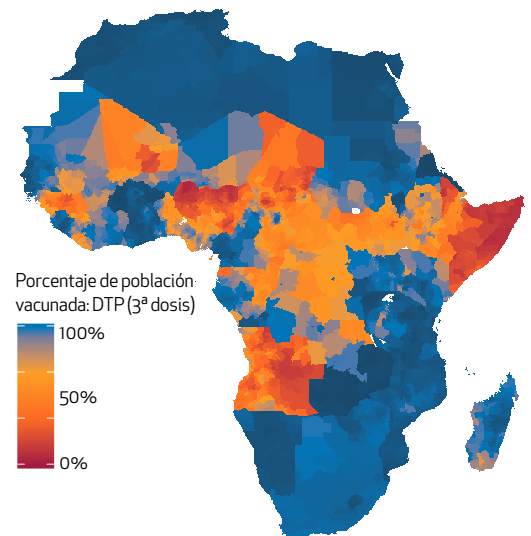


cobertura se ha situado y se sitúa muy por debajo del 50 por ciento. En los cinco países que aparecen más arriba, la previsión actual es que la cobertura se mantenga por debajo del 60 por ciento hasta el 2030. Se necesitan unas mejoras considerables para incrementar el nivel de cobertura y evitar dejar de lado a niños en estas condiciones.

El gráfico de carta térmica muestra que incluso en los países que están haciendo las cosas correctamente, hay áreas que no reciben la atención requerida. Más de la mitad de los niños no han recibido las tres dosis necesarias de DTP en el 26 por ciento de los municipios del África Subsahariana.

Ahora la prioridad consiste en replicar las estrategias exitosas en los lugares más desafiantes para que todas las personas en todo el mundo reciban las vacunas que salvan vidas.

COBERTURA SUBNACIONAL DE LA VACUNA DTP3 EN EL 2016

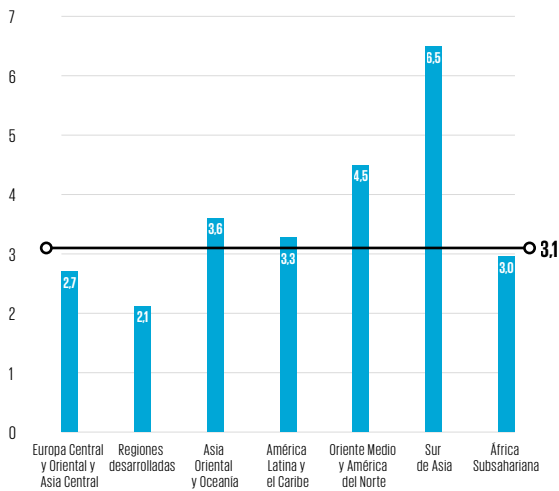


LOS DATOS

IGUALDAD DE GÉNERO

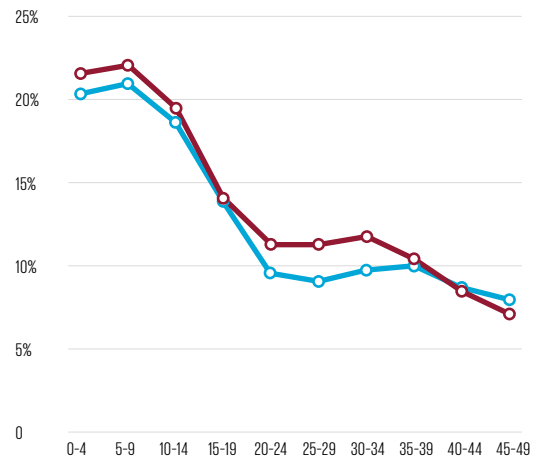
PROPORCIÓN DE HORAS DIARIAS TRABAJADAS SIN RETRIBUCIÓN POR LAS MUJERES CON RELACIÓN A LOS HOMBRES

- Proporción de horas trabajadas por las mujeres, y no remuneradas, con relación a los hombres
- Promedio mundial



PORCENTAJE DE PERSONAS QUE VIVEN EN LA EXTREMA POBREZA, POR GÉNERO & EDAD, 2009-2013

- Mujer
- Hombre



Meta ODS: Reconocer y valorar las tareas domésticas y de cuidado de otras personas mediante la provisión de servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, y mediante la promoción de una responsabilidad compartida dentro del hogar y la familia, que sean apropiadas a nivel nacional.

El año pasado, nuestro indicador de igualdad de género era el porcentaje de hombres y mujeres con derechos seguros sobre la tierra (a pesar de que los datos fueron insuficientes). Este año hemos cambiado de indicador y elegido las tareas domésticas y de cuidado de otras personas, que son tareas no remuneradas, indicador que demuestra claramente las consecuencias de la desigualdades que existen entre los géneros.

El trabajo no remunerado de cuidado incluye ir a buscar leña y agua, cocinar y realizar las tareas domésticas, y ocuparse de los niños y familiares enfermos –tareas que cualquier familia necesita realizar para poder funcionar correctamente. Como se puede observar son las mujeres y las niñas quienes, de forma desproporcionada, asumen estas tareas, algunas de las cuales son penosas y otras profundamente gratificantes.

La carga del trabajo no remunerado es uno de los motivos

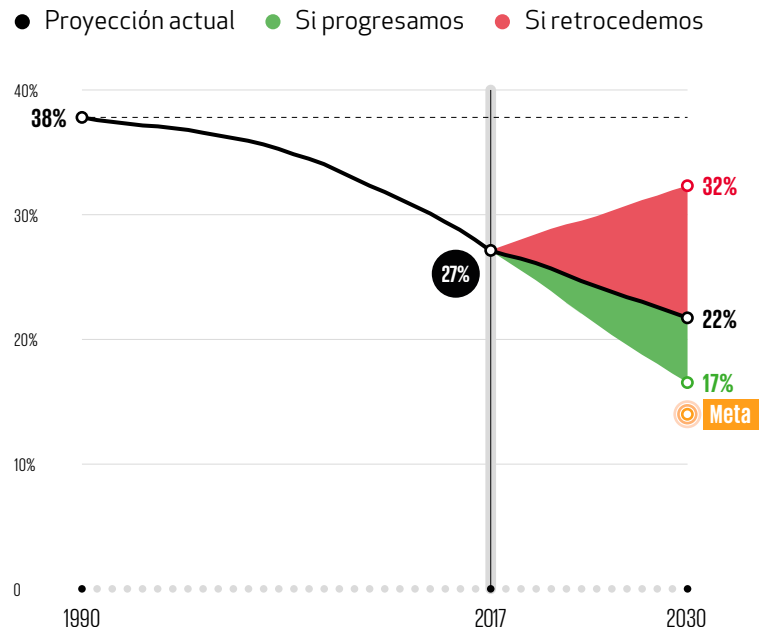
por los cuales las mujeres son más pobres que los hombres, en particular durante los años en los cuales dedican la mayor parte de su tiempo a criar a los niños. En 28 países, el 88 por ciento de las mujeres experimentaron una reducción de sus ingresos cuando tuvieron hijos. Por lo general, las mujeres de entre 25 y 34 años son un 22 por ciento más propensas que los hombres de la misma edad a ser extremadamente pobres.

Si la responsabilidad del trabajo no remunerado fuese compartida equitativamente y reducida globalmente, las mujeres y las niñas podrían ir a la escuela, montar negocios, y tomar sus propias decisiones en cuanto a la forma de participar en la sociedad y en la economía. Esto sería beneficioso no sólo para la propia mujer, sino también para su familia, su comunidad, y para lograr un mayor crecimiento económico.

RAQUITISMO

Prevalencia del raquitismo en los menores de 5 años.

El año pasado, donantes públicos y privados prometieron, en el marco de una cumbre que se celebró en Italia, donar 3 600 millones de dólares para luchar contra la desnutrición. Este evento tuvo lugar justo después de la celebración en 2013 de la primera cumbre mundial sobre nutrición, que puso este tema entre las principales prioridades de la agenda mundial, tras años de haber sido desatendido. Estos compromisos financieros han sido complementados por nuevos compromisos políticos. Por ejemplo, el gobierno de la India, país donde la tercera parte de los niños padecen raquitismo, lanzó la Misión Nacional para la Nutrición en 2018.

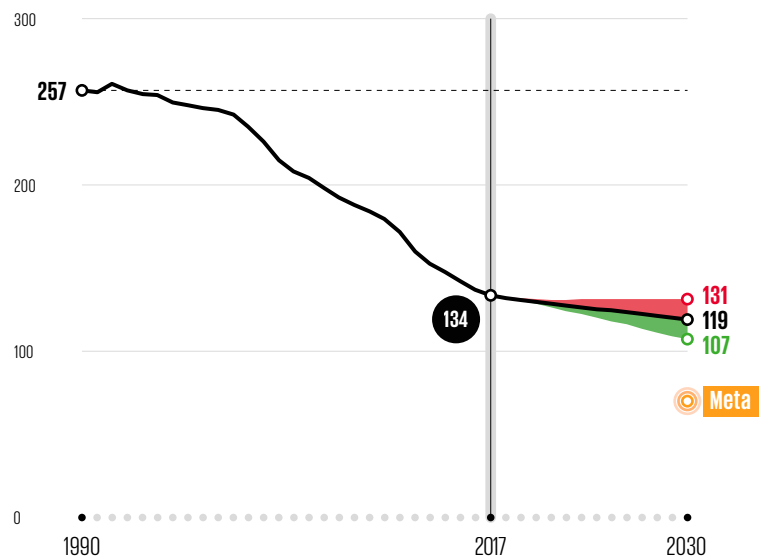


Meta ODS: acabar con cualquier forma de desnutrición, incluyendo la realización, de aquí al 2025, de los objetivos acordados internacionalmente sobre el raquitismo y la desnutrición aguda en menores de 5 años. El objetivo indicado en la gráfica es provisional

MORTALIDAD MATERNA

Número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.

La hemorragia posparto es la principal causa de mortalidad materna. Puede tratarse en prácticamente cualquier caso, pero para cerciorarse de que las madres que residen en países de bajos recursos reciban el tratamiento necesario, se requieren innovaciones. Las orientaciones actuales incluyen más de una docena de intervenciones –demasiadas para el personal sanitario que tiene que lidiar con situaciones de urgencia. No obstante, simplificando las intervenciones para que se lleven a cabo de forma grupada y estandarizada, los sistemas de salud pueden garantizar que el personal disponga de los equipos y competencias necesarias para administrar los tratamientos más prioritarios en situaciones en las que cada segundo cuenta.

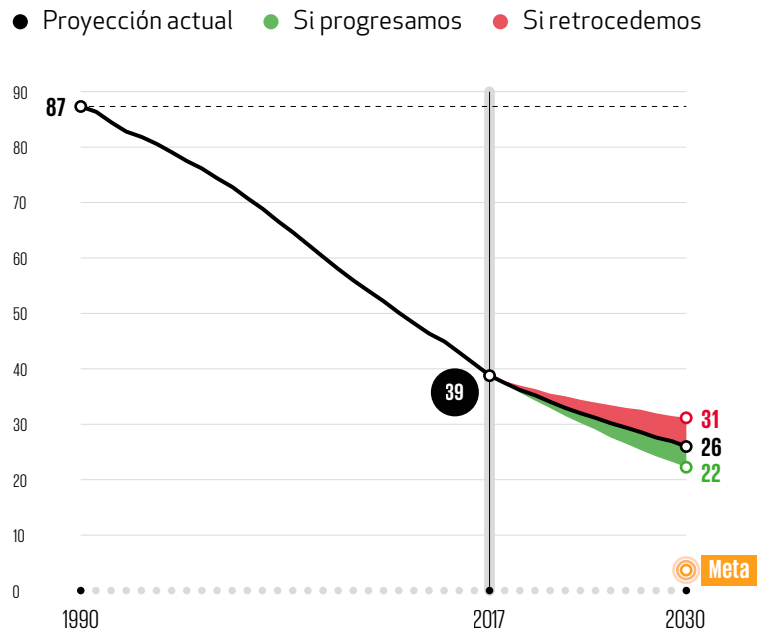


Meta ODS: Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 muertes por cada 100 000 nacidos vivos

MORTALIDAD DE LOS MENORES DE 5 AÑOS

Número de muertes de menores de 5 años por cada 1 000 nacidos vivos

Las innovaciones más vanguardistas captan la atención, sin embargo las mejoras continuas que se aportan a las soluciones ya existentes también salvan vidas en silencio. La OMS aprobó hace poco la primera vacuna infantil contra la fiebre tifoidea; una vacuna de bajo coste para proteger a los niños contra la diarrea provocada por el rotavirus; y un embalaje más ligero y más pequeño para la vacuna contra el cólera (que permite al personal sanitario transportar un mayor número de dosis). Mientras tanto, la India introdujo una vacuna clave para proteger a los niños contra la neumonía, la principal causa de muerte infantil. Fomentar la cobertura con soluciones que están siendo mejoradas continuamente ayudará al mundo a alcanzar su objetivo de reducción de la mortalidad infantil.

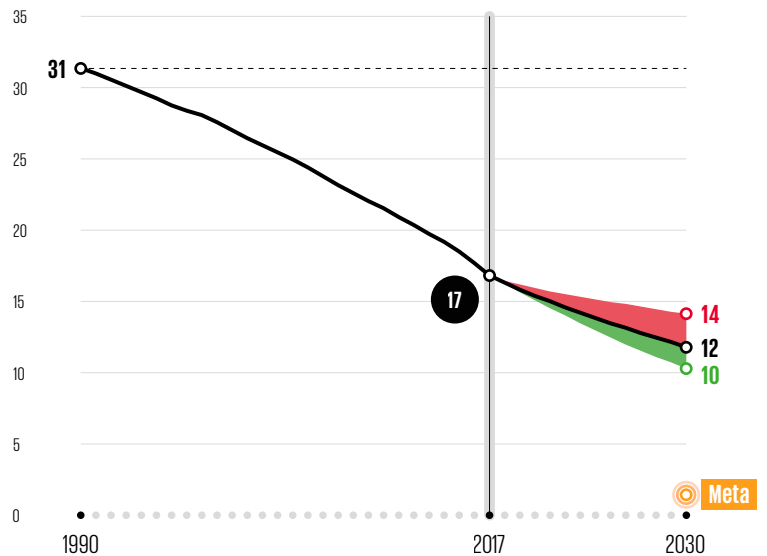


Meta ODS: Acabar con las muertes evitables de recién nacidos y menores de 5 años, gracias al impulso de todos los países por reducir la tasa de mortalidad neonatal a un máximo de 12 muertes por cada 1 000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad de menores de 5 años a un máximo de 25 muertes por cada 1 000 nacidos vivos. La meta global indicada en la gráfica es una extrapolación a partir del nivel nacional.

MORTALIDAD NEONATAL

Número de muertes neonatales por cada 1 000 nacidos vivos

A medida que el número de decesos de recién nacidos sigue reduciéndose, necesitamos centrarnos en los bebés que siguen muriendo, entender el por qué, y diseñar intervenciones que permitan ocuparse de ellos en el lugar y momento adecuados. Para ello se tiene que analizar de forma más pormenorizada la situación de los recién nacidos más vulnerables –aquellos cuyos padres son particularmente pobres, carecen de educación o no tienen acceso a cuidados médicos efectivos por motivos de inestabilidad civil, distancia geográfica o una gobernanza deficiente.

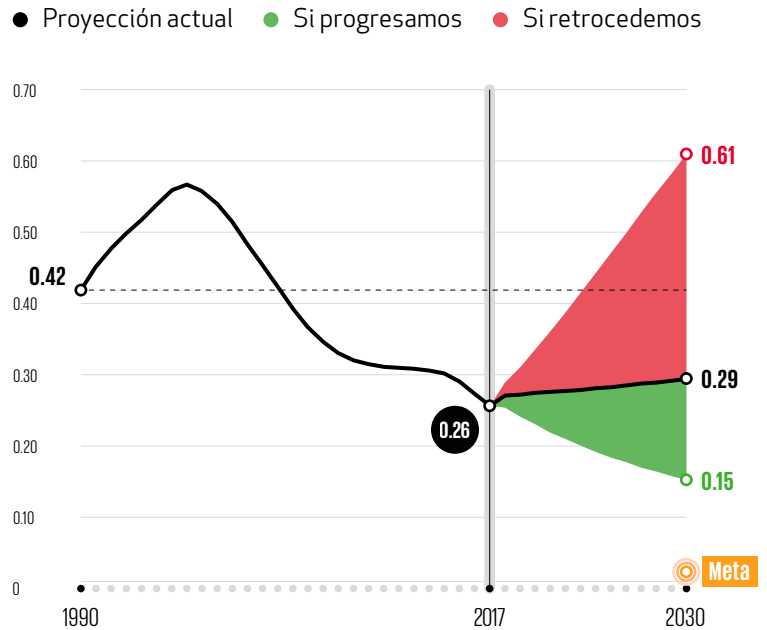


Meta ODS: Acabar con las muertes evitables de recién nacidos y menores de 5 años, con el impulso de todos los países para reducir la tasa de mortalidad neonatal a un máximo de 12 muertes por cada 1 000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad de menores de 5 años a un máximo de 25 muertes por cada 1 000 nacidos vivos. La meta global indicada en la gráfica es una extrapolación a partir del nivel nacional.

VIH

Nuevos casos de VIH por cada 1 000 personas

El tratamiento contra el VIH permite evitar nuevas infecciones. Para dar un gran paso y lograr un tratamiento universal hay que cerciorarse de que las personas con VIH conocen su situación. Actualmente, sólo es el caso del 70 por ciento de las personas infectadas. Se han realizado estudios a lo largo y ancho del planeta que demuestran que las personas, en particular aquellas a las que es difícil llegar y que están en una situación arriesgada, prefieren realizarse ellas mismas las pruebas en vez de someterse a exámenes clínicos. Hasta la fecha, unos 40 países disponen de políticas de autoexámenes. Si aumenta este número, se reducirá el número de infecciones.

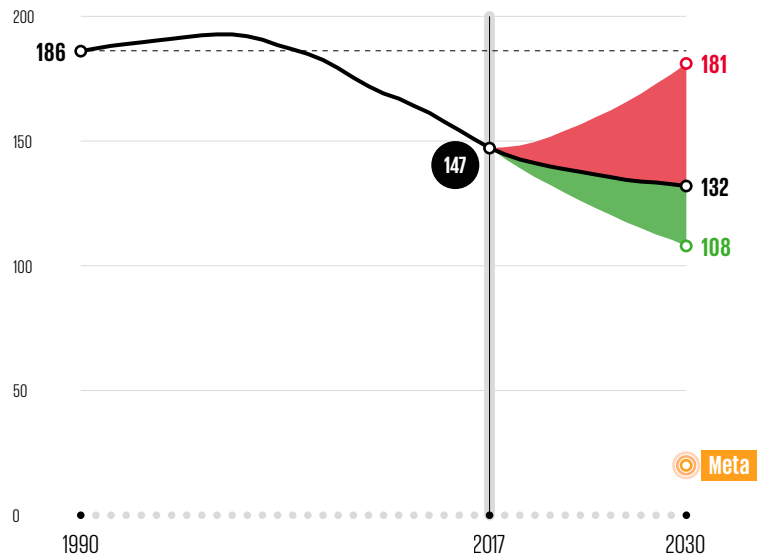


Meta ODS: Acabar con las epidemias del SIDA, la tuberculosis, el paludismo y las enfermedades tropicales desatendidas. La meta indicada en la gráfica es una extrapolación de la meta de ONUSIDA de 200 000 nuevas infecciones en adultos en el 2030.

TUBERCULOSIS

Nuevos casos de tuberculosis por cada 100 000 personas

En la India se registran más casos de TB que en cualquier otro país del mundo. El Gobierno de la India ha aportado una respuesta triplicando su financiación pública para luchar contra esta enfermedad y mediante el lanzamiento de un plan de erradicación de TB de aquí a 2025, cinco años antes de lo programado para los Objetivos Globales. El plan nacional de la India incluye compromisos para aumentar de forma significativa el número de personas examinadas y tratadas exitosamente, enfocándose en particular en los pacientes que recurren al sector privado para su atención médica.

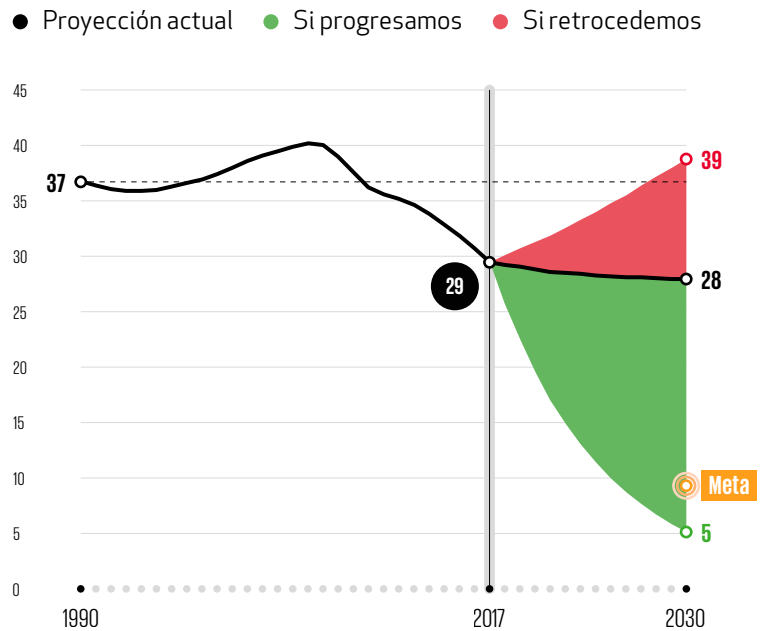


Meta ODS: Acabar con las epidemias del SIDA, la tuberculosis, el paludismo y las enfermedades tropicales desatendidas. La meta indicada en la gráfica es una extrapolación de la meta de la Alianza Alto a la TB (Stop TB Partnership) de un máximo de 20 casos por cada 100 000 personas en el 2030.

PALUDISMO

Nuevos casos de paludismo por cada 1 000 personas

El paludismo se encuentra en una encrucijada. Los nuevos datos disponibles han permitido revisar al alza las estimaciones de las prevalencias pasadas, pero la tendencia es la misma: más de una década de progresos, pero un futuro inseguro por delante. Los avances que se han realizado en materia de vigilancia de las enfermedades nos están ayudando a seguir progresando. Mientras obramos por reducir el número de casos y lograr por fin la erradicación de esta enfermedad, necesitamos aumentar las financiaciones, optimizar el uso de las herramientas actuales, y sacar partido a los nuevos sistemas de vigilancia, a los sistemas de simulación, y a las redes mosquiteras de nueva generación.

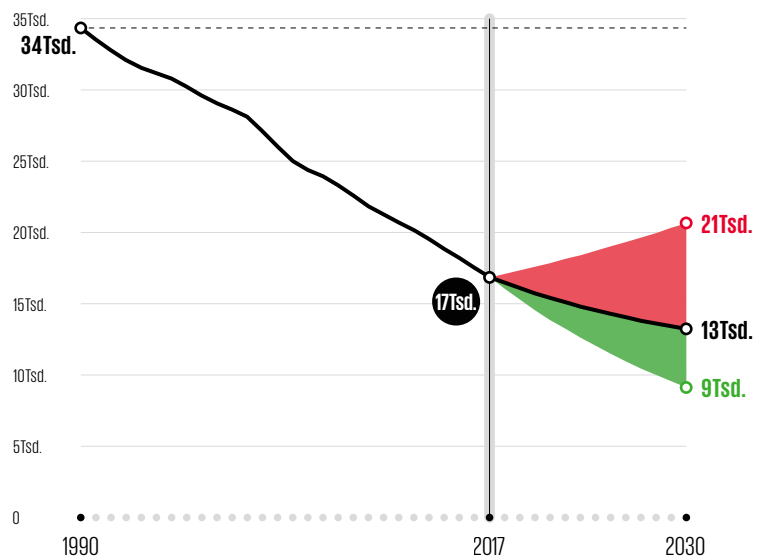


Meta ODS: Acabar con las epidemias del SIDA, la tuberculosis, el paludismo y las enfermedades tropicales desatendidas. La meta indicada en la gráfica es una extrapolación de la meta de la Estrategia Técnica Mundial de la OMS de reducción de la incidencia en un 90 por ciento.

ENFERMEDADES TROPICALES DESATENDIDAS (ETDs)

Tasa de prevalencia de 15 ETDs por cada 100 000 personas

Los avances realizados recientemente para luchar contra las enfermedades tropicales desatendidas (ETDs) se debe en gran medida a una mejor administración de los medicamentos existentes. Para erradicar las ETDs se tiene que seguir mejorando la cobertura global a la vez que se inventan nuevas soluciones. Este año estamos a la espera del lanzamiento de dos innovaciones de este tipo: un tratamiento ultra simplificado para luchar contra la enfermedad del sueño africano (píldoras en vez de una punción lumbar, seguidas por un tratamiento hospitalario) y una nueva combinación de medicamentos para luchar contra la filariasis linfática que reduce de forma significativa el tiempo que se necesita para erradicar a un parásito de una comunidad.



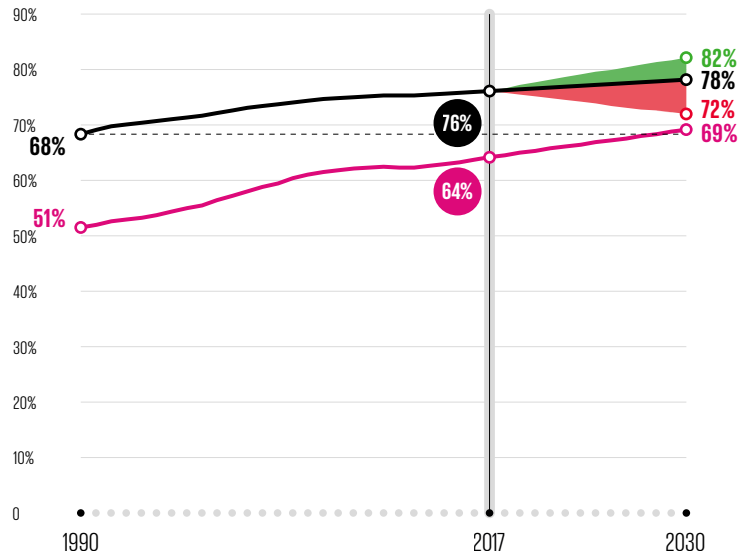
Meta ODS: Acabar con las epidemias del SIDA, la tuberculosis, el paludismo y las enfermedades tropicales desatendidas.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Porcentaje de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que ven sus necesidades de planificación familiar cubiertas con métodos modernos

El hecho de brindar un mayor acceso a distintas opciones anticonceptivas es esencial para poder satisfacer las necesidades de las mujeres en materia de planificación familiar, en particular en los países más pobres. Estudios realizados en el África Subsahariana muestran que los beneficios de los implantes, a los que se tiene ahora un acceso más fácil, están contribuyendo al aumento del uso generalizado de anticonceptivos. La investigación que se está realizando para desarrollar nuevos métodos –y facilitar el acceso a los anticonceptivos así como a los servicios de planificación familiar de alta calidad– mejorarán de forma significativa el bienestar de las mujeres y de los países.

- Proyección actual
- Si progresamos
- Si retrocedemos
- 69 países más pobres

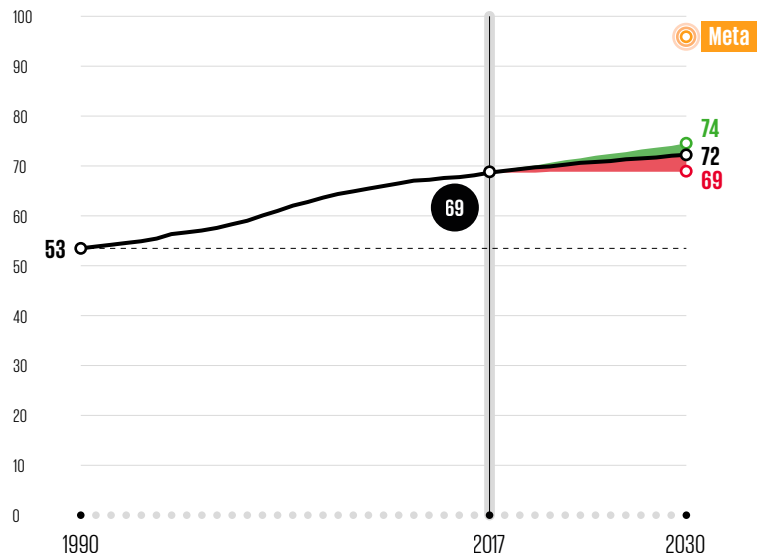


Meta ODS: Garantizar un acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo los servicios de planificación familiar.

COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

Puntaje de desempeño por la cobertura de servicios sanitarios básicos

El año pasado, la OMS hizo de la cobertura médica universal su principal prioridad. Hay que empezar por invertir en la atención primaria para que pueda satisfacer el 90 por ciento de las necesidades de las personas. En realidad, el desempeño realizado por los países en la mayor parte de los indicadores de este informe depende de la robustez de los sistemas de atención primaria. El director general de la OMS declaró que es «la responsabilidad de cada país... alcanzar una cobertura universal». A medida que vaya pasando el tiempo, la forma de esta curva revelará cómo los gobiernos están respondiendo a este desafío.

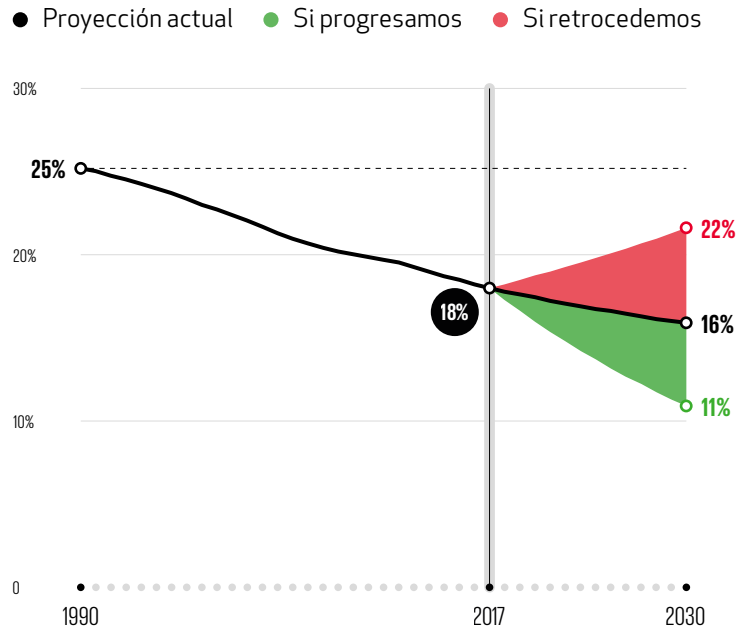


Meta ODS: Lograr una cobertura sanitaria universal para todos.

TABAQUISMO

Prevalencia del tabaquismo actual en las poblaciones de 10 años y más

Las tasas de tabaquismo se están reduciendo gracias al incremento del precio del tabaco ligado al aumento de las tasas, a las prohibiciones de fumar, y a otras prácticas basadas en la evidencia y descritas en el Convenio Marco de la OMS sobre el Control del Tabaco. A pesar de que estas prácticas se hayan ampliado, este hábito de fumar seguirá matando a millones de fumadores y provocándoles enfermedades y discapacidades. Productos de tabaco alternativos, como pueden ser los cigarrillos electrónicos, no son inofensivos aunque puedan ser menos dañinos. Necesitamos entender si sí o no podrían cambiar el curso de la epidemia del tabaco sin que la juventud se vuelva adicta a los mismos.



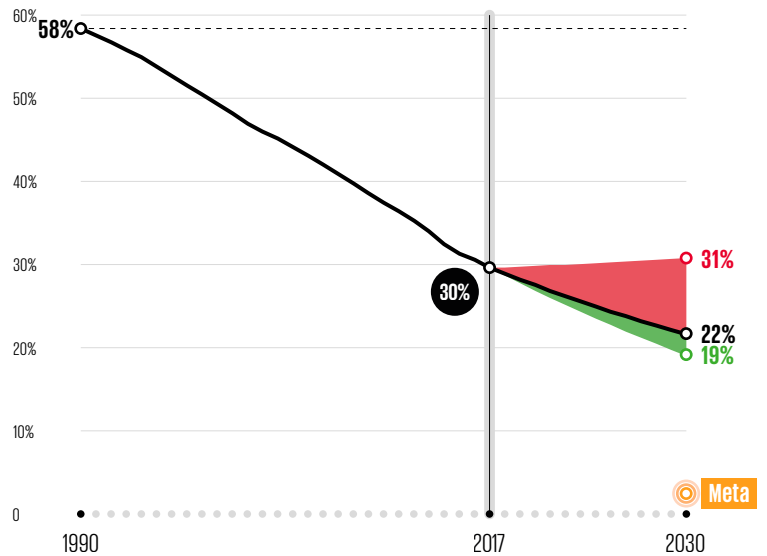
Meta ODS: Reforzar la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud sobre el Control del Tabaco en todos los países.

INSTALACIONES SANITARIAS

Tasa de prevalencia de la población que utiliza sistemas de saneamiento no seguros o no mejorados

Esta gráfica se ha elaborado a partir de datos que ponen de manifiesto el hecho de que las mejoras se producirán con el aumento de conexiones al alcantarillado así como con el incremento del número de plantas de depuración de aguas residuales - onerosas e inviables en muchos lugares.

Creemos que habrá mayores logros aún, recolectando y procesando de forma segura una mayor parte de los residuos humanos que se están acumulando actualmente en letrinas de pozo y fosas sépticas, así como introduciendo inodoros innovadores -no conectados a la red de alcantarillado- que neutralizan a los patógenos.

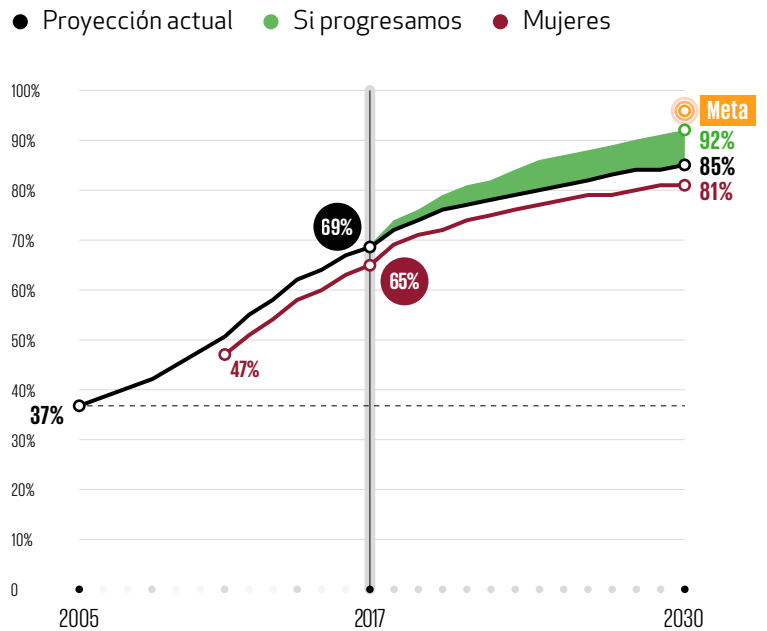


Meta ODS: Lograr un acceso adecuado y equitativo a sistemas de saneamiento y a la higiene para todos, y eliminar la defecación al aire libre, poniendo especial atención a las necesidades de las mujeres y niñas y a aquellos que se encuentren en situaciones de vulnerabilidad.

SERVICIOS FINANCIEROS PARA LOS POBRES

Porcentaje de adultos (de 15 años y más) titulares de una cuenta en un banco u otra institución financiera o que disponen de un proveedor de servicios de dinero electrónico.

Según la base de datos Global Findex del Banco Mundial, desde 2014, el porcentaje de adultos que disponen de una cuenta bancaria o de una cuenta de dinero electrónico ha pasado de un 62 a un 69 por ciento. Sin embargo, la diferencia entre hombres y mujeres a nivel mundial sigue siendo la misma, y se sitúa en un 7 por ciento, y mucho más en algunos países. (En Bangladesh, por ejemplo, los hombres y las mujeres representan respectivamente el 65 y el 35 por ciento). La inclusión financiera puede empoderar a los pobres. Si no se incluyen a los hombres y a las mujeres, de forma equitativa, las desigualdades aumentarían en vez de reducirse, y los países no lograrán desarrollar su potencial económico.

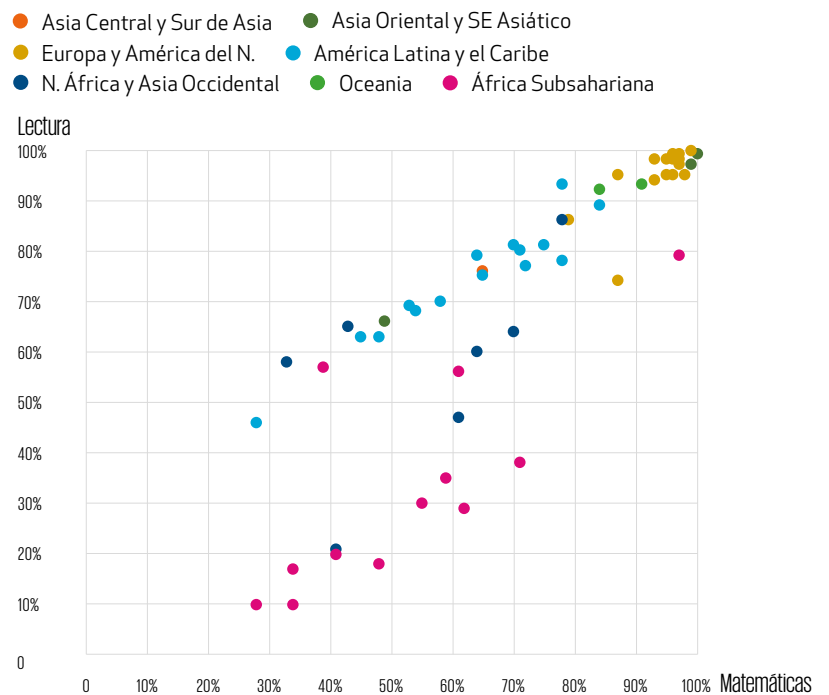


Meta ODS: Reforzar la capacidad de las instituciones financieras nacionales para fomentar y ampliar el acceso para todos a los servicios bancarios, financieros y de seguros.

EDUCACIÓN

Porcentaje, por género, de niños y jóvenes: en 2º y 3er grado; al terminar la escuela primaria; al concluir el primer ciclo de secundaria que logran, como mínimo, tener un nivel básico en lectura y matemáticas

Mientras que solo el 28 por ciento de los países tienen datos para los tres puntos, la UNESCO estima que más de 600 millones de estudiantes no han logrado adquirir las competencias básicas. Un mayor número de países necesitan recopilar datos (en particular sobre el aprendizaje básico en los primeros grados) para poder diseñar estrategias basadas en la evidencia con miras a solventar la crisis de aprendizaje que padecen. Algo alentador es que al menos siete iniciativas lanzadas en varios países permiten ahora medir las competencias en escritura y aritmética en los grados 2º y 3º, incluyendo evaluaciones realizadas por iniciativa de los ciudadanos en el África Subsahariana así como una evaluación regional en África Occidental.



Meta ODS: De aquí al 2030, garantizar que todas las niñas y niños concluyan la enseñanza primaria y secundaria gratuita, equitativa y de calidad, logrando así resultados de aprendizaje relevantes y efectivos.

DATOS INSUFICIENTES: AGRICULTURA

Volumen producido por unidad de trabajo por tamaño y tipo de explotación (explotación agrícola / granja / explotación forestal)

La mayor parte de los países de bajos recursos del África Subsahariana siguen sin recopilar datos sobre la productividad agrícola y los ingresos, porque realizar esta tarea es extraordinariamente oneroso y laborioso. Nuestra fundación, gracias al trabajo que está realizando con la cooperación de un grupo de donantes, agencias de la ONU y otros países, está ayudando a acelerar la elaboración de estudios eficientes sobre la agricultura en los países en los que hay deficiencias, con el objetivo de que todos los países financien periódicamente la realización de estudios de gran calidad en la próxima década. Con este apoyo, estos países lograrán ajustar continuamente sus inversiones y políticas basándose en la evidencia y sabiendo así qué es lo que funciona.

FUENTES Y NOTAS

Las fuentes de las que provienen los datos sobre los que se basan los hechos y números de este informe aparecen listadas más abajo, por sección. Encontrará también unas notas breves sobre la metodología utilizada para realizar algunos análisis que no han sido publicados, pero sírvase visitar las páginas Web de los socios que nos han facilitado los datos: allí tiene una descripción detallada de las metodologías utilizadas.

¿PUEDE EVITARSE LA POBREZA?

Todos los datos han sido facilitados por el Instituto de Evaluación y Métrica de Salud (IHME), 2018. Encontrará más abajo unas breves notas sobre la metodología utilizada. Si desea más información, sírvase visitar la página www.healthdata.org. Todas las clasificaciones regionales siguen las super regiones IHME, que son regiones agrupadas según las causas de defunción.

Estimaciones de la pobreza

Las tasas de extrema pobreza miden la proporción de la población de un país que vive con menos de 1,90 \$ por día, medido en dólares ajustados según la paridad del poder adquisitivo (PPA). Las estimaciones nacionales para los años 1980 y 2016 vienen del Banco Mundial. La regresión espacio temporal del proceso de Gauss fue utilizada para realizar la estimación de una serie de tiempo completa para todos los países usando tres covariables (PIB por habitante, educación y fertilidad) que

permiten realizar un pronóstico de la pobreza. Las estimaciones de la pobreza a nivel nacional fueron realizadas para el periodo 2017-2050, estimando el cambio de la tasa de pobreza año tras año, combinando varios modelos.

Estimaciones demográficas

Las estimaciones demográficas se basan en un análisis sistemático de los datos sobre la población, la mortalidad, la fertilidad y la migración usando un modelo estadístico bayesiano. Las previsiones relativas a la mortalidad y a la fertilidad contienen un componente causal que refleja los factores esenciales y otro componente que traduce la variación residual que está relacionada con el tiempo. En cuanto a la mortalidad, el componente causal abarca los riesgos e intervenciones así como factores más distales como los ingresos. Para la fertilidad, se incluyen los factores siguientes: nivel educativo de las mujeres y proporción de mujeres cuya necesidad de planificación familiar está cubierta con métodos anticonceptivos modernos.

Estimaciones de capital humano

Las estimaciones de recursos de capital humano integran tres componentes: nivel escolar medido como el promedio de años de escolarización; calidad del aprendizaje o de la enseñanza tal y como se miden en las pruebas estandarizadas; y el estado de salud funcional medido como la prevalencia ponderada de siete afecciones médicas relacionadas con la productividad, como por ejemplo el raquitismo. El efecto de los cambios de recursos de capital humano en los cambios de PIB por habitante fueron estimados utilizando una regresión del crecimiento y fueron utilizados para realizar un modelo del efecto de diferentes hipótesis futuras.

El Proyecto de Capital Humano del Banco Mundial publicará un Índice de Capital Humano en el transcurso de este año.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Crecimiento demográfico y capital humano, gráfica «Proyecciones de crecimiento demográfico en el África Subsahariana» del Proyecto Track20, 2018. Véase www.track20.org.

Las proyecciones de la ONU están en línea con la revisión de 2017 de las proyecciones demográficas mundiales, según la variante media para el África Subsahariana. La proyección del impacto de los embarazos no deseados se valora asumiendo que la tasa global de fertilidad (TGF) disminuye rápidamente en un periodo de 5 años por el nivel general de exceso de fecundidad, basado en el promedio ponderado de 39 encuestas demográficas y de salud. La hipótesis de «cambio notable en los nacimientos prematuros» mantiene una reducción de la TGF coherente con la variante media de la ONU pero realiza un ajuste de la distribución de los nacimientos a lo largo de un periodo de 5 años para imitar la distribución actual de edades de las parturientas en Asia, donde hay pocos partos de adolescentes y donde la mayor parte de los partos son de mujeres cuyas edades se concentran en los grupos de edades de 25 años y más.

VIH

Tres hipótesis futuras para la epidemia del VIH en Zimbabwe, gráfica «Hasta 364K nuevos casos de VIH entre los 15 y los 29 años podrían ser evitados» por Leo Beacroft y el Profesor Tim Hallett del Imperial College utilizando el modelo de *Smith et al., The Lancet HIV*, julio de 2016, 3(7) e289-e296, transfiriendo el análisis de Sudáfrica a Zimbabwe.

EDUCACIÓN

Pasar de la matriculación al aprendizaje, gráfica «Porcentaje de niños y adolescentes de los que se espera que logren un nivel básico de competencias en matemáticas y lectura» adaptada a partir de los datos del Instituto de Estadísticas de la UNESCO, «Más de la mitad de los niños y adolescentes del mundo no están aprendiendo» Ficha descriptiva No. 46, septiembre de 2017. El número representa la proporción combinada de niños y adolescentes en edad de asistir a la escuela primaria y secundaria elemental de los que se espera que alcancen un nivel básico de competencias en lectura y matemáticas al terminar, respectivamente, la escuela primaria o el primer ciclo de secundaria.

«En las pruebas internacionales, el puntaje de Vietnam es tan bueno como el de los países de ingresos elevados» gráfica adaptada a partir de Dang, H.H., y Glewwe, P.W., «Well Begun, but Aiming Higher: A Review of Vietnam's Education Trends in the Past 20 Years and Emerging Challenges» *The Journal of Development Studies*, 2018, 54(7): 1171-1195. Datos compartidos por los autores.

AGRICULTURA

Agricultura y reducción de la pobreza, gráfica «Porcentaje de la población que vive en la pobreza» por el Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI), 2018, utilizando el modelo de Análisis de las Inversiones y Políticas en zonas rurales (RIAP). El modelo RIAPA para Ghana utiliza una matriz de contabilidad social para alinearse con el Estudio 2012/13 sobre las condiciones de vida en Ghana. Se utiliza el umbral de pobreza nacional de Ghana definido de la forma siguiente: individuo incapaz de satisfacer todas sus necesidades alimentarias y no alimentarias. Dicho umbral se fijó en 1 314 cedis ghaneses por adulto y por año para el 2013. La hipótesis de «proyección actual» parte del supuesto de que las tendencias agrícolas y nacionales para el período 2006-2013 se mantendrán hasta 2030. La hipótesis de «duplicación de la productividad» aumenta el incremento de la productividad global de los factores en la agricultura, la ganadería y la pesca hasta que el nivel de productividad laboral se duplica de aquí al 2030. Los impactos de la pobreza se miden utilizando unos análisis de microsimulaciones basados en estudios.

DATOS GLOBALES

En el primer informe del año pasado, seleccionamos 18 de los 232 indicadores ODS para realizar un seguimiento anual de los mismos. Este año, nos centramos en tres de los 18 indicadores que estamos siguiendo: la pobreza, las vacunas y la igualdad de género. También presentamos en este informe datos sobre la educación y la igualdad de género, temas sobre los que había datos insuficientes el año pasado. Los datos de los que disponemos no son suficientes para poder proporcionar un panorama global y exhaustivo, pero sí ponen de manifiesto que se están realizando progresos en la facilitación de un mayor número de datos.

En cuanto a los indicadores de salud, las estimaciones vienen del Instituto de Evaluación y Métrica de Salud (IHME) de la Universidad de Washington. Metodologías para las hipótesis: las hipótesis «si progresamos» derivan de la fijación de los índices de cambio en el 85º percentil de los índices históricos de cambios anuales en todos los países. Las hipótesis «si retrocedemos» derivan de la fijación de los índices de cambio en el 15º percentil de los índices históricos de cambios anuales en todos los países. Las proyecciones actuales se basan en tendencias pasadas.

Pobreza

Todos los datos proceden del IHME, 2018. Las tasas de pobreza moderada miden la proporción de la población de un país que vive con menos de 3,20 \$ al día, medidos en dólares ajustados según la paridad del poder adquisitivo (PPA). Si desea más información sírvase referirse a la descripción que encontrará más arriba en la sección «Estimaciones de la pobreza».

Vacunas

La medición del IHME de la cobertura de inmunización informa sobre la cobertura de cada una de las siguientes vacunas: vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina en 3 dosis (DTP3), segunda dosis de la vacuna contra el sarampión (MCV2) y vacuna conjugada antineumocócica en 3 dosis (PCV3).

Igualdad de género

Munoz Boudet, A., Buitrago, P., Leroy De La Briere, B., Newhouse, D., Rubiano Matulevich, E., Scott, K., Suarez Becerra, P., *Gender differences in poverty and household composition through the life-cycle: a global perspective* (English). Documento de trabajo sobre la investigación política; no. WPS 8360. World Bank Group, 2018.

UN Women, *Progress of the World's Women 2015-2016: Transforming Economies, Realizing Rights*, 2015. Análisis de datos adicionales por Dalberg Advisors, 2018.

Enfermedades tropicales desatendidas

El Instituto IHME mide la totalidad de la prevalencia de 15 ETDs por cada 100.000 personas, medición actualmente presentada en el estudio sobre la Carga mundial de morbilidad: tripanosomiasis africana, enfermedad de Chagas, equinococosis quística, cisticercosis, dengue, trematodiasis de transmisión alimentaria, gusano de Guinea, helmintos transmitidos por el suelo, leishmaniosis, lepra, filariosis linfática, oncocercosis, rabia, esquistosomiasis, anquilostoma, tricuriasis, ascariasis y tracoma.

Cobertura sanitaria universal

Todos los datos proceden del IHME. Definida por un índice UHC (cobertura sanitaria universal) de cobertura de nueve intervenciones de seguimiento así como por tasas de mortalidad estandarizadas por riesgo derivadas de 32 causas imputables a los cuidados sanitarios personales. Las intervenciones de seguimiento incluyen: la cobertura de vacunación (cobertura de tres dosis de DTP, vacuna contra el sarampión y tres dosis de vacuna de polio oral o vacuna de polio inactivada); cobertura de las necesidades de métodos anticonceptivos modernos; cobertura de la atención prenatal (entre una y cuatro visitas); cobertura de personal obstétrico capacitado; número de partos en centros médicos; y cobertura de la terapia antirretroviral para las personas con VIH. Las 32 causas imputables a los cuidados sanitarios personales incluyen la tuberculosis, enfermedades diarreicas, infecciones de las vías respiratorias bajas, difteria, tos ferina, tétanos, sarampión, trastornos maternos, trastornos neonatales, cáncer colorrectal, cáncer no melanoma, cáncer de mama, cáncer del cuello uterino, cáncer testicular, linfoma de Hodgkin, leucemia, enfermedad cardíaca reumática, enfermedad cardíaca isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad cardíaca hipertensiva, enfermedad por úlceras pépticas, apendicitis, hernia, enfermedades vesiculares y biliares, epilepsia, diabetes, enfermedad renal crónica, anomalías cardíacas congénitas y efectos adversos de los tratamientos médicos.

El Instituto IHME estableció una escala del 0 al 100 para los 41 indicadores: el 0 refleja los peores niveles observados entre 1990 y 2016 y el 100 los mejores niveles. Se tomó la media aritmética de estos 41 indicadores para presentar un amplio abanico de servicios sanitarios básicos relacionados con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil; las enfermedades infecciosas; las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios sanitarios y acceso a los mismos.

Instalaciones sanitarias

El Instituto IHME realizó una medición de los hogares que gozan de sistemas de saneamiento (conectados a la alcantarilla); de los hogares con sistemas sanitarios mejorados sin estar conectados a la alcantarilla (letrina de pozo, letrina ventilada mejorada, letrina de pozo con losa, inodoro orgánico); y de los hogares sin sistemas sanitarios mejorados (inodoro de cisterna que no está conectado a la alcantarilla o a una fosa séptica, letrina de pozo sin losa o pozo abierto, cubo, inodoro o letrina colgante, instalaciones compartidas, ninguna instalación), como definido por el Programa Conjunto de Monitoreo de Abastecimiento del Agua y del Saneamiento.

Servicios financieros para los pobres

2005 y 2008: Fondo Monetario Internacional, Estudio sobre el acceso a los servicios financieros.

2011-2017: Banco Mundial, Inclusión financiera global (Base de datos Global Findex). <https://globalfindex.worldbank.org/>

2018-2030: Banco Mundial. Se calculó una tasa promedio anualizada de conversión de adultos no incluidos, basándose en los datos existentes para el 2011, 2014 y 2017 y luego se aplicó a cada país para el período 2018-2030. Se utilizaron valores ponderados para cada país. Las proyecciones no toman en cuenta el crecimiento antes del 2011 y usan exclusivamente datos sobre la inclusión financiera del lado de la demanda. La diferencia de género se mantiene plana, ya que los datos disponibles de los años 2011, 2014 y 2017 no arrojan ningún cambio en las diferencias entre los géneros.

La hipótesis «si progresamos» se basa en Manyika, J., Lund, S., Singer, M., White, O., y Berry, C., «Digital finance for all: Powering inclusive growth in emerging economies», McKinsey Global Institute, septiembre de 2016.

Educación

Instituto de Estadística de la UNESCO, SDG 4 Data Book: Global Education Indicators 2018, 2018.

FOTOGRAFÍA

Imágenes facilitadas por Gates Archive, con las siguientes fotos adicionales: Portada: Una colegiala en Nairobi, Kenya. (foto por cortesía de Alamy Photography) Contraportada y solapa: Un aula en la provincia de Cibitoke, Burundi. (foto por cortesía de Alamy Photography) Página 5 (foto por cortesía de National Geographic Creative) Páginas 18 y 20 (fotos por cortesía de Ideo.org)

LOS DATOS

DATOS MUNDIALES

Visualización instantánea de los 18 indicadores presentados en el informe

- Proyección actual
- Si progresamos
- Si retrocedemos
- Meta para el 2030

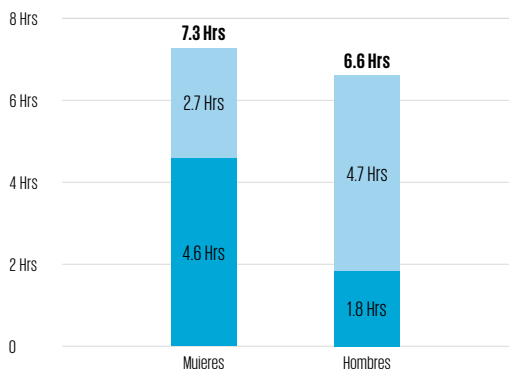
Datos insuficientes: Agricultura

Volumen de producción por unidad de trabajo por tamaño y tipo de explotación (explotación agrícola / granja / explotación forestal)

IGUALDAD DE GÉNERO

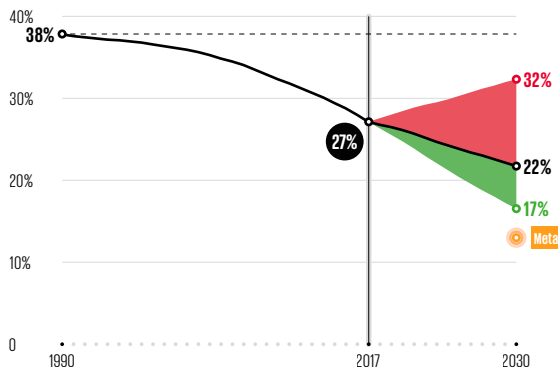
- Trabajo no remunerado
- Trabajo remunerado

Distribución por género del trabajo remunerado y no remunerado, promedio mundial



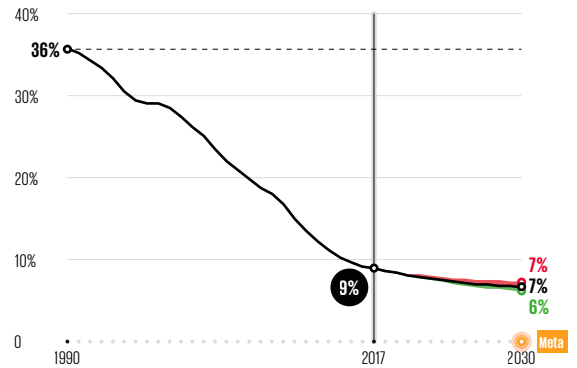
RAQUITISMO

Prevalencia del raquitismo entre los menores de 5 años



POBREZA

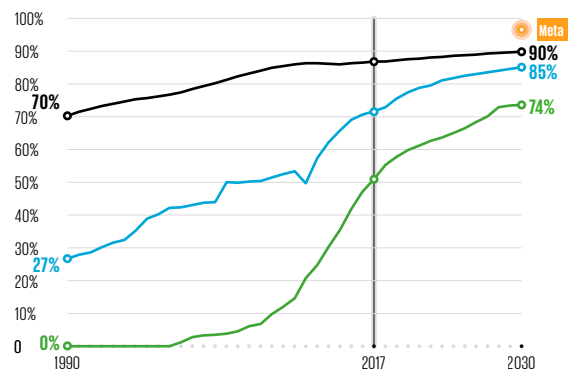
Porcentaje de la población que se sitúa por debajo del umbral internacional de pobreza (1,90 \$/día)



VACUNAS

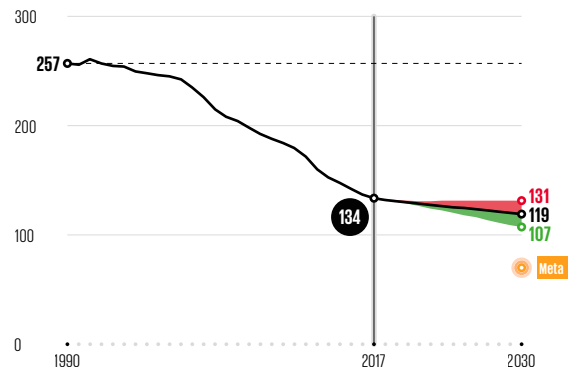
- DTP (3ª dosis)
- Sarampión (2ª dosis)
- Vacuna antineumocócica (3ª dosis)

Cobertura mundial de las vacunas seleccionadas



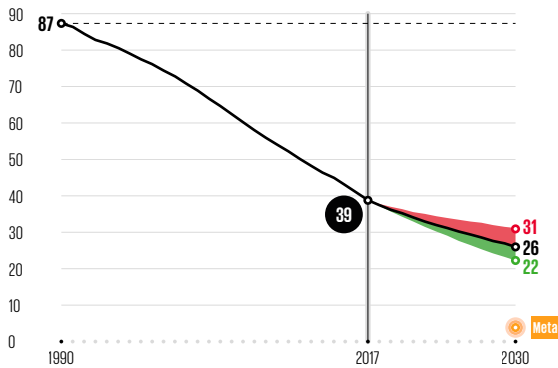
MORTALIDAD MATERNA

Muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos



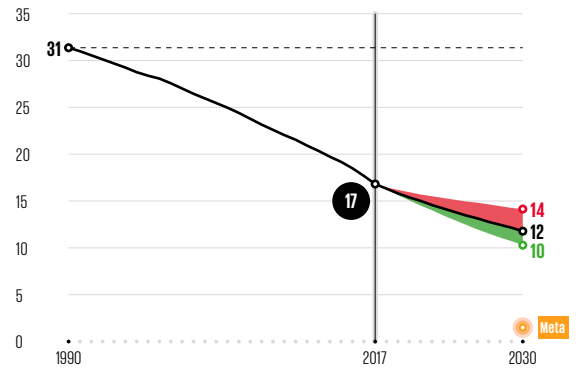
MORTALIDAD DE LOS MENORES DE 5 AÑOS

Muertes de menores de 5 años por cada 1 000 nacidos vivos



MORTALIDAD NEONATAL

Muertes neonatales por cada 1 000 nacidos vivos



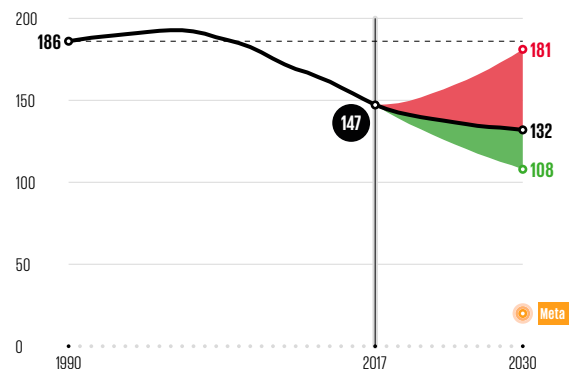
VIH

Nuevos casos de VIH por cada 1 000 personas



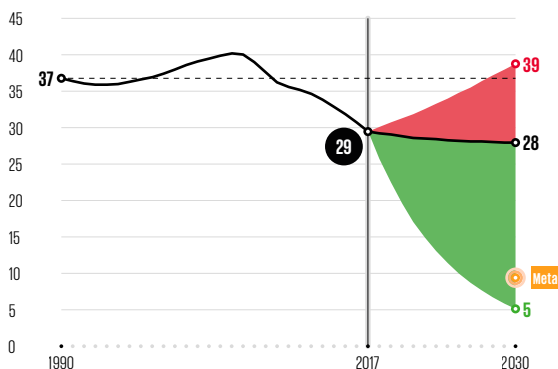
TUBERCULOSIS

Nuevos casos de tuberculosis por cada 1 000 personas



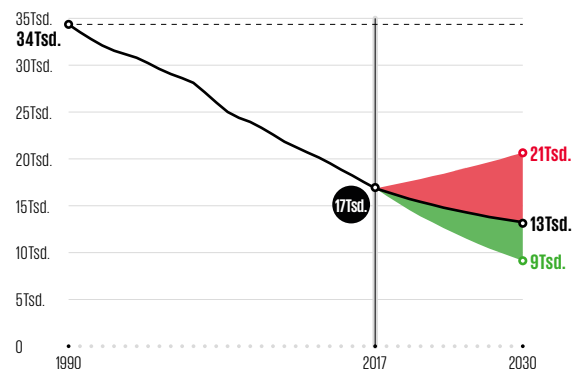
PALUDISMO

Nuevos casos de paludismo por cada 1 000 personas



ENFERMEDADES TROPICALES DESATENDIDAS (ETDS)

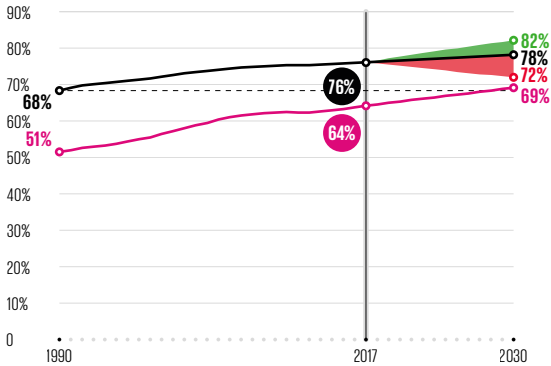
Tasa de prevalencia de 15 ETDS por cada 100 000 personas



PLANIFICACIÓN FAMILIAR

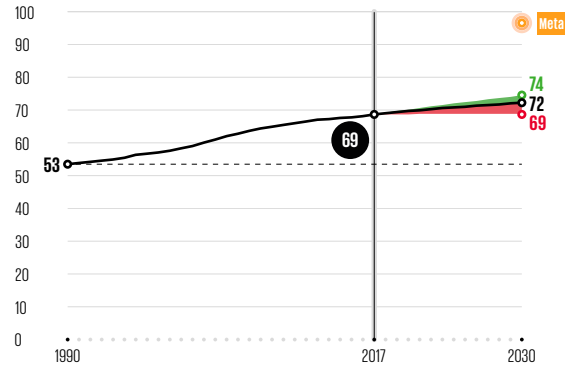
● 69 países más pobres

Porcentaje de mujeres en edad de procrear (15-49) cuya necesidad de planificación familiar está cubierta por métodos modernos



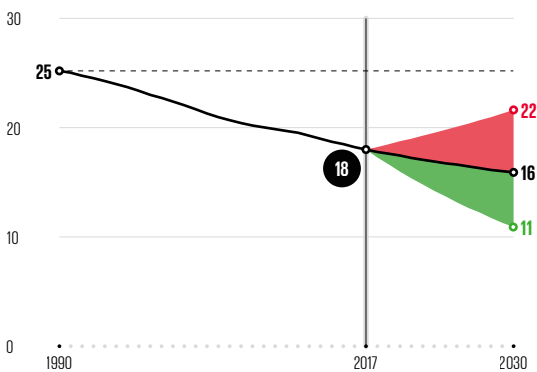
COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

Puntaje de desempeño por la cobertura de los servicios sanitarios básicos



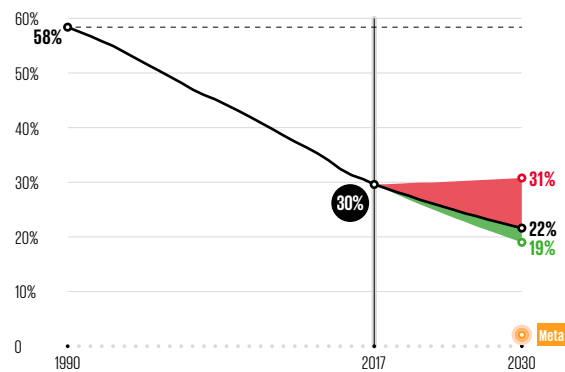
TABAQUISMO

Prevalencia del tabaquismo actual (versus el tabaquismo diario) en poblaciones de 10 años y más



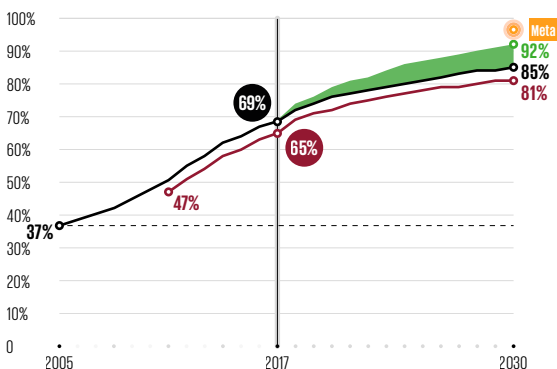
INSTALACIONES SANITARIAS

Prevalencia de poblaciones que usan sistemas de saneamiento no seguros o no mejorados



SERVICIOS FINANCIEROS PARA LOS POBRES

Porcentaje de adultos (de 15 años y más) que son titulares de una cuenta en un banco u otra institución financiera o que disponen de un proveedor de servicios de dinero móvil ● Mujeres



EDUCACIÓN

Porcentaje de estudiantes, de sexo femenino y masculino, de 2º y 3er grado que logran, como mínimo, un nivel de competencias básico en lectura y matemáticas

