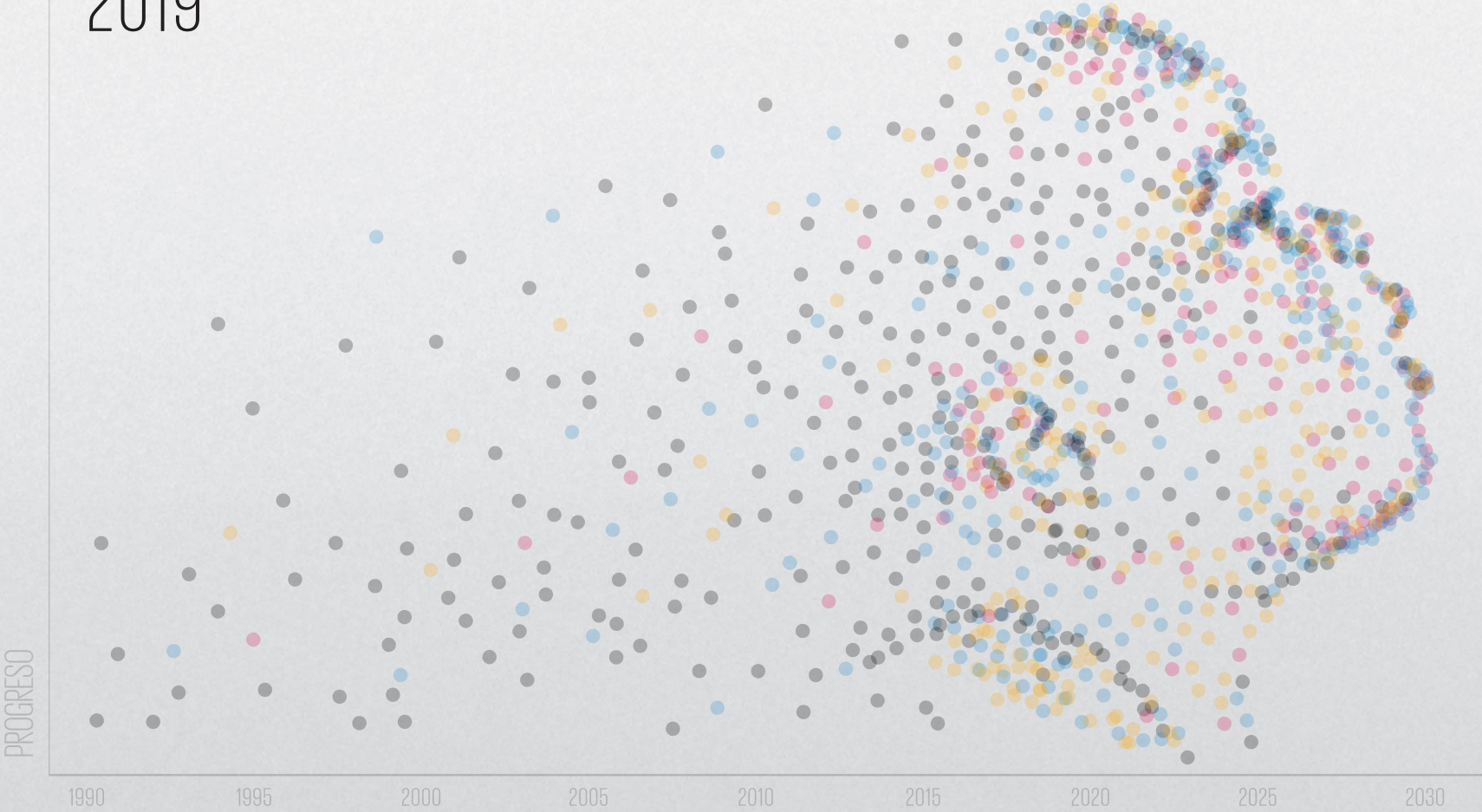


Examinando la Desigualdad

2019





CONTENIDOS

02

EXAMINANDO
LA DESIGUALDAD

20

ATENCIÓN
PRIMARIA

26

INCLUSIÓN
DIGITAL

32

ADAPTACIÓN
AL CLIMA

38

EXPLORANDO
LOS DATOS

EXAMINANDO LA DESIGUALDAD

CÓMO LA GEOGRAFÍA Y EL GÉNERO TRABAJAN A SU FAVOR (O EN SU CONTRA)



BILL Y MELINDA GATES
Copresidentes de la Fundación Bill y Melinda Gates

Nacimos en una familia blanca que vivía en comunidades prósperas en un país rico. Tuvimos la oportunidad de ir a colegios excelentes. Estos factores,

entre muchos otros, nos colocaron en la posición ideal para triunfar.

Sin embargo, hay billones de personas al otro lado de esas líneas divisorias. Para cientos de millones de personas en todo el mundo, las dificultades forman parte de sus vidas.

Nosotros creemos que eso no está bien. Todas las personas deben tener la misma oportunidad de llevar una vida sana y productiva.

Durante los últimos 20 años, hemos invertido en la salud y en el desarrollo de países de bajos recursos, porque la peor desigualdad que hemos visto es la de los niños que fallecen por causas fácilmente prevenibles. En los Estados Unidos, hemos invertido principalmente en el sistema educativo, ya que ello proporciona las bases fundamentales hacia el éxito. Sin embargo, las personas de bajos recursos, los estudiantes de color, o ambos, son menos propensos a tener acceso a una educación de calidad.

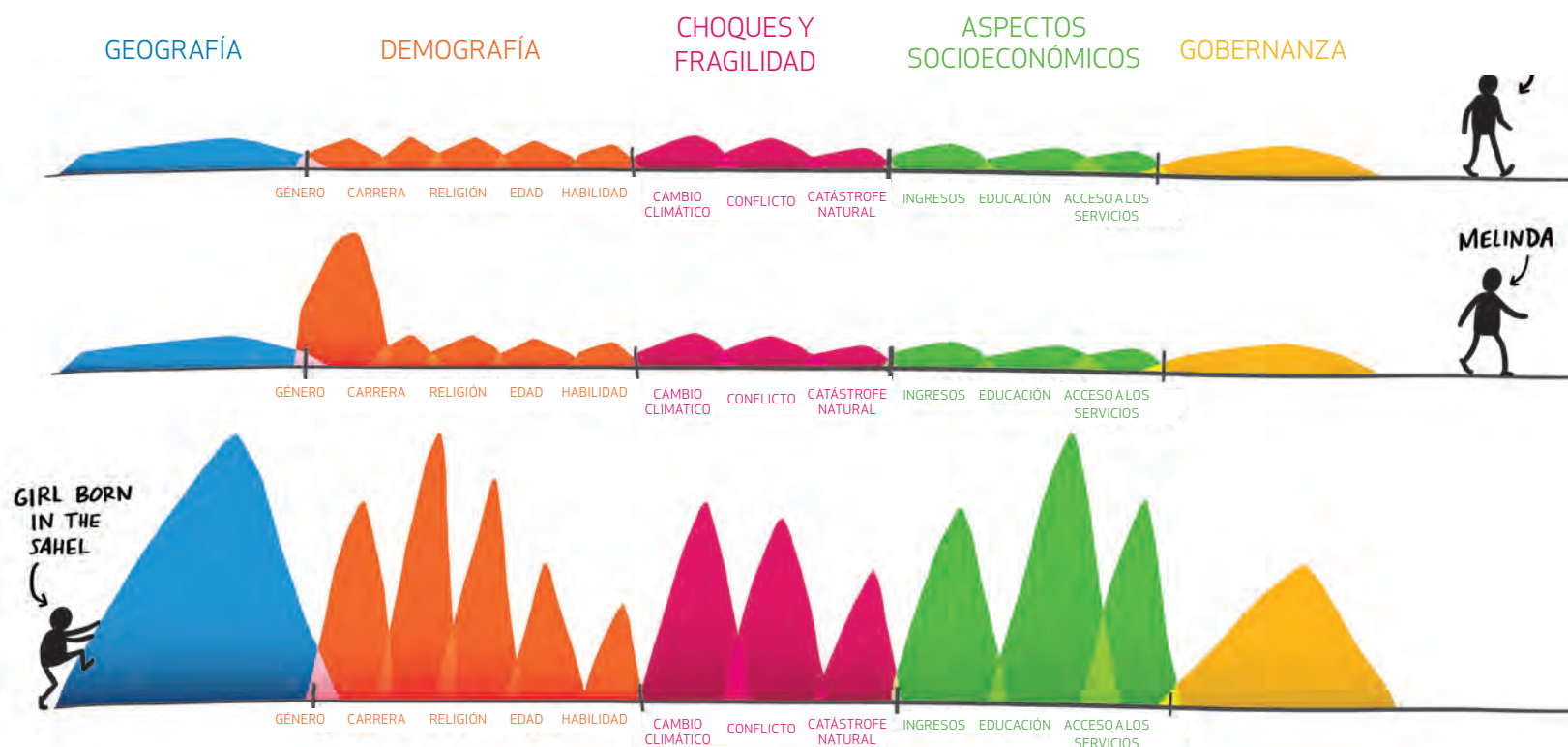
Goalkeepers es nuestro informe anual sobre el progreso mundial hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), 17 metas ambiciosas que los estados miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a alcanzar para el año 2030. Se proyecta que millones de personas no van a alcanzar los objetivos que todos acordamos que representan una vida decente. Si queremos acelerar el progreso, debemos abordar la desigualdad que separa a los afortunados de los desafortunados.

CAPAS DE DESIGUALDAD

El año pasado, la ONU publicó un diagrama que muestra cuán compleja puede ser la desigualdad, con cinco categorías superpuestas, cada una de las cuales pueden dividirse en subcategorías. Centraremos este informe en la geografía y el género, una de las subcategorías de la demografía.

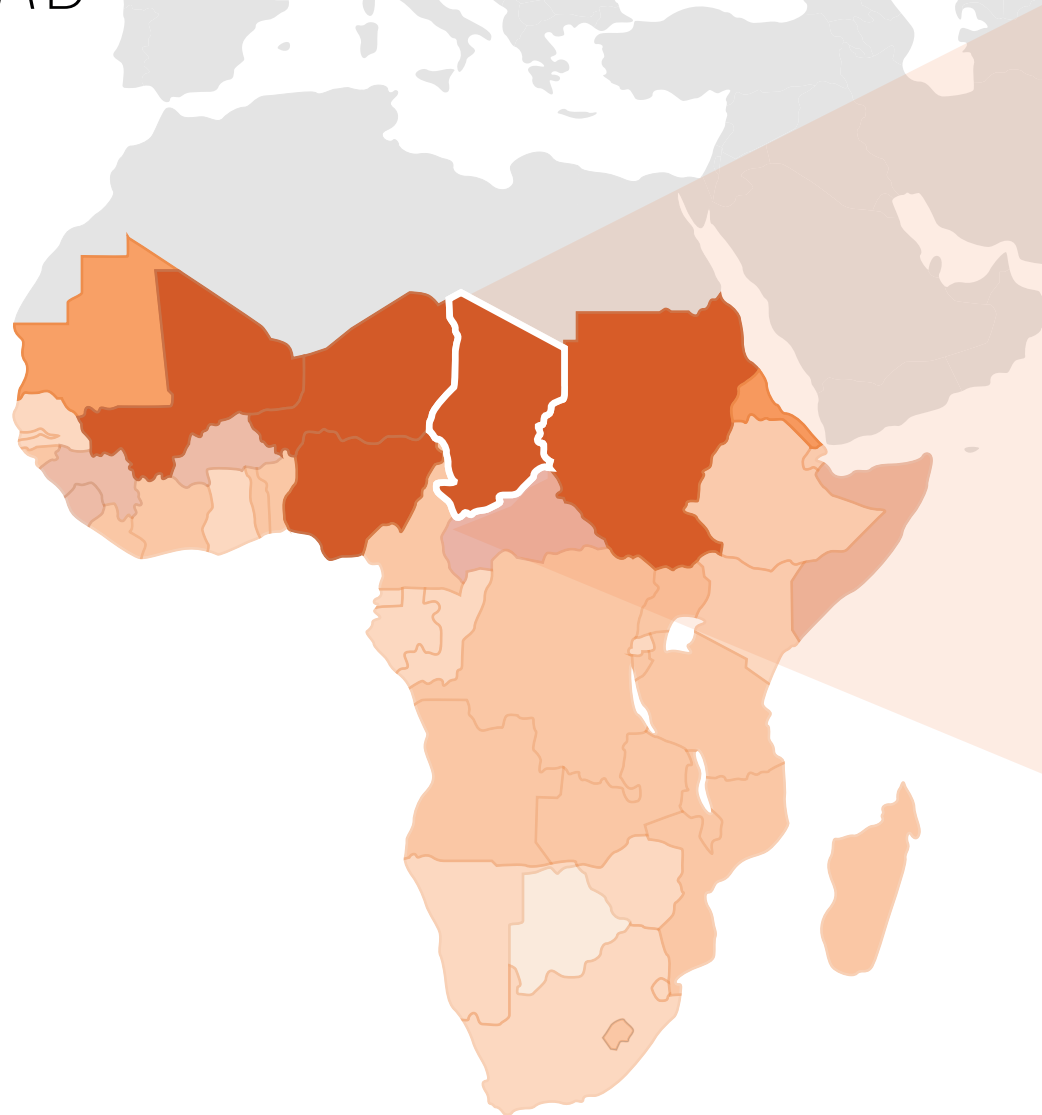
EL VIAJE DE LA VIDA

Si piensas en la vida como un viaje, cada desventaja hace que el viaje sea más difícil. Como muestra la siguiente ilustración, nuestro camino ha estado relativamente libre de obstáculos. Para una niña nacida en el Sahel, una de las regiones más pobres del mundo, lograr una vida saludable y productiva requiere superar muchos obstáculos.



VEAMOS MÁS DE CERCA LAS CAPAS DE DESIGUALDAD

1. ESTA FRANJA ESTRECHA cerca de la costa norte de África es Sahel, donde la mortalidad infantil (junto con casi todos los tipos de sufrimiento) es peor que en cualquier otra zona del planeta. Hemos visitado muchos países del Sahel y nos hemos reunido con funcionarios del gobierno quienes están comprometidos a mejorar la vida de sus ciudadanos. Nos han hablado de los objetivos que tienen para sus países y también de las barreras que se interponen en el camino.



TASA DE MORTALIDAD INFANTIL

(niños menores de cinco años)

- 0-3 %
- >3-6 %
- >6-9 %
- >9-12 %
- >12-15 %

2. AHORA NOS VAMOS A ENFOCAR EN UN SOLO PAÍS DEL SAHEL

Nosotros elegimos a Chad, un país donde viajamos recientemente. Un niño en Chad tiene casi 55 veces más probabilidades de morir que en Finlandia, una proporción tan exagerada que llega ser incomprensible.

3. Y ESTA ES UNA REGIÓN AZOTADA POR LA SEQUÍA

El suroeste del país se está convirtiendo aún más seco. A medida que el clima cambia, la agricultura se vuelve cada vez más difícil de cultivar.

4. DENTRO DE ESTA REGIÓN SECA

hay uno de muchos grupos étnicos que son tradicionalmente marginados.



5. Y DENTRO DE ESTA COMUNIDAD, HAY UNA NIÑA QUE ESTÁ ATRAPADA

por las normas sociales que dictan que su papel en la vida es servir a su marido y tener hijos.

(Guelengeng, Chad)

Si miramos de cerca, nos encontramos con capas cada vez más desfavorecidas. No hay motivo para que estas desventajas se acumulen, pues terminan dificultando la situación. Desafortunadamente, cuando se acumulan, como lo es en el caso de la niña marginada en Chad, los efectos son atroces.

¿Cómo es su vida? Los datos dicen que probablemente ha estado cerca de morir de hambre varias veces. Lo más probable es que nunca recibió los nutrientes que su cuerpo y cerebro necesitaban para desarrollarse completamente. Es probable que no sepa leer ni escribir y que quede embarazada antes de los 20 años,

aunque su cuerpo no esté listo para los rigores del parto. Y cuando llegue el momento, es muy probable que dé a luz sola. Se merece una vida mejor. Y creemos que la puede tener, siempre y cuando el mundo entienda los muchos desafíos que enfrenta y se una a trabajar para resolverlos.



EL LUGAR DONDE NACEMOS CONDICIONA MÁS EL FUTURO QUE CUALQUIER OTRO FACTOR

Esta serie de gráficos que sigue dice mucho sobre la geografía y la desigualdad.

Nos hemos centrado en la salud y la educación porque son los componentes claves de lo que los

economistas llaman capital humano, que destacamos en el Informe Goalkeepers del año pasado como «la mejor manera de que un país explote su productividad e innovación, reduzca la pobreza, cree oportunidades y genere prosperidad».

Las inversiones en capital humano de hoy ayudan a las personas a aumentar sus ingresos de mañana. Pero sin capital humano, es decir, para aquellos que no tienen acceso a la salud y a la educación, es prácticamente imposible escapar de la pobreza.

LA SALUD Y LA EDUCACIÓN ESTÁN MEJORANDO EN TODO EL MUNDO

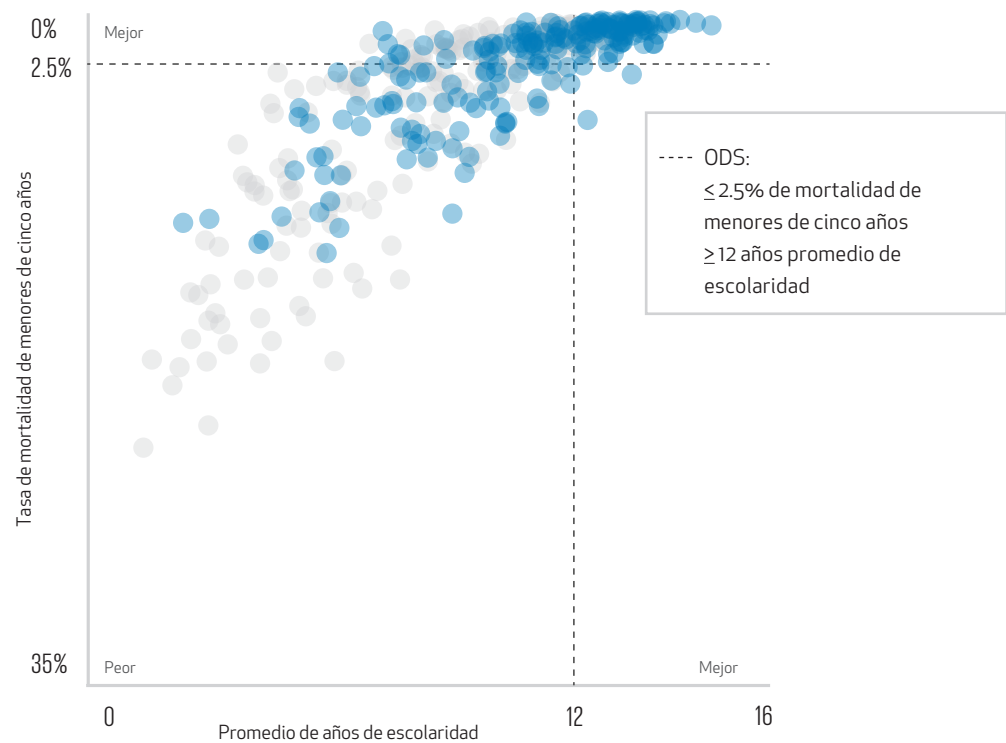
Lo primero que se puede ver es el progreso universal. Pensemos en el país más complicado que se pueda imaginar. Las personas allí están más sanas y mejor educadas de lo que solían ser.

CÓMO INTERPRETAR ESTA GRÁFICA

El eje vertical representa la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años, y el eje horizontal, la media de años de escolaridad para los jóvenes de 20 a 24 años. Cada punto refleja la tasa de mortalidad infantil por año de escolaridad en un país dado. Cada punto gris representa a ese país en el año 2000. Cada punto azul muestra el mismo país en el 2017 (los datos más recientes).

Progresos de los países en mortalidad infantil y educación, 2000-2017

Cada punto representa un país en ● 2000 ● 2017



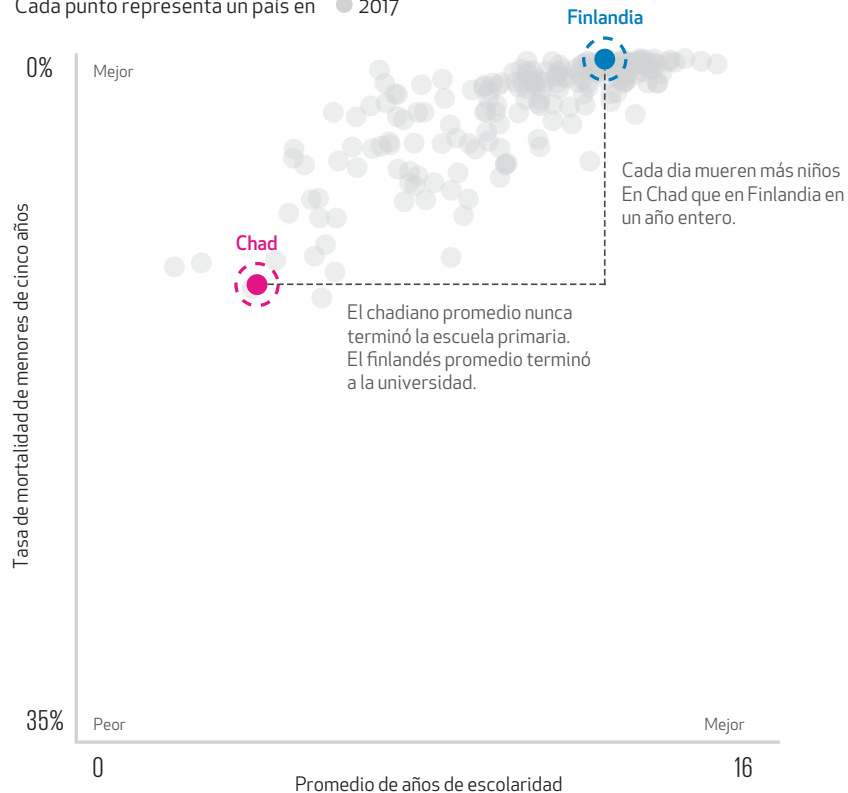
LA DESIGUALDAD ENTRE LOS PAÍSES SE HA REDUCIDO, PERO SIGUE SIENDO GRANDE

La segunda cosa que vemos es que en muchos países, aunque la vida sea mejor, aún sigue siendo mala. La brecha entre Chad y Finlandia ha

disminuido, pero sigue siendo enorme. Cada día mueren más niños en Chad que mueren en Finlandia en todo un año.

Mortalidad infantil y educación en Chad y Finlandia, 2017

Cada punto representa un país en 2017



ESTAS BRECHAS TAMBIÉN EXISTEN DENTRO DEL PAÍS

La tercera cosa que vemos es que este patrón, grandes progresos y grandes brechas, también se da a escala de cada país. Por primera vez en la historia, tenemos datos sobre el capital humano a nivel de distrito (cada país tiene diferentes nombres para las subdivisiones políticas. En los Estados Unidos, son condados; en la India, distritos; y en Nigeria, áreas de gobierno locales, o LGAs).

El capital humano ha aumentado en más del 99 por ciento de los distritos de los países en desarrollo en los últimos 17 años. No importa cuántas veces escuches lo contrario, la vida está mejorando, incluso para los más pobres.

Sin embargo, la desigualdad entre distritos dentro de un país es enorme. Consideremos la India. En el distrito de Kollam, en el estado de Kerala, muere el 1 por ciento de los niños, y la persona promedio tiene más de 14 años de educación,

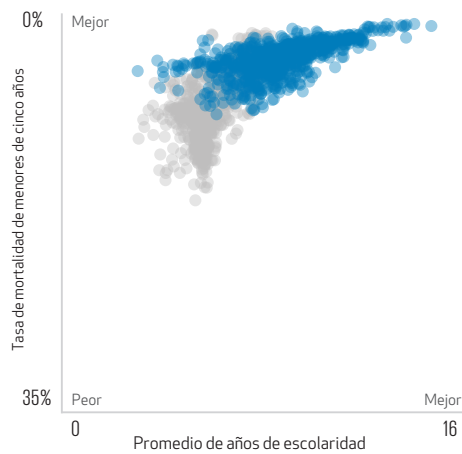
casi comparable con los de los países más desarrollados del mundo. En comparación, en el distrito de Budaun, en el estado de Uttar Pradesh, más del 8 por ciento de los niños mueren, y la persona promedio tiene aproximadamente seis años de educación. Budaun, por cierto, no es pequeño, tiene una población de 4 millones de habitantes.

En Nigeria, los datos nos muestran una realidad similar: logros de clase mundial junto a graves privaciones. Por ejemplo, la persona promedio en Ado-Ekiti, en el estado de Ekiti, tiene más de 12 años de educación, mientras que la persona promedio en Garki, en el estado de Jigawa, tiene 5. Cuando proyectamos estos gráficos hacia el futuro, podemos ver que los Chads, Budauns y Garkis del mundo no se están nivelando lo suficientemente rápido.

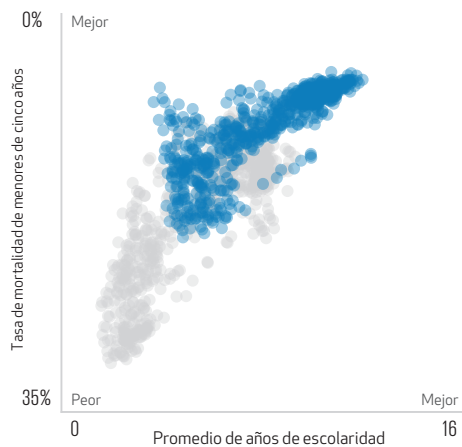
Algunos distritos tienen un progreso constante

Cada punto representa a un distrito en India o Nigeria ● 2000 ● 2017

India



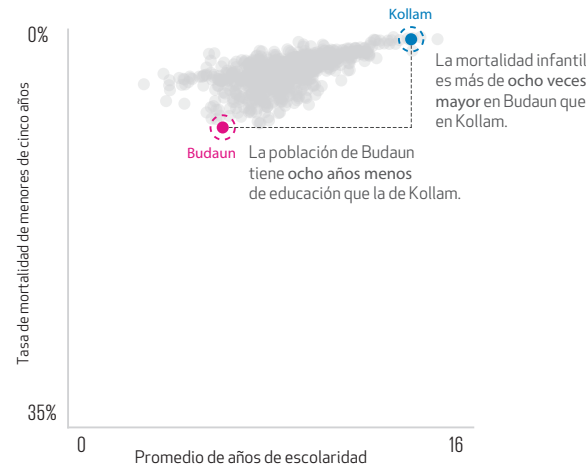
Nigeria



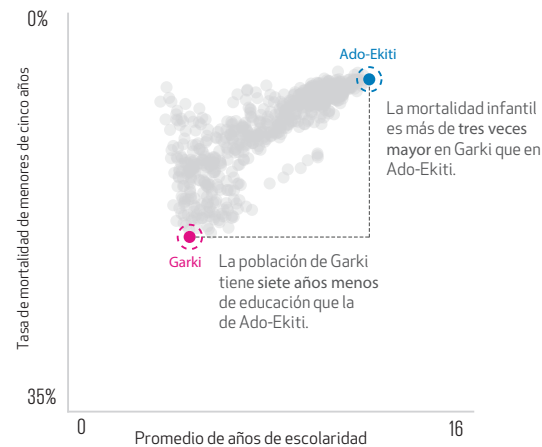
Pero la desigualdad entre los distritos persiste

Cada punto representa a un distrito en India o Nigeria ● 2017

India



Nigeria

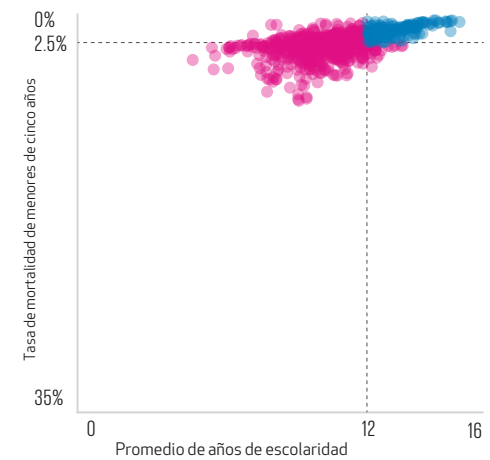


Y muchos distritos no van en camino de cumplir con los ODS

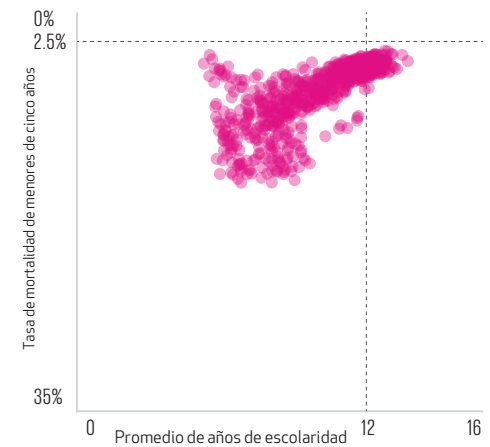
Cada punto representa a un distrito en India o Nigeria en 2030

- No se espera que se alcancen las metas de salud y educación
- Se espera que se alcancen ambos objetivos

India



Nigeria



LAS BRECHAS PERSISTEN EN LAS PROYECCIONES

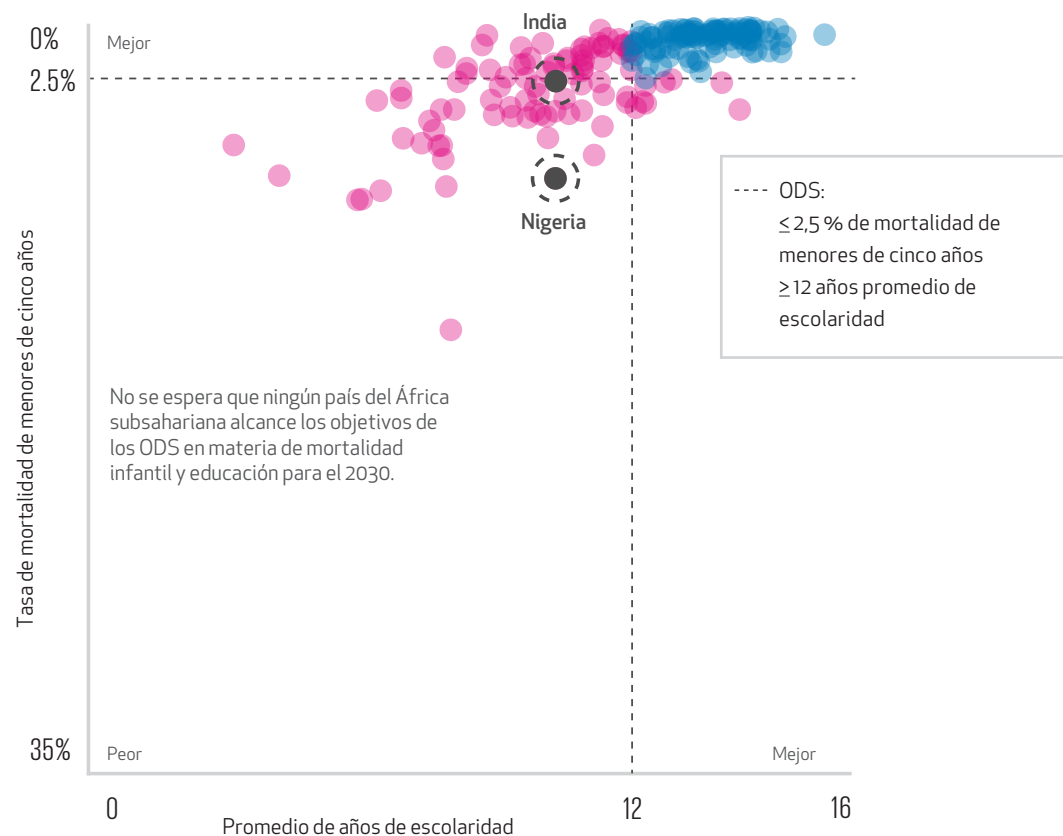
Se prevé que muy pocos países en desarrollo cumplirán los ODS de salud y educación. Cerca de dos tercios de los niños de los países de ingresos bajos y medio bajos viven en distritos que, a su ritmo actual de progreso, no alcanzarán la meta del ODS de mortalidad infantil para 2030. Un tercio vive en distritos que ni siquiera la alcanzarán en 2050.

Si nos tomamos en serio los ODS, tendremos que acelerar la lucha contra la desigualdad geográfica y asegurarnos de que más distritos sobresalgan como Kollam y Ado-Ekiti.

Progresos previstos para 2030

Cada punto representa un país

- No se espera que se alcancen las metas de salud y educación
- Se espera que se alcancen ambos objetivos



**NO IMPORTA CUÁNTAS
VECES ESCUCHES
LO CONTRARIO,
LA CALIDAD DE VIDA SE
ESTÁ MEJORANDO, INCLUSO
PARA LOS MÁS POBRES.**



Sushila y Sakshi (Kamrawan Village, India)



LA DESIGUALDAD DE GÉNERO PONE EN DESVENTAJA A LA MITAD DE LA HUMANIDAD

La desigualdad de género afecta a todos los países de la Tierra. No importa dónde nazcas, tu vida será más dura si naces siendo una niña. Si naces en un país o

distrito pobre, será aún más difícil. La adolescencia es el momento cuando el futuro de las niñas y los niños realmente comienza a divergir. Los mundos de los chicos se expanden.

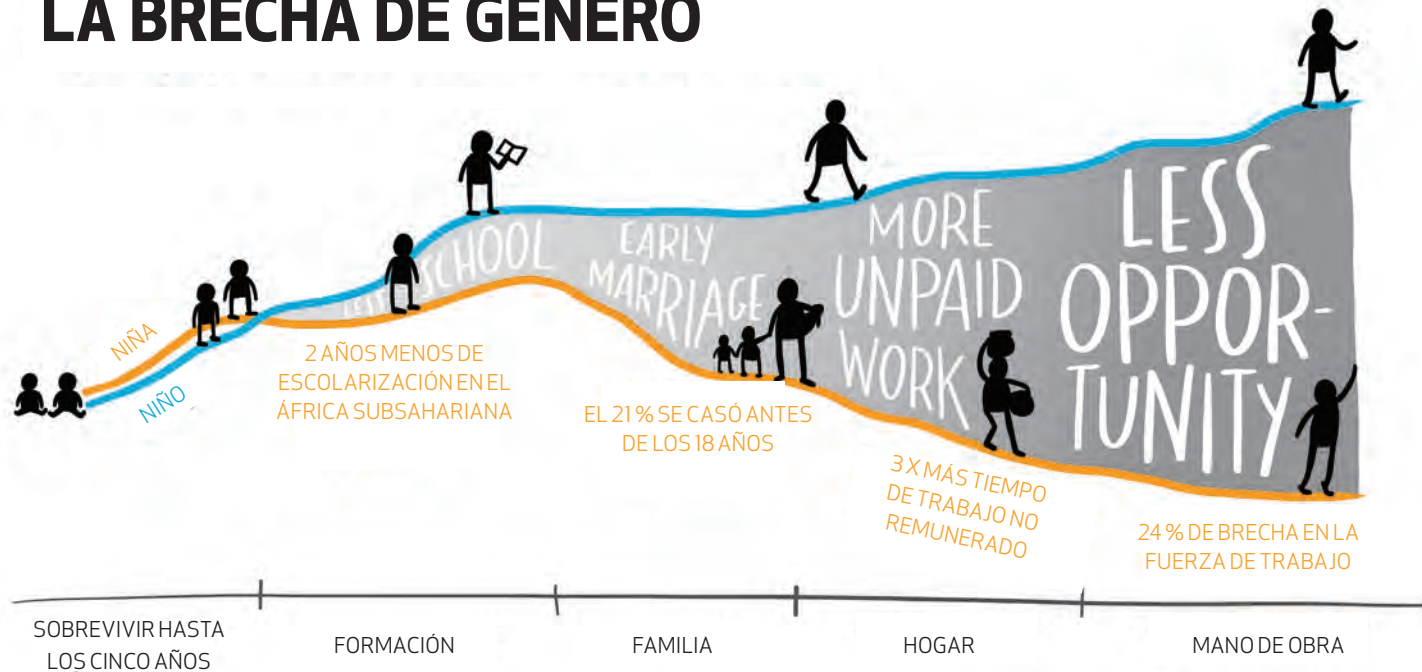
Dependen menos de sus padres, se aventuran más lejos de casa, asisten a la escuela secundaria o a la universidad o consiguen un trabajo, entrando en contacto con la sociedad en general.

Al mismo tiempo, el mundo de las chicas se contrae. Pasan desde muy jóvenes de servirles a sus padres a servirles a sus maridos. Aunque disfrutaron de cierta libertad mientras asistían a la escuela primaria, se espera que regresen a los confines del hogar, para dedicarse a cocinar, limpiar y criar a sus hijos.

La proporción de niñas que realizan al menos dos horas diarias de trabajo doméstico no remunerado casi se duplica después de cumplir los 15 años. La mujer cuando llega a la edad adulta, se dedica más de cuatro horas diarias al trabajo no remunerado. En comparación, los hombres dedican poco más de una hora al día.

Estas obligaciones dentro del hogar son solo un ejemplo de las normas sociales que conspiran para limitar las oportunidades de las niñas cuando se acercan a la edad adulta. Por ejemplo, en toda África subsahariana, las niñas tienen un promedio de dos años menos de educación que los niños. E incluso cuando las niñas tienen una educación adecuada, es mucho menos

LA BRECHA DE GÉNERO



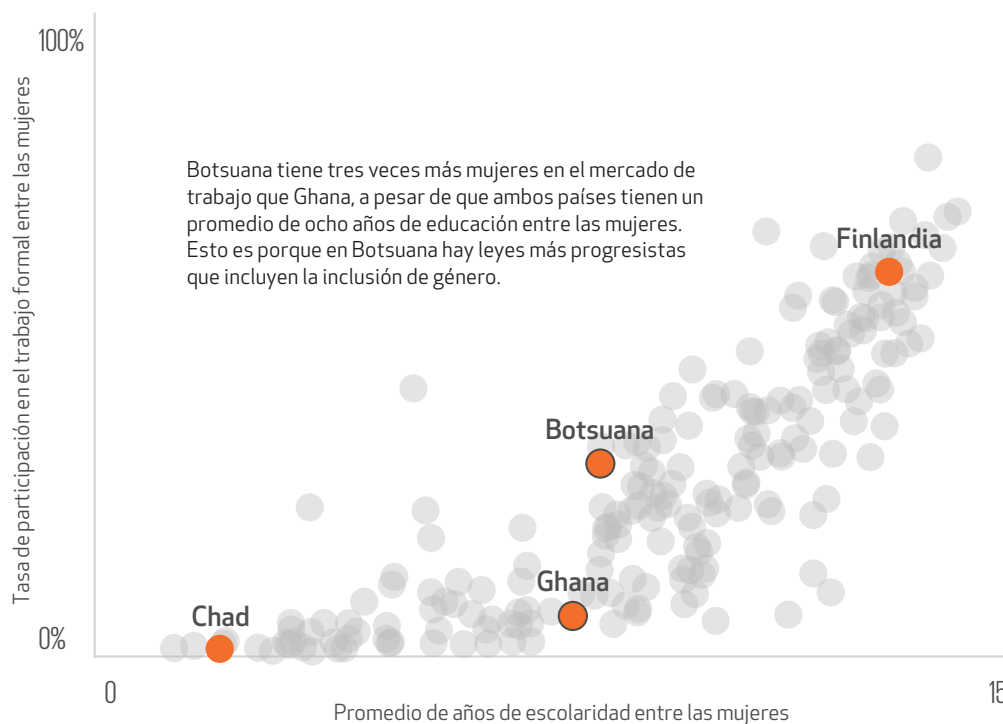
probable que conviertan sus años de escolaridad en un trabajo estándar. A nivel mundial, existe una brecha de 24 puntos porcentuales entre la

participación de hombres y mujeres en la fuerza de trabajo. Esta falta de acceso a la educación y al empleo es destructiva para todos.

Impide el empoderamiento de las mujeres, limita las oportunidades de vida de sus hijos y frena el crecimiento económico.

La educación es necesaria pero no es suficiente para cerrar la brecha de género en las oportunidades económicas

Este gráfico dice que, en promedio, las niñas tienen más probabilidades de conseguir mejores empleos cuanto más tiempo permanezcan en la escuela. Sin embargo, también dice que, en algunos países, las niñas acceden a la educación, pero están subrepresentadas en el mercado de trabajo. Hasta que no se aborden las normas y políticas discriminatorias, las mujeres no tendrán igualdad de acceso al empleo de alta calidad.



(Sondari Pakartoli
Village, India)



APRENDER DE LOS BUENOS EJEMPLOS

Las grandes y persistentes diferencias entre países, entre distritos y entre niños y niñas demuestran que, aunque las inversiones mundiales en el desarrollo están funcionando, las vidas de los más y menos afortunados no convergen con la suficiente rapidez. Creemos que

las personas que trabajan en desarrollo necesitan cambiar el enfoque.

En el reporte "Goalkeepers" del año pasado, argumentamos que el capital humano es fundamental para el crecimiento económico de los países pobres. Este año, sostenemos que las

inversiones en capital humano deben estar diseñadas para llegar a las niñas y dar prioridad a los países y distritos que más avances necesitan.

Eso no es algo fácil de hacer. La desigualdad, como hemos dicho, es extremadamente compleja. No hay

una solución milagrosa para que la geografía, el género y otros factores aleatorios pierdan importancia. Pero garantizar que todos los niños y niñas tengan acceso a buenos sistemas de salud y educación es un muy buen comienzo en esa dirección. Esto no es solo una aspiración moral; creemos que es un objetivo alcanzable.

En el caso de la salud, la prioridad debe ser la atención primaria. Si los sistemas de atención primaria están bien diseñados y totalmente financiados, llegarán a todos y abordarán la gran mayoría de las necesidades de salud de los ciudadanos.

En este informe, Githinji Gitahi, que dirige la mayor ONG de salud de África, describe lo que países como Etiopía, Ruanda y Tailandia están haciendo un buen trabajo cuando se trata de prestar atención básica a todos sus ciudadanos y explica lo que otros países pueden aprender de esta experiencia.

En el caso de la educación, no hace mucho tiempo, se solía pensar que los niños pobres no necesitaban realmente estar escolarizados. En los últimos 50 años, esta idea

ha sido desacreditada en todas las regiones del mundo, y la mayoría de los países se están acercando a la escolarización universal para la enseñanza primaria. La prioridad ahora es garantizar que todas las escuelas brinden una educación de alta calidad. Existen enfoques probados para la enseñanza de la alfabetización y aritmética en una sola clase, pero todavía no hay consenso sobre lo que se necesita para mejorar las competencias básicas a la escala masiva de todos los niños y niñas en cada una de las

TODO EL CAPITAL HUMANO DEL MUNDO NO LLEVARÁ A LA IGUALDAD Y LA PROSPERIDAD SI LAS NIÑAS SALUDABLES Y BIEN EDUCADAS ESTÁN SUJETAS A NORMAS SOCIALES QUE IMPIDEN SU EMPODERAMIENTO.

escuelas de cada uno de los países. El año pasado, este informe destacó las innovaciones prometedoras que

se están probando en Costa de Marfil, India y Zambia, así como el éxito nacional de Vietnam.

Las normas perjudiciales pueden ser difíciles de ver, y mucho menos cambiar, pero los países están tomando medidas para ayudar a las mujeres a enfrentarlas.

Una gran parte de la solución son las políticas que ayudan a las mujeres y las niñas a abrir nuevos caminos. Por ejemplo, en países como Perú, donde las mujeres tienen derecho a poseer tierras y bienes y tienen acceso a anticonceptivos para poder planificar sus familias, aumenta la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo. Más adelante en el informe, Arshi Aadil, un experto en inclusión financiera digital, escribe sobre las reformas políticas en la India que no sólo están mejorando los servicios gubernamentales para los pobres, sino que también están quebrando los fundamentos de la supremacía masculina.

Rebha, Kukawa y Hassan
(Centro de Salud de Umoja,
Nairobi, Kenia)

CAMBIANDO LAS OPORTUNIDADES

Los "Goalkeepers" abordan solo algunas maneras de crear un mundo mejor y más igualitario. Afortunadamente, muchos defensores y promotores están pensando creativamente en este momento sobre la desigualdad y sus soluciones. Todavía nadie ha llegado al fondo del asunto, pero nos estamos acercando.


Mientras tanto, sabemos algo con seguridad: ninguna vida debería estar gobernada por el azar. ¿Naciste, como nosotros, con las oportunidades a favor, o eres uno de los miles de millones de personas que nacen con las oportunidades en contra? Nuestra meta es igualar las oportunidades para todos.

Cuando eso suceda, el futuro deja de depender de factores aleatorios, como el lugar de nacimiento o cuantos cromosomas X tienes. De hecho, no predecirá en absoluto. Dependerá de los sueños y del trabajo duro de las personas.



HISTORIAS DE PROGRESO

ATENCIÓN PRIMARIA



Cuando comenzamos nuestra fundación, nos enfocamos en descubrir y desarrollar nuevas herramientas y tecnologías. Aprendimos rápidamente que también era necesario hacerlas llegar a las personas que las necesitaban. La atención primaria es el sistema de servicios de salud más importante del mundo. Un sistema de atención primaria sólido llega a todo el mundo, incluyendo los más pobres y vulnerables, y proporciona la mayor parte de los servicios que una persona necesita para mantenerse saludable. Sabemos que, a medida que los gobiernos invierten en sistemas de atención primaria, la salud mejora en general. Desafortunadamente, los países bajos y medios ingresos gastan un promedio de solo 36 por ciento de sus presupuesto de salud en atención primaria. Algunos gobiernos priorizan la atención médica más avanzada para una minoría de ciudadanos, lo que obliga a una mayoría a pagar de su bolsillo para atender a sus necesidades básicas. Esta desigualdad alimenta el círculo vicioso de la pobreza y la enfermedad. Una inversión mayor y más eficiente en atención primaria puede ayudar a romperlo.

Bill & Melinda



YO PASO GRAN PARTE DE MI TIEMPO TRATANDO DE CONCILIAR UNA GRAN IDEA CON UN NÚMERO PEQUEÑO.



DR. GITHINJI GITAHI

Director General,
Amref Salud África y
Copresidente CSU2030

La gran idea es que la salud no debería ser un lujo, que todas las personas deberían recibir la atención que necesitan sin sufrir dificultades financieras. Es lo que llamamos Cobertura Sanitaria Universal (CSU). La Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó una resolución en el 2012 llamando a los Estados miembros a dar prioridad a la atención primaria y la idea ha estado ganando impulso desde entonces.

El número pequeño es 51. Según mis cálculos, es la cantidad de dólares por persona con la que debería contar un país medio del África

subsahariana para ofrecer atención sanitaria en circunstancias ideales. (Mi definición de «circunstancias ideales» es un país que recauda el 20 por ciento de su PIB en impuestos y gasta el 15 por ciento de su presupuesto en salud; la realidad en la mayoría de los países africanos están lejos de este objetivo).

Seamos claros, no estoy diciendo que la mayoría de los países gasten actualmente 51 dólares por persona (no lo hacen) o que, si lo hicieran, sería suficiente (no lo sería). Simplemente, intento demostrar que, en comparación con los países más ricos que pueden gastar miles

UNIÓN EUROPEA **ÁFRICA SUB-SAHARIANA**

PBI



POBLACIÓN



DISTRIBUCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA PER CÁPITA



de dólares per cápita en salud, los países del África subsahariana tienen que encontrar la forma de sobrevivir con muy poco.

Entonces, ¿cómo los países UHC compran cuando tienen menos de 51 dólares para gastar? La respuesta es: invirtiendo en la atención primaria, es decir, en servicios básicos cerca de donde las personas viven y trabajan. Un buen sistema de atención primaria es justo y equitativo, es fácilmente accesible para todos. Los pobres no tienen que pagar nada de su bolsillo y atiende a la gran mayoría de las necesidades de salud de las personas durante todas sus vidas. Su objetivo es mantener a las personas saludables, porque la enfermedad es costosa para el individuo, la familia, la comunidad y el estado!

Cuando pienso en la atención primaria, recuerdo caminar de la mano con mi madre hasta el dispensario local en la Kenia rural, que estaba a proximadamente un kilómetro de casa. Ahí es donde me vacunaron. Es donde mi mamá

recibió atención prenatal cuando estaba embarazada de nuestra hermana menor. Y es donde todos los que conocemos iban cuando estaban enfermos y buscaban ayuda o tratamiento.

Desde el cambio de milenio, varios países africanos han invertido en la creación de sistemas de atención primaria de gran alcance y de alta calidad. Etiopía y Ruanda, por ejemplo, han contratado a miles de trabajadores de salud comunitaria, mujeres elegidas por sus vecinos y capacitadas por el gobierno para cuidar de la salud de las personas.

Los trabajadores de salud comunitarios van hacia los pacientes, no al revés. Y no interactúan con las personas solo cuando están enfermas: también promueven un estilo de vida saludable (como dieta e higiene adecuadas) y proporcionan o promueven la atención preventiva (como las vacunas) para evitar que las personas se enfermen. Y también, por supuesto, están capacitados para tratar enfermedades comunes

(como la diarrea y la malaria), proporcionar servicios básicos de planificación familiar y derivar a los pacientes a centros de salud si necesitan una atención más sofisticada.

Como resultado de estas inversiones, Etiopía y Ruanda se encuentran entre los países líderes de la región en la reducción de la mortalidad materna e infantil. Y, por cierto, el PIB per cápita de ambos países está muy abajo de la media regional.

Muchos otros países africanos aún no han realizado las inversiones necesarias. Mi propio país, Kenia, es mucho más rico que Etiopía y Ruanda, pero el sistema de atención primaria es más incapacitado (aunque existe un alto nivel de compromiso político para reforzarlo). Porque, al final, lo que importa son las decisiones que toman los políticos.

HAY TRES OPCIONES PARA LOGRAR MEJORES RESULTADOS DE SALUD CON PRESUPUESTOS LIMITADOS:

1 GASTAR UN POCO MÁS

En 2001, los 54 Estados miembros de la Unión Africana se comprometieron a gastar el 15 por ciento de sus presupuestos nacionales en salud. Pocos han cumplido ese compromiso, y los que cumplen año tras año se pueden contar con los dedos de la mano. Los gobiernos deben equilibrar innumerables prioridades y por que encontrar más dinero para la salud publica no es fácil. Pero cuando se conforma con presupuestos tan pequeños, cada dólar adicional cuenta. Kenia gasta actualmente 36 dólares por persona al año, o el 7 por ciento de su presupuesto, en salud. Si fuera posible subir a, digamos, 51 dólares, el universo de lo posible se ampliaría significativamente. Según un análisis basado en los datos de la OMS, a partir de los 86 dolares los gobiernos de países con bajo nivel de ingresos podrían financiar completamente la atención primaria de salud.

2 GASTAR EN LAS PRIORIDADES CORRECTAS

Muchos países gastan más en lo que se conoce como atención secundaria y terciaria que en atención primaria. Es lógico, porque las resonancias magnéticas, los rayos X y muchos otros servicios de la atención secundaria y terciaria son costosos. Pero los los gobiernos africanos no pueden permitirse gastar la mayor parte de su dinero para satisfacer algunas de las necesidades de algunas personas. En Tailandia, que cuenta con uno de los mejores sistemas de atención primaria del mundo, el gobierno reasignó temporalmente todo su gasto a la infraestructura de salud a las zonas rurales debido a la brecha sanitaria entre las zonas rurales y urbanas. Ahora hay al menos un centro de salud en cada pueblo tailandés. Los gobiernos africanos deben decir: «Hasta que estemos seguros de que la atención primaria

de salud tiene la inversión que necesita, nos arreglaremos con lo que tenemos para la atención secundaria y terciaria». Es una posición difícil de tomar, pero es lo que los países que se preocupan por la CSU tienen que hacer cuando hay tan poco dinero disponible.

3 GASTAR DE FORMA MÁS EFICIENTE

Los sistemas de atención primaria tienen muchas formas de aprovechar el dinero que gastan. Por ejemplo, pueden invertir en salud digital, especialmente en registros médicos electrónicos. O pueden enfocarse en la innovación gerencial, como nuevas formas para que un continente con muchos países y una gran área geográfica pueda centralizar las compras y mejorar las cadenas de suministro. Esto aseguraría que los productos adecuados estarán disponibles en lugares, momentos y precios adecuados.

Finalmente, es crucial recurrir a los datos para contestar a dos preguntas claves acerca de la CSU: ¿Qué y quiénes?

Cuando está claro que no se pueden ofrecer todos los servicios, las decisiones que se toman en cuanto a cuáles ofrecer terminan haciendo una gran diferencia. Para los países en África, es recomendable priorizar los derechos sexuales, reproductivos, y de salud. De igual forma, hay que saber dónde poner los recursos, usando de base las condiciones reales del área y no los cálculos globales genéricos. Por ejemplo, las vasectomías se pueden vender muy bien debido a que parece ser una idea rentable, pero el retorno terminaría siendo menor en un país donde hay escasez de proveedores para realizarlas. Por lo general, el hombre se resiste, el mayor desafío está en la población adolescente en crecimiento.

La siguiente pregunta es ¿quién? Para estar seguros de que nadie sufra dificultades financieras, es necesario prestar más atención a los más marginalizados y vulnerables, incluyendo las mujeres, niñas, adolescentes, y también los indigentes. No obstante, en los países donde la mayoría de las personas trabajan en



la economía informal y los datos no son confiables, es difícil saber con precisión quiénes son los indigentes. En Kenia, con el 80 por ciento de la población empleada en la economía informal, se está trabajando en el desarrollo de metodologías rigurosas que permitan ser más precisos con la oferta de servicios. En principio, a medida que los sistemas de salud primaria comienzan a obtener los mismos resultados por menos dinero, invertirán lo que sobre para obtener resultados aun mejores. Cuando tenía siete años, la OMS anunció su compromiso «salud para

todos». La tragedia es que cuando se vio que era difícil obtener recursos económicos para lograrlo, el mundo dejó de pensar en ello, ni siquiera como principio moral. Ahora tengo 49 años y por fin volvemos a enfocarnos en la salud para todos. Con el diálogo global sobre la CSU, también estamos pensando de forma práctica en cómo lograrlo. En otras palabras, tenemos una segunda oportunidad. Los líderes de África y del resto del mundo tienen que aprovecharla.



HISTORIAS DE PROGRESO

INCLUSIÓN DIGITAL



Algunos pesimistas advierten que la tecnología marcará el comienzo de un futuro distópico. Algunos optimistas predicen que nos traerá un futuro utópico. La verdad se encuentra en algún punto intermedio. La tecnología es disruptiva, y los países deben invertir para maximizar los cambios positivos y gestionar los negativos.

Pocos países han sido tan innovadores y reflexivos en el uso de la tecnología digital para mejorar la vida de las personas como la India. El gobierno comprendió desde un principio que la tecnología permitía comunicarse directamente con los ciudadanos en lugar de trabajar a través de capas y capas de burocracia. Luego comenzó a crear políticas inteligentes basadas en la tecnología digital que mejoraron tanto la calidad como el alcance de los servicios gubernamentales. Este programa, que describe la reforma de los subsidios al gas para cocinar, demuestra cómo la combinación de la tecnología y las política puede crear un efecto dominó sorprendente.

Bill & Melinda



ESTA ES LA HISTORIA DE TRES GENERACIONES DE SUBSIDIOS EN EL GAS PARA COCINAR EN LA INDIA.



ARSHI AADIL

Directora - Impacto social y gobernanza, MicroSave Consulting

Estrictamente, estamos hablando de gas para cocinar, pero en un sentido más amplio esta historia habla de cómo la tecnología digital ayudó al gobierno de la India a diseñar una serie de políticas innovadoras que han empoderado a 75 millones de mujeres marginadas. En un sentido más amplio todavía, se trata de cómo los gobiernos pueden servir mejor a los ciudadanos.

Durante décadas, los hogares indios compraban el gas de petróleo líquido con el que cocinaban a un precio fijo y bajo, garantizado por el gobierno. Este subsidio estaba

mal orientado, porque todo el mundo, incluyendo a los ricos, podían recibirlo. (Según el FMI, el 10 por ciento de los hogares indios más ricos recibió siete veces más subsidios que el 10 por ciento más pobre.) Era ineficiente, porque se vendía una gran cantidad de gas subsidiado en el mercado negro a hoteles, restaurantes y otros negocios que deberían haber pagado el precio de mercado. Finalmente, fue costoso; varios subsidios al gas podrían costarle al gobierno cerca de 10.000 millones de dólares al año, dependiendo del precio mundial del gas.

Ahora viene el punto de inflexión: La India es pionera de lo que se conoce como «la trinidad JAM». La «J» se refiere a Jan Dhan Yojana, un programa del gobierno indio para ayudar a los más pobres a abrir cuentas bancarias. La «A» se refiere a Aadhaar, un programa que proporciona a cada residente indio una identificación única vinculada a una característica biométrica, como la huella dactilar. Y la «M» se refiere a los teléfonos móviles, que se están haciendo omnipresentes rápidamente en la India. En conjunto, las cuentas, la identificación y los teléfonos hacen posible que el gobierno deposite dinero directamente en las cuentas bancarias de las personas y verifique la identidad de los destinatarios. Esto a su vez permite que el gobierno sea mucho más preciso y ambicioso en la formulación de sus políticas.

A partir del 2012 hasta el 2015, el gobierno utilizó la trinidad «JAM» para cambiar gradualmente de subsidiar el precio del gas a transferir dinero en efectivo directamente a las cuentas

La Trinidad JAM

En un mundo analógico, los beneficios del gobierno llegaban a los pobres a través de una red ineficiente de intermediarios. En un mundo digital impulsado por la trinidad JAM, el gobierno puede llegar a las personas directamente y las personas pueden comunicarse de nuevo.



bancarias de las personas que habían comprado el gas a precio de mercado. El subsidio, totalmente rediseñado y lanzado a nivel nacional bajo el nombre de PAHAL en 2015, es el programa de transferencia de efectivo más importante del mundo.

PAHAL aborda los tres problemas principales de la antigua subvención. Utilizando Aadhaar, el gobierno pudo eliminar 36 millones de receptores duplicados o inexistentes de los registros, disminuyendo el desvío al el mercado negro y aumentando la eficiencia general. Después de una campaña gubernamental alentando a las personas en mejor situación a dejar de reclamar el subsidio, otros

10 millones de indios se retiraron de las listas, mejorando la focalización. Como resultado, PAHAL redujo la carga financiera sobre el gobierno: aunque las estimaciones varían, el gobierno calcula que los ahorros han alcanzado cerca de 9.000 millones de dólares desde el lanzamiento de PAHAL.

Pero el gobierno no se ha embolsado los ahorros: los ha utilizado para crear un nuevo programa de gas de cocina de tercera generación, también basado en la triple estrategia JAM, llamado Ujjwala. Este programa ha sido cuidadosamente diseñado para ayudar a las mujeres pobres a radicalmente transformar sus vidas.



La mayoría de las familias pobres, especialmente en las zonas rurales, no cocinan con gas; incluso si está subvencionado, sigue siendo más costoso que hacer fuego con leña o estiércol animal. Sin embargo, el fuego de leña y el estiércol llenan las cocinas de un humo peligroso (la contaminación del aire en los hogares es responsable de casi 500.000 muertes al año en la India). Para abordar esta crisis, Ujjwala brinda a los hogares rurales que califican un subsidio del 50 por ciento para comprar una conexión de gas y estufa. (El otro 50 por ciento se puede pagar en cuotas.) Hasta

ahora, aproximadamente 75 millones de mujeres se han beneficiado al programa Ujjwala. El gobierno está considerando reformas adicionales para animar a los beneficiarios de Ujjwala a rellenar sus bombonas de gas, que no siempre son lo bastante asequibles o fáciles de conseguir.

Pero el impacto de Ujjwala no se limita a la salud. El programa también está ayudando a las mujeres a romper las normas sociales discriminatorias que han limitado sus horizontes.

Por ejemplo, la mujer india promedio pasa más de 40 horas a la semana

realizando tareas domésticas, dejando muy poco tiempo para cualquier otra cosa. El uso del gas para cocinar ahorra varias horas al día a las mujeres que antes utilizaban para recoger leña, construyendo y manejando incendios que las enfermaban, y luego limpiando las cenizas y el polvo.

Además, el gobierno tomó una decisión importante acerca de la forma de abonar las subvenciones, lo que está modificando la dinámica tradicional de poder en el hogar. A diferencia de los programas tradicionales de subvenciones en la India, son las mujeres —y no sus

maridos— las que pueden optar al programa Ujjwala. Para recibir la subvención, las mujeres deben abrir una cuenta bancaria.

El simple hecho de tener y utilizar una cuenta bancaria cambia la vida de las mujeres, dándoles poder de decisión sobre las finanzas de la familia. Un ensayo de control aleatorio sobre otro programa de beneficios sociales, un programa trabajo garantizado, descubrió que cuando las mujeres recibían pagos directamente en sus propias cuentas (en lugar de cuentas a nombre de sus esposos) y recibían capacitación sobre cómo usar las cuentas, trabajaban más y ganaban más. Sus esposos también dijeron que se sentían más cómodos con sus esposas trabajando fuera del

hogar. En otras palabras, ayudar a las mujeres a obtener el control sobre los recursos financieros termina cambiando el sentido de todos de quiénes son y de lo que son capaces.

Existe otra forma en que las políticas diseñadas en torno programa la trinidad «JAM» están empoderando a los pobres, al hacer que el gobierno sea más responsable. Por ejemplo, con el nuevo subsidio para el gas de cocina, los funcionarios del gobierno en 640 distritos indios reciben informes diarios sobre el progreso del PAHAL, incluyendo la inscripción, la transferencia de efectivo y las tasas de error, para que puedan identificar y abordar los problemas tan pronto surjan.

Varios estados también están experimentando con formas de solicitar de manera proactiva la opinión de los ciudadanos cuando interactúan con el gobierno. En un estado, por ejemplo, los beneficiarios reciben una llamada automática en la que se les solicita información sobre la calidad del servicio: ¿Fue el cliente tratado con cortesía? ¿Recibió los beneficios que esperaba? ¿Los recibió sin tener que pagar un soborno? Las respuestas negativas se pasan a un sistema humano para generar quejas formales.

Por sí sola, la trinidad «JAM» no es suficiente. Tiene que ser acompañada de políticas y servicios inteligentes y favorables a los pobres, basados en la tecnología digital. Incluso entonces, las políticas y los servicios digitales tampoco son suficientes para acabar con la pobreza y la desigualdad de género. Deben ir acompañados de otro tipo de reformas, como cambios en las leyes y las políticas discriminatorias. Sin embargo, cuando todas estas piezas encajan, la situación puede cambiar rápidamente.




Sangeeta (aldea de Targaon, India)

A photograph of a farmer in a field, wearing a light blue long-sleeved shirt, dark pants with a tan patch on the knee, and a white bucket hat. He is holding a metal bowl in his left hand and gesturing with his right hand. The background shows a field with trees and a blue sky with white clouds. The image is overlaid with several large, semi-transparent, colorful geometric shapes in shades of pink, blue, yellow, and red.

HISTORIAS DE PROGRESO

ADAPTACIÓN AL CLIMA



El debate mundial sobre el cambio climático se centra principalmente en cómo limitar las emisiones de carbono, pero todavía no han llegado los grandes avances tecnológicos y políticos que necesitamos. Mientras tanto, el clima ya está cambiando y es una injusticia terrible que las personas que más sufren sean los agricultores más pobres del mundo. No contribuyeron a causar el cambio climático, pero como dependen de la lluvia para su sustento, son los primeros en sufrirlo. Estos agricultores ya no tienen ningún margen de error. Carecen de recursos para adaptarse a las sequías e inundaciones, a las enfermedades de sus rebaños o a las nuevas plagas que devoran sus cosechas. En Etiopía, el gobierno y millones de agricultores se han embarcado en una formación intensiva de gran calado para desarrollar la resiliencia, y está funcionando. Como escribe el secretario de Estado Kaba, la sequía de 2015 no causó la muerte ni la destrucción de la infame sequía de 1984. El éxito de Etiopía es un rayo de esperanza. En todo el mundo, necesitamos una mayor inversión en el desarrollo y la distribución de variedades mejoradas de cultivos que puedan resistir el calor extremo o las inundaciones. El sistema mundial de investigación agrícola necesita más apoyo.

Bill G. Mulerita



LA HAMBRUNA DE 1984 ES UNA HORRIBLE HISTORIA QUE HEMOS VIVIDO.



DR. KABA URGESSA

Secretario de Estado de Recursos Naturales y Seguridad Alimentaria del Ministerio de Agricultura de Etiopía

A veces —aunque parezca extraño decirlo— hay una oportunidad en cada crisis. Poco después de aquella hambruna, establecimos una política de gestión de desastres y acumulamos reservas de alimentos para que, cuando llegara la sequía, al menos pudiéramos salvar la vida de nuestra gente.

A medida que pasaron los años, invertimos mucho en la productividad y la resiliencia de nuestro sector agrícola. Tuvimos que hacerlo, porque más del 80 por ciento de nuestra población vive en zonas rurales. En 2003, la Unión Africana se reunió en

Maputo, Mozambique, y los gobiernos se comprometieron a destinar el 10 por ciento de sus presupuestos a la agricultura; nosotros gastamos más que eso. En 2015, sufrimos una sequía tan grave como la que provocó la hambruna de 1984, pero el mundo nunca lo supo porque habíamos construido mejores sistemas para ayudar a los agricultores a sobrellevarla.

Nuestro próspero sector agrícola es uno de los motores del impresionante crecimiento económico general de Etiopía, y por eso estamos en vías de convertirnos en un país de ingresos medios para 2025. Hay un obstáculo que puede impedirlo: el cambio climático. El cambio climático está provocado por las acciones de los

países más ricos, pero las personas más vulnerables en los países más pobres lo sienten primero.

Desde que era niño, la temperatura de la zona ha aumentado en aproximadamente 1 grado Celsius, pero la lluvia es un problema mucho peor. En general, llueve un 20 por ciento menos en algunos lugares. Además, las escasas lluvias son más impredecibles. Llegan tarde, se van temprano y cuando llegan, pueden formar riadas destructivas. Los agricultores hacen sus cálculos basándose en el tiempo. Los pequeños agricultores son muy buenos agrónomos, pero se han pasado la vida acumulando conocimientos sobre un clima que está dejando de existir.

Afortunadamente, el trabajo de los últimos veinte años ayudará a nuestros agricultores a responder al cambio climático en los próximos 20. En 2005, lanzamos un programa muy amplio que paga a las personas para que trabajen en proyectos de obras públicas relacionados con la agricultura. El impacto es doble: los pobres obtienen medios para comprar alimentos y otras necesidades cuando ocurre una emergencia, y construyen bienes

comunitarios como terrazas, muros de contención, represas, trincheras y pequeñas albercas para conservar el agua, evitar la erosión del suelo y, en última instancia, contribuir a aumentar el rendimiento. Tres años después, lanzamos otro programa para fomentar un movimiento masivo en torno a la gestión sostenible de la tierra.

También hemos formado uno de los equipos de agentes de extensión agrícola más grandes del mundo. Son una fuente de información en tiempo real; por ejemplo, proporcionan alertas tempranas sobre las sequías y consejos sobre cómo los agricultores podrían adaptarse a ellas. También trabajan

en la educación a largo plazo. Nuestra red de agentes de extensión agrícola es una de las razones por las que los agricultores etíopes son más propensos a utilizar fertilizantes, semillas mejoradas o riego que los agricultores de muchos países vecinos.

No nos hacemos ilusiones sobre el reto al que nos enfrentamos. Hace varios años, lanzamos nuestra estrategia de «Economía Verde Resistente al Clima», que reconoce que nuestra prosperidad futura depende de una gestión adecuada del medio ambiente.

No podemos detener las sequías, pero podemos prosperar a pesar de ellas.



(Alaba Kutto, Etiopía)

EL TIEMPO EN NUESTRA REGIÓN ES LA VOLUNTAD DE DIOS.



MITSELAL TEKELE TESFAY

Agricultora, Etiopía

Hace veinte años, cuando empecé a cultivar esta tierra, el clima era mejor, pero se pone cada vez más caliente. Julio debería ser un mes frío, pero este año hace mucho más calor de lo normal. Y las lluvias son impredecibles: un año son buenas y al siguiente año hay sequía. Suele comenzar a llover a finales de mayo o principios de junio. Este año, ya estamos a finales de julio y aún no ha llovido. Todavía estamos esperando. Tratamos de sembrar en los mejores momentos, pero no podemos controlar la lluvia. Si no empieza a llover hasta julio y deja

de llover antes de octubre, nuestros campos no darán nada. Si las cosas se ponen feas, tengo algunas ovejas que puedo vender o intercambiar. Estoy pensando en invertir en colmenas para la miel.

Aunque el clima sea peor, la situación de nuestra agricultura está mucho mejor ahora. Cuando crecí en la granja de mis padres, las tierras quedaron destruidas. Ellos no recibieron ningún tipo de ayuda del gobierno. Cuando llegó la hambruna en 1984, la única opción era trasladarse con la familia a Sudán.

Ahora, obtenemos información y educación de expertos agrícolas que visitan nuestra comunidad. Antes, no usábamos semillas modernas. Ahora uso las mejores semillas de trigo. Siembro un trigo que está listo para cosechar antes, así que resiste mejor la sequía. Antes, no usábamos fertilizantes, herbicidas ni pesticidas. Ahora puedo usar las tres cosas. Sé sobre desherbar. Sé cómo proteger mi campo para que no se seque al sol. Mis rendimientos casi se han duplicado.

Este año, nos dijeron que llovería menos y nos instruyeron sobre

TRATAMOS DE ADAPTARNOS A LAS CONDICIONES QUE TENEMOS PARA SUPERARLAS.



Mitselal (Kal Amin kebele, Etiopía)

las medidas que convenía tomar. Guardamos el agua de la lluvia recogiendo la escorrentía y almacenándola para más tarde. Con toda nuestra fuerza y habilidad, intentamos mantener el suelo húmedo. Lo hacemos de muchas maneras diferentes: aplicando mantillo, cavando trincheras, arreglando las cañadas. Cuando empieza a llover un poco, todos los hogares trabajan duro para

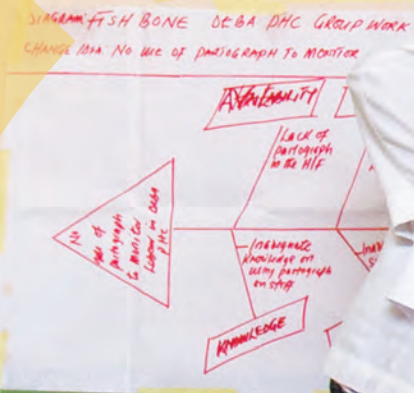
asegurarse de que el agua permanezca en la tierra. No verás a nadie sentado en casa cuando llueve.

Tratamos de adaptarnos a las condiciones que tenemos para superarlas. Quiero que mis hijos reciban una educación. Yo no la tuve cuando era niña; no fui a la escuela ni un día en mi vida, pero mis tres hijos ya están escolarizados. Debo asegurarme de que tengan de comer.

Si cultivo trigo a principios de este año, me pasaré a la cebada para la próxima cosecha, para que mis hijos la coman. Mis hijos no pueden aprender y estudiar con el estómago vacío. Cada decisión que tomo tiene en cuenta lo que mi familia necesita.

Basado en una entrevista

ISSUES/PROBLEMS	
ISSUES/PROBLEMS	NUMBER
1. INADEQUATE ANSWERS ON ANC BY COM. MEMBERS	5
2. NO 24hrs SHIPPING DUTY	4
3. LACK OF MONITORING DEL. VERY LONG PARAGRAPH	4
4. CLIENT WAITING TIME	3
5. LOW DELIVERY RATE	2
6. EARLY DISCHARGE OF MOTHERS BEFORE 24hrs AFTER DELIVERY	2



EXPLORANDO LOS DATOS

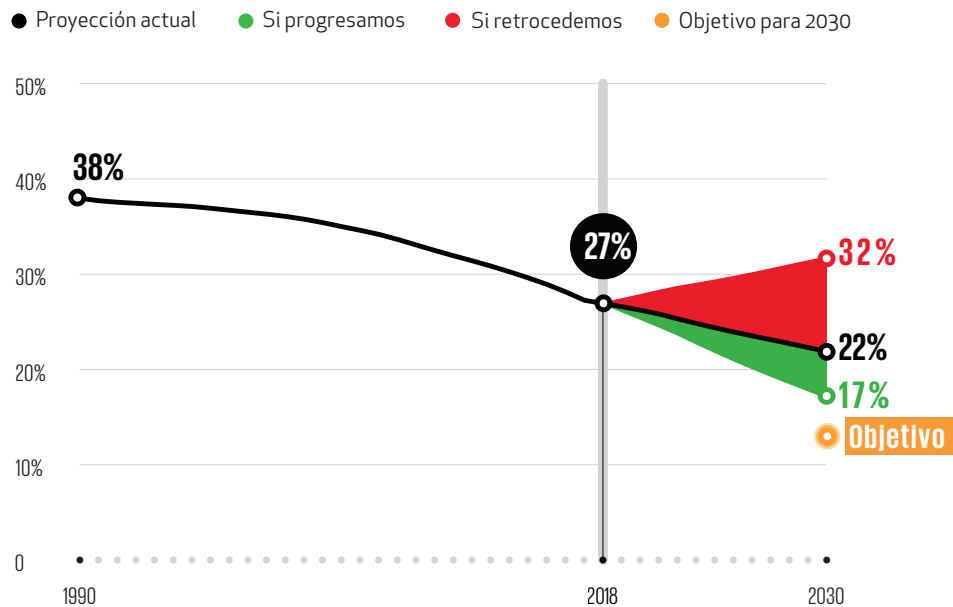
RETRASO DEL CRECIMIENTO

El retraso en el crecimiento es complejo. No hay una forma única de abordarlo; hay que combinar diferentes acciones para lograr un progreso significativo. Quizá por esta razón la tasa mundial de retraso en el crecimiento ha disminuido más lentamente que algunos otros indicadores. También por ello la reducción del retraso en el crecimiento es un indicador infalible de un desarrollo adecuado.

Una manera de acelerar el progreso es estudiar ejemplos: países que han tenido avances impresionantes, como Nepal.

En 1996, dos de cada tres niños nepalíes sufrían retraso en el crecimiento, la tasa más alta del mundo. En 2016, era aproximadamente uno de cada tres. Detrás de este progreso estaban las inversiones en salud, nutrición y educación. Por

Prevalencia del retraso del crecimiento en niños menores de 5 años



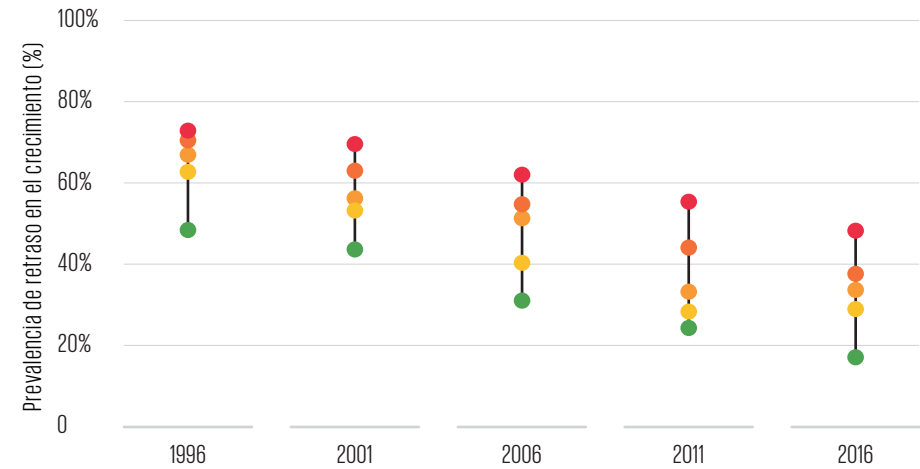
ODS: Poner fin a todas las formas de desnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños y niñas menores de cinco años. La meta incluida en la gráfica tiene un carácter provisional y se ha extrapolado en función del objetivo 2025 existente.

ejemplo, el porcentaje de mujeres embarazadas que reciben atención prenatal cualificada se ha triplicado desde el cambio de milenio (hasta el 84 por ciento),

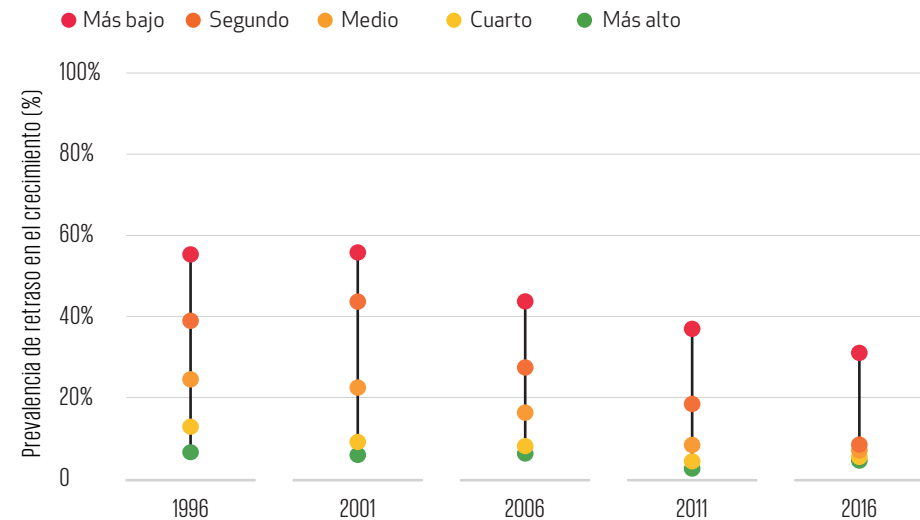
y escolarización en primaria es ahora del 97 por ciento.

Un análisis más profundo de los datos muestra que, aunque Nepal

Prevalencia del retraso en el crecimiento por quintil de riqueza en Nepal



Prevalencia del retraso del crecimiento por quintil de riqueza en Perú



ha reducido su carga de retraso en el crecimiento, todavía no se ha vuelto más igualitario. A la derecha, se observa el retraso en el crecimiento, representado por quintiles de riqueza, entre 1996 y 2016. Aunque cada quintil ha mejorado mucho, los más ricos han mejorado más que los más pobres: ahora, la brecha es aún mayor entre los más pobres y todos los demás.

sistema de seguro de salud para los pobres; implementó un programa de transferencias monetarias para alentar a las mujeres en áreas clave a utilizar los servicios de salud, nutrición y educación; y se centraron en intervenciones claves de salud y nutrición para garantizar que las personas más necesitadas recibieran prioridad.

Para Nepal, ahora la prioridad es cerrar la brecha. Para hacerlo, Nepal puede fijarse en el ejemplo de Perú.

Juntos, Nepal y Perú proporcionan información a los países en todas las etapas de la lucha contra el retraso en el crecimiento.

Este es el mismo gráfico para Perú, un país ejemplar donde el retraso en el crecimiento en 2000 era similar al actual de Nepal, y muestra que la brecha entre los quintiles más pobres y más ricos se ha reducido a la mitad en solo 15 años. Este progreso hacia la igualdad se debe a una voluntad política: el gobierno de Perú creó un

MORTALIDAD MATERNA

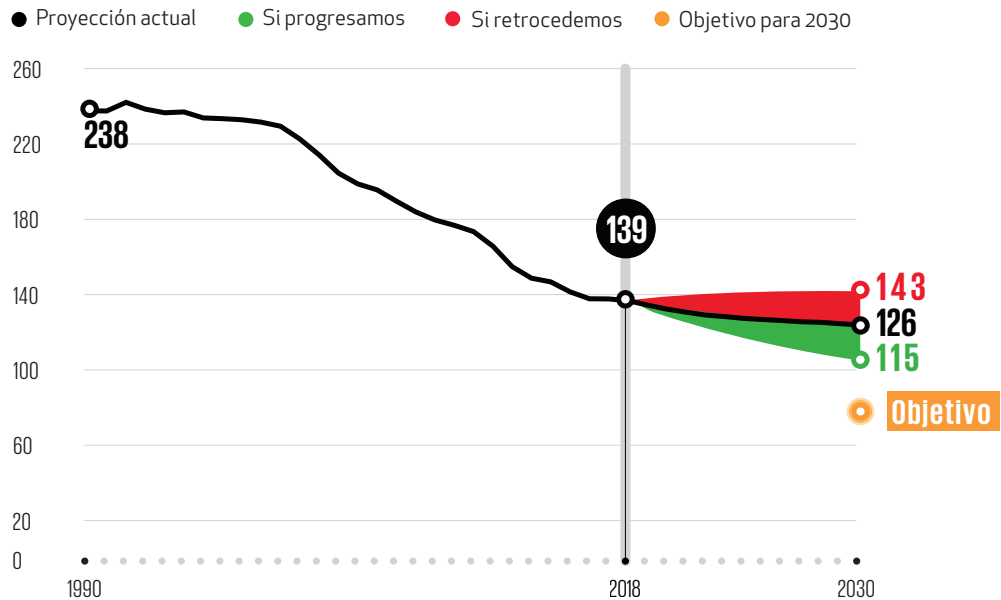
La mayoría de las muertes relacionadas con el parto se pueden prevenir con las herramientas que ya tenemos. La clave es proporcionar a las madres una atención de alta calidad durante todo el embarazo y el parto.

Trágicamente, muchas madres no reciben ningún tipo de atención. Una de las imágenes más elocuentes de la desigualdad es la de una mujer joven que da a luz sola.

Afortunadamente, muchos gobiernos y sus socios están innovando para borrar esta imagen. Por ejemplo, nuestro socio Jhpiego está reinventando la forma en que las mujeres embarazadas interactúan con el sistema de salud.

La mayoría de las mujeres embarazadas pasan unos

Muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos



ODS: Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.

minutos en consulta con una enfermera o partera varias veces durante el embarazo. Esta atención personalizada parece positiva, pero las consultas

tienden a ser impersonales y rápidas.

Entonces, en 20 centros de salud de Kenia y Nigeria,

Jhpiego invitó a grupos de 15 a 20 mujeres en etapas similares del embarazo a asistir a una serie de sesiones prenatales grupales de dos horas. Tuvieron más tiempo (¡hasta 30 veces más!) con un proveedor de salud que las atendió personalmente. Además, llegaron a conocerse entre ellas y construyeron una red de apoyo que se prolongó más allá del parto.

Estos programas pilotos de atención prenatal en grupo (APNg) han logrado resultados sorprendentes. Primero, la atención fue simplemente mejor. Tanto en Kenia como en Nigeria, con la APNg las mujeres, tenían más probabilidades de recibir atención clave e información sobre cómo cuidar de sí mismas y de sus recién nacidos.

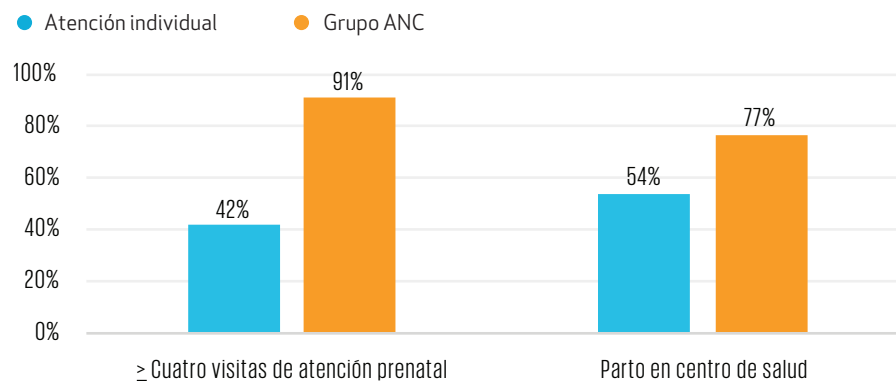
En segundo lugar, las mujeres tuvieron una percepción mejor de la experiencia, lo que hace más probable que sigan utilizando el

sistema de salud. Las mujeres nigerianas que participaron en la APNg eran mucho más proclives a dar a luz en un centro de salud, donde el personal puede hacer frente a una emergencia obstétrica.

En tercer lugar, las mujeres obtuvieron puntajes más altos en una valoración general de empoderamiento, lo que sugiere que los efectos van más allá de la salud materna y también afectan a otras prioridades importantes de desarrollo.

Aunque el proyecto terminó en 2017, los 20 centros piloto han seguido ofreciendo APNg por su cuenta, en parte porque los proveedores y las madres lo exigieron. El siguiente paso es ampliarlo a otros distritos y países para que la curva de mortalidad materna comience a disminuir más rápido.

Cambio en el uso de los servicios de salud por parte de las madres en los centros APNg de Nigeria

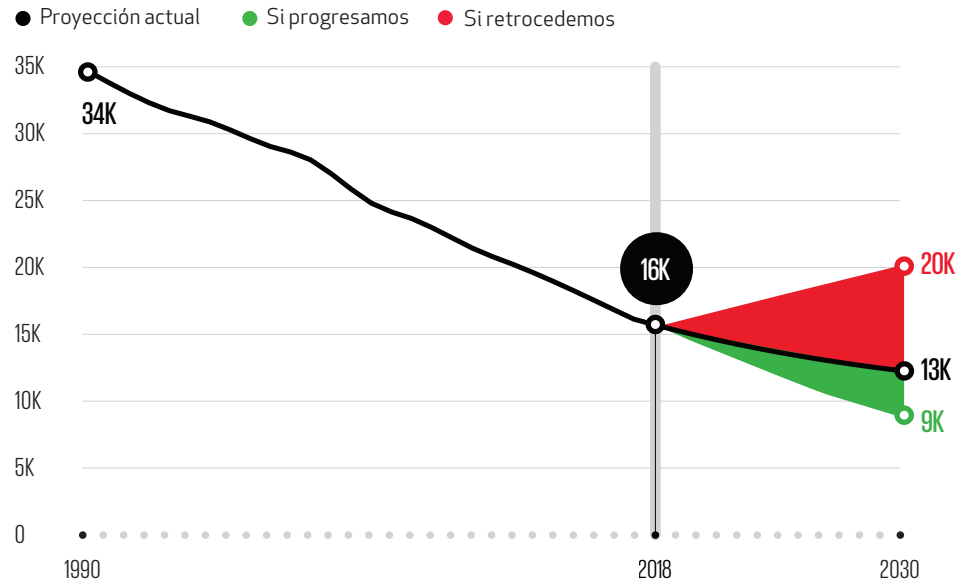


ENFERMEDADES TROPICALES DESATENDIDAS (ETD)

En la expresión «enfermedades tropicales desatendidas» (ETD), el adjetivo «desatendidas» se refiere a un grupo de aproximadamente 20 enfermedades, pero también podría aplicarse a los 1.500 millones de personas afectadas por ellas. Para ganar la batalla contra las ETD hay que aprender a atender a las necesidades de personas que nunca han sido objeto de atención.

Pensemos en la oncocercosis, una enfermedad parasitaria que causa una comezón horrible y, en casos graves, ceguera (también conocida como ceguera de los ríos). Oncocercosis se transmite por unas moscas negras que se reproducen cerca de ríos que fluyen rápidamente. Como resultado, algunos de los agricultores más pobres del mundo se han visto obligados a abandonar los mejores suelos de

Tasa de prevalencia de 15 ETD por cada 100.000 personas



ODS: Poner fin a las epidemias de SIDA, tuberculosis, a malaria y enfermedades tropicales desatendidas.

las cuencas fluviales e intentar ganarse la vida con tierras infértiles.

La buena noticia es que la oncocercosis se puede tratar con ivermectina, un fármaco que

Merck ha estado proporcionando de forma gratuita desde 1987. Desafortunadamente, aunque la ivermectina mata a los gusanos juveniles que causan los síntomas, no mata a los gusanos adultos, que se pueden seguir

reproduciendo durante 15 años. Hay 200 millones de personas en aldeas remotas repartidas por el África subsahariana que corren el riesgo de contraer la infección.

Ante este reto, la eliminación de la oncocercosis se basa en lo que se conoce como administración masiva de medicamentos (AMM): Todos los años, trabajadores de salud voluntarios en decenas de miles de aldeas remotas administran ivermectina a todos los residentes locales. Después de aproximadamente 15 años de una AMM adecuada, los gusanos adultos en el cuerpo de las personas mueren de vejez y la transmisión se termina.

Pero cuanto más exitosos somos, más difícil es el trabajo. Primero, las personas que han tomado un medicamento durante 10 años seguidos y probablemente no se sienten enfermas no están motivadas para seguir tomándolo. En segundo lugar, las pruebas diagnósticas no son suficientemente detalladas como para determinar dónde se ha erradicado totalmente

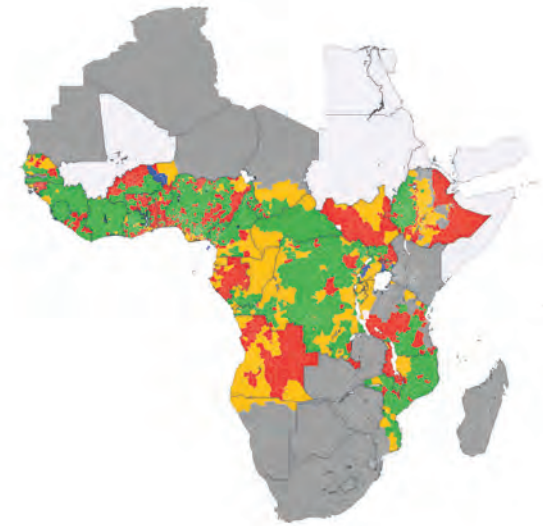
la enfermedad y dónde se encuentra a niveles muy bajos. En consecuencia, no sabemos cuándo es seguro abandonar la AMM.

Continuamos invirtiendo en mejores diagnósticos y medicamentos, pero algunos de los sistemas de salud más frágiles del mundo deben hacer frente año tras año a la logística masiva y de alta calidad de las campañas AMM. Muchos lo están logrando. La transmisión de la oncocercosis se ha interrumpido en dos estados nigerianos y en zonas de Malí, Senegal, Sudán y Uganda. Además, países como Malawi y Sierra Leona, con un PIB per cápita inferior a 1.000 dólares, han superado el 75 por ciento de la cobertura para la AMM tratando múltiples ETD durante tres años consecutivos.

Ahora hay que lograr que estos países puedan mantener sus progresos en todas las zonas que los ETD son endémicas hasta que estén bajo control o sean completamente eliminadas.

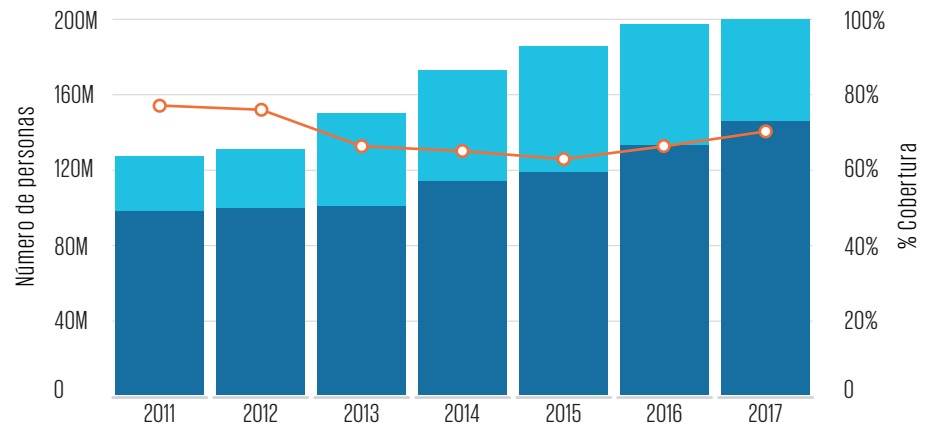
Situación de los programas de eliminación de la oncocercosis en África, por distritos

- Sin AMM o cobertura <65%
- AMM efectiva
- No endémico
- No hay AMM porque se lograron los umbrales de eliminación
- No hay AMM debido a la baja prevalencia (pero no necesariamente por debajo del umbral de eliminación)



Personas que reciben tratamiento preventivo para la ceguera del río

- Personas necesitadas cubiertas
- Personas necesitadas no cubiertas
- Cobertura del tratamiento preventivo



POBREZA

Lo más preocupante de este gráfico es la pendiente de la curva del África subsahariana. Idealmente, África subsahariana seguiría el modelo reciente de Asia meridional, con una disminución abrupta de la pobreza; en cambio, se prevé que los progresos en la región sean relativamente lentos de aquí a 2030. La clave para reducir la pobreza en el África subsahariana a largo plazo es orientar las inversiones en salud y educación de modo que lleguen a las personas que suelen quedar al margen.

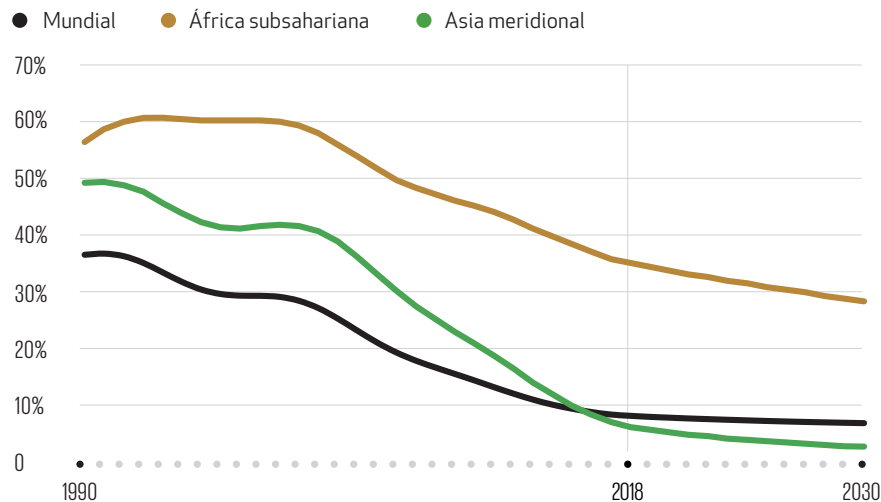
ODS: Erradicar la pobreza extrema para todas las personas en el mundo.

AGRICULTURA

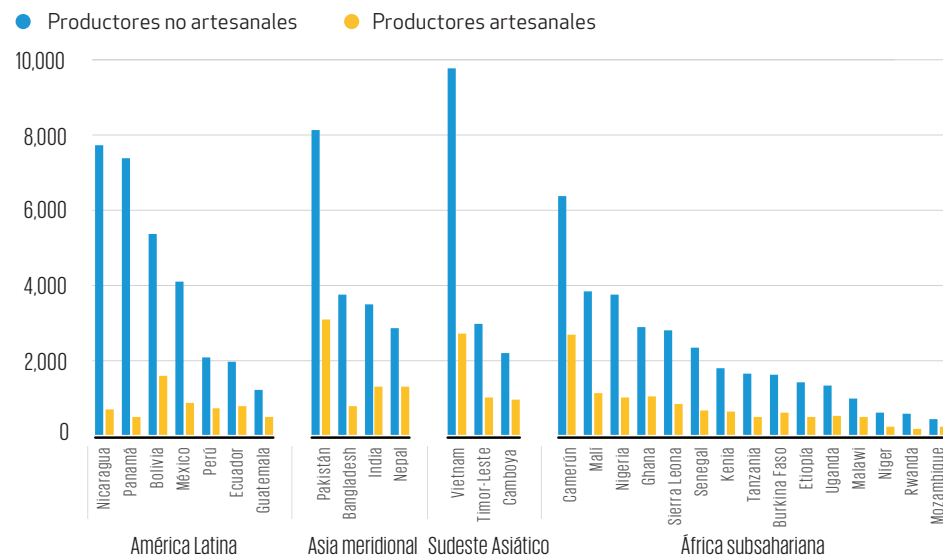
Anteriormente, tuvimos que poner «insuficiencia de datos» al hablar de productividad agrícola. Este gráfico no mide el ODS, pero representa un gran avance porque por primera vez tenemos datos relevantes que son comparables entre países. Aunque los productores de pequeña escala superan ampliamente en número a los grandes productores en casi todos estos países, ganan solo una fracción de los ingresos, debido a que carecen de acceso a servicios financieros, mejores insumos como semillas y fertilizantes, conocimientos agrícolas y mercados eficientes. Además, tanto los productores de pequeña o gran escala tienden a ganar menos en el África subsahariana que en otras regiones.

ODS: Duplicar la productividad agrícola y los ingresos de los productores de alimentos en pequeña escala, en particular las mujeres, los pueblos indígenas, los agricultores familiares, los pastores y los pescadores.

Porcentaje de la población que vive por debajo del umbral internacional de pobreza (1,90 USD por día)



Ingresos medios anuales de la agricultura, PPA (en dólares internacionales constantes de 2011)



MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS

La neumonía es la principal causa infecciosa de mortalidad infantil y la segunda causa, después de los trastornos neonatales, de mortalidad infantil en general. Sin embargo, solo el 3 por ciento del gasto mundial en investigación y desarrollo y el 6 por ciento del gasto mundial en ayuda externa para enfermedades infecciosas se destina a la neumonía. A nivel mundial, menos de la mitad de los niños y niñas están protegidos por la principal vacuna contra la neumonía. Una vacuna menos costosa podría estar disponible pronto, lo que permitiría a más países proteger a más niños y reducir la carga mundial de mortalidad infantil.

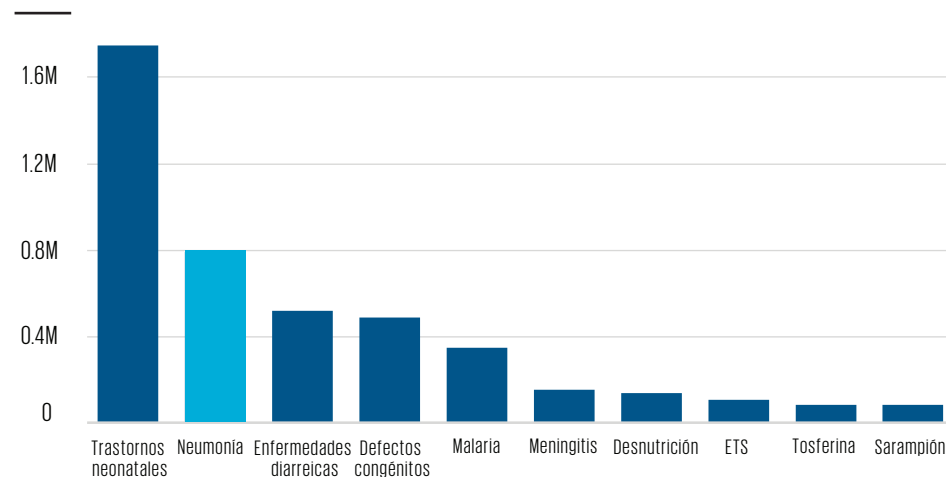
ODS: Poner fin a las muertes prevenibles de recién nacidos y de niños menores de cinco años, con el objetivo de todos los países de reducir la mortalidad de niños menores de cinco años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

MORTALIDAD NEONATAL

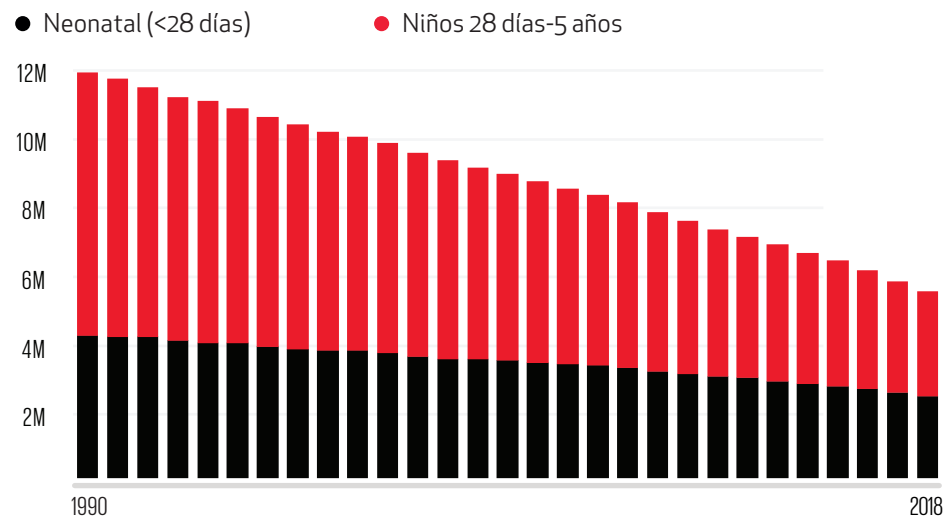
El número de niños y niñas que mueren antes de los cinco años ha estado disminuyendo constantemente. El número de recién nacidos (0-28 días de edad) que mueren también ha disminuido, pero más lentamente. Por lo tanto, la mortalidad neonatal está aumentando con respecto a la mortalidad infantil en general. Actualmente, casi la mitad de las muertes infantiles ocurre en los primeros 28 días de vida. Los progresos futuros en materia de supervivencia infantil requieren que se preste una atención renovada a la salud del recién nacido. Además de un conjunto de intervenciones básicas de eficacia probada, es especialmente importante que los países de ingresos bajos y medios puedan garantizar atención especializada para los bebés enfermos en los centros donde las madres dan a luz.

ODS: Poner fin a las muertes prevenibles de recién nacidos y niños menores de cinco años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1000 nacidos vivos.

Número de muertes de menores de cinco años por causa de mortalidad



Tendencia mundial actualizada de muertes de menores de cinco años



VIH

Entre los 10 y los 24 años de edad, las mujeres son significativamente más propensas que los hombres a contraer el VIH (A partir de los 24 años a menudo se invierte la tendencia.) Las mujeres jóvenes son vulnerables por distintas razones. Por ejemplo, la falta de poder lleva a las adolescentes a tener relaciones sexuales de riesgo y, por el estigma social, no prestan la atención adecuada a la salud reproductiva. El aumento de la población adolescente hace esta brecha especialmente preocupante: la población de niñas que llega a la edad en la que son más vulnerables sigue creciendo.

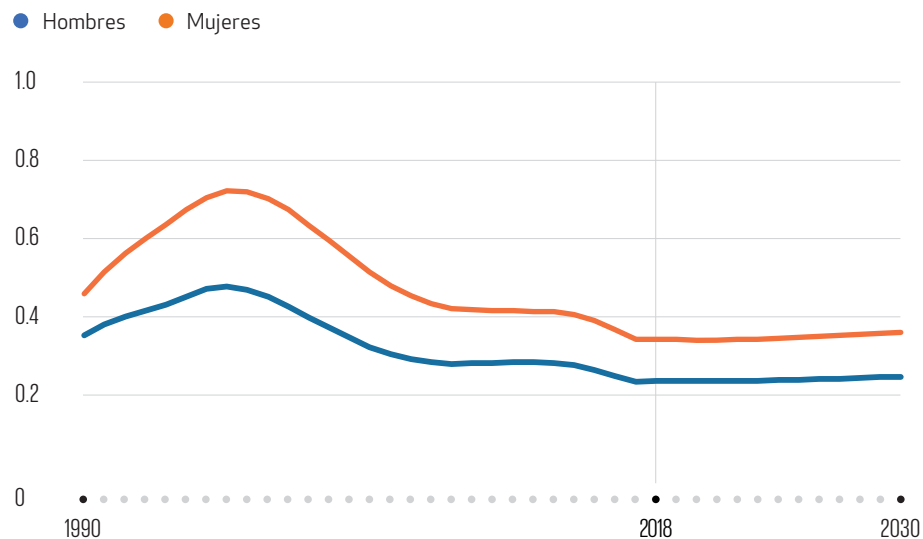
ODS: Poner fin a las epidemias del SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas.

TUBERCULOSIS

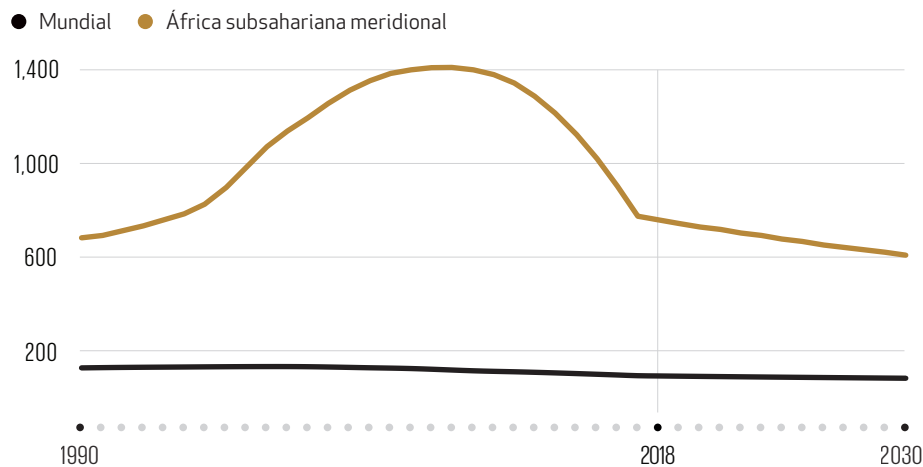
El aumento de los casos de tuberculosis en el África subsahariana en los decenios de 1990 y 2000 ofrece aún más evidencia de lo devastadora que fue la epidemia del VIH-SIDA. El VIH hace que las personas sean más sensibles a la tuberculosis, lo que explica que la incidencia de esta enfermedad en la región haya aumentado. Sin embargo, el hecho de que volviera a bajar con la misma intensidad después de 2008 es una prueba del éxito que ha tenido la respuesta al VIH en África. La siguiente prioridad es que el África subsahariana y Asia meridional diagnostiquen y traten todos los casos activos de tuberculosis y cierren la brecha con otras regiones.

ODS: Poner fin a las epidemias del SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas.

Nuevos casos de VIH entre jóvenes de 10 a 24 años por cada 1.000 personas



Nuevos casos de tuberculosis por cada 100.000 personas



MALARIA

Estas líneas muestran por qué la malaria es un ejemplo de la desigualdad sanitaria mundial. Los países de bajos ingresos soportan la carga global: hay casi cero casos en los países de ingresos más altos. Dentro de los países también hay diferencias significativas: las comunidades más inaccesibles y las más pobres sufren más. A nivel mundial, la enfermedad ha disminuido de manera constante, pero solo se podrá hablar de éxito cuando se aborden las desigualdades relacionadas con la malaria dentro y fuera de las fronteras. También es probable que los lugares con más casos sean también los últimos en eliminar la enfermedad, por lo que cuanto antes abordemos las desigualdades, más cerca estaremos del objetivo de erradicar la malaria del mundo.

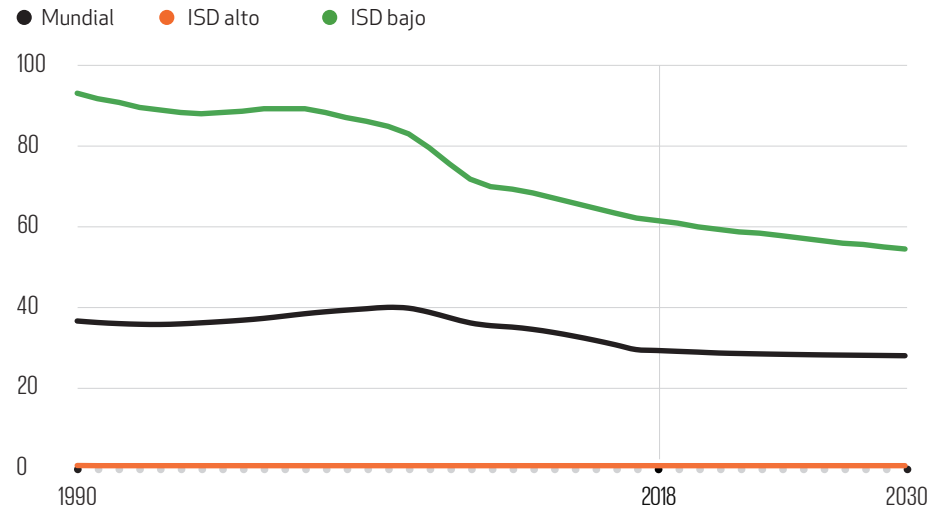
ODS: Poner fin a las epidemias del SIDA, tuberculosis, malaria y enfermedades tropicales desatendidas.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

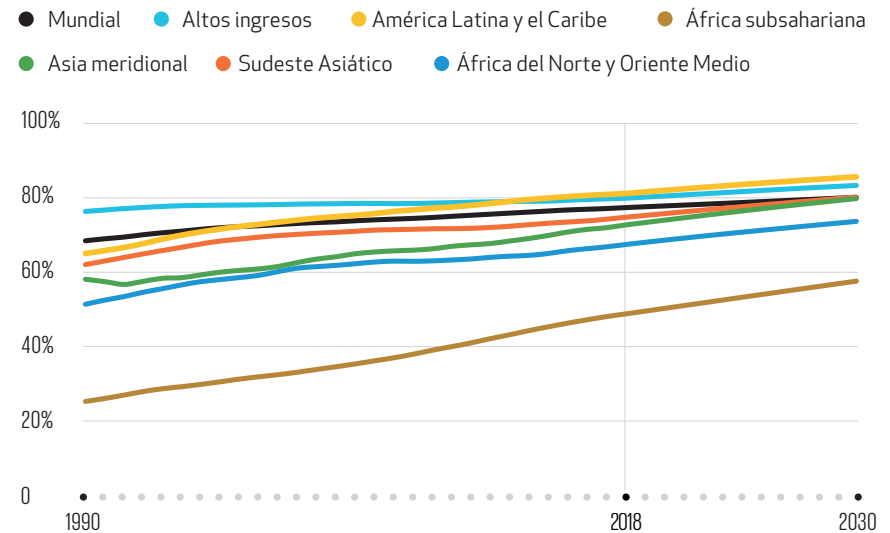
Cuando se trata de planificación familiar, el África subsahariana es una región aparte. En la actualidad, todas las demás regiones del mundo están agrupadas cerca de la parte superior de la tabla; luego hay una brecha, y luego viene la línea para el África subsahariana. La brecha tiende a cerrarse gradualmente. Con que sólo algunos países del África subsahariana puedan acelerar la mejora de su cobertura de planificación familiar, la región alcanzará los objetivos mundiales: satisfacer las necesidades de las mujeres en materia de anticonceptivos y salud reproductiva.

ODS: Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar.

New cases of malaria per 1,000 people



Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que tienen necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos modernos, por regiones

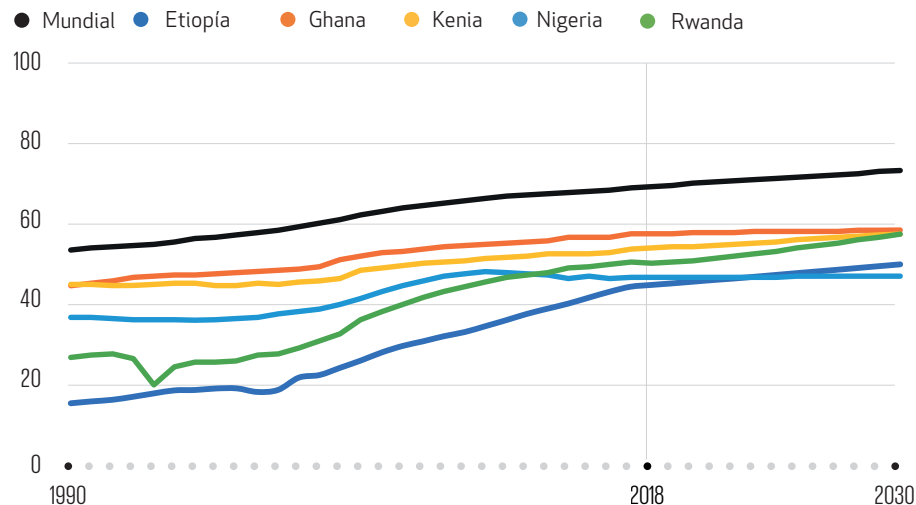


COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

Con la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), todas las personas en un país tienen acceso a servicios esenciales de salud sin arriesgarse a pasar por dificultades financieras. Los países de ingresos más altos están en mejor situación que los de ingresos más bajos para ofrecer CSU, pero este gráfico muestra que algunos países de ingresos más bajos obtienen resultados mucho mejores que otros. Aunque Ruanda y Etiopía son más pobres que los otros países, ambos han invertido mucho en la atención primaria de salud comunitaria. Como resultado, su CSU ha mejorado considerablemente.

ODS: Lograr la cobertura sanitaria universal.

Desempeño de cobertura de los servicios sanitarios básicos



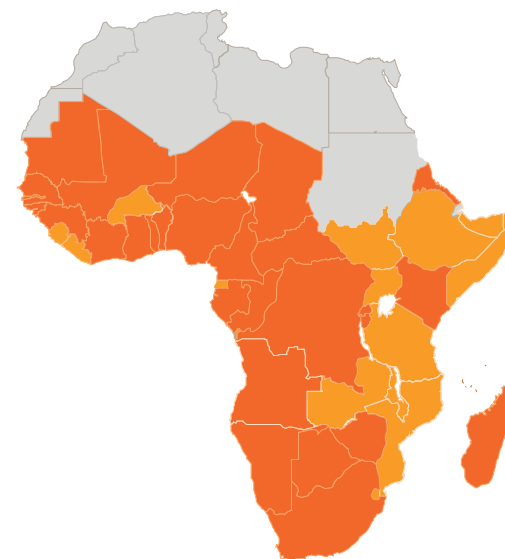
TABAQUISMO

En dos tercios de los países del África subsahariana, las niñas tienen más probabilidades de fumar que las mujeres adultas. Tradicionalmente, los fumadores en África tienden a ser hombres, pero la situación puede estar cambiando. Los países pueden invertir esta tendencia preocupante adoptando estrategias de control del tabaco de eficacia probada. Una de las más eficaces, especialmente para los jóvenes, es el aumento del precio de los cigarrillos mediante el aumento de los impuestos sobre el tabaco. Estos impuestos reducen los costos generales de salud al limitar el tabaquismo y, al mismo tiempo, generan ingresos que los gobiernos pueden utilizar para gastar en otras prioridades.

ODS: Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países.

Tasas de tabaquismo en niñas frente a mujeres en 30 países de África subsahariana

- La prevalencia del tabaquismo es mayor entre las mujeres jóvenes (10-19 años de edad)
- La prevalencia del tabaquismo es mayor entre las mujeres adultas (20 años y más)



VACUNACIÓN

El brote de sarampión de este año en Estados Unidos fue el peor en esta generación. A nivel mundial, se han producido brotes aún mayores en Chad, la República Democrática del Congo y Madagascar. La epidemiología del sarampión hace necesario vacunar a un porcentaje extremadamente alto de niños, pero como muestra este mapa, en África, más de la mitad de los niños de un año viven en zonas donde la cobertura de vacunación contra el sarampión es inferior al 80 por ciento. Sin embargo, la situación puede estar mejorando en zonas geográficas críticas. Según datos preliminares de la zona noroccidental de Nigeria, el renovado compromiso del gobierno con el sarampión y otras vacunas rutinarias ha dado sus frutos, con signos de un rápido aumento de la cobertura en los últimos dos años.

ODS: Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio con respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.

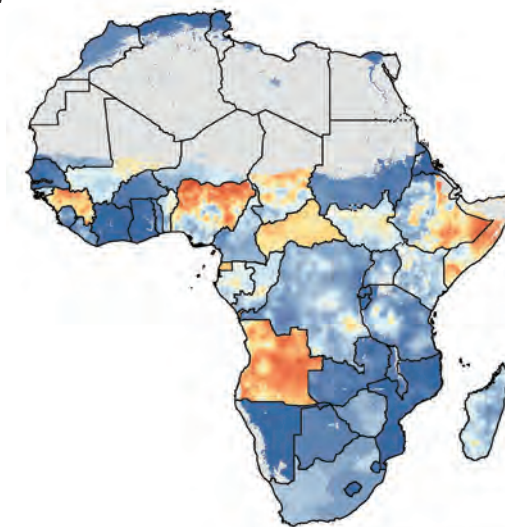
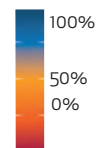
EDUCACIÓN

La generación pasada ha visto un gran aumento en la matrícula escolar. Sin embargo, cuantos más estudiantes se matriculan, resulta difícil proporcionar una educación consistentemente buena. Hoy, más de la mitad de los estudiantes que terminan la primaria en diez países africanos francófonos no dominan mínimamente las matemáticas y la lectura. Peor aún, la tendencia es negativa: a menos que algo cambie, dos tercios de los escolares en 2030 no dominarán las destrezas básicas. Para cambiar la situación, los responsables de educación deben priorizar la alfabetización y el cálculo en los primeros años de formación.

ODS: Para 2030, asegurar que todas las niñas y los niños completen la enseñanza primaria y secundaria, que ha de ser gratuita, equitativa y producir resultados de aprendizaje relevantes y efectivos.

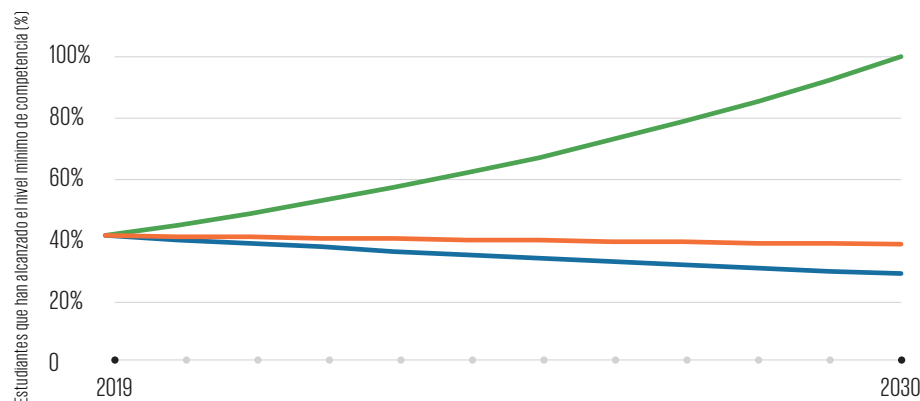
Cobertura subnacional de la vacuna contra el sarampión (primera dosis) 2017

Proporción de personas vacunadas: primera dosis



Porcentaje de alumnos que han alcanzado el nivel mínimo de competencia al finalizar la primaria en 10 países francófonos del África subsahariana

● Promedio ● Mejor ● Necesario



IGUALDAD DE GÉNERO

A nivel mundial, las mujeres trabajan en cuidados no remunerados tres veces más que los hombres. La brecha es mayor en África del Norte y Asia Occidental, pero existe en todas las regiones. Este trabajo está actualmente valorado en 10 billones de dólares al año, pero incluso esa enorme magnitud no da cuenta de todo el potencial económico que pierden las mujeres. En 2013, la definición internacional de «trabajo» se modificó para tener en cuenta los cuidados no remunerados, y desde entonces, nuestros socios han estado desarrollando una guía para tener más en cuenta el trabajo de las mujeres en las encuestas en todo el mundo. Este es un paso crucial para abordar la brecha de género en el trabajo remunerado y no remunerado.

ODS: Reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados mediante servicios públicos, infraestructura y políticas de protección social, promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país.

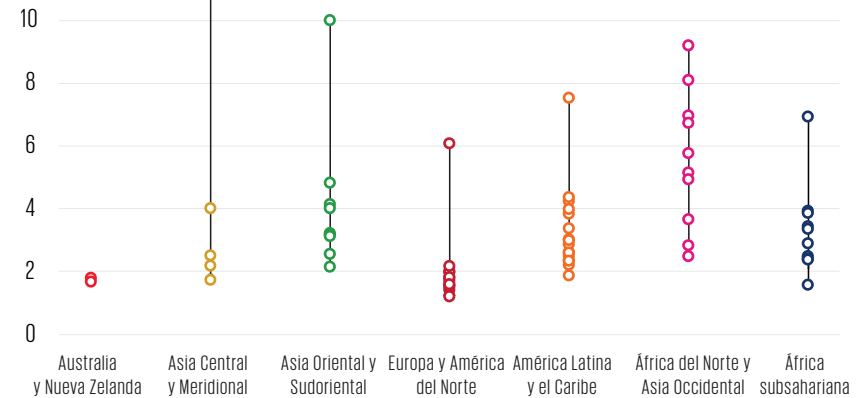
SANEAMIENTO

Lo que muestra este gráfico no es correcto: sugiere que el progreso solo vendrá del alcantarillado, las plantas de tratamiento de aguas residuales y otras infraestructuras costosas que son poco prácticas en muchos lugares. Los ODS establecieron correctamente un nuevo objetivo de saneamiento «gestionado de forma segura» para ayudar a rastrear y mejorar los sistemas de saneamiento utilizados por miles de millones de personas en los países de bajos ingresos. Los líderes aún no tienen suficientes datos para medir qué es saneamiento «gestionado de forma segura» o para identificar áreas clave de mejora. Si los países se toman en serio el ODS 6, es fundamental que un mayor número de ellos empiece a informar al Proyecto Conjunto de Monitoreo de UNICEF y la OMS.

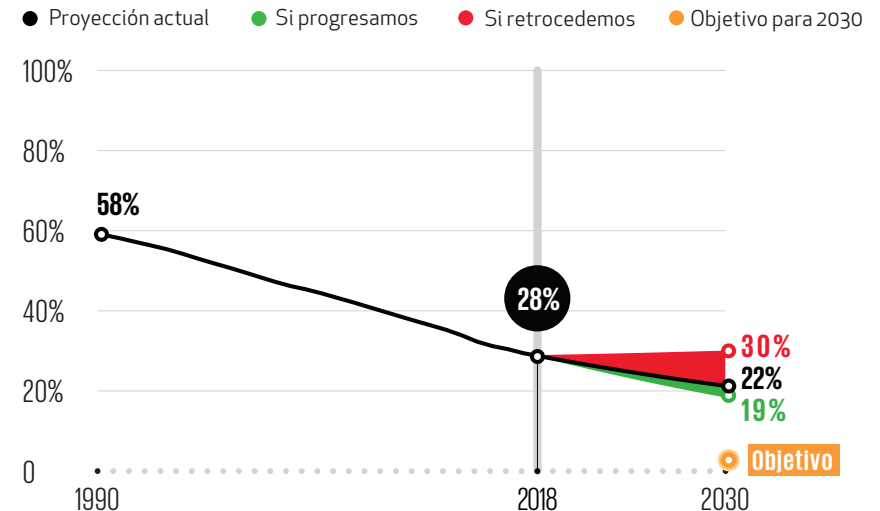
ODS: Lograr el acceso a servicios de saneamiento e higiene adecuados y equitativos para todos y poner fin a la defecación al aire libre, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres y las niñas y de las personas en situaciones vulnerables.

Proporción de tiempo en que las mujeres y los hombres dedican al cuidado no remunerado y al trabajo doméstico, por región, último año disponible

Cada punto representa un país



Prevalencia de poblaciones que utilizan servicios de saneamiento inseguros o no mejorados

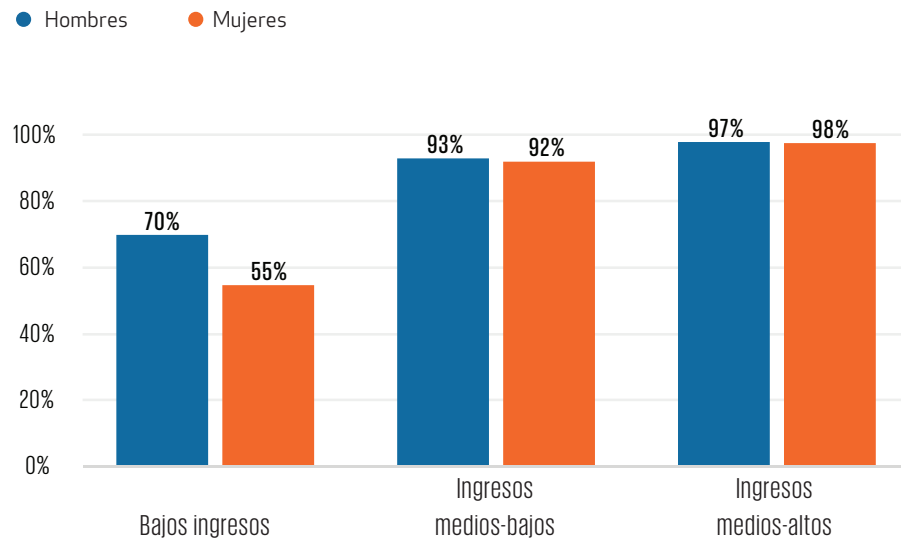


SERVICIOS FINANCIEROS PARA LOS POBRES

Demstrar la identidad es clave para acceder a los servicios financieros y sociales, así como para garantizar los derechos (como el voto) y aprovechar las oportunidades económicas (por ejemplo, registrar una empresa). Sin embargo, 1.000 millones de personas carecen de pruebas básicas de identidad, y hasta la mitad de la población mundial carece de una identidad en la que las autoridades acepten y consideren fiable. Además, existe una brecha de género en la identificación en los países de bajos ingresos, ya que solo el 55 por ciento de las mujeres pueden demostrar su identidad, en comparación con el 70 por ciento de los hombres.

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

Cobertura de identificación de adultos por grupo de ingresos y género



FUENTES Y NOTAS

Las fuentes de datos y las cifras que aparecen en el informe se enumeran aquí por sección. Encontrará también unas breves notas sobre la metodología utilizada para los análisis no publicados. Pueden encontrar citas completas, enlaces a materiales de referencia y referencias adicionales en el sitio web de Goalkeepers.

EXAMINANDO LA DESIGUALDAD

Capas de desigualdad

El diagrama de la página 4 está adaptado de la versión original del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, que se encuentra en *¿Qué significa no dejar a nadie atrás? Un documento del PNUD y un marco para la aplicación*, julio de 2018.

Geografía

El Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud (IHME) ha calculado la mortalidad de los niños menores de cinco años y sus logros educativos con una precisión de 5x5 km para los países de ingresos bajos y medios, incluidas las tendencias para el periodo 2000 a 2017. Estas estimaciones se basan en métodos descritos previamente en detalle para la mortalidad de menores de cinco años (Golding y Burstein et al., 2017) y la educación (Graetz et al., 2018). Además, el IHME ha diseñado hipótesis de futuro con estos indicadores para explorar la probabilidad de que los países y las unidades subnacionales (por ejemplo, los distritos) cumplan los ODS. El IHME preparó tres hipótesis: una de referencia basada en las tendencias pasadas y las relaciones con los principales impulsores, así como hipótesis alternativas de «avance» y «retroceso» para destacar el potencial de avances más rápidos y examinar el potencial de reducción de las desigualdades en salud y educación.

Para generar las hipótesis de referencia para la mortalidad de menores de cinco años y los logros educativos con una precisión de 5x5 km, el IHME calculó la tasa de cambio anual (TCA) durante el periodo 2000 a 2017 para cada celda de la cuadrícula de 5x5 km. Para el nivel educativo, el IHME calculó la TCA utilizando una transformación de medio logaritmo que delimita los años medios de educación entre cero y 18 años y también captura la TCA más alta observada en los niveles más bajos de educación. La TCA de cada celda de la cuadrícula de 5x5 km se utilizó para producir una predicción preliminar de la mortalidad de menores de cinco años y del nivel educativo de todas las celdas de la cuadrícula desde 2018 hasta 2100. Las estimaciones preliminares en las cuadrículas de 5x5 km se ampliaron a escenarios de referencia a nivel nacional de mortalidad y logros educativos de menores de cinco años. Estas hipótesis de referencia a nivel nacional incorporan datos y métodos más amplios en las proyecciones futuras; por ejemplo, para la mortalidad de menores de cinco años, incorporan tendencias futuras estimadas en impulsores como los ingresos per cápita, factores de riesgo como la desnutrición infantil e intervenciones como la cobertura de vacunas (Foreman et al., 2018).

Para generar las hipótesis de progreso y retroceso, el IHME determinó los percentiles 85 y 15 de la TCA observada a nivel de distrito para el período

2000-2017. Las TCA se aplican a todos los distritos en el futuro, a menos que la hipótesis de referencia específica del distrito sea mejor que la hipótesis de avance o que la hipótesis de referencia específica del distrito sea peor que la hipótesis de regresión. En esos casos, la hipótesis de referencia sustituye a las hipótesis alternativas de avance y regresión.

Género

Se pueden consultar las siguientes fuentes para los datos citados en la ilustración «La brecha de género»: Brecha de género en educación y participación en la fuerza de trabajo, del IHME, 2019; matrimonio temprano, referencia de UNICEF Global Database (2018) basada en I la Encuesta de Salud Demográfica, la Encuesta de Indicadores Múltiples y la Encuesta Nacional, 2000-2017; referencia de trabajo de cuidados no remunerados de ONU Mujeres, 2019.

Cuidados no remunerados — Véase ONU Mujeres, 2019, y Organización Internacional del Trabajo (OIT), 2018.

Participación laboral — El IHME calcula las proporciones totales de empleo con respecto a la población (proporción de la población empleada) utilizando la regresión del proceso gaussiano espacio-temporal (ST-GPR) por grupos de edad de cinco años y sexo, para el rango de edad de 15 a 69 años. Los datos de entrada provienen del censo

de hogares, encuestas y tabulaciones de la OIT. Se consideran empleados los encuestados que dicen haber trabajado por lo menos una hora en los últimos siete días por un salario, por cuenta propia, como aprendices o para un negocio familiar, o bien dicen haber estado temporalmente ausentes de tal puesto en la semana anterior. El IHME aplica el ST-GPR para calcular la proporción de la población empleada que son trabajadores informales, tal como la define la OIT, utilizando datos de las tabulaciones de la OIT. Los resultados se utilizan para determinar la proporción de la población total empleada en el mercado de trabajo formal.

Escolarización —El promedio de años de escolaridad entre las mujeres se estima para el rango de edad de 15 a 69 años. La figura de la página 16 se muestra a escala logarítmica.

HISTORIAS DE PROGRESO

Atención primaria

El gráfico de la página 23 se deriva del PIB y de las estimaciones de población del Banco Mundial, World Development Indicators, 2018. Las estimaciones están en USD (actual).

La estimación de objetivo de 86 dólares per cápita en gastos de salud es citada por Gitahi, de Chatham House, 2014. La estimación se deriva del análisis inicial del Grupo de Trabajo de Alto Nivel sobre Financiación Internacional Innovadora de los Sistemas de Salud (HLTF, 2009), y se expresa en USD (de 2012).

Inclusión Digital

Para más información, puede consultar las siguientes fuentes: Anand et al., 2013. Field et al., 2016. Gelb y Diófasi, 2015. Ministerio de Petróleo y Gas Natural, Gobierno de la India, julio de 2019. Mittal, Mukherjee y Gelb, 2017. Anand et al., 2016.

Adaptación al clima

Para más información sobre la sequía de 2015 en Etiopía, véase FEWS NET, 2015. Para más

información sobre el crecimiento y la resiliencia del sector agrícola de Etiopía, véase Dorosh & Rashid, 2015, y Bachewe et al., 2015.

EXPLORANDO LOS DATOS

Para los indicadores de salud, el IHME genera tres hipótesis futuras. Las «proyecciones actuales» se basan en las tendencias del pasado. Para generar las hipótesis de «avance» y «retroceso», el IHME determinó los percentiles 85 y 15 de la tasa de cambio anual (TCA) del indicador o de sus impulsores, en años-país para el período 1990 a 2017.

Retraso en el crecimiento

El IHME midió la prevalencia del retraso en el crecimiento a partir de la altura para la edad calculada más de dos desviaciones típicas por debajo de la mediana de referencia en la curva de crecimiento de la altura para la edad basada en los estándares de crecimiento de la OMS de 2006 para niños de 0 a 59 meses. Las estimaciones se basan en el informe Carga Mundial de Morbilidad (CMM, Global Burden of Disease) 2017, con previsiones para 2018-2030. Para una descripción detallada de los métodos, véase GBD 2017, coautores de «Risk Factor», 2018.

La investigación y los gráficos para Perú y Nepal proceden del equipo de investigación de SickKids para la reducción del retraso en el crecimiento, 2019.

Mortalidad materna

El IHME define la muerte materna como cualquier muerte de una mujer durante el embarazo o en el plazo de un año a partir del final del embarazo, independientemente de la duración y el lugar del embarazo, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su gestión, siempre que no se trate de causas accidentales o incidentales. Se incluyen las edades de 10 a 54 años. Las estimaciones se basan en el informe sobre Carga Mundial de Morbilidad (CMM, Global Burden of Disease) 2017, con previsiones para 2018-2030. Para una descripción detallada de los métodos, consulte

CMM 2017, coautores de «Causes of Death», 2018.

Enfermedades tropicales desatendidas

El IHME mide la suma de la prevalencia de las 15 ETD por cada 100.000, que consta en el estudio Carga Mundial de Morbilidad: tripanosomiasis africana humana, enfermedad de Chagas, equinococosis quística, cisticercosis, dengue, trematodiasis de transmisión alimentaria, gusano de Guinea, helmintos transmitidos por el suelo, leishmaniasis, lepra, filariosis linfática, oncocercosis, rabia, esquistosomiasis, anquilostoma, tricuriasis, ascariosis y tracoma. Las estimaciones se basan en el estudio CMM 2017, con previsiones para 2018-2030. Para una descripción detallada de los métodos, consulte CMM 2017, coautores de «Causes of Death», 2018 y CMM 2017, coautores de «SDG», 2018.

El mapa de los programas de eliminación de la oncocercosis en África procede del Proyecto Especial Ampliado para la Eliminación de Enfermedades Tropicales Desatendidas, 2016.

El gráfico de barras es una versión adaptada del sitio web Uniting to Combat Neglected Tropical Diseases (Unidos para combatir las enfermedades tropicales desatendidas), a partir de la base de datos de la OMS.

Pobreza

Las tasas de pobreza extrema miden la fracción de la población de un país que se estima vive con menos de 1,90 dólares diarios, medida en dólares ajustados por la paridad de poder adquisitivo (PPA) de 2011. Los datos representativos a nivel nacional de las tasas de pobreza extrema para el período 1980-2018 proceden del Banco Mundial. Sin embargo, estos datos no proporcionan una serie temporal completa de tasas de pobreza para cada país. Para estimar una serie temporal completa para todos los países, utilizamos un método desarrollado y ampliamente utilizado por el estudio Carga Mundial de Morbilidad: la regresión del proceso espacial-temporal gaussiano (ST-GPR). El ST-GPR fue elegido porque hace predicciones

a partir de datos cuando estos están disponibles y apoyándose en el tiempo, la geografía y las covariables predictivas (PIB per cápita, educación femenina y consumo de kilocalorías) cuando los datos no estaban disponibles. Las estimaciones de pobreza previstas se calcularon de 2018 a 2030 mediante la estimación del cambio interanual de la tasa de pobreza utilizando un modelo de conjunto. Para más información, consulte IHME, 2019.

Agricultura

Consulte FAO, Rural Livelihoods Information System (RuLIS), consultado en julio de 2019. Se trata de los datos más recientes disponibles para determinados países, entre 2005 y 2016; ver el RuLIS para obtener información adicional. Para más información, véase FAO, 2018.

Mortalidad de menores de cinco años

El IHME define la tasa de mortalidad de menores de cinco años como la probabilidad de muerte entre el nacimiento y los cinco años de edad. Se expresa como el número de muertes por cada 1000 nacidos vivos. Las estimaciones se basan en los resultados preliminares del estudio CMM 2019, con previsiones para 2019-2030. Para una descripción detallada de los métodos, consulte CMM 2017, coautores «Mortalidad», 2018.

Mortalidad neonatal

El IHME define la tasa de mortalidad neonatal como la probabilidad de muerte en los primeros 28 días completos de vida. Se expresa como el número de muertes por cada 1000 nacidos vivos. En IHME se encuentra una descripción detallada de los métodos, que define la mortalidad neonatal como el número de muertes durante los primeros 28 días completos de vida por cada 1000 nacidos vivos en un año o período determinado. Las estimaciones se basan en los resultados preliminares del estudio CMM 2019, con previsiones para 2019-2030. Para una descripción detallada de los métodos, consulte CMM 2017, coautores «Mortalidad», 2018.

VIH

El IHME calcula la tasa de nuevas infecciones por VIH por cada 1.000 habitantes, normalizada por

edades. Las estimaciones se basan en el informe CMM 2017, con previsiones para 2018-2030. Para una descripción más detallada de los métodos, consulte CMM 2017, coautores «Incidencia y Prevalencia de enfermedades y lesiones 2018.

Tuberculosis

El IHME calcula los casos de tuberculosis nuevos y recidivantes diagnosticados dentro de un año natural determinado (incidencia) utilizando datos de encuestas de prevalencia, notificaciones de casos y estimaciones de mortalidad por causa específica para construir un modelo estadístico que refuerza la coherencia interna entre las estimaciones. Las estimaciones se basan en el informe CMM 2017, con previsiones para 2018-2030. Para una descripción detallada de los métodos, consulte CMM 2017, autores «Incidencia y Prevalencia de enfermedades y lesiones», 2018.

Malaria

El IHME calcula la tasa malaria estandarizada por edad por cada 1000 habitantes. Las estimaciones se basan en el informe CMM 2017, con previsiones para 2018-2030. Para una descripción detallada de los métodos, consulte CMM 2017, coautores «Incidencia y Prevalencia de enfermedades y lesiones», 2018, y Weiss et al., 2019.

El índice sociodemográfico (ISD) es una medida compuesta producida por el IHME que identifica dónde se encuentran los países u otras áreas geográficas en el espectro del desarrollo. Expresado en una escala de 0 a 1, el ISD es un promedio compuesto de las clasificaciones de los ingresos per cápita, el logro educativo promedio y las tasas de fecundidad de todas las áreas del estudio CMM.

Planificación familiar

El IHME calcula la proporción de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que tienen sus necesidades de planificación familiar satisfechas con los métodos modernos. Los métodos anticonceptivos modernos incluyen el uso actual de esterilización masculina o femenina, condones masculinos o femeninos, diafragmas, espuma o

jalea espermicida, píldoras hormonales orales, implantes, inyecciones, dispositivos intrauterinos (DIU) o anticonceptivos de emergencia. Las estimaciones se basan en los resultados preliminares de del estudio CMM 2019, con previsiones para 2019-2030. Para una descripción detallada de los métodos, consulte CMM 2017 coautores «SDG», 2018.

Cobertura sanitaria universal

IHME define el índice de CSU como la cobertura de nueve intervenciones de seguimiento y tasas de mortalidad estandarizadas por riesgo derivadas de 32 causas susceptibles de atención médica personal. Las intervenciones de seguimiento incluyen la cobertura de vacunación (cobertura de tres dosis de la vacuna DPT, la vacuna contra el sarampión y tres dosis de la vacuna oral contra la poliomielitis o la vacuna antipoliomielítica inactivada); la cobertura de anticoncepción por métodos modernos; la cobertura de la atención prenatal (entre una y cuatro visitas); la cobertura de personal obstétrico capacitado; las tasas de partos en centros médicos; cobertura de la terapia antirretroviral para las personas infectadas con el VIH. Las 32 causas susceptibles de atención sanitaria personal incluyen la tuberculosis, las enfermedades diarreicas, las infecciones de las vías respiratorias inferiores, las infecciones de las vías respiratorias superiores, la difteria, la tos ferina, el tétanos, el sarampión, los trastornos maternos, los trastornos neonatales, cáncer colorrectal, cáncer no melanoma, cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, cáncer de útero, cáncer de testículo, linfoma de Hodgkin, leucemia, cardiopatía reumática, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, cardiopatía hipertensiva, úlceras péptica, apendicitis, hernia, enfermedades vesiculares y biliares, epilepsia, diabetes, nefropatía crónica, anomalías cardíacas congénitas y efectos adversos de los tratamientos médicos.

El instituto IHME estableció una escala de 0 a 100 para los 41 indicadores: el 0 refleja los peores niveles observados entre 1990 y 2016 y 100 los mejores niveles observados. Se tomó la media aritmética de estos 41 indicadores a escala 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 y el acceso a los mismos. Las estimaciones se basan en el informe CMM 2017, con previsiones para 2018-2030. Para una descripción detallada de los métodos, consulte CMM 2017, coautores «SDG», 2018.

Tabaquismo

El IHME mide el consumo actual de tabaco inhalado. El IHME recopila información de todas las encuestas disponibles que incluyen preguntas sobre la frecuencia del consumo de tabaco (por ejemplo, diariamente, ocasionalmente), ya sea en la actualidad o en los últimos 30 días, e información sobre el tipo de producto de tabaco que se fuma (incluidos cigarrillos, puros, pipas, narguile, así como productos locales). IHME convierte todos los datos a su definición estándar para que se puedan hacer comparaciones significativas entre ubicaciones y a lo largo del tiempo. Las estimaciones se basan en los resultados preliminares del estudio CMM 2019, con previsiones para 2019-2030. Para una descripción detallada de los métodos, consulte CMM 2017, coautores «Factor de Riesgo», 2018.

Vacunación

La medición de la cobertura de inmunización del IHME informa sobre la cobertura de las siguientes vacunas por separado: tres dosis de difteria, tétanos y tos ferina (DTP3), segunda dosis de la vacuna contra el sarampión (MCV2) y tres dosis de la vacuna conjugada antineumocócica (PCV3). Las estimaciones se basan en los resultados preliminares del estudio CMM 2019, con previsiones para 2019-2030. Para una descripción detallada de los métodos, consulte CMM 2017, coautores «SDG», 2018.

Las estimaciones de los patrones locales de cobertura de vacunas del IHME se producen utilizando los métodos de modelación geoespacial descritos en Mosser et al., 2019. En el momento en que se publicó el Goalkeepers Report 2019, aún no se habían publicado las estimaciones sobre el sarampión.

Educación

Las proyecciones de la UNESCO se basan en las diferencias anualizadas entre las puntuaciones medias del Programa de Análisis de los Sistemas Educativos de CONFEMEN (PASEC) en 2006 y 2014. Nótese que las pruebas realizadas cada año no eran psicométricamente comparables, aunque cubrían un contenido muy similar. El Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU) aplicó una definición equivalente de competencia mínima en todas las evaluaciones de cada año para crear una escala armonizada de resultados que no ha sido validada empíricamente dado el diseño de las evaluaciones. Para más información, consulte UNESCO, 2019, y IEU, 2019.

Igualdad de género

El gráfico de la página 52 ha sido adaptado de ONU Mujeres, 2019. Los datos son los más recientes disponibles para 88 países y territorios (2001-2017). El grupo de edad es de 15 años o más cuando está disponible (18 años o más en Ghana). En algunos casos, los datos corresponden a las personas de 10 años o más o 12 años o más. En el caso de Tailandia (2015) son para los mayores de 6 años, y en la República Unida de Tanzania (2014) para los mayores de 5 años. Los datos correspondientes a Bulgaria, Dinamarca, Letonia, los Países Bajos Eslovenia y España corresponden únicamente al tiempo dedicado al cuidado no remunerado entre las personas de 20 a 74 años de edad. En el caso de Qatar, solo se incluyen en el análisis las zonas urbanas. Las diferencias entre países deben interpretarse con cautela, dada la heterogeneidad entre las encuestas y los países en cuanto a definiciones, metodología y cobertura de la muestra. Véase la Base de Datos de Indicadores Globales de ODS de la División de Estadística de las Naciones Unidas para más información sobre los datos a nivel de país.

Saneamiento

El IHME midió hogares con sistemas sanitarios por conexión al alcantarillado; hogares con sistemas sanitarios mejorados sin conexión al alcantarillado, hogares con sistemas sanitarios mejorados sin conexión al alcantarillado (letrina

de pozo, letrina ventilada mejorada, letrina de pozo con losa, inodoro orgánico); y hogares sin sistemas sanitarios mejorados (inodoro de cisterna que no está conectado a la alcantarilla ni a la fosa séptica, letrina de pozo sin losa ni fosa séptica, cubo, inodoro colgante, instalaciones compartidas, ninguna instalación compartida, tal como se define en el Programa Conjunto de Monitoreo para el Abastecimiento de Agua Potable y Saneamiento. Las estimaciones se basan en el informe CMM 2017, con previsiones para 2018-2030. Para una descripción detallada de los métodos, consulte CMM 2017, Colaboradores de Factor de Riesgo, 2018.

Servicios financieros para los pobres

Véase Grupo del Banco Mundial, Identificación para el Desarrollo, consultado en julio de 2019. Los datos son los más recientes disponibles para 99 países, recogidos en 2017 a través de las encuestas globales Findex. Para la metodología, véase ID4D, 2018.

FOTOGRAFÍA

Imágenes proporcionadas por Gates Archive, con las siguientes adiciones:

Páginas 6 y 7 (fotos cortesía de The Carter Center/Emily Staub)

Página 14 (foto cortesía de LightRocket vía Getty Images /SOPA Images/Marcus Valance)

Página 35 (foto cortesía de Corbis vía Getty Images/Art in All of Us/Eric Lafforgue)

Página 43 (foto cortesía de Jhpiego/Paul Joseph Brown)

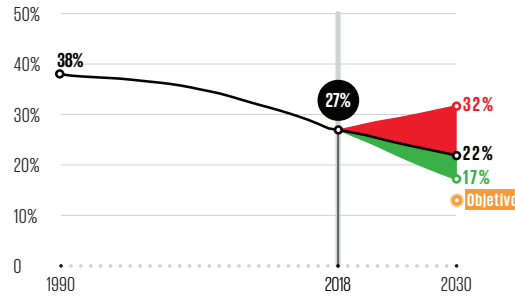
UNA VISIÓN GENERAL DE LOS 18 INDICADORES QUE SE ANALIZAN EN EL INFORME

Comenzamos a escribir el Informe Goalkeepers para hacer un seguimiento del progreso hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Por lo tanto, nos propusimos publicar cada año los datos globales más recientes sobre los 18 indicadores más relacionados con el trabajo que realiza nuestra fundación.

- Proyección actual
- Objetivo para 2030
- Si progresamos
- Si retrocedemos

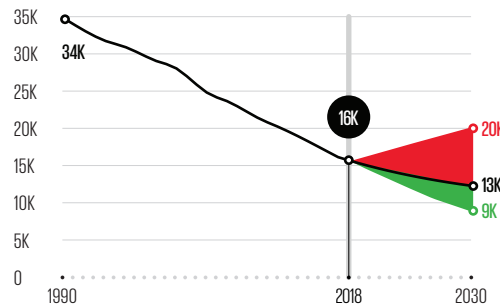
RETRASO DEL CRECIMIENTO

Prevalencia del retraso del crecimiento entre los niños menores de cinco años



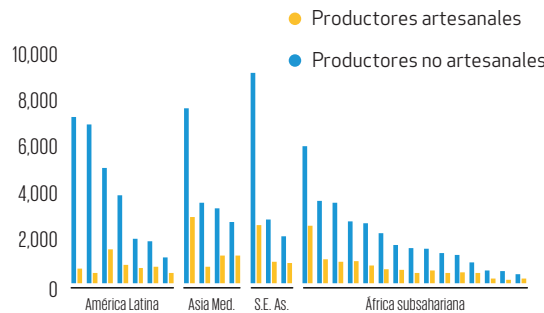
ENFERMEDADES TROPICALES DESATENDIDAS (ETD)

Prevalencia de 15 ETD por cada 100.000 personas



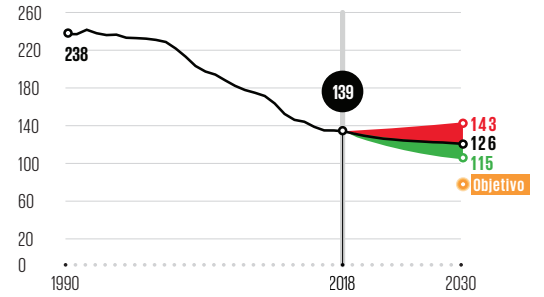
AGRICULTURA

Ingreso anual promedio de la agricultura, PPA (en dólares internacionales constantes de 2011)



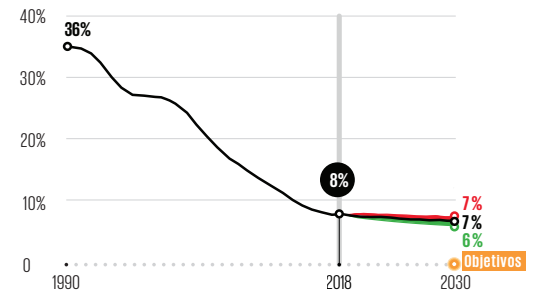
MORTALIDAD MATERNA

Muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos



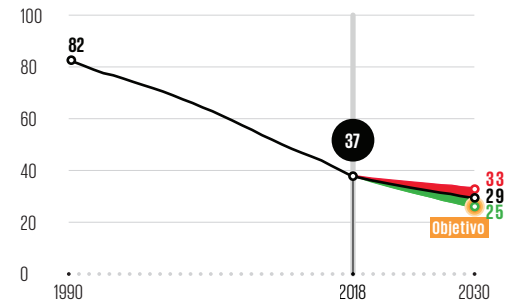
POBREZA

Porcentaje de la población que vive por debajo del umbral internacional de pobreza (1,90 USD por día)



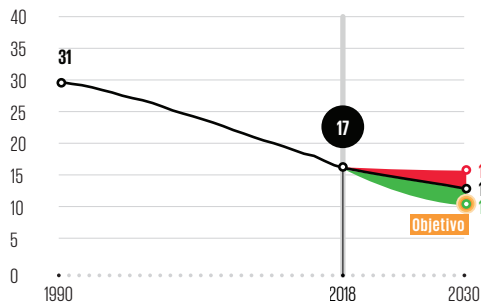
MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS

Muertes de menores de cinco años por cada 1000 nacidos vivos



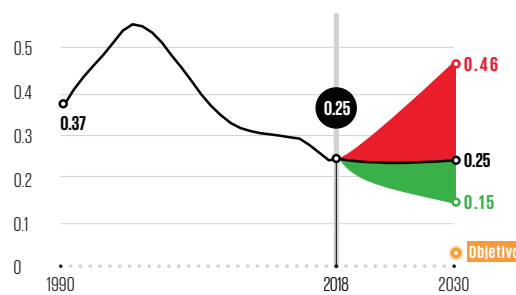
MORTALIDAD NEONATAL

Muertes neonatales por cada 1000 nacidos vivos



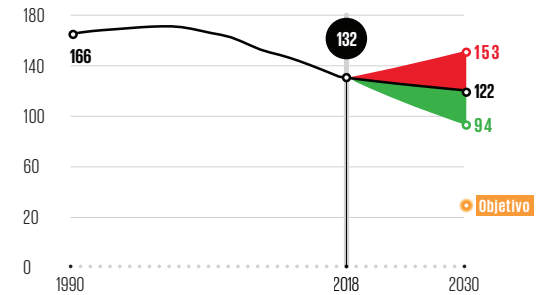
VIH

Nuevos casos de VIH por cada 1000 personas



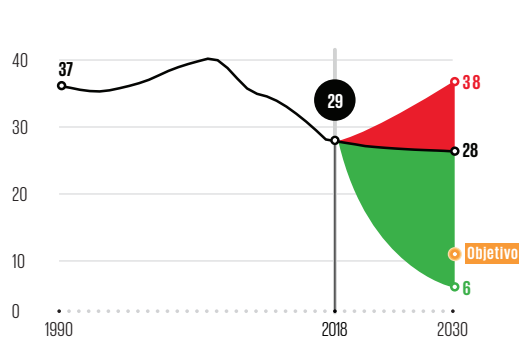
TUBERCULOSIS

Nuevos casos de tuberculosis por cada 100.000 personas



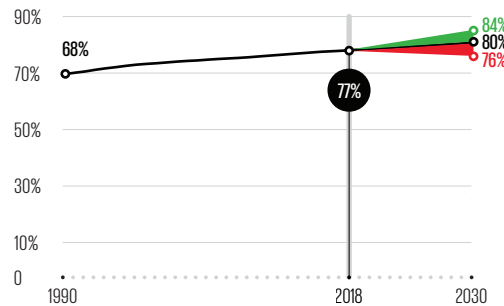
MALARIA

Nuevos casos de malaria por cada 1000 personas



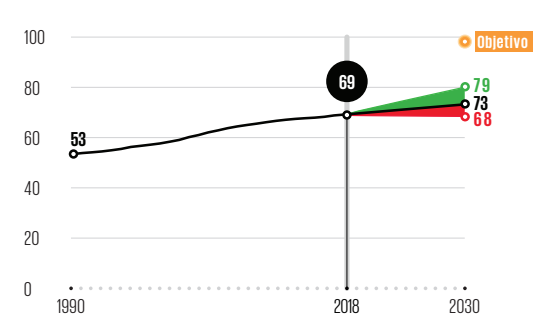
PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Porcentaje de mujeres en edad reproductiva (15-49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos



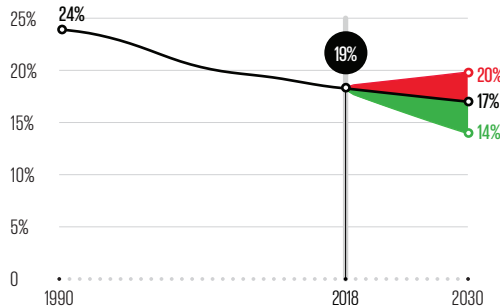
COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

Desempeño de la cobertura de servicios sanitarios básicos



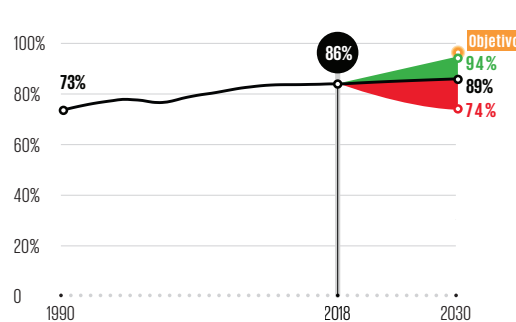
TABAQUISMO

Prevalencia del tabaquismo actual en poblaciones de 10 años y más



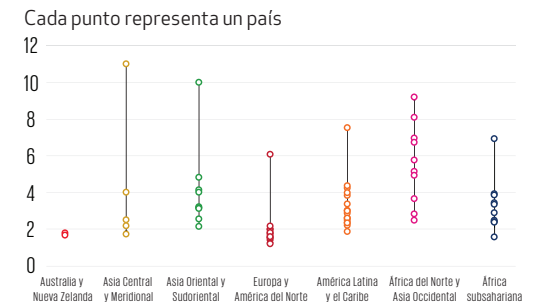
VACUNAS

Cobertura de DTP (tercera dosis)



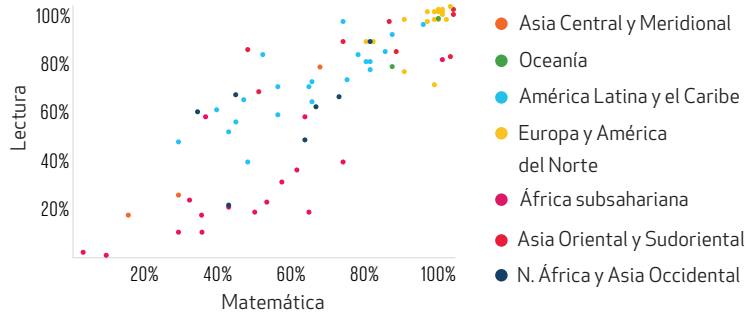
IGUALDAD DE GÉNERO

Relación entre el tiempo que las mujeres y los hombres dedican al trabajo doméstico no remunerado, por región



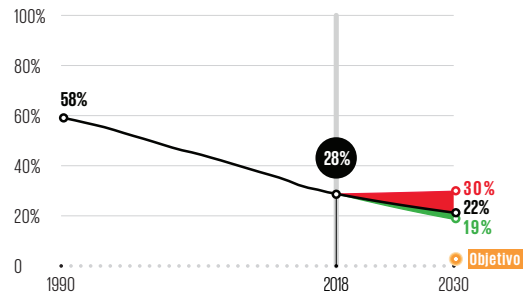
EDUCACIÓN

Porcentaje de estudiantes en el grado 2 o 3 que lograron por lo menos un nivel mínimo de competencia en lectura y matemáticas, ambos sexos



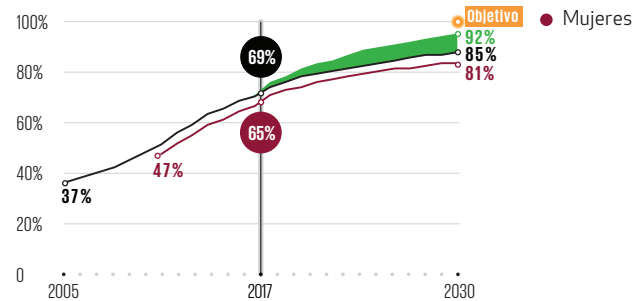
SANEAMIENTO

Prevalencia de poblaciones que utilizan servicios de saneamiento inseguros o no mejorados



SERVICIOS FINANCIEROS PARA LOS POBRES

Porcentaje de adultos (de 15 años o más) que tienen una cuenta en un banco u otra institución financiera o en un proveedor de servicios financieros móviles.



OBJETIVOS GLOBALES POR UN DESARROLLO SOSTENIBLE

1 FIN DE LA POBREZA 	2 CERO HAMBRE 	3 BIENESTAR Y SALUD 	4 EDUCACIÓN DE CALIDAD
5 IGUALDAD DE GÉNERO 	6 AGUA LIMPIA Y SANEAMIENTO 	7 ENERGÍA ASEQUIBLE Y NO CONTAMINANTE 	8 TRABAJO DECENTE Y CRECIMIENTO ECONÓMICO
9 INDUSTRIA, INNOVACIÓN E INFRAESTRUCTURA 	10 DESIGUALDAD REDUCIDAS 	11 CIUDADES Y COMUNIDADES SOSTENIBLES 	12 PRODUCCIÓN Y CONSUMO RESPONSABLES
13 ACCIÓN CLIMÁTICA 	14 VIDA SUBMARINA 	15 VIDA DE ECOSISTEMAS TERRESTRES 	16 PAZ, JUSTICIA E INSTITUCIONES PODEROSAS
17 ALIANZAS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS 			

BILL & MELINDA GATES foundation

IHME | UNIVERSITY of WASHINGTON

© Bill & Melinda Gates Foundation