

UNA VICTORIA POSIBLE: LA AYUDA INTERNACIONAL Y LA SUPERVIVENCIA INFANTIL EN BOLIVIA



únete por la infancia

unicef 

◀ Foto portada: **Eleuteria Cruz, de 20 años, con su hija Luz Jhenny, de trece meses, en su casa de Ucumasi, región de Oruro.**

Edita:

UNICEF Comité Español
C/ Mauricio Legendre, 36
28046 Madrid
Tel. 913 789 555
sensibilizacion@unicef.es
www.unicef.es

Autor:

Gonzalo Fanjul

Han colaborado:

Marta Arias, Blanca Carazo, Sara Collantes,
Raquel Fernández, Bárbara González del Río, Ildelfonso González,
Enrique Mestre, Carmen Molina, Belén Ruiz-Ocaña y Diana Valcárcel.

Agradecimiento especial a todos los profesionales,
familias y niños bolivianos que colaboraron en
este informe con su tiempo y su amabilidad.
UNICEF Comité Español agradece la cesión
de fotografías a Carlos Luján/NOPHOTO

Con la financiación de:

Capital for Good

Diseño y maquetación:

Isla Gráfica

Fotografías:

Portada: © UNICEF Comité Español/Bolivia/2013
Página 3: © UNICEF Comité Español/Bolivia/2013
Páginas 4-5: © UNICEF Comité Español/ 2013/Bolivia/Diana Valcárcel
Página 7: © UNICEF Comité Español/ 2013/Bolivia/Diana Valcárcel
Página 8: © UNICEF/2008/Bolivia/Evan Abramson
Página 17: © Carlos Luján/NOPHOTO
Página 18: © Carlos Luján/NOPHOTO
Página 20: © UNICEF Comité Español/Bolivia/2013
Página 21: © Carlos Luján/NOPHOTO
Página 22: © UNICEF Comité Español/Bolivia/2013
Página 23: © Carlos Luján/NOPHOTO
Página 26: © UNICEF Comité Español/Bolivia/2013
Página 29: © Carlos Luján/NOPHOTO
Página 30: © UNICEF Comité Español/Bolivia/2013
Página 31: © UNICEF Comité Español/Bolivia/2013
Página 32: © UNICEF Comité Español/Bolivia/2013
Página 33: © UNICEF Comité Español/Bolivia/2013
Página 34: © UNICEF Comité Español/Bolivia/2013
Página 36: © UNICEF Comité Español/2013/Bolivia/Diana Valcárcel
Página 37: © Carlos Luján/NOPHOTO
Página 39: © UNICEF/2011/Bolivia/Noah Friedman-Rudovsky
Página 43: © UNICEF Comité Español/ 2013/Bolivia/Diana Valcárcel

Depósito Legal:

M-19799-2013

*Derechos de autor sobre todos los contenidos
de este informe. Permitida su reproducción
total o parcial siempre que se cite la procedencia.*

Junio 2013

• La pequeña Mileidy Bejarano, de 2 años, en su casa de Loma Alta, en la región de Pando, Amazonía boliviana.



Índice

Resumen	6
1. Introducción	10
2. Bolivia: dos décadas derrotando a la mortalidad infantil	14
La consolidación de las políticas de salud materno-infantil	15
En Bolivia no hay supervivencia infantil sin ayuda internacional	19
3. Cómo salvar la vida de 137.000 niños	23
Una carrera de obstáculos	25
Ideas, recursos, políticas	29
El papel de la cooperación internacional	31
4. Conclusiones y recomendaciones	38
Referencias	40
Notas	41

UNA VICTORIA POSIBLE: LA AYUDA INTERNACIONAL Y LA SUPERVIVENCIA INFANTIL EN **BOLIVIA**

A lo largo de las dos últimas décadas, Bolivia ha logrado reducir a la mitad los niveles de mortalidad infantil y acariciar la posibilidad de un futuro libre de esta lacra. Su ejemplo forma parte de un esfuerzo global en el que la cooperación ha jugado un papel protagonista y que ahora podría estar amenazado por la reducción de los programas de ayuda en España y otros países donantes.

• Un grupo de mujeres y niños en la entrada de la posta de salud de Portachuelo Bajo, región de Pando, en la Amazonía boliviana.



RESUMEN

Si la capacidad de proteger a los miembros más vulnerables de su sociedad indica el progreso de un país, Bolivia tiene buenas razones para sentirse orgullosa. A lo largo de los últimos veinte años, y en un esfuerzo que ha involucrado a gobiernos, donantes y sociedad civil, este país andino ha logrado reducir a la mitad las muertes de niños menores de cinco años y podría encaminarse hacia la consecución del Objetivo del Milenio en 2015, que exige reducir los niveles en dos tercios. De acuerdo con los cálculos realizados para este informe, la construcción y extensión de un sistema de salud materno-infantil basado en seguros sanitarios, programas de inmunización y ayudas a las familias ha permitido al Estado más pobre de Sudamérica evitar la muerte de 231.000 niños y niñas menores de 5 años entre 1990 y 2011.

Con unos recursos que en 2003 llegaron a alcanzar el 12% del PIB boliviano, la ayuda ha jugado un papel insustituible en la financiación y el diseño de estas políticas de éxito.

Lo que es igualmente importante, este país se asoma por primera vez en su historia a la posibilidad de un futuro libre de esta lacra. De mantenerse el ritmo de avances de las últimas décadas, Bolivia podría alcanzar en 2035 el objetivo internacional de reducir la mortalidad infantil por debajo de los 20 por cada 1000 nacidos. Con ello salvaría la vida de cerca de 137.000 niños y se alinearía con los avances que ya ha realizado el conjunto de su región.

La sociedad y las instituciones bolivianas se encuentran, junto con un puñado de países, en el grupo de cabeza de un esfuerzo que entre 1990 y 2011 ha logrado reducir en más de 5 millones el número de niños que mueren anualmente antes de cumplir los cinco años (de 12 a 6,9 millones). Un esfuerzo en el que la ayuda internacional ha jugado un papel central. De acuerdo con los datos recogidos por la revista *The Lancet*, los fondos de cooperación destinados a la salud de los niños, las madres y los recién nacidos se multiplicaron por 2,5 entre 2003 y 2010. Más de la mitad de estos recursos fueron a parar a los 75 países de la llamada Iniciativa Countdown -que concentran el 95% de toda la mortalidad materno-infantil- y al servicio de las estrategias que han demostrado más eficacia en este campo.

El mensaje principal de este informe es que este proceso no admite puntos muertos: o avanzamos sobre la base del liderazgo de los propios países afectados y el apoyo sostenido y estratégico de la cooperación internacional, o nos deslizamos hacia atrás echando por la borda décadas de recursos, innovación y compromiso político.

Bolivia ilustra de manera esclarecedora este dilema. Con unos recursos que en 2003 llegaron a alcanzar el 12% del PIB boliviano, la ayuda ha jugado un papel insustituible en la financiación y el diseño de estas políticas de éxito. La solidaridad de sociedades más prósperas como la española, la canadiense o la estadounidense ha sido clave en la creación y

extensión de programas como el Seguro Universal Materno-Infantil o la iniciativa Desnutrición Cero.

Ahora que el crecimiento de la economía y el esfuerzo fiscal del Gobierno han permitido reducir esta dependencia de manera notable, estableciendo a Bolivia en el grupo de países de 'renta media', los donantes tienen una responsabilidad diferente pero igualmente necesaria en materia de salud materno-infantil: orientar su ayuda a la disminución de las intolerables barreras de desigualdad que lastran los esfuerzos de los profesionales sanitarios y aniquilan la eficacia de las inversiones:

- La diferencia entre tener acceso a fuentes de agua seguras y no tenerlo incrementa los riesgos de mortalidad infantil en un 21%. Las comunidades rurales sufren niveles de mortalidad un 70% más altos que las urbanas.
- Ciertas condiciones socio-lingüísticas (pertenecer a comunidades indígenas, por ejemplo) multiplican por dos los riesgos de mortalidad; y el salto entre el quintil superior e inferior de los niveles de ingreso es de 1 a 3.
- Los hijos de madres que carecen de la educación primaria tienen probabilidades cuatro veces más altas de morir que los de aquellas que han accedido a la educación terciaria.

▼ Elisabeth Roxana, de 28 años, con Jael, su hija recién nacida en el hospital de Huanuni, región de Oruro.



Existen dos 'Bolivias',
separadas por una
brecha que determina
la diferencia entre la
vida y la muerte de los
niños.

Existen dos 'Bolivias', separadas por una brecha que determina la diferencia entre la vida y la muerte de los niños. La capacidad de los programas de salud para alcanzar a las regiones y grupos en los que se concentra la mortalidad se ha convertido en una de las prioridades del plan de salud puesto en marcha por el Gobierno para los próximos años. En esta decisión ha jugado un papel relevante el camino abierto por la cooperación internacional con programas como el PASS (Programa de Apoyo al Sector Salud), un conjunto de intervenciones vanguardistas que ayudan a resolver con una cantidad modesta de recursos algunos de los graves problemas a los que hace frente la salud materno-infantil en este país:

- En Pando, donde la desnutrición crónica alcanzaba a uno de cada tres menores de cinco años, el programa se ha apoyado en UNICEF para capacitar y movilizar a las comunidades indígenas y mejorar la nutrición infantil y la cobertura de lactancia materna exclusiva. Seis años después de la introducción del PASS, los niveles de desnutrición crónica se habían reducido un 40%.
- En cada uno de los tres departamentos donde se ha aplicado el PASS, la cobertura de la vacuna pentavalente o el porcentaje de niños que reciben alimentación complementaria se han multiplicado hasta alcanzar cifras sin precedentes.

▼ **Aldea de San Antonio, en la región de Beni. Las barreras geográficas en Bolivia son un reto para acceder a los servicios de salud.**

Desgraciadamente, esfuerzos como el PASS corren el riesgo de convertirse en recuerdos de un tiempo mejor. La batalla por la supervivencia infantil en Bolivia se encuentra en una encrucijada cuya resolución depende de la colaboración entre el Gobierno y los



países donantes. Como en el caso de otros receptores de renta media que cuentan con instituciones operativas, la iniciativa corresponde a las autoridades nacionales. El Ministerio de Salud debe garantizar los planes y la capacidad de gasto que permitirán orientar el conjunto de los recursos de la manera más estratégica. En ausencia de este liderazgo, Bolivia podría ralentizar el buen ritmo de sus indicadores y encallar en niveles de mortalidad infantil más habituales en otras regiones menos desarrolladas.

Pero existen razones para pensar que el apoyo externo permitiría al Estado boliviano fortalecer el compromiso nacional con la supervivencia infantil. En primer lugar, la aportación presupuestaria del Estado no parece suficiente para corregir la brecha de financiación de Bolivia en materia de salud materno-infantil. Como este informe ha podido constatar en los departamentos Pando y Oruro, el apoyo financiero de los donantes sigue siendo imprescindible. En segundo lugar, los recursos del Estado sufren importantes limitaciones en su capacidad de gasto. Aunque 96 de cada 100 dólares gastados en el sector salud provinieron en 2010 de los recursos del Estado, los seguros bolivianos y el pago directo de las familias, el grueso de la financiación propia está destinado al pago de salarios, prestaciones del seguro público de salud y gastos corrientes, tanto del sistema de salud pública como del de cajas de salud. La cooperación ofrece un indudable valor añadido a la hora de replicar buenas prácticas y explorar estrategias más innovadoras de intervención. Finalmente, la ayuda permitiría reducir el coste directo para los hogares, que en este momento financian casi un tercio de todo el gasto en salud.

Si esto es cierto, las noticias de los últimos meses son preocupantes. Tras dos años consecutivos de caídas de la ayuda, cuando la crisis debilita gravemente las políticas de solidaridad internacional, Bolivia ha visto cómo cuatro de sus cinco donantes principales redujeron sus ayudas en 2011, en algunos casos de forma considerable. EEUU recortó un 31 %, Alemania un 47% y España un 65%. La cooperación canadiense, que ha jugado un papel clave en las políticas de salud materno-infantil, ha planteado un recorte del 50% en su cooperación con Bolivia.

Para España -hasta ahora segundo donante en importancia tras EEUU- lo que está en juego es algo más que un desafío ético. Bolivia constituye un ejemplo ilustrativo del nuevo modelo de cooperación que precisan países de renta media, en los que la ayuda se convierte en una palanca de los recursos y las capacidades nacionales, una fuente insustituible de prestigio e influencia ante la sociedad y las autoridades locales y una vía de financiación de bienes públicos globales como la lucha contra enfermedades olvidadas (a través del programa de Chagas).

Será muy difícil jugar este papel en Bolivia y en otros países si las capacidades de la Cooperación Española se siguen reduciendo hasta hacerla irrelevante. La caída acumulada de cerca del 70% en los dos últimos años podría haber herido de muerte al sistema español de ayuda internacional. Los datos más recientes del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE señalan que el esfuerzo relativo de nuestro país en este campo ha caído al 0,15%, un nivel de hace 25 años. Esta deriva no solo debilita seriamente el liderazgo de España en la comunidad internacional, sino que amenaza los intereses de la política exterior en una región en la que la amistad de los gobiernos es menos predecible de lo que solía ser.

Este informe argumenta que, incluso en un momento de restricciones presupuestarias, la responsabilidad de los países donantes es sostener los compromisos solemnes que realizaron con el conjunto de países en desarrollo. Tan grave sería abandonar a las naciones más pobres de África como ignorar el papel fundamental de la cooperación en la orientación, capacitación y financiación parcial de los esfuerzos de países que, como Bolivia, empiezan a sacar la cabeza del agua por primera vez en su historia.

El apoyo externo permitiría al Estado boliviano fortalecer el compromiso nacional con la supervivencia infantil.

Será muy difícil jugar este papel en Bolivia y en otros países si las capacidades de la Cooperación Española se siguen reduciendo hasta hacerla irrelevante.

1. INTRODUCCIÓN

“Esta es una región en la que se nace y se muere en una barca, en medio del río, en medio de la noche”. Cuando relata las condiciones sanitarias de la Amazonía boliviana, el Dr. José Ignacio Languidey utiliza pocos eufemismos. A una edad en la que muchos europeos estarían rematando sus estudios universitarios, este enfermero coordina desde hace cinco años la red Gonzalo Moreno (Pando), un sistema sanitario del que dependen 11.000 pacientes y 24 centros de salud, seis de los cuales “son puras infraestructuras de madera sin las condiciones mínimas”. Cada semana, él y su personal deben desplazarse durante horas por ríos y caminos para hacer frente a las necesidades de una población que padece todavía enfermedades y niveles de mortalidad propios de otro tiempo.

Son la avanzadilla de la lucha por la supervivencia infantil en Bolivia. Por encima de diferencias sociales atávicas y una geografía hostil, el esfuerzo de gobiernos, donantes y sociedad civil ha permitido en las dos últimas décadas reducir a la mitad las muertes de los menores de cinco años, convirtiéndose en un símbolo del proceso de transformación histórica que experimenta este país.¹

Bolivia forma parte del grupo de naciones que han demostrado una trayectoria más destacable en la extensión de los servicios de salud y la protección de las madres y de sus hijos. Su éxito ilustra un proceso que ha permitido reducir globalmente las muertes anuales de menores de cinco años en más de cinco millones entre 1990 y 2011.² Lo que es más importante, implica que el objetivo de la supervivencia infantil universal ya no es una quimera. De acuerdo con los argumentos de UNICEF y otras agencias de cooperación, el modo en el que el ritmo de reducción de la mortalidad infantil se ha acelerado en los últimos años sugiere que estaríamos muy cerca de cruzar un imaginario ‘pico de la montaña’ que nos permita capitalizar el esfuerzo realizado y convertir cada nueva inversión en una verdadera zancada por la vida de los menores de cinco años.

Si existe un epitome de la responsabilidad compartida de la comunidad internacional, sin duda es este. Por eso resulta imprescindible no bajar la guardia y sostener la financiación de una ayuda que ha jugado un papel insustituible en este proceso y que ahora se encuentra amenazada por la crisis económica de los países donantes.

Los datos de este informe muestran que el objetivo de la supervivencia infantil en Bolivia está al alcance de nuestros dedos. Pero este proceso no admite puntos muertos: o avanzamos hacia el cumplimiento de los objetivos, sobre la base de un esfuerzo liderado por el Gobierno nacional y coordinado con los donantes internacionales; o corremos el riesgo de deslizarnos hacia atrás, echando por la borda una estrategia cuidadosamente construida durante años. Incluso aquellos donantes que pasan por circunstancias particularmente difíciles, como España, están obligados a recordar la brecha pavorosa que los separa de un país como Bolivia.

Este informe tiene la siguiente estructura: tras esta introducción se ofrece un panorama del reto global de la salud materno-infantil y de los esfuerzos para lograrlo. La sección 2 describe la trayectoria de Bolivia en este ámbito durante las dos últimas décadas, enfatizando la mejora de los programas de salud y de los niveles de inmunización, así como el papel de la cooperación en todo ello. La sección 3 describe el camino por delante, obstaculizado por importantes barreras de desigualdad y un panorama financiero incierto al que contribuye la caída de la ayuda. La sección 4 finaliza con algunas conclusiones y recomendaciones.

LA SALUD MATERNO-INFANTIL EN EL MUNDO: LOGROS Y RETOS

DOS DÉCADAS DE AVANCES SIN PRECEDENTES

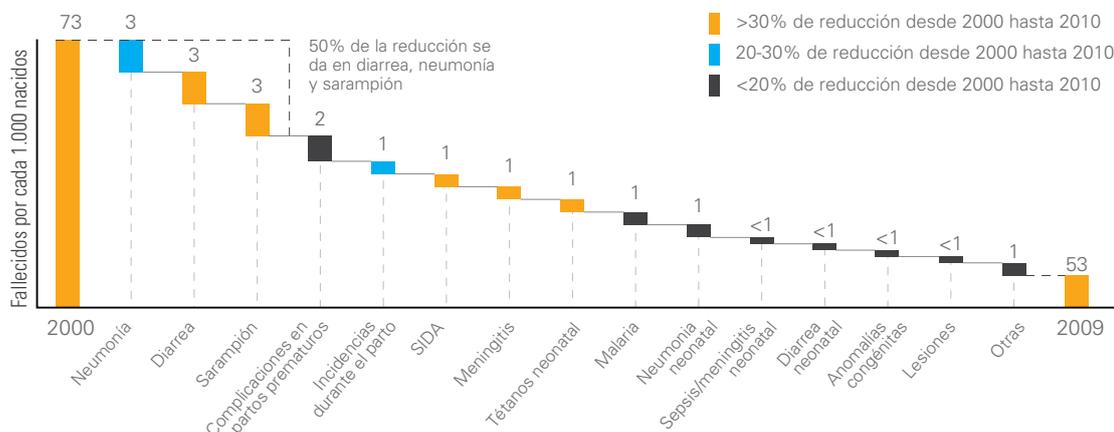
- La salud materno-infantil y su efecto en la supervivencia de los niños es uno de los campos en los que la comunidad internacional puede reclamar avances tangibles. Desde 1990 -año de referencia de los ODM- la mortalidad global de menores de 5 años cayó en un 41%. Hoy mueren en el mundo 14.000 niños menos de los que morían cada día hace solo dos décadas. América Latina y Asia del Este han logrado reducir a un tercio los niveles de mortalidad de menores de cinco años.
- Para el año 2011, 57 países en desarrollo y emergentes habían logrado reducir sus niveles de mortalidad por debajo de los 10 niños por cada 1.000 nacidos, lo que los sitúa en la categoría de países con niveles de mortalidad "muy bajos". Algunos de los países más poblados de América Latina (como Perú, Brasil y México) se encuentran en ese grupo.

LAS CLAVES DEL ÉXITO: una combinación de factores preventivos y paliativos que involucra a gobiernos nacionales, sociedad civil y países donantes

- La extensión de los servicios de salud a zonas periurbanas y rurales, y la incorporación creciente de niños y madres al sistema. En países como Brasil, Ghana o Níger, y en otros casos, la atención sanitaria se ha hecho más completa, incorporando el ciclo de nutrición-vacunación, facilitando herramientas preventivas como las mosquiteras y mejorando la educación en salud de las propias comunidades.
- En los países en los que la incidencia del VIH-SIDA es más alta (como en África meridional), la extensión de tratamientos antirretrovirales y la focalización en la prevención de la transmisión vertical madre-hijo han sido clave.
- La inmunización, un campo que durante la última década ha conocido avances sin precedentes. Entre 2000 y 2009 el porcentaje de menores que recibieron la DPT3 (vacuna combinada contra la difteria, la tos ferina y el tétanos) en los países más pobres pasó del 66 al 79 por ciento. Los avances son de una envergadura similar en los casos del sarampión y de la polio (una enfermedad a punto de ser erradicada), y hoy está abierta la puerta a una inmunización contra la malaria.

La mejora de la supervivencia infantil ha significado un avance en la lucha contra diversas causas de mortalidad. Reducción de la TMM5 mundial por enfermedad, de 2000 a 2010

Gráfico A



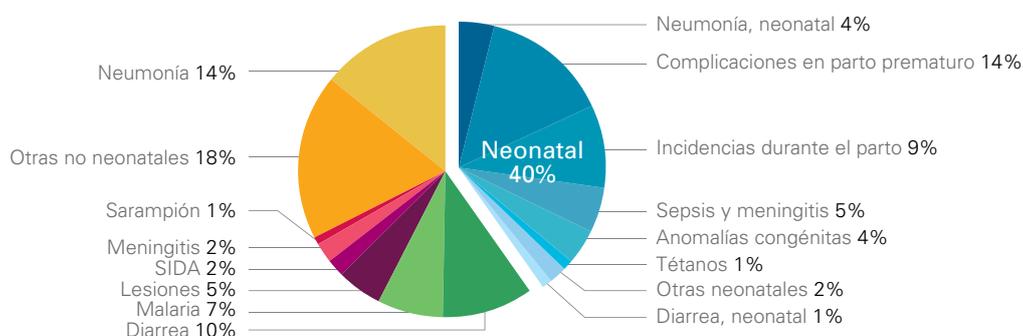
Fuente: Countdown Call to Action Roadmap.

¿DE QUÉ MUEREN LOS NIÑOS?

- Asia del Sur y África subsahariana concentran los números absolutos más elevados de mortalidad infantil, aunque el impacto relativo es mucho más alto en el segundo caso. De acuerdo con los datos más recientes de UNICEF, solo estas dos regiones concentran 4 de cada 5 muertes evitables de niños que se producen en este momento.
- 10 países (todos menos uno en estas dos regiones) acumulan el 61% del total de las muertes y uno -la India- carga sobre sus hombros nada menos que un cuarto del total de las muertes de menores de 5 años (1,7 millones en 2011).
- La desigualdad entre regiones y en el interior de los propios países. Las diferencias en el acceso a los tratamientos, los sistemas de salud, la infraestructura más básica o la educación y el empleo de sus padres determinan las oportunidades de un niño para salir adelante. Estos factores cobran enorme relevancia al considerar las razones principales por las que un niño muere antes de cumplir los cinco años.

Causas globales de mortalidad de menores de 5 años, 2010

Gráfico B



Fuente: Countdown Progress Report (2012)

EL CAMINO POR DELANTE: una hoja de ruta por la supervivencia infantil

En 2005 un grupo de agencias donantes, ONG y gobiernos de países en desarrollo pusieron en marcha la *Llamada a la acción* por la supervivencia infantil. Su mensaje es que una inversión limitada pero sostenida en una serie de puntos críticos de los sistemas de salud y protección social, realizada en el puñado de países que concentran la inmensa mayoría de las muertes infantiles, permitiría pasar de los 6,9 millones de muertes actuales por año a menos de 2 millones en 2035, y eliminar casi por completo la mortalidad infantil en 2065.

Los principales elementos de esta hoja de ruta son:

- Concentrarse en los veinticuatro países que acumulan el 80% de las muertes de niños menores de 5 años.
- Atacar las brechas de desigualdad entre grupos sociales y zonas geográficas, en especial mujeres, comunidades indígenas y zonas rurales.
- Identificar las medidas que optimicen el coste-beneficio y llevarlas a escala. Los programas de inmunización o la distribución de mosquiteras con insecticida son ejemplos de medidas "de choque" con una alta eficacia con respecto a la inversión.
- Crear contextos sociales favorables a la supervivencia, incluyendo la educación de las madres, el acceso a agua potable o la vivienda digna.
- Garantizar el compromiso compartido en el que gobiernos, sociedad civil, empresas y donantes ofrecen lo mejor de sus capacidades. La *Llamada a la acción* formaliza este compromiso a través de la idea de la

Promesa Renovada, un mecanismo que define el papel de cada parte caso por caso, establece sistemas de seguimiento y publica toda la información del proceso.

El papel de la cooperación internacional

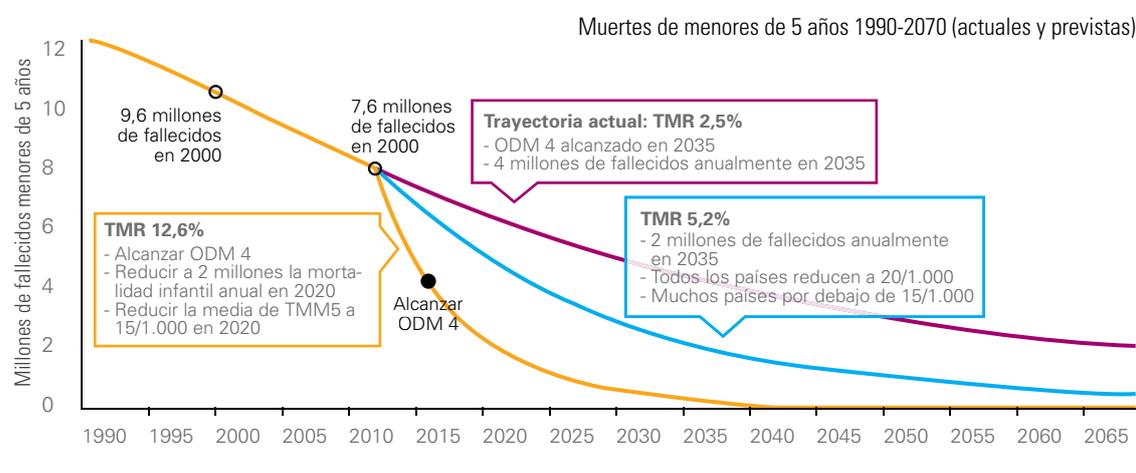
- La importancia de la ayuda sigue siendo muy considerable en la mayor parte de los países que concentran los números más elevados de mortalidad infantil.
- Entre 2003 y 2010, la ayuda internacional destinada a la salud de madres, recién nacidos y niños se dobló hasta alcanzar los 6.480 millones de dólares. Desde entonces las cifras podrían haberse estancado o decrecido ligeramente como consecuencia de la crisis.
- El incremento de la ayuda puede haber jugado un papel relevante en el crecimiento del gasto medio en salud materno-infantil en los 68 países priorizados por la Iniciativa Countdown, que ha pasado de 80 a 104 dólares per cápita entre 2007 y 2010. La cooperación internacional se ha visto propulsada por la intensa actividad de los nuevos donantes multilaterales, encabezados por el Fondo Global contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis y la iniciativa GAVI.

Con todo, existen razones para pensar que podríamos hacerlo mejor:

- No necesariamente los países con más necesidades en este campo reciben la parte de la ayuda que les corresponde. Solo dos (Zimbabue y Santo Tomé y Príncipe) de los 13 países que en este momento están más apartados de los objetivos de mortalidad infantil, se encuentran en la lista de los principales receptores de ayuda para la salud de los niños.
- La ayuda bilateral -más que la multilateral- está sujeta a condicionantes políticos que distorsionan el impacto de los recursos.
- Una parte muy considerable del gasto total en salud materno-infantil procede todavía de los pagos personales que realizan los pacientes y sus familias.
- La reducción de las brechas de desigualdad depende de la extensión y el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud, lo que compite en ocasiones con las prioridades de los donantes. El 40 por ciento de la ayuda al sector salud está dirigido al VIH-SIDA y solo el 14 por ciento va a la 'salud en general', donde están incluidas la infraestructura, la formación, la investigación y otros gastos no específicos de apoyo a la salud.

Acelerando el progreso en supervivencia infantil. ¿Qué puede conseguir el mundo si los países incrementan su tasa anual de reducción?

Gráfico C



Fuente: UNICEF State of World's Children 2012.

2. BOLIVIA: DOS DÉCADAS DERROTANDO A LA MORTALIDAD INFANTIL

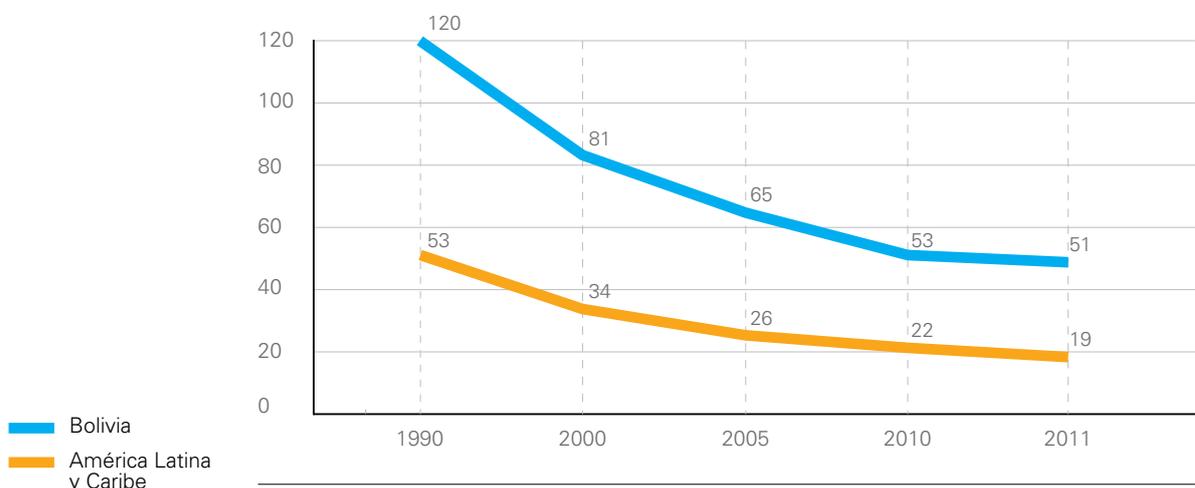
Anthony Lake, Director Ejecutivo de UNICEF, describió en una ocasión la lucha contra la mortalidad infantil como un reto de “progresos considerables y tareas inacabadas”. Tras casi veinte años de avances históricos en los que regiones enteras han logrado reducir las muertes de los niños y de sus madres a niveles con los que generaciones anteriores solo podían soñar, la comunidad internacional se enfrenta ahora a una estrategia más fina, en la que los esfuerzos se concentran en los países y los grupos sociales más vulnerables. Es una estrategia en la que la reducción de las barreras de desigualdad se ha convertido en uno de los objetivos prioritarios.

Bolivia está en camino de cumplir el Objetivo del Milenio de reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años.

Es difícil no ver el caso de Bolivia reflejado en esta fotografía. De acuerdo con los datos más recientes de la Iniciativa Countdown (que evalúa el progreso en salud materno-infantil de 75 países en desarrollo)³, Bolivia aparece en verde como uno de los países que están “en camino” de cumplir el Objetivo del Milenio número 4: reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años. Con respecto a ese período, el número de niños bolivianos fallecidos por cada mil nacidos ha caído de 121 a 51 (un 58%), un ritmo que, de continuar, permite pensar que el país podría alcanzar en 2015 el objetivo internacional, que en Bolivia significaría reducir la cifra a 40.⁴

Reducción de la mortalidad infantil ⁶

Gráfico 1



Fuente: Childinfo.org

La tendencia de Bolivia en este campo es similar a la del conjunto de la región latinoamericana, cuyos niveles de mortalidad infantil cayeron un 65% entre 1990 y 2011.⁵ Sin embargo, esta caída se produjo en paralelo: en ningún momento de este período fue capaz de reducir la considerable brecha que la separa de sus socios regionales (ver gráfico 1): Bolivia mantiene hoy un nivel de mortalidad infantil casi tres veces más alto que la media latinoamericana, una distancia ligeramente superior a la que tenía hace dos décadas. Solo Haití, cuya situación ha empeorado de forma notable en los últimos años, está por detrás.

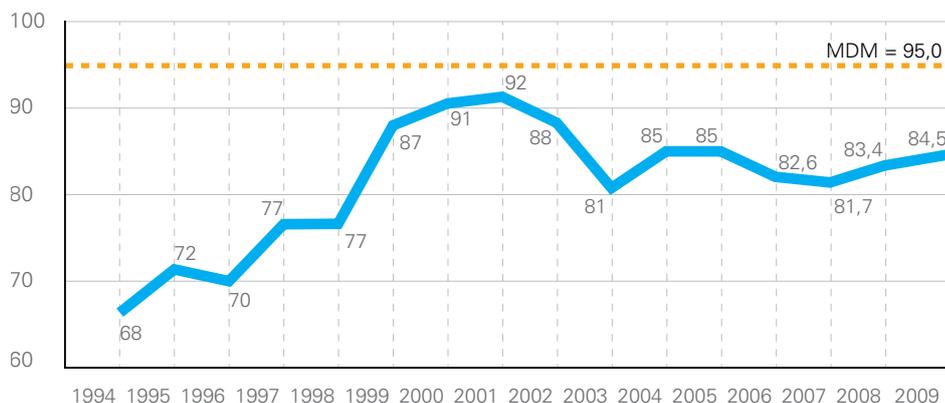
En promedio, la situación de Bolivia equivale a la del conjunto de países de ingresos medios y bajos, que incluye a regiones considerablemente más pobres que la latinoamericana. Su reto es apoyarse en los avances conseguidos y en la solidaridad internacional para pisar el acelerador y alinearse con el conjunto de los países de su entorno.

LA CONSOLIDACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE SALUD MATERNO-INFANTIL

Los avances realizados hasta ahora responden al mismo patrón que tanto éxito ha dado en otros países: la extensión generalizada de los servicios de salud materno-infantil (incluyendo diferentes versiones de seguros sanitarios que fueron incorporando grupos objetivo, como las mujeres embarazadas); la virtual desaparición de enfermedades inmunoprevenibles, gracias a esfuerzos masivos de inmunización y a la introducción de nuevas vacunas (ver gráfico 2); la mejora de las condiciones sociales e higiénicas de la población por el incremento del ingreso medio de los hogares; y la priorización en políticas multisectoriales en seguridad alimentaria y lucha contra la desnutrición.

Evolución de la cobertura de la tercera dosis de la vacuna Pentavalente, 1994-2009 (en porcentaje)

Gráfico 2



Fuente: UDAPE (2010)

La salud materno-infantil de los bolivianos mejoró como consecuencia de los avances generales del nivel de vida, del mismo modo que un barco se eleva con el nivel del mar. El PIB per cápita prácticamente se dobló a lo largo de la última década, el Estado aprovechó las oportunidades fiscales del incremento del precio de los hidrocarburos, la población accedió a mejor educación y agua más limpia, y la pobreza extrema se redujo en 15 puntos porcentuales entre los años 1996 y 2009.⁷

Es cierto que, en comparación con otros gastos relacionados con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el conjunto de políticas públicas dirigidas específicamente a mejorar

la salud materno-infantil ha ido ganando peso hasta convertirse en el segundo objetivo más destacado en los presupuestos, por detrás del de la educación primaria universal. En el año 2007 el Estado de Bolivia destinaba 191 millones de dólares a estas partidas, 84 más que al principio de la década.⁸ El conjunto del gasto en salud se incrementó de 450 millones de dólares en 2003 a 1.067 millones en 2010, lo que elevó la inversión per cápita de los 51 a los 102 dólares.⁹ Este esfuerzo presupuestario permitió a los diferentes gobiernos poner en marcha una serie de políticas e instrumentos que se resumen en la tabla siguiente:

BOLIVIA: PRINCIPALES POLÍTICAS PÚBLICAS DESTINADAS A LA LUCHA CONTRA LA MORTALIDAD INFANTIL Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MATERNA

MECANISMO	OBJETIVO
Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)	Creado en 2002 para disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil a través de un conjunto de acciones preventivas. Originalmente cubría a mujeres embarazadas, postparto y niños menores de 5 años. En 2005 se amplió la cobertura a toda mujer en edad fértil.
Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI)	Programa creado para atender a la familia y a la comunidad con un enfoque integral e intercultural con énfasis en promoción y prevención. Facilita el acceso de la comunidad a los servicios de salud, en especial de los niños. Se desarrolla a través de planes municipales y comprende medidas como la formación de personal comunitario, la educación de la población o el refuerzo de otras medidas (como el plan Desnutrición Cero).
Plan Estratégico Nacional para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal 2009-2015	Su propósito es fortalecer las redes de servicios de salud con emergencia obstétrica neonatal para reducir la mortalidad de la primera infancia, de la infancia y de las madres. Contempla el conjunto del 'ciclo de vida' y considera el sistema de salud de forma integral.
Vacuna contra el rotavirus	Disminuir la mortalidad infantil a causa de diarreas agudas.
Programa Ampliado de Inmunización	Proveer del esquema básico de vacunación a los menores de un año: BCG (previene tuberculosis), Antipolio, Pentavalente (previene difteria, tétanos, coqueluche, hepatitis B y neumonía/meningitis), SRP (previene sarampión, rubeola y paperas), fiebre amarilla y Antirotavirus (previene la diarrea). La Semana de la Vacunación de las Américas complementa este programa, mejorando coberturas de vacunación en menores de un año.
Programa Desnutrición Cero y medidas de fomento de la lactancia materna exclusiva	Creado en 2007, Desnutrición Cero está centrado en 166 ayuntamientos particularmente vulnerables. Comprende distribución de alimentos complementarios para embarazadas y menores de 5 años o iniciativas sectoriales como los "Hospitales Amigos" (centros materno-infantiles orientados a promocionar la lactancia materna exclusiva). Bolivia cuenta también con una Ley de Fomento a la Lactancia.
Bono Juana Azurduy de Padilla	Programa de transferencia condicionada de efectivo para mujeres gestantes y menores de dos años. Cada una recibe 1.820 bolivianos en 33 meses, sujetos a revisiones de madres y control de niños. Durante la primera mitad de 2010 el programa cubrió a 405.445 niños y 142.896 madres en 340 municipios del país.
Plan Sectorial 2011-15	Planificación estratégica del Ministerio de Salud, centrada en tres grandes ejes: equidad (fortalecimiento del sistema, equipamiento, RRHH), promoción (determinantes sociales de la salud) y rectoría (liderazgo, información, gestión, investigación). El programa persigue la consolidación de un sistema único de salud y prevé un esfuerzo de mejora de la calidad con los ciclos de la mejora de la calidad.

Fuente: UDAPE. Sexto informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia (2010) y Reporte Niñez (2012).



• Ofelia Cruz, embarazada de 25 semanas, acude a revisión al centro de salud de Ucumasi, en el altiplano boliviano.

Para entender la importancia de estas políticas hay que recordar el modo en que han transformado las vidas de millones de familias bolivianas a lo largo de todo el país. Tras acrónimos poco atractivos como SAFCI se esconde un esfuerzo histórico por acercar los servicios de salud a las costumbres, las tradiciones y el idioma de las poblaciones originarias de Bolivia, creando una confianza entre el sistema y el paciente que hasta ahora nunca se había logrado. El bono Juana Azurduy, por su parte, es algo más que un incentivo para atraer a las familias a los programas: esos recursos permiten financiar el transporte de una madre y de sus hijos a los servicios de salud, o completar la dieta de los niños con algunos alimentos que hasta ahora no se habían podido permitir.

En conjunto, la trayectoria de los indicadores de salud materno-infantil en Bolivia desde 1990 hasta la actualidad es esperanzadora:¹⁰

- De acuerdo con los cálculos realizados para este informe, Bolivia ha logrado, con sus políticas, evitar la muerte de 231.000 niños menores de 5 años entre 1990 y 2011.
- La mortalidad materna cayó un 58%, una proporción casi idéntica a la caída de la mortalidad infantil.
- El porcentaje de partos atendidos por personal especializado pasó del 43% en 1989 al 71% en 2008. Las hemorragias e infecciones provocadas por los partos de riesgo suponen la mayor amenaza para la vida de las madres.
- La prevalencia de la desnutrición crónica¹² de los niños menores de cinco años cayó del 44% al 27% entre 1989 y 2008. Los niveles de lactancia materna exclusiva alcanzan en este momento a más del 60% de los recién nacidos.
- La cobertura de atención de enfermedades diarreicas agudas en menores de 5 años prácticamente se dobló entre 1997 y 2010.

▼ **Elsner Vega, estudiante cubano de medicina en prácticas, examina a Jesús Fabián, de 2 años, que sufre infección respiratoria aguda. Loma Alta, región de Pando.**



EN BOLIVIA NO HAY SUPERVIVENCIA INFANTIL SIN AYUDA INTERNACIONAL

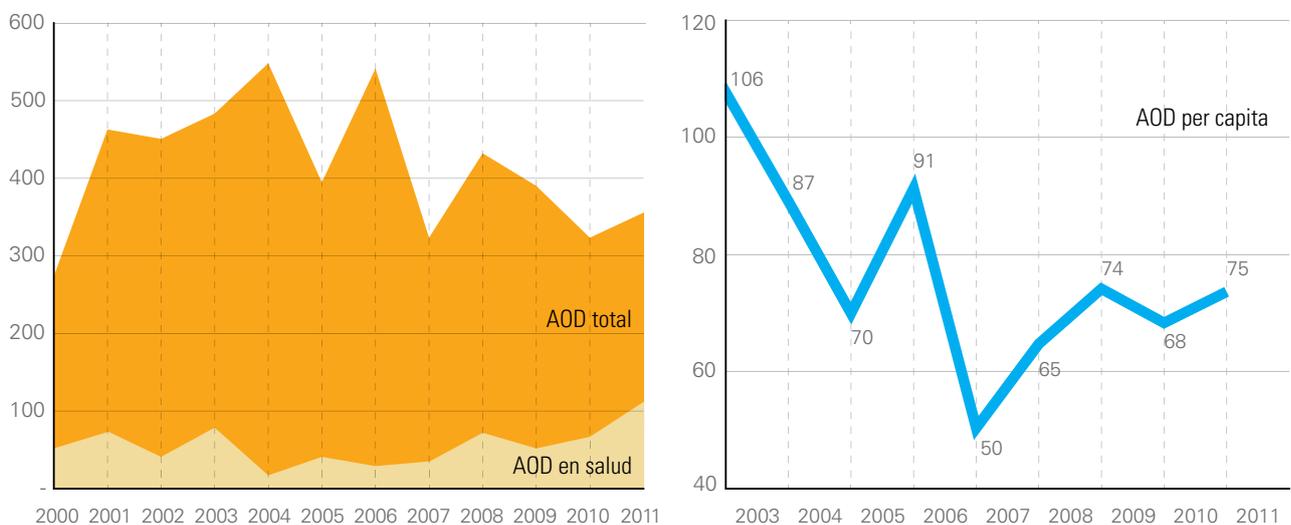
¿Cuál ha sido el papel de la cooperación en este proceso? Aunque el Estado boliviano ha ido asumiendo una participación cada vez mayor en la financiación de los gastos destinados a la salud materno-infantil, la ayuda al desarrollo ha jugado un papel insustituible en el sostenimiento del gasto social. En conjunto, la ayuda internacional a Bolivia llegó a superar el 12% del PIB durante la pasada década (en 2003, en concreto) y desde entonces su importancia relativa ha ido cayendo de forma sostenida hasta el 3,2% del PIB en 2011.¹³ Estos datos reflejan tanto un crecimiento del tamaño de la economía boliviana como -en menor medida- una caída del esfuerzo de los donantes: la ayuda per cápita cayó un 60% entre 2003 y 2008¹⁴ (en parte por la decisión tomada por el nuevo Gobierno boliviano de Evo Morales de renunciar temporalmente a la ayuda de algunos donantes, en parte por los cambios en la política de ayuda de los mismos), para luego recuperarse ligeramente en los últimos años.

De acuerdo con los datos más recientes ofrecidos por la UDAPE (Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas), casi 1 de cada 7 euros destinados a los programas ODM 4 y 5 entre 2000 y 2007 fueron aportados por los donantes en forma de ayudas directas, créditos o programas de condonación de deuda. El Creditor Reporting System de la OCDE, que ofrece un cálculo menos afinado que UDAPE, refleja un gasto total de 651 millones de dólares entre 2000 y 2011, ambos incluidos. La mayor parte de estos recursos fueron destinados a la financiación del sistema de salud básica, la nutrición, el control de enfermedades infecciosas o la salud reproductiva.¹⁵

Entre 2003 y 2008 la ayuda internacional per cápita a Bolivia cayó un 60%.

Evolución de la AOD a Bolivia¹⁶

Gráfico 3



Fuente: Estadísticas del CAD de la OCDE (AOD total y salud) y Aidinfo.org (AOD per cápita)

Aunque este sector no siempre ha encajado entre las prioridades sectoriales de los donantes,¹⁷ la cooperación con Bolivia en materia de salud y seguridad social es una muestra de lo importante que puede ser la ayuda en un proceso de despegue social. Los recursos internacionales han sido determinantes en el fomento de políticas sanitarias inclusivas que incorporan a las regiones y a los grupos en los que se concentran los problemas de los niños y las mujeres. El peso relativo de la ayuda internacional en los programas de inmunización ha llegado a superar el 25% del gasto y financia por completo la introducción de nuevas vacunas. Como en el caso del VIH-SIDA (a través del Fondo Global), las cooperaciones más activas en este campo han desplegado un conjunto de programas orientados a

▼ **Sofía Yubanore, de 5 años, junto al depósito de agua suministrado por UNICEF para varias familias en Puerto Varador, en la región de Beni.**



financiar los servicios y las infraestructuras sanitarias, pero también a asesorar la actividad del Gobierno, transferir capacidades y apoyar nuevas líneas de actuación (ver cuadro 1).

España -que durante toda esta etapa fue el segundo donante más importante en Bolivia, tras EEUU- ha sido parte de este esfuerzo. La Cooperación Española ha jugado un papel protagonista en sectores como la educación, la igualdad de género o el agua y el saneamiento, todos ellos determinantes de los niveles de mortalidad infantil. En el ámbito estricto de la salud, los recursos de España se han centrado en la construcción o equipamiento de centros hospitalarios (como el del Niño, en la Paz, o el de Patacamaya), la formación en gestión de equipos directivos del área sanitaria (a través de un programa desarrollado en 94 hospitales) y el fortalecimiento de redes locales de salud, un ámbito en el que ha destacado el enfoque de interculturalidad y respeto a los derechos de los pueblos indígenas (ver cuadro 2).

En conjunto, con el esfuerzo de los actores bolivianos y el apoyo de los donantes internacionales, uno de los países más pobres de América ha logrado avances tan extraordinarios como el del distrito de Ucumasi, en el departamento de Oruro, donde un pequeño centro ha logrado erradicar la mortalidad materna e infantil en su distrito. Pero la historia del Dr. Coca (cuadro 3) sigue siendo la excepción en Bolivia, donde los niveles de mortalidad en algunas regiones y grupos de población continúan siendo intolerablemente altos. Bolivia se enfrenta a un reto cuya respuesta no puede estar basada únicamente en la transferencia de recursos, sino en una estrategia mucho más quirúrgica que reduzca las profundas desigualdades que lastran el progreso del país.

La cooperación internacional puede apoyar este esfuerzo contribuyendo a su financiación y ofreciendo conocimientos y experiencia que multipliquen el compromiso de las autoridades nacionales. Es un esfuerzo más incisivo que expansivo, propio de los nuevos modelos de cooperación en países de renta media, en donde las inyecciones económicas se complementan con innovación y apoyo estratégico. La siguiente sección aborda este reto en más detalle.

CUADRO 1

LA INFLUENCIA DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN LA SALUD MATERNO-INFANTIL DE BOLIVIA

- Los donantes apoyaron desde un principio la creación de distintos seguros públicos hasta llegar al actual Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Algunos donantes han apoyado de manera activa el refuerzo de las capacidades del Ministerio de Salud y de las autoridades locales.
- Canadá, Bélgica y Francia crearon un fondo-canasta para la financiación del programa Desnutrición Cero.
- UNICEF y otras agencias multilaterales colaboran de manera estrecha con el Gobierno para fortalecer sus capacidades técnicas e incrementar el impacto de las políticas. Algunas de las actividades fundamentales de análisis y recogida de datos sobre salud materno-infantil, como las que realiza la UDAPE, están apoyadas por UNICEF.
- El programa PROSIN (para la construcción y equipamiento de laboratorios especializados contra las Infecciones de Transmisión Sexual) fue financiado en un 72% con donaciones de USAID.
- El proyecto de Reforma de Salud que se ejecutó mayoritariamente en el nivel central, se financió en un 75% con crédito externo del Banco Mundial.
- El bono Juana Azurduy fue iniciado con un programa del Banco Mundial en un puñado de comunidades, para ser asumido después por el Gobierno y extendido a todas las familias del país.

Fuente: UDAPE (2011) y documento resumen de la mesa de donantes en salud.



• Una mujer camina con sus dos hijos por Huanuni, en el altiplano boliviano. El hospital de este pueblo minero atiende entre 30 y 40 partos al mes.

CUADRO 2 UNA DÉCADA DE COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN SALUD

A lo largo de la última década, la Cooperación Española ha demostrado un compromiso notable con la mejora de las condiciones de salud de Bolivia. Estas son algunas de las acciones más destacadas del programa bilateral de la AECID:

- Fortalecimiento de las instituciones de salud a través de la capacitación de recursos humanos, la asesoría técnica a los cuadros directivos o la mejora de los controles de calidad y el apoyo al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).
- Apoyo al control de enfermedades prevalentes emergentes mediante apoyo técnico al sistema de vigilancia, la investigación epidemiológica, el control de transfusiones y el Programa Nacional de Cáncer.
- Construcción, rehabilitación y equipamiento de hospitales de 2º y 3º nivel.
- Apoyo a la Atención Primaria de Salud mediante el fortalecimiento de la Salud Familiar y Comunitaria, la mejora de la salud materno infantil en las zonas geográficas priorizadas y el fortalecimiento de las Unidades Integrales de Nutrición.
- Fomento de la salud intercultural integrando la medicina tradicional en los servicios básicos de salud.
- Mejora del sistema de transporte sanitario para atención móvil de salud, mediante la donación de ambulancias a un amplio número de municipios del país.

Además de estas acciones bilaterales, destaca el apoyo a ONGD españolas y organismos internacionales especializados en el sector de la salud. En muchos casos, estos proyectos se han convertido en avanzadillas de programas que luego se han extendido al ámbito nacional, como el modelo SAFCI. También se ha hecho una contribución fundamental a la lucha de Bolivia contra el Chagas, una enfermedad prevalente en algunas regiones del país.

En la actualidad el sector Salud es una de las áreas de actuación territorial definida por el Marco de Asociación País (MAP) 2011-2015 de la Cooperación Española (CE) para Bolivia. La intervención en el sector salud se viene impulsando en el marco del MAP a través de las ONGD españolas y Organismos Multilaterales. La Oficina Técnica de Cooperación de la AECID en Bolivia actúa como facilitadora de la relación entre los distintos actores de la Cooperación Española, los multilaterales, los donantes del sector salud y la propia institucionalidad boliviana.

Fuente: información proporcionada por la Oficina Técnica de la Cooperación Española en La Paz.



El Dr. José Coca, de 38 años,
director del centro de salud de
Ucumasi, en la región de Oruro.



Escanea este código con tu móvil para acceder a contenido adicional.

CUADRO 3

EL MILAGRO DEL DOCTOR COCA

Para llegar a Ucumasi, en el altiplano boliviano, hacen falta casi 4 horas de viaje desde Oruro, la capital del departamento, por caminos que se vuelven intransitables en cuanto llueve varios días seguidos. En Oruro, por cierto, está el hospital más cercano donde puede atenderse una urgencia que requiera cirugía, incluyendo una cesárea.

Vestido con vaqueros y una camiseta amarilla, y sonriendo siempre, el Dr. José Coca Paniagua, director del centro de salud de Ucumasi, muestra orgulloso las dependencias: el servicio de pediatría lleno de juguetes, la farmacia escrupulosamente ordenada, la sala de partos perfectamente equipada, la consulta de medicina tradicional, ... Y en las paredes, reflejada en gráficos e indicadores a todo color, una historia de éxito: 0% de mortalidad neonatal (hasta 28 días) y 0% de mortalidad infantil de menores de 1 año desde el año 2009 hasta ahora. Desde hace cuatro años, ningún niño ha muerto en Ucumasi por falta de atención médica adecuada. En un país donde 42 de cada mil niños nacidos no llegan a su primer cumpleaños, y 23 de ellos ni siquiera superan los 28 días de vida, estos resultados pueden calificarse de milagrosos.

Los programas y recursos asignados por el Gobierno de Bolivia y la cooperación internacional, y aplicados por las redes de salud regionales, han logrado ampliar la cobertura de los servicios de salud de una forma sostenible y reducir en un 58% la mortalidad infantil en Bolivia en los últimos 20 años.

El Dr. Coca, un hombre jovial y decidido de 38 años, llegó a Ucumasi hace 10 años, recién graduado, porque “nadie quería el puesto”. En un armario estaban las pertenencias de los médicos anteriores que, tras unos días o, como máximo dos o tres meses, se habían ido y nunca habían regresado. “Nadie venía al hospital. No teníamos agua ni energía eléctrica. Era muy duro”- dice. Conseguir buenos profesionales de salud que trabajen en zonas rurales es un reto aún pendiente para Bolivia, y una condición indispensable para reducir las brechas en el acceso a la salud; condiciones duras, aislamiento y bajos salarios no lo ponen fácil.

“Yo también quise irme”, reconoce, “pero no me dejaron”. Así que se quedó. Y transformó un pequeño dispensario olvidado del mundo en la casa de los casi 3.000 habitantes de Ucumasi. Supo ganarse a una comunidad escéptica y desconfiada, formó un equipo de profesionales motivados que lo acompañan cada día y logró salvar muchas vidas y hacer de los servicios de salud algo accesible y deseable, adaptado a las necesidades de la comunidad, e incorporando los conocimientos aymaras tradicionales.

El Dr. Coca y su equipo de profesionales no han estado solos en este cambio. El Programa de Apoyo al Sector Salud, desarrollado por el Servicio Departamental de Salud de Oruro, y la cooperación internacional de organismos como UNICEF han permitido ampliar el centro de acuerdo a un diseño decidido por la comunidad, adquirir equipamiento de primera calidad y recibir capacitación para ofrecer tratamiento a la mayor parte de los problemas de salud de las familias de Ucumasi, evitando que tengan que desplazarse hasta Oruro.

En Ucumasi la alegría, la voluntad, el trabajo y la confianza vencen cada día a las dificultades, el desánimo y la pobreza. En Ucumasi, cada madre, cada niño y cada niña tienen ahora más oportunidades que hace 10 años de tener un desarrollo pleno y con salud. En Bolivia y en muchos otros lugares, la cooperación internacional, los Gobiernos, las comunidades, y personas entusiastas y comprometidas como el Dr. Coca avanzan juntos en la lucha contra la mortalidad infantil y en la construcción de un mundo mejor para la infancia.

Blanca Carazo, UNICEF Comité Español.

3. CÓMO SALVAR LA VIDA DE 137.000 NIÑOS

Los avances de Bolivia en materia de supervivencia infantil son notables. La pregunta es si podrían haber sido sobresalientes. Algunos de los países con los que comparte la zona alta de la tabla de progresos de Countdown -como Perú, Brasil, Bangladesh o Egipto- muestran ratios de reducción considerablemente más dinámicos (por encima del 5% anual). Estas cifras son coherentes con el objetivo global establecido por la propia *Llamada a la acción*, cuyo rango está en reducciones anuales de entre el 5,2% y el 12,6%, si se aspira a eliminar la mortalidad infantil en los próximos veinte años.

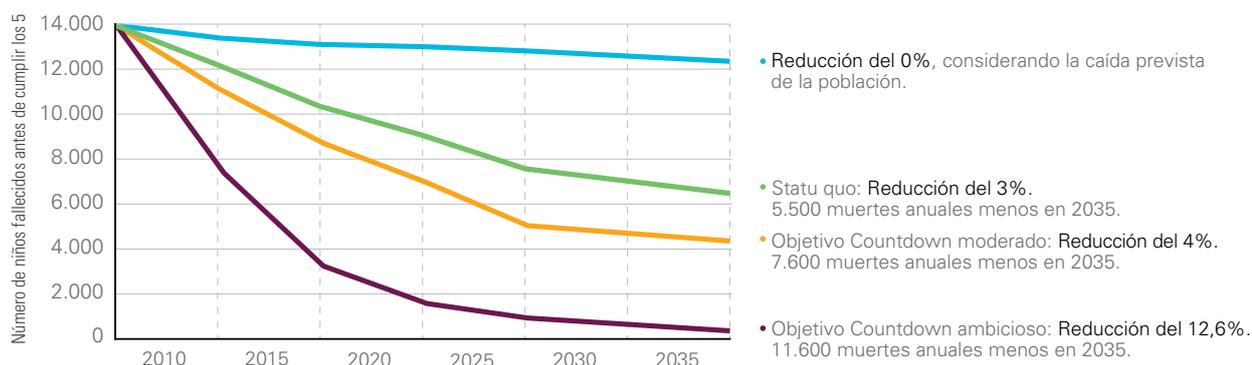
Bolivia, por el contrario, redujo sus niveles de mortandad infantil durante el período 1990-2010 a una media del 4% anual, pero en los últimos años de ese período la velocidad podría haber caído al 3%.¹⁸ Algunas zonas del país, como el Potosí, padecen ratios de mortandad infantil equivalentes a las regiones más castigadas de África. Los bajos niveles de educación, la dispersión geográfica, la carencia de infraestructuras sociales y las dificultades prácticas y políticas de la descentralización administrativa golpean a una población que vive al filo de la navaja en demasiadas ocasiones.

La buena noticia es que el país cuenta con la combinación de ideas, recursos e impulso político para asumir en los próximos años objetivos históricos en materia de salud materno-infantil, lo que permitiría desplomar las muertes evitables de menores. Una política agresiva en este ámbito, alineada con escenarios similares a los planteados en Countdown, permitirían a Bolivia eliminar las muertes evitables en un período de 25 años (ver gráfico 4).¹⁹

Bolivia redujo sus niveles de mortandad infantil durante el período 1990-2010 a una media del 4% anual.

▼ **Arcelio Tirina Zapata, auxiliar de enfermería, atiende a una madre y sus dos hijos en la posta de salud de Portachuelo, región de Pando, en la Amazonía boliviana.**





Fuentes: Elaboración propia a partir de datos de División de Población de CEPAL, Iniciativa Countdown y Call to Action Roadmap.

Bolivia podría salvar la vida de cerca de 137.000 niños a lo largo de los próximos 25 años.

Incluso un escenario mucho más modesto tendría efectos abrumadores. Solo recuperando los ratios que ha mantenido desde 1990, Bolivia podría bajar a 20/1000 el número de niños que fallecen antes de cumplir los cinco años, reduciendo a menos de la mitad los niveles actuales y alineándose con los indicadores del resto del continente. Considerando las proyecciones demográficas, eso significa salvar la vida de cerca de 137.000 niños a lo largo de los próximos 25 años. No es preciso ser un experto en desarrollo para calibrar el modo en el que estas medidas transformarían la vida de miles de familias y comunidades pobres en Bolivia, por no hablar de los beneficios económicos, sociales y demográficos de esta consecución histórica.

La batalla por la supervivencia infantil en Bolivia se encuentra en una encrucijada cuya resolución depende de la colaboración entre el Gobierno y los países donantes. Como en el caso de otros receptores de renta media que cuentan con instituciones operativas, la iniciativa corresponde a las autoridades nacionales. El Ministerio de Salud debe garantizar los planes y la capacidad de gasto que permitirán orientar el conjunto de los recursos de la manera más estratégica. En ausencia de este liderazgo, Bolivia podría ralentizar el buen ritmo de sus indicadores y encallar en niveles de mortalidad infantil más frecuentes en otras regiones menos desarrolladas.

Pero no existe manera de lograr este objetivo en ausencia de un apoyo continuado y estratégico de la cooperación internacional para construir sistemas de salud más justos, eficaces y universales, tal como recomienda la Organización Mundial de la Salud.²⁰ No se trata de un desembarco financiero masivo, como ocurrió en el pasado, sino de poner las mejores capacidades técnicas y estratégicas de los donantes y los organismos internacionales al servicio del esfuerzo de los actores bolivianos. Y una cantidad suficiente de recursos, naturalmente.

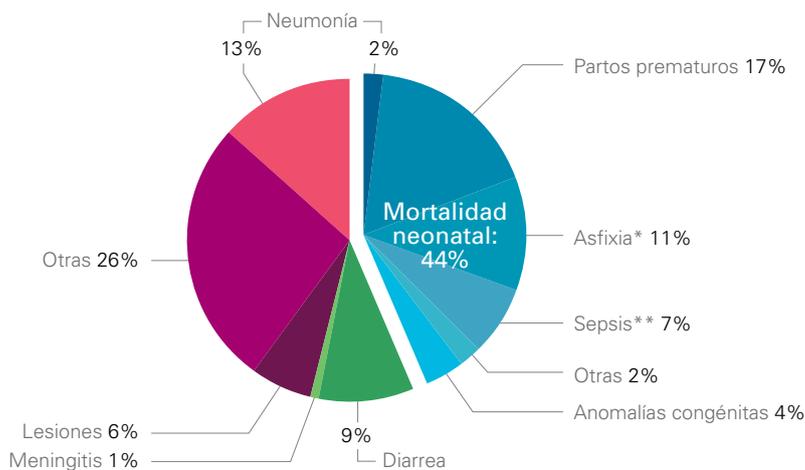
En otras palabras, se trata de que cada parte cumpla su responsabilidad para aprovechar la oportunidad que ofrece Bolivia a un nuevo modelo de cooperación con países de renta media, en los que se cuenta con la alianza de Estados perfectamente operativos. Esta hoja de ruta contra la mortalidad infantil tiene dos componentes fundamentales. El primero de ellos es la superación de las múltiples barreras a las que deben hacer frente las mujeres y los niños más pobres a la hora de acceder a su derecho a la salud. Son barreras físicas, económicas y culturales que conforman un panorama profundamente desigual y que, demasiado a menudo, establecen la diferencia entre la vida y la muerte. El segundo se refiere a la financiación de las políticas de salud. La importancia relativa creciente de los recursos nacionales podría hacer pensar que la ayuda internacional ya no es necesaria. Y eso sería un error de consecuencias impredecibles.

UNA CARRERA DE OBSTÁCULOS

Si en algo están de acuerdo los expertos bolivianos en supervivencia infantil es que la estrategia basada en la extensión generalizada de servicios de salud y en las campañas masivas de vacunación empieza a tantear sus límites. Los esfuerzos de las autoridades de Bolivia y de sus socios para reducir los ratios de mortalidad se enfrentan ahora al reto de una intervención mucho más quirúrgica, orientada a deshacer los nudos gordianos que atenazan la eficacia del Estado en este ámbito.

Bolivia: causas de mortalidad en menores de 5 años, 2010

Gráfico 5



* Incidencias durante el parto
**Sepsis/ meningitis/ tétanos

Fuente: Countdown Progress Report (2012)

El diagnóstico realizado por los expertos del Ministerio de Salud, la UDAPE y el personal de UNICEF para la elaboración de este informe identifica algunas prioridades que explican al mismo tiempo la insuficiencia de la estrategia contra la mortalidad infantil durante los últimos años y los retos a los que se enfrentan en el próximo período:

- **Capacidades humanas insuficientes:** el sistema sanitario boliviano cuenta con recursos humanos insuficientes e inadecuadamente distribuidos, que podrían beneficiarse de una mejor capacitación y de incentivos más eficaces. El 91% del personal de salud del país es de primer nivel (auxiliares de enfermería), lo que determina la capacidad de respuesta de los hospitales más allá de su calificación formal; un tercio de las muertes de mujeres en el parto se produce en los propios servicios de salud, lo cual resulta difícil de aceptar.²¹
- **Dispersión de la población y rigidez administrativa:** Bolivia cuenta con una geografía compleja que recluye a bolsas importantes de la población en zonas de difícil acceso. La atención sanitaria en regiones remotas del altiplano o de la Amazonía, por ejemplo, resulta complicada y costosa, lo que explica los altos niveles de mortalidad infantil y materna en estas regiones. A pesar del esfuerzo de descentralización del gasto que se ha realizado en los últimos años, la estructura administrativa de la salud boliviana todavía se enfrenta a un reto fundamental en este ámbito, que incluye también la reestructuración de los distritos sanitarios. La rigidez de la división departamental no siempre permite el acceso más eficiente y seguro de los pacientes a los hospitales y recursos más próximos (*ver cuadro 4*).

Los esfuerzos de las autoridades de Bolivia y de sus socios para reducir los ratios de mortalidad se enfrentan ahora al reto de una intervención mucho más quirúrgica.



▲ Katerine Arangui, del Club de Madres de Loma Alta, perdió a su hijo recién nacido por falta de transporte para llegar al hospital de Riberalta, al otro lado del río Beni.

Las capacidades humanas, el acceso a los medicamentos y las vacunaciones son insuficientes. También existen importantes barreras geográficas y administrativas.

- **Acceso a medicamentos esenciales:** el sistema hospitalario (en particular los centros de primer y segundo nivel) carece de medicamentos esenciales para atender a los niños y a sus madres. Aunque la lista de productos disponibles a través del sistema privilegia los medicamentos genéricos y el Gobierno va a empezar a comprar a través de la Organización Panamericana de la Salud (que actúa como una central de compras para reducir el coste), el precio y la disponibilidad de los medicamentos siguen siendo un obstáculo. Los tratamientos antirretrovirales contra el VIH-SIDA están cubiertos todavía por el Fondo Global.
- **Debilidad de los programas de salud sexual y reproductiva:** una combinación de factores ideológicos, económicos y culturales impide la adecuada atención de las mujeres bolivianas en este ámbito. En un país en el que 1 de cada 4 muertes maternas corresponde a embarazos adolescentes,²² los programas de salud sexual y reproductiva deberían jugar un papel más relevante.
- **Completar la cobertura de vacunación, que es de alrededor del 80%:** los problemas en este ámbito responden a una combinación de dificultades geográficas (una población dispersa) y educación sanitaria. Hay un 20% de la población que todavía no ha aceptado la importancia de los programas de inmunización, sobre todo en zonas rurales y periféricas. La disponibilidad de las vacunas (incluso las de nueva generación, neumococo y rotavirus,²³ donadas por la Alianza Global por la Vacunación y la Inmunización, GAVI) no supone por ahora un problema.

A estos factores habría que añadir otros, como las dificultades prácticas y políticas del proceso de descentralización administrativa (que se traduce en problemas de coordinación y bajos niveles de ejecución presupuestaria) o la carga de las contribuciones directas de los hogares a la financiación de la salud (ya sea a través de pagos directos o de compra de seguros).²⁴ Cualquiera de ellos supone una amenaza para los objetivos de supervivencia infantil y salud materna.

Pero, en el caso de Bolivia, los riesgos para los grupos más vulnerables se multiplican de un modo insoportable, lo que supone al mismo tiempo un desafío ético y un obstáculo práctico en el camino de la eliminación de los altos niveles de mortalidad. El Gráfico 6 muestra los escalones de la mortalidad infantil en Bolivia. Los niveles medios de 54

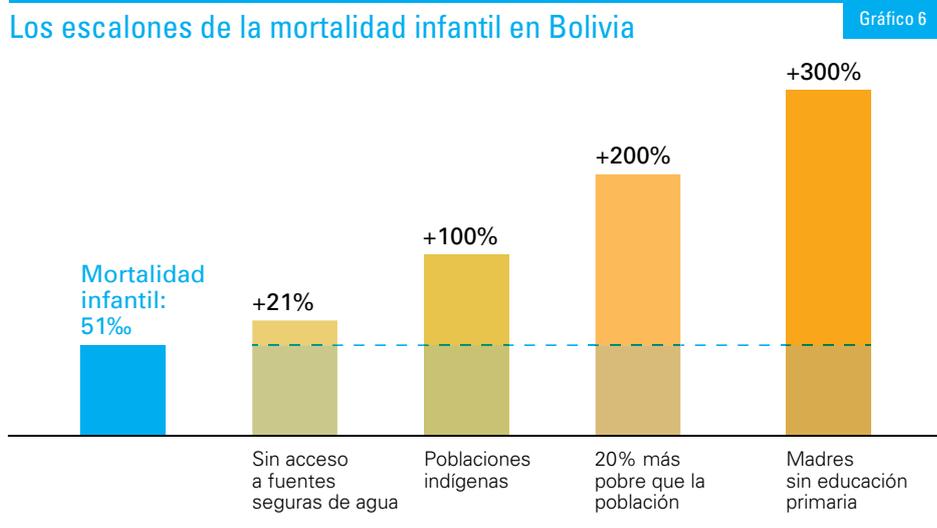
niños fallecidos por cada mil nacidos esconden brechas abrumadoras dependiendo del origen y la residencia de los niños y de sus madres. La diferencia entre tener acceso a fuentes de agua seguras y no tenerlo incrementa los riesgos de mortalidad infantil en un 21%. Las comunidades rurales sufren niveles de mortalidad un 70% más altos que las urbanas. Pero los saltos se disparan cuando se consideran otras variables: las condiciones socio-lingüísticas (pertenecer a comunidades indígenas, por ejemplo) multiplican por dos los riesgos de mortalidad; y el salto entre el quintil superior e inferior de los niveles de ingreso es de 1 a 3. Los hijos de madres que carecen de la educación primaria tienen probabilidades cuatro veces más altas de morir que los de aquellas que han accedido a la educación terciaria.²⁵

La losa de la desigualdad se percibe en algunos servicios determinantes para la salud de los niños y de sus madres, como la atención durante el parto. Aunque la cobertura institucional media de los nacimientos ha mejorado, 6 de cada 10 partos del 20% más pobre de la población siguen produciéndose fuera de un centro de salud.²⁶ En un contexto en el que la mayoría de las muertes maternas se produce en los domicilios o camino de los centros, las dificultades de acceso a la salud para la población más vulnerable se han convertido en un factor de vida o muerte.

El patrón se repite en cada uno de los indicadores básicos de atención primaria:

- El 20% más rico de la población boliviana muestra niveles de control durante el embarazo, de atención hospitalaria de neumonías o de servicios de planificación familiar entre un 50% y un 100% más altos que el quintil más pobre de la sociedad.²⁷
- La desnutrición crónica media del país es de un 21%, pero en el caso de los hijos de madres con educación superior la cifra cae al 10% y se dispara al 42% cuando las madres carecen de educación primaria.²⁸
- La prevalencia de enfermedades respiratorias y diarreas se incrementa en un 30% para los niños que viven en zonas rurales.²⁹

La desigualdad determina casi siempre las oportunidades de progreso por encima de las capacidades y los méritos del individuo. En el caso de los niños bolivianos, el hecho de nacer en el medio rural, hablar un idioma nativo o depender de una madre que no pudo acceder a la educación primaria, definen sencillamente las posibilidades de vivir más allá de los 5 años. El caso de las comunidades indígenas ilustra de manera preocupante esta situación (ver cuadro 4).



Fuente: UNICEF (2012).



CUADRO 4:

LAS COMUNIDADES INDÍGENAS DE LOMA ALTA SUPERAN BARRERAS PARA SALVAR A SUS HIJOS

Es posible que las mujeres de la comunidad de Loma Alta, en la región boliviana del Beni, no estén al tanto de las sofisticadas discusiones que tienen lugar en Naciones Unidas acerca del futuro de los ODM. Pero cada una de ellas conoce a la perfección de qué se está hablando. Con niveles de desnutrición, enfermedades respiratorias y diarreas que multiplican los de las regiones más desarrolladas del país, su comunidad constituye un microcosmos de los retos que enfrenta la lucha contra la mortalidad infantil en Bolivia y en otros muchos países.

Enclavado en plena región amazónica, el ayuntamiento de Villanueva (al que pertenece Loma Alta) padece niveles de desnutrición crónica cercanos al 20%. La baja variedad nutricional supone un problema grave para la mayor parte de sus habitantes, lo que los hace especialmente vulnerables a enfermedades vectoriales recurrentes como la malaria, el dengue o la leishmaniosis. Solo siete de sus comunidades cuentan con algún tipo de canalización de agua limpia. Tan solo uno de cada diez partos es atendido en el centro de salud, al que recurren las madres en el último momento y a menudo en condiciones de extrema debilidad. El abandono administrativo de esta población ha provocado situaciones kafkianas, como la obligación de ir a recoger los suplementos alimentarios (denominados 'chispitas') a la capital departamental del Beni, que está situada a 750 km de distancia, en vez de recibirlos en la ciudad de Riberalta, una ciudad a 45 minutos en una lancha motora rápida... que pertenece al departamento de Pando.

Villanueva no es una excepción en el conjunto de los llamados "pueblos originarios" de Bolivia, un término que agrupa a 38 etnias que conforman una mayoría demográfica repartida por todo el país. La mortalidad materna entre las mujeres indígenas puede llegar a triplicar la media nacional, atrapadas en una telaraña de carencias económicas, servicios incompetentes e incomprensiones culturales y lingüísticas.

Pese a todo, el Dr. Nelson Saya y el alcalde Antonio Molina se enorgullecen de no haber tenido ningún caso de mortalidad materna en cuatro años y de haber reducido las patologías que afectan a los niños a un mínimo histórico. El ayuntamiento logró los recursos para dotar al centro de salud de una lanzadera fluvial que les permite llegar más rápido a una población de difícil acceso. Primero la cooperación internacional (a través del Programa PASS) y después el propio ayuntamiento, han puesto en marcha brigadas de salud que realizan campañas multi-programáticas en cada una de las comunidades al menos tres veces al año. La población ha votado que las cuentas públicas prioricen la salud por encima de cualquier otro gasto del municipio.

Las mujeres, por su parte, han decidido organizarse para ayudar a resolver sus propios problemas. La Asociación de Mujeres Amaila ha ido creciendo lentamente desde hace seis años hasta constituir un populoso Club de Madres que solo en Loma Alta cuenta con 40 afiliadas. La asociación se ha empeñado en mejorar las condiciones nutricionales de las familias capacitándolas para que pongan pequeñas huertas y complementen la dieta de sus hijos, reduciendo la dependencia alimentaria del exterior.

Con ayuda, pero basándose en sus propios esfuerzos, los habitantes de Loma Alta pelean para superar las barreras de un abandono histórico y de unas difíciles condiciones naturales. Su éxito demuestra que el sueño de la supervivencia infantil es posible incluso en las circunstancias más adversas, y su esfuerzo merece el reconocimiento y el apoyo de la comunidad internacional.



IDEAS, RECURSOS, POLÍTICAS

Buena parte de los problemas que hemos descrito en las páginas anteriores han sido contemplados por el Gobierno en el Plan Sectorial de Salud 2011-15, cuya meta es reducir, para 2020, la tasa de mortalidad infantil a menos de 30 por mil nacidos vivos, y la tasa de mortalidad materna a menos de 100 por cien mil nacidos vivos (metas ratificadas por el *Plan estratégico nacional para mejorar la salud materna, perinatal y neonatal en Bolivia 2009-2015*). Pero hará falta emplearse a fondo para superar las barreras que impiden la supervivencia de los niños bolivianos:

- Aunque el gasto destinado a la infancia y la primera infancia se multiplicó por 2,6 entre 1997 y 2008, el peso con respecto al total del gasto social se mantuvo estable alrededor del 44% del total. En conjunto, las partidas sociales destinadas a los ODM crecieron solo del 6,6% al 7,4% del PIB entre 2000 y 2003 y se mantienen en ese nivel hasta 2007 (último dato disponible; *ver gráfico 7*).³⁰
- De acuerdo con el Ministerio de Salud, el sistema requiere, para su correcto funcionamiento, el doble del personal sanitario con el que cuenta ahora, que es de unos 20.000 profesionales.³¹
- Aunque Bolivia cuenta con una eficaz Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), los datos disponibles están a menudo incompletos o son inexactos (censos anticuados, por ejemplo). Esta ineficiencia de la información dificulta los procesos de toma de decisiones y conlleva una asignación del gasto que no siempre se corresponde con las verdaderas necesidades de cada distrito o departamento.

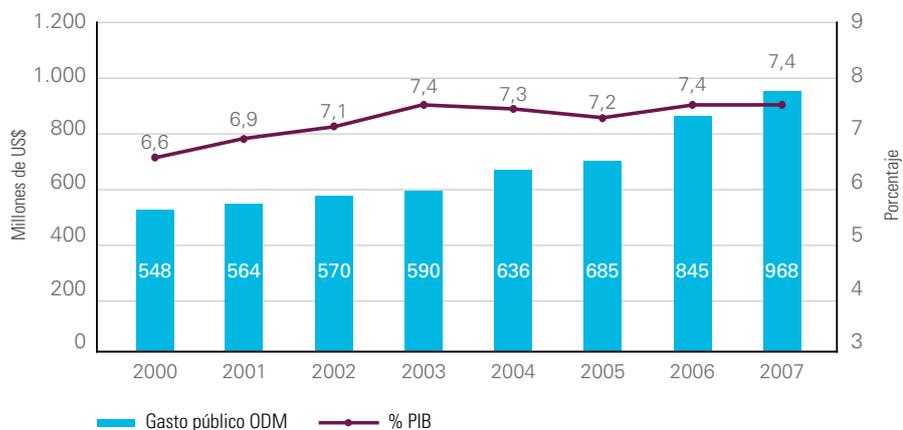
¿De dónde saldrán estos recursos? En primer lugar, se puede esperar que el Gobierno boliviano continúe el exitoso esfuerzo de generación de ingresos nacionales. Esta estrategia está vinculada en buena medida a la reforma fiscal aplicada al sector de los hidrocarburos, cuyos precios han alcanzado niveles históricamente altos en los últimos años. Como otros países de la región, Bolivia huye de la “maldición de los recursos naturales” y de la dependencia de los impuestos indirectos trastocando el reparto de los beneficios extraordinarios de las industrias extractivas. De acuerdo con un reciente documento publicado por Oxfam, los ingresos públicos para Bolivia procedentes del gas y del petróleo

▲ Una mujer espera a ser atendida en la posta de salud de Portachuelo. La lactancia materna exclusiva y temprana es una de las prácticas que reducen la desnutrición infantil.

En Bolivia el hecho de nacer en el medio rural, hablar un idioma nativo o depender de una madre que no pudo acceder a la educación primaria, definen las posibilidades de vivir más allá de los 5 años.

Evolución del gasto público dirigido al logro de los ODM (en millones de dólares y como porcentaje del PIB)

Gráfico 7



Fuente: UNICEF (2012) a partir de información de UDAPE.

aumentaron de 448 millones de dólares en 2004 a 1.530 millones de dólares en 2006, lo que representa un 34 por ciento del ingreso público anual (en comparación con el 8 por ciento en 1997).³²

Pero el camino pendiente de la reforma fiscal boliviana sigue siendo muy largo:

- El 20% más rico de los bolivianos concentra el 60% de la riqueza y el 20% más pobre se reparte el 2%.³³ Pese a ello, 7 de cada 10 euros que ingresa el Estado proceden de la tributación indirecta, fundamentalmente de impuestos sobre el consumo, de carácter regresivo, que afectan a las clases medias y bajas.³⁴
- De acuerdo con una estimación reciente realizada por investigadores de Oxfam, la formalización de parte de la economía sumergida del país y el incremento de la presión fiscal directa a las rentas más altas permitiría al Estado ingresar recursos adicionales de entre 404 y 809 millones de dólares anuales. Esta cifra permitiría incrementar entre un 40% y un 80% el conjunto del gasto público destinado a la consecución de los ODM.³

▼ Las mujeres de la familia Quispe trabajan en sus cultivos en la ciudad de Patacamaya, entre Oruro y La Paz.



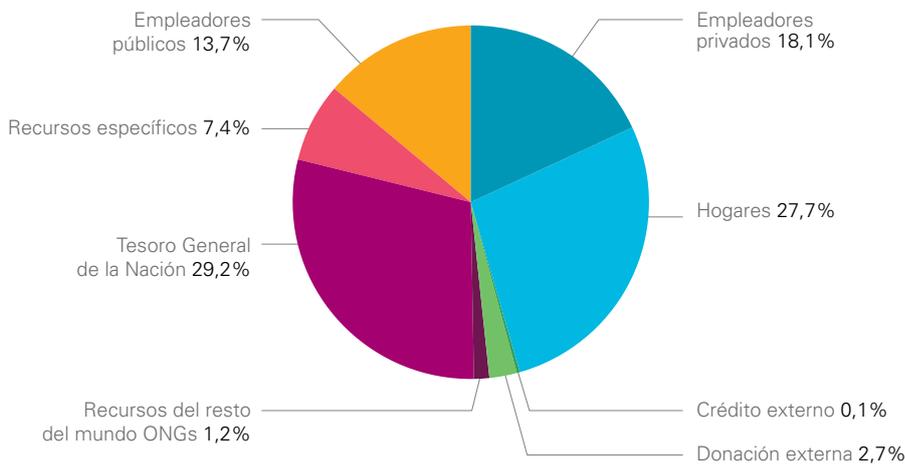
EL PAPEL DE LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL

La realidad del sector salud boliviano en este momento es que las donaciones externas tienen un peso presupuestario mucho más bajo que el que tuvieron en el pasado (*ver gráfico 8*). Sin embargo, existen dudas razonables de que el Gobierno pueda cargar solo sobre sus hombros la responsabilidad histórica del reto de la mortalidad infantil. En primer lugar, incluso en el contexto de expansión fiscal que vive el país, la aportación del Estado no parece suficiente para corregir la brecha de financiación de Bolivia en materia de salud materno-infantil. En Bolivia conviven dos realidades sociales bien diferentes que determinan la eficacia de la estrategia contra la mortalidad infantil: este informe ha podido constatar que en departamentos como Pando y Oruro el apoyo financiero masivo de los donantes sigue siendo imprescindible. Una de las claves es que la ayuda permitiría reducir el coste directo para los hogares, que en este momento financian casi un tercio de todo el gasto en salud.

En departamentos como Pando y Oruro el apoyo financiero masivo de los donantes sigue siendo imprescindible.

Estructura de gasto en salud por fuente de financiamiento, Bolivia, 2010

Gráfico 8



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes (2012).

▼ El equipo de trabajadores sanitarios de Ucumasi se desplaza por el distrito realizando visitas domiciliarias.



En segundo lugar, los recursos del Estado sufren importantes limitaciones en su capacidad de gasto. Aunque 96 de cada 100 dólares gastados en el sector salud provinieron en 2010 de los recursos del Estado y los seguros bolivianos, el grueso de la financiación propia está destinado al pago de salarios, prestaciones de los seguros públicos y gastos corrientes, tanto del sistema de salud pública como del de cajas de salud.³⁶ Los donantes juegan un papel clave a la hora de priorizar los obstáculos principales en las estrategias de lucha contra la pobreza, como las barreras de desigualdad o las debilidades institucionales, lo que multiplica su influencia y permite intuir la importancia estratégica de las políticas de cooperación.³⁷

La orientación innovadora del gasto, la promoción de buenas prácticas o la identificación de grupos objetivo prioritarios constituye el nuevo mantra de los donantes en Bolivia.

Los donantes son muy conscientes de esta oportunidad. En las entrevistas realizadas con ellos para la elaboración de este informe, todos veían en la nueva cooperación internacional con Bolivia un papel menos extensivo que incisivo. La orientación innovadora del gasto, la promoción de buenas prácticas o la identificación de grupos objetivo prioritarios constituye el nuevo mantra de los donantes en Bolivia. Es lo que un responsable de la Cooperación Española en Madrid, espoleado por las aperturas presupuestarias, describió en una ocasión como “la estrategia de lo que podemos hacer nosotros y que paguen ellos”. Algún autor ha calificado este enfoque como una transición de las “trampas de la pobreza a las trampas del progreso”, definidas más por las vulnerabilidades que por las carencias.³⁸

España ha destacado este nuevo modelo de intervención en su Plan Director más reciente: “[En los países de renta media] se hará una cooperación intensiva en el fortalecimiento de las capacidades institucionales, y en la transferencia de conocimientos”.³⁹ En el caso del Marco de Asociación con Bolivia, la estrategia de salud de la Cooperación Española se desarrolla ahora a través de ONG e instituciones multilaterales que impulsan actividades innovadoras de salud comunitaria o en apoyo del Sistema Único de Salud que promueven las autoridades nacionales. Médicos del Mundo, por ejemplo, apoya el fortalecimiento institucional de redes de salud y la gestión del hospital de Patacamaya. Entre otras cosas, este centro ha adecuado sus salas de parto a la cultura de las mujeres del altiplano, lo que dispara la confianza de las usuarias en el sistema y, por tanto, el número de partos atendidos de forma segura en el hospital.

▼ Cartel de ampliación del centro de salud en la comunidad de Loma Alta, en la región de Pando.



La integración de las poblaciones excluidas del sistema de salud es una de las prioridades de España en este ámbito. Se trata de estimular un nuevo paradigma en la atención de la salud: centrado en la familia y en la comunidad, consciente de la importancia de la interculturalidad y capaz de extenderse desde la prevención a la atención en las propias comunidades. Un reciente estudio realizado por la Mesa de Salud de la Cooperación Española evaluaba el coste-eficacia del sistema Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCl) en tres de los programas en los que interviene la Cooperación Española: mortalidad materna, mortalidad infantil y prevalencia del Chagas. En cada uno de los casos se demostraba que la atención integral fortalece la oferta de servicios de salud, actúa sobre algunos determinantes sociales y promueve la demanda a nivel local.⁴⁰

Pero el ejemplo más ilustrativo de las posibilidades de este nuevo modelo de cooperación para la salud de las madres y los niños bolivianos posiblemente sea el Programa de Apoyo al Sector Salud (PASS). Formulado por el Ministerio de Salud, financiado por la Agencia Canadiense de Cooperación y desarrollado por agencias públicas y privadas, el PASS se desarrolló entre 2005 y 2011, con una inversión de 18,4 millones de dólares canadienses, en los departamentos de Beni, Oruro y Pando, tres de las regiones bolivianas más castigadas por la mortalidad infantil. La estrategia se basó en un programa de seis componentes que incorporaba desde el apoyo presupuestario al Gobierno y la mejora de infraestructura y equipamiento, hasta el incremento de cobertura en zonas de

España apoya el nuevo paradigma en la atención de la salud, que pone el foco en la familia y la comunidad y es consciente de la importancia de la interculturalidad.



◀ Doña Aleja Apasacruz, presidenta de la organización de medicina tradicional de Curaguara de Carangas, muestra algunos de los productos utilizados en los tratamientos.

Si este **partenariado** consigue los recursos necesarios de los donantes y el Gobierno, las buenas prácticas del PASS podrían ser replicadas.

difícil acceso y la coordinación entre los diferentes actores involucrados en las políticas de salud materno-infantil.

En conjunto, el PASS se ha convertido en un modelo de intervenciones estratégicas que ayudan a resolver con una cantidad modesta de recursos algunos de los graves problemas a los que hace frente la salud materno-infantil de Bolivia:⁴¹

- En Pando, donde la desnutrición crónica alcanzaba a uno de cada tres menores de cinco años, el programa se ha apoyado en UNICEF para capacitar y movilizar a las comunidades indígenas para mejorar la nutrición infantil y la cobertura de lactancia materna exclusiva. Seis años después de la introducción del PASS, los niveles de desnutrición crónica se habían reducido en un 40%.
- El índice parasitario anual de malaria en Beni y Pando (dos regiones endémicas) ha disminuido un 76% y un 66%, respectivamente.
- Uno de los objetivos del PASS ha sido garantizar que los recursos disponibles del Estado alcanzasen a las poblaciones más vulnerables. En cada uno de los tres departamentos donde se ha aplicado, la cobertura de la vacuna pentavalente o el porcentaje de niños que reciben alimentación complementaria se han multiplicado hasta alcanzar cifras sin precedentes.
- Algunas ONG presentes en el país han contado con el apoyo del programa para desarrollar modelos innovadores de intervención que después pueden ser replicados como buenas prácticas. La Asociación de Promotores Rurales de Salud, por ejemplo, ha permitido ofrecer a cerca de 12.000 personas en cuatro municipios servicios básicos como el control prenatal, el seguimiento de menores de cinco años o la consejería en salud sexual y reproductiva.

Uno de los ámbitos en donde la aportación del PASS ha sido más destacable es en el de la llamada ‘atención sanitaria intercultural’, un esfuerzo que ha convertido al departamento de Oruro en un modelo para el resto del país (ver cuadro 5).

Con el tiempo, el PASS se ha convertido en algo más que un buen programa de cooperación internacional. Aunque las acciones finalizaron oficialmente en 2011, la administración pública de los departamentos en los que fue aplicado ha decidido apropiarse de las mejores ideas y extenderlas en los próximos años con el apoyo de UNICEF. Si este partenariado consigue los recursos necesarios de los donantes y el Gobierno, las buenas prácticas del PASS podrían ser replicadas mucho más allá de los planes iniciales.

▼ Hospital Boliviano Español Patacamaya, gestionado con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.





CUADRO 5: EN CURAGUARA DE CARANGAS, “LO IMPORTANTE ES SALVAR VIDAS”

Nadie diría que el pintoresco grupo de hombres y mujeres arracimado en una sala materna del Hospital de Curaguara de Carangas (Departamento de Oruro) se ha convertido en una referencia para el sistema de salud boliviano. Sin embargo, este puñado de médicos tradicionales y ‘occidentales’ lideran una de las iniciativas más innovadoras para garantizar la salud de los niños y de sus madres en Bolivia. Es lo que empieza a denominarse ‘medicina integral’, un modelo que, con el apoyo del Ministerio y de la cooperación internacional, está revolucionando los indicadores de salud materno-infantil en algunas regiones.

“Lo importante no es quién lo trate, sino salvar una vida”, dice Aleja Pasacruz, partera y presidenta de la organización local. “Ningún libro de medicina va a mostrar algunas enfermedades que ellos curan”, remacha el Dr. Dino Pérez Mendieta, director desde hace tres años de este hospital de primer nivel en el que trabajan 15 profesionales.

Curaguara constituye una de las avanzadillas del estudio de caso en el que se ha convertido el Departamento de Oruro en los últimos años. Con cerca de medio millón de habitantes y a una altura por encima de los 3.600 m, esta región boliviana ha visto cómo los indicadores de mortalidad infantil caían de 88 a 56 niños por cada mil nacidos en tan solo 5 años. La receta del éxito incorpora algunos de los ingredientes habituales, como la extensión de infraestructuras, los programas de inmunización o la capacitación de personal.

Pero el factor que ha marcado la diferencia ha sido la capacidad de llegar a la población con un modelo de intervención comunitaria imbricado en los propios municipios. Apoyándose en las herramientas del Ministerio de Salud (como el bono Juana Azurduy o la iniciativa Desnutrición Cero), los responsables departamentales establecieron seis redes de trabajo que definen sus prioridades de acuerdo con las autoridades locales y las costumbres de la población. Los clubes de madres, las brigadas de salud que se desplazan a las comunidades y la integración de los médicos tradicionales han creado vínculos estrechos con una población que hasta ahora recelaba de los servicios de salud.

El Dr. Pérez explica cómo han concebido todo el servicio de atención al embarazo y el parto alrededor de las necesidades del paciente, y no al contrario. “Es como tener el parto en casa, pero dentro de un hospital”, explica mientras muestra el cuidado con el que se ha diseñado la casa materna y los espacios para los familiares de las parturientas. Su esfuerzo ha permitido que Curaguara elimine por completo la mortalidad materna, comience la segunda fase del programa de Desnutrición Cero con niños de 2 a 5 años e incluso forme a los maestros en rudimentos de primeros auxilios y los dote de una pequeña botica.

La experiencia de Oruro fue posible gracias al denominado PASS (Programa de Apoyo al Sector Salud), una iniciativa innovadora financiada por la cooperación canadiense y desarrollada en colaboración con organizaciones como UNICEF. Esta iniciativa se ha centrado en el apoyo presupuestario al Ministerio, el fortalecimiento de las capacidades de planificación de los centros públicos de salud y en la extensión de los servicios a las comunidades que antes no accedían a ellos. El modelo ha funcionado con una eficacia sorprendente en los departamentos de Pando, Beni y Oruro. Es, en palabras del Dr. Pérez, “la patada inicial del partido”.



▲ Un grupo de niños en una vivienda de la selva boliviana, región de Pando. Programas como el PASS han reducido un 40% la desnutrición crónica en los últimos 6 años en la región.

Es fundamental que la comunidad de donantes entienda el papel insustituible que puede jugar en Bolivia.

Es fundamental que la comunidad de donantes entienda el papel insustituible que puede jugar en Bolivia y replique iniciativas similares al PASS, siempre lideradas por el Gobierno y coordinadas entre los diferentes donantes. Sin embargo, mientras el conjunto de la ayuda crecía un 13% entre 2005 y 2011, la cooperación con Bolivia permaneció literalmente estancada.⁴² En parte, este frenazo responde a razones económicas (la crisis de la Cooperación Española) y políticas (el conflicto abierto entre el Gobierno boliviano y la agencia estadounidense de cooperación ha acabado recientemente con la expulsión de los segundos).

Pero Bolivia también podría ser víctima de la misma paradoja por la que ya han transitado otras regiones en desarrollo en el pasado: el éxito conlleva el castigo de los donantes, que responden a la mejora de los indicadores generales llevándose los recursos a otra parte. Cuatro de los cinco donantes principales al Estado boliviano redujeron sus ayudas en 2011, en algunos casos de forma considerable. EEUU recortó un 31%, Alemania un 47% y España un 65%.⁴³ La cooperación canadiense, que ha jugado un papel clave en las políticas de salud materno-infantil, ha planteado un recorte del 50% en su cooperación con el país.⁴⁴

Estas noticias no podrían ser más preocupantes. Es cierto que existe un debate abierto acerca de las necesidades financieras de un sector en donde los niveles de ejecución siguen siendo bajos y el Estado ha ido incrementando los recursos nacionales. Pero afirmar que la salud materno-infantil de Bolivia no necesita más financiación es, como mínimo, arriesgado. Este informe ha sido incapaz de recabar una estimación fiable de los recursos que serían necesarios para alcanzar sus objetivos en materia de supervivencia infantil, pero es indudable que se siguen necesitando, sobre todo en aquellas regiones que concentran los niveles más alarmantes.

El segundo argumento tiene un carácter más estratégico: el volumen de ayuda es una manifestación tangible del compromiso de los donantes. España y otros países pueden construir un discurso sofisticado sobre el papel orientador de la cooperación técnica, pero su verdadera capacidad de influencia quedará anulada si no va acompañado de un volumen adecuado de recursos.

Todo el mundo puede entender por qué los países de ingreso bajo y los Estados frágiles constituyen una prioridad de los donantes, pero es muy peligroso asumir que la cooperación ya no tiene un papel relevante que jugar en contextos como el de Bolivia, porque la lucha contra la mortalidad infantil es un proceso en movimiento: camina hacia delante o hacia atrás.



◀ Nilson Chávez, auxiliar de enfermería, administra una vacuna a un niño en la posta de salud de Portachuelo, región de Pando.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La supervivencia infantil se ha convertido en la prueba de fuego del desarrollo en el siglo XXI, si es que alguna vez había dejado de serlo. Toda la retórica de la comunidad internacional acerca del progreso global y el futuro de los Objetivos del Milenio se encapsula en una única pregunta: **¿cuántos niños deben morir antes de que reaccionemos?** La *Llamada a la acción*, la experiencia acumulada, la sucesión de buenas prácticas, la lista de países que han puesto freno a este problema en tan solo una generación: todos los elementos que son necesarios están hoy sobre la mesa.

Ahora son imprescindibles la voluntad y los recursos para ponerlos en práctica. Y ese es el camino en el que se encuentra Bolivia. Los argumentos que hemos desplegado en este informe muestran a un país empeñado en su reinversión social. Gobierno, donantes y sociedad civil trabajan juntos para alinear a la nación más pobre de Sudamérica con el nivel que han alcanzado otros países de la región, como Brasil o Perú. Si se dan los pasos adecuados, Bolivia podría cumplir en 2015 el objetivo de reducir en dos tercios el número de niños que mueren antes de cumplir los 5 años y desplomar esa cifra a la mitad en otros veinte.

Pero ni Bolivia ni el conjunto del planeta alcanzarán sus objetivos si no se logran cerrar las importantes inequidades que lastran el acceso a la salud de las mujeres y los niños más pobres. Y eso exige cooperación externa. Ninguno de los países que ahora reconsidera sus programas de cooperación internacional con motivo de la crisis permitiría en su entorno más cercano diferencias entre ricos y pobres, entre blancos e indígenas, como las que se producen en el ámbito global. La muerte de solo una pequeña parte de los niños que desaparecen cada año en las selvas y el altiplano de Bolivia provocaría verdaderos estallidos sociales en nuestros propios países.

España y otros donantes tienen la obligación de sostener la ayuda, porque ningún punto del déficit sustituye la responsabilidad en la erradicación de la mortalidad infantil. La ayuda cumple un papel diferente del que tenía hace unos años, pero igualmente imprescindible.

Por eso España y otros donantes tienen la obligación de sostener la ayuda. Porque ningún punto del déficit sustituye la responsabilidad en la erradicación de la mortalidad infantil. La ayuda cumple un papel diferente del que tenía hace unos años, pero igualmente imprescindible. Como en Bolivia, la Cooperación Española puede ayudar a otros países en lenta emergencia a desarrollar sus capacidades, promover estrategias de impacto y obtener lo mejor de sus propios recursos. No es una cooperación intensiva en capital, pero sí necesita unos recursos mínimos operativos que, en el caso de España, se encuentran gravemente amenazados.

ESTE INFORME HACE LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:

- **GARANTIZAR EL COMPROMISO CON LA AYUDA AL DESARROLLO:** España debe otorgar a la política de cooperación para el desarrollo el tratamiento de una verdadera política pública, asegurando un respaldo político sin fisuras y un apoyo presupuestario suficiente para hacer creíble este compromiso. Para ello, debe revertir cuanto antes la tendencia de caída de la Ayuda Oficial al Desarrollo, acudiendo también a mecanismos alternativos de financiación.
- **REFORZAR EL APOYO A LAS POLÍTICAS DE SUPERVIVENCIA INFANTIL:** la Cooperación Española ha jugado un papel protagonista en algunas de las áreas centrales de la lucha contra la mortalidad infantil, como las políticas de salud. En un momento en el que la comunidad internacional acaricia la posibilidad de lograr el objetivo histórico de la supervivencia infantil, España debe renovar ese compromiso orientando de manera estratégica sus recursos y promoviendo esta prioridad en la nueva agenda internacional de desarrollo y sostenibilidad.
- **DEFINIR EL PAPEL DE LA COOPERACIÓN EN LA ACCIÓN EXTERIOR DE ESPAÑA:** en un momento en el que el Gobierno está haciendo un esfuerzo intenso por definir las ventajas comparativas de España en el exterior, la ayuda debe ser considerada una herramienta esencial en regiones del mundo como América Latina y África. En particular, la cooperación técnica con países de renta media, siempre que tenga una dotación presupuestaria que la haga operativa, ofrece un enorme potencial para la proyección exterior de España que debe ser definido de acuerdo al liderazgo y a los objetivos de desarrollo del país receptor.
- **MANTENER EL COMPROMISO CON LA SOCIEDAD BOLIVIANA:** a pesar de los avances de los últimos años, la sociedad de Bolivia sigue necesitando el apoyo externo para alcanzar algunos objetivos básicos de su desarrollo económico, institucional y social. España debe continuar apoyando este esfuerzo a través de líneas eficaces de cooperación técnica y estratégica que se adapten al nuevo contexto de trabajo.



● La mortalidad de menores de 5 años en Bolivia se ha reducido en un 58% en los últimos 20 años. En la imagen, un grupo de niños sonríe de regreso a su aldea, San Juan del Carmen.

REFERENCIAS

- AECID (2012). Costo-efectividad de Intervenciones en Salud en el Marco de la Política SAFCI. Informe final.
- Alonso, José A. (2006). Cooperación con países de renta media: justificación y ámbitos de trabajo. ICEI y SECI. Disponible en <http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/16732/original/PaisesRentaMedia.pdf>.
- Banco Mundial. World Development Indicators Database. Disponible en <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.
- Countdown Progress Report (2012). Building a Future for Women and Children The 2012 Report. Disponible en <http://www.countdown2015mnch.org/reports-and-articles/2012-report>.
- Intermón Oxfam (2011). Dueños de su desarrollo.
- ISGlobal (2012). AOD y salud global.
- Ministerio de Salud y Deportes (2010). Hacia una Salud Universal. Boletín PASS.
- Ministerio de Salud y Deportes (2012). Análisis del gasto y financiamiento en salud en Bolivia 2003-2010.
- ODI (2010). Bolivia Case Study for the MDG Gap Task Force Report.
- ODI y Save the Children (2012). Progress in Child Well-being.
- SECI (2013). Plan Director de la Cooperación Española 2013-16. Disponible en http://www.aecid.es/galerias/descargas/publicaciones/IV_Plan_DirectorCE_2013-2016_Final2.pdf.
- The Lancet (2012). Countdown to 2015: changes in official development assistance to maternal, newborn, and child health in 2009–10, and assessment of progress since 2003.
- UDAPE (2010). Sexto Informe de Seguimiento de los ODM. Disponible en http://idh.pnud.bo/usr_files/odms/documentos/informesnacionales/progresonacional2010.pdf.
- UDAPE (2011). El Gasto Público Social hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Disponible en http://www.udape.gob.bo/portales_html/docsociales/Gasto_Publico.pdf.
- UDAPE (2011a). Las Cuentas Nacionales en Salud 2003-2007. La Paz, Bolivia.
- UNICEF (2012). Reporte niñez.
- UNICEF (2012a). Committing to Child Survival: A Promise Renewed.
- United Nations (2012). The Millenium Development Goals 2012. Disponible en <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202012.pdf>.
- Varios autores (2012). Child Survival Call to Action: Ending Preventable Child Deaths. Disponible en <http://5thbday.usaid.gov/pages/responsesub/roadmap.pdf>.
- VIFPE (2010). Evaluación Nacional de la Declaración de París Fase II en Bolivia. SAXgr. La Paz, Bolivia.

NOTAS

1. Este informe se referirá de manera genérica a “mortalidad infantil” para todos aquellos menores de 5 años y a “mortalidad neonatal” para la que se produce en el primer mes de vida.
2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/>.
3. La Iniciativa Countdown fue puesta en marcha en 2005 como una colaboración entre diferentes actores y disciplinas para medir y estimular los avances en materia de mortalidad materno-infantil. Todos los detalles están disponibles en <http://www.countdown2015mnch.org/about-countdown>.
4. Countdown Progress Report (2012).
5. Los datos regionales están tomados del Banco Mundial (World Development Indicators).
6. http://www.childinfo.org/mortality_ufmrcountrydata.php.
7. UDAPE (2010).
8. UDAPE (2011).
9. Ministerio de Salud y Deportes (2012).
10. Countdown Progress Report (2012) e Indicadores de Salud (disponibles en la página web de UDAPE).
11. Este dato ha sido estimado por Danzhen You, de la división de Políticas y estrategia de UNICEF en Nueva York. De haberse mantenido en los niveles de 1990, el número total de muertes de menores de cinco años hasta 2011 hubiese sido de 682.000. Considerando que la cifra total del período fue de 451.000, el número de vidas salvadas alcanza los 231.000 niños.
12. Desnutrición crónica: también referido como retraso en el crecimiento, este indicador describe una alimentación insuficiente (o un problema de absorción de micronutrientes como consecuencia de infecciones u otras enfermedades) durante varios de los primeros años de vida, especialmente los primeros 24 meses del niño.
13. Aidflows.org.
14. ODI (2010).
15. Consulta realizada al Creditor Reporting System del CAD.
16. <http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=TABLE2A#> y aidflows.org.
17. Las ayudas a este sector supusieron el 6,4% y el 5,9% del total de las ayudas externas en los períodos 2000-04 y 2005-09, respectivamente. VIFPE (2010).
18. Información mencionada por UDAPE y recogida en la entrevista con personal del Ministerio de Salud y Deportes.
19. Para la estimación de esta cifra se ha utilizado la proyección de la División de Población de CEPAL. De acuerdo con esta fuente, la población total de niños de 0 a 4 años (ambos incluidos) en 2035 será de 1.063.928 (con respecto a los 1.235.000 de 2010). De este modo, si el ratio de mortalidad cae del 54/000 a 20/1000 en 2035, el número absoluto de víctimas anuales iría cayendo de forma incremental. Para la estimación del número total hemos utilizado la media de cada uno de los lustros: 2.254 por año entre 2010-15; 4.449 entre 2015-20; 5.881 entre 2020-25; 6.917 entre 2025-30; y 7.585 entre 2030-35. La reducción total de la mortalidad infantil con respecto a una proyección de los niveles actuales es de 136.783 niños.
20. La resolución 62.12 de la OMS recomienda un sistema de salud integrado e integrador centrado en el paciente, que disminuya las inequidades en el acceso a la salud y trabaje por la cobertura universal, especialmente de la población más vulnerable (indígenas). Un sistema que se rija por los principios en la agenda de la eficacia: apropiación, armonización, alineación, gestión por resultados y mutua responsabilidad.
21. Encuesta post-censal de mortalidad materna, Bolivia 2000.
22. Id.
23. <http://www.gavialliance.org/country/bolivia/>.

24. De acuerdo con el Diagnóstico de Salud realizado por la Mesa de Salud de la Cooperación Española, el gasto promedio de los hogares es del 32% del gasto total en salud. La UDAPE (2011a), estimó una media del 30,5% para el período 2003-07. Una estimación más reciente del Ministerio de Salud y Deportes (2012) estimó una cierta caída de la contribución de los hogares (27,7% en 2010).
25. UNICEF (2012).
26. Ficha de Bolivia en Countdown.
27. Countdown Progress Report (2012).
28. UNICEF (2012).
29. Id.
30. Los datos fueron tomados del informe UNICEF (2012) a partir de información de UDAPE. La serie presupuestaria llega únicamente a 2008.
31. Información facilitada por el Ministerio de Salud.
32. Intermón Oxfam (2011).
33. Banco Mundial, World Development Indicators.
34. Consulta realizada en la base de datos de CEPAL.
35. Cálculo realizado a partir de tablas de Dueños de su desarrollo y cifra de gasto de UDAPE en ODM.
36. UDAPE (2011) y Ministerio de Salud y Deportes (2012).
37. También la cooperación internacional paga salarios. De acuerdo con los responsables de la Cooperación Canadiense, un 26% del gasto del Ministerio de Salud (salarios incluidos) depende de la ayuda extranjera.
38. Alonso (2006).
39. SECI (2013).
40. AECID (2012).
41. Ministerio de Salud y Deportes (2010).
42. Los datos pertenecen al CAD de la OCDE y corresponden a ayuda desembolsada. La ayuda comprometida alcanzó en 2011 los 759 millones de dólares.
43. Los datos corresponden a ayuda desembolsada. En el caso de España, la caída es particularmente elevada por la importancia de la ayuda en 2010 (148 millones de dólares). Pero si consideramos la media de 2008-09, la caída también hubiese sido importante, alrededor del 50%. <http://www.oecd.org/dac/stats/BOL.gif> y <http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=CRS1>.
44. Información facilitada por la oficina canadiense de cooperación.
45. UNICEF (2012a).
46. ODI y Save the Children (2012).
47. ISGlobal (2012).
48. Las cifras sobre la evolución de la ayuda en este campo corresponden a The Lancet (2012).



• Vista de la ciudad de La Paz desde El Alto

CapitalforGood 

unicef 