



**Reunión conjunta de las Juntas Ejecutivas  
del PNUD/UNFPA, el UNICEF y el PMA,  
15 a 18 de enero 2010**

**Balance sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio**

**Un documento de antecedentes preparado conjuntamente por**

**El PNUD, el FNUAP, el UNICEF (coordinador) y el PMA**

## **Introducción**

1. Este documento de antecedentes para la reunión conjunta de 2010 de las Juntas Ejecutivas de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Fondo de las Naciones Unidas para Infancia (UNICEF) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) presenta una síntesis informativa sobre los progresos realizados hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). En él se destacan las iniciativas que han logrado resultados y ofrece ejemplos de estrategias innovadoras en que las sinergias entre los asociados para el desarrollo bajo el liderazgo nacional han logrado una contribución significativa para acelerar y sostener el progreso hacia los Objetivos.

2. La Declaración del Milenio establece el año 2015 como fecha límite para alcanzar la mayoría de los ODM, incluido el ambicioso punto de referencia cuantitativo para reducir a la mitad la pobreza extrema en todas sus manifestaciones. A medida que se aproxima la fecha, para la que quedan menos de cinco años, el mundo ha tenido que hacer frente a una crisis económica que no tiene precedentes en la historia reciente debido a su gravedad y sus dimensiones internacionales. Los progresos hacia los Objetivos están amenazados por el lento –o incluso negativo– crecimiento económico, y esto ha dado lugar a la reducción de los recursos y de las oportunidades comerciales para los países en desarrollo, así como a una posible disminución de los flujos de ayuda de los países donantes. Al mismo tiempo, los efectos del cambio climático son cada vez más aparentes, con una incidencia potencialmente devastadora en muchos países y comunidades. Hoy, más que

nunca, el compromiso con la creación de una asociación mundial para el desarrollo, enunciado en la Declaración del Milenio, debe orientar nuestras acciones colectivas.

3. Este documento está compuesto por cuatro secciones: la primera parte presenta un resumen de los progresos y una actualización de los desafíos; la segunda parte presenta historias que han dado resultados, estrategias innovadoras y ejemplos de países; la tercera parte describe la contribución de los cuatro organismos para la próxima sesión plenaria de alto nivel de la Asamblea General para la revisión de los ODM en 2010; y la cuarta parte formula recomendaciones sobre cómo avanzar para alcanzar los objetivos.

## **I. Progresos y actualización de los desafíos**

4. En cuanto a los avances hacia el ODM 1 (erradicar la pobreza extrema y el hambre), el porcentaje de la población que vive en extrema pobreza en las regiones en desarrollo representó poco más de una cuarta parte de la población del mundo en desarrollo en 2005, en comparación con casi la mitad en 1990. En términos de cifras reales, el número de personas que viven en las regiones en desarrollo en una situación de extrema pobreza –definida como vivir con menos de 1,25 dólares al día (precios de 2005)– se redujo de 1.800 millones en 1990 a 1.400 millones en 2005. También es posible observar tendencias regionales. Por ejemplo, Asia oriental ha reducido a más de la mitad la pobreza extrema (del 36% al 16%) entre 1997 y 2005. En contraste, durante el mismo período, en África subsahariana se ha reducido sólo marginalmente, del 58% al 51%, aunque, debido al crecimiento demográfico, en realidad ha habido un incremento real de 27 millones de personas que viven en extrema pobreza en la región.

5. La crisis financiera y económica mundial ha supuesto un desafío adicional para mantener este ritmo en el progreso contra la pobreza. Aunque se esperaba que las tasas de pobreza general en el mundo en desarrollo descendieran en 2009, se estimaba que el número de personas que viven en la pobreza extrema aumentara de 55 hasta 90 millones, debido en parte a la crisis<sup>1</sup>. También hay grandes probabilidades de que los altos precios de los alimentos y la energía, agravados por la crisis económica mundial, tengan repercusiones considerablemente negativas sobre la proporción de trabajadores que viven en la extrema pobreza. En todas las regiones, las economías no han logrado proporcionar pleno empleo a los jóvenes. Las perspectivas para todas las personas tengan acceso físico, social y económico a alimentos sanos, nutritivos y asequibles son preocupantes. Algunos pronósticos indican que el precio de los alimentos seguirá siendo volátil y continuará aumentando en los próximos años. También se teme que el cambio climático tenga un efecto negativo en la producción de alimentos en muchos países en desarrollo. Los desastres naturales, los disturbios políticos y los conflictos han agudizado estos efectos para millones de personas y familias vulnerables.

6. El progreso hacia los objetivos relacionados con el hambre se mide mediante dos indicadores. Uno de los indicadores tiene por objetivo evaluar el número de personas hambrientas en el mundo, que ha aumentado de 873 millones en 2004-2006 hasta 1.020 millones en 2009 –el nivel más alto– en parte como resultado de los precios de los alimentos y las crisis financiera y económica mundiales. El otro indicador utilizado para evaluar el progreso es el porcentaje de niños menores de 5 años que sufren desnutrición según el parámetro del bajo peso, que ha disminuido del 31% en 1990 al 26% en 2008. Según las últimas estimaciones, 129 millones de niños menores de 5 años tienen bajo peso y 195 millones de niños sufren de retraso en el crecimiento. Unos 63 países

---

<sup>1</sup> *Informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2009*, Naciones Unidas, julio de 2009.

(de los 117 con datos disponibles) están en camino de lograr la meta del ODM 1, es decir una reducción del 50% de la prevalencia del bajo peso entre los niños menores de 5 años entre 1990 y 2015.

7. En cuanto a los avances hacia el ODM 2 (lograr la enseñanza primaria universal), el número de niños de edad escolar primaria que no acuden a la escuela ha disminuido notablemente en los últimos años; sin embargo, más de 72 millones de niños del mundo –cerca de la mitad en el África subsahariana– siguen sin escolarizar. La desigualdad de oportunidades debido a los prejuicios por razones de género, origen étnico, ingresos, idioma o discapacidad representan los principales obstáculos para la educación universal. En los países en desarrollo, los niños del 20% más pobre de la población tienen tres veces menos probabilidades de estar matriculados en la escuela primaria que los niños del 20% más rico.

8. Uno de cada seis niños en edad escolar secundaria que asisten a la escuela primaria comenzó tardíamente en la escuela o tuvo que repetir cursos. Estos niños están ocupando las plazas que podrían acomodar a niños en edad escolar primaria que en la actualidad no acuden a la escuela. Esto pone de relieve deficiencias en los sistemas educativos que es necesario abordar. Para los países que han superado el umbral del 90% de los niños matriculados en la escuela primaria, llegar al último 10% de niños sin escolarizar seguirá siendo un desafío concreto, que a menudo requiere estrategias innovadoras, así como un esfuerzo concertado y de inversión. Aunque la inversión pública en la educación ha aumentado, sigue siendo reducida en comparación con lo que se necesita para que la educación de calidad llegue a todos los niños. La ayuda externa constituye una parte importante del gasto público total en educación. Será necesario volver a calcular al alza el déficit de financiación,

previamente calculado en alrededor de 11.000 millones de dólares, para reflejar las consecuencias de los déficit anteriores, así como el costo adicional de llegar a los niños más marginados.

9. En cuanto al ODM 3 (promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer), se han logrado progresos, pero sigue habiendo desigualdades entre los géneros, sobre la base de los indicadores básicos incluidos en los ODM (y otros parámetros). El acceso a los recursos financieros, las relaciones desiguales de poder, la discriminación y la estigmatización, los estereotipos de género y la violencia contribuyen a impedir el progreso de las mujeres hacia varios ODM. En 2007, la proporción de niñas que no acudirán a la escuela fue del 54%. La diferencia de género en la matriculación escolar se ha reducido en los últimos 10 años, aunque a un ritmo muy lento, ya que en 2007 había más de 95 niñas en edad escolar primaria en la escuela por cada 100 niños, frente a 91 en 1999. Sólo 53 de los 171 países con datos disponibles han alcanzado la paridad entre los géneros en la educación primaria y secundaria<sup>2</sup>. Las niñas de los hogares pobres y rurales tienen que hacer frente a mayores obstáculos a la educación. Las actitudes y prácticas culturales que promueven el matrimonio precoz, alientan el aislamiento de las niñas, o dan un mayor valor a la educación de los niños que a la de las niñas, constituyen los principales obstáculos para asegurar la paridad entre los géneros.

10. La representación política de las mujeres está aumentando lentamente, ya que las mujeres ocupaban cerca del 18% de los escaños en todas las cámaras parlamentarias en 2009, aunque en una cuarta parte de todas las cámaras parlamentarias solamente el 10% de sus miembros eran mujeres. Los escaños parlamentarios ocupados por mujeres en el norte de África y Asia occidental alcanzan menos del 10%, mientras que es de más del 20% en América Latina y el Caribe. Las mujeres siguen

---

<sup>2</sup> David Gartner, 'A Global Fund for Education: Achieving Education for All', *Brookings Policy Brief 169*, Brookings Institute, 2009.

constituyendo la mayor parte de los millones de adultos analfabetos en el mundo, y es más probable que abandonen la escuela antes de completar el ciclo primario. Las mujeres tienen más probabilidades de ser pobres y su acceso a la atención médica, la propiedad y el empleo es más reducido. Las mujeres también tienen menos posibilidades que los hombres de participar activamente en la política y son mucho más vulnerables a ser víctimas de abuso y violencia. El empleo remunerado de las mujeres crece muy lentamente aún y sigue siendo escaso en muchas regiones. Los datos recientes sugieren que el desempleo de la mujer es probable que continúe aumentando a un ritmo rápido, mientras que la tasa de aumento del desempleo de los hombres está disminuyendo. En algunos países, la desaceleración económica está afectando las industrias y servicios en que predominan las mujeres y pueden afectar a las mujeres más profundamente a largo plazo.

11. Los ODM deberían ser importantes instrumentos para centrarse en las niñas y las mujeres, ya que ellas suelen asumir sufrir en mayor medida la pobreza extrema, el hambre y las enfermedades. Se necesitan medidas decisivas para centrarse en las prioridades generales de la igualdad de género, incluidos los problemas de la representación política de las mujeres, los derechos jurídicos y la actual epidemia intolerable de violencia contra las mujeres y las niñas. Es necesario establecer en todas partes un entorno de igualdad de género para la realización de los ODM.

12. Se ha avanzado considerablemente hacia el ODM 4 (reducir la mortalidad de la infancia). Según las nuevas estimaciones generadas del Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad Infantil, en cada día de 2008 murieron 10.000 niños menores de 5 años menos que en 1990, el año de referencia para los ODM. La tasa de reducción aumentó para el período 2000-2008,

### *Balance sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio*

en comparación con el decenio de 1990 (la tasa anual media de reducción en 2000-2008 fue del 2,3%, frente al 1,4% en 1990-2000). Sin embargo, sigue siendo bastante insuficiente para alcanzar el ODM 4 en 2015.

13. En 2008, unos 8,8 millones de niños nacidos vivos en todo el mundo murieron antes de cumplir cinco años. La mayoría de estos niños viven en países en desarrollo y mueren a causa de una enfermedad o de una combinación de enfermedades que se podrían haber evitado o tratado fácilmente. La desnutrición contribuye a más de una tercera parte de estas muertes. Se estima que la tasa de mortalidad de la infancia en Europa Central y del Este y la Comunidad de Estados Independientes es de 23 por cada 1.000 nacidos vivos, frente a 76 por cada 1.000 nacidos vivos en Asia meridional. Es alarmante que entre los 67 países con altas tasas de mortalidad (más de 40 por cada 1.000 nacidos vivos), sólo 10 estén en vías de lograr el ODM 4. Además, la mortalidad de menores de cinco años está cada vez más concentrada: en 2008, el 75% de las muertes de menores de cinco años en todo el mundo se produjeron en sólo 18 países. La mitad de estas muertes ocurrieron en sólo cinco países: China, India, Nigeria, Pakistán y la República Democrática del Congo representan juntos casi una tercera parte del número total de muertes de menores de cinco años en todo el mundo. En África y Asia combinadas se registra el 93% de todas las muertes de menores de cinco años (51% y 42%, respectivamente).

14. En cuanto a los ODM 5 (mejorar la salud materna), el mundo no logrará alcanzar la meta relacionada con la mortalidad materna si se mantiene el ritmo actual de progreso. Los datos sugieren que para alcanzar el objetivo, será preciso reducir la tasa mundial de mortalidad materna (TMMM) en un promedio de 5,5% al año entre 1990 y 2015. La tasa promedio actual de reducción es de menos del 1% por año. Las mayores tasas de mortalidad materna se registran en Asia



meridional y África subsahariana. Seis países (Afganistán, Bangladesh, Etiopía, India, Nigeria y la República Democrática del Congo,) representan la mitad de las muertes derivadas de la maternidad.

15. Más de medio millón de mujeres mueren cada año debido a complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. De las aproximadamente 536.000 muertes maternas que se produjeron en todo el mundo en 2005, más del 99% ocurrieron en los países en desarrollo. Alrededor de la mitad de las muertes maternas (265.000) se produjeron en el África subsahariana y sólo un tercio en Asia meridional (187.000). De este modo, en África subsahariana y Asia meridional se produjo el 84% de las muertes maternas mundiales, siendo la hemorragia la primera causa de muerte en estas regiones. La tasa de mortalidad materna en Asia oriental y el Pacífico se estima en 150 por cada 100.000 nacidos vivos, en comparación con 900 por cada 100.000 nacidos vivos en África subsahariana. Otras muertes se deben a la sepsis, los partos prolongados u obstruidos, los trastornos hipertensivos del embarazo, especialmente la eclampsia, y las complicaciones derivadas de la práctica insegura del aborto. Estas complicaciones pueden producirse sin previo aviso durante el embarazo y el parto. Y por cada mujer que muere, aproximadamente 20 más sufren lesiones, infecciones y discapacidades. Las complicaciones exigen un acceso inmediato a servicios de emergencia obstétrica de calidad equipados para administrar medicamentos, antibióticos y transfusiones que salven vidas, y para realizar cesáreas y otras intervenciones quirúrgicas.

16. En cuanto a lograr el acceso universal a la salud de la reproducción antes de 2015 –segundo objetivo para el ODM 5– los indicadores abordan la planificación de la familia (uso de anticonceptivos y la necesidad insatisfecha de planificación familiar); la tasa de natalidad entre los adolescentes; y la cobertura de atención prenatal. El uso de anticonceptivos ha aumentado en los de un 50% a un 62% en las regiones en desarrollo, a pesar de que la necesidad insatisfecha de

planificación ha disminuido sólo del 14% al 11%. En el África subsahariana, el uso de anticonceptivos aumentó del 16% al 22% desde 1995, pero la necesidad insatisfecha se ha mantenido estable en cerca del 25%, y casi la mitad de los países supervisados muestran una mayor necesidad insatisfecha que uso de anticonceptivos. A nivel mundial hay alrededor de 215 millones de mujeres que desean evitar o retrasar un nuevo embarazo pero que no están utilizando un método anticonceptivo moderno. Las tasas de embarazo entre los adolescentes siguen siendo altas en los países donde han sido históricamente elevadas y la necesidad insatisfecha de planificación familiar es mayor que para los grupos de mayor edad. Estos indicadores tienden a mostrar grandes diferencias según sea la riqueza de la familia. El acceso a la información y los servicios de planificación familiar incide en la reducción de la pobreza, la educación, la igualdad de género, la supervivencia y los objetivos y metas de sostenibilidad del medio ambiente.

17. Aunque cada vez es más común realizar al menos una visita prenatal, la serie recomendada de cuatro consultas sigue siendo menos frecuente, en torno al 50% a nivel mundial, especialmente en entornos con escasos recursos. Esto apunta a la necesidad de hacer hincapié en una atención continua y en el fortalecimiento de los sistemas de salud para prestar servicios desde la etapa prenatal hasta los dos años después del parto, y para las mujeres a lo largo de su ciclo de vida.

18. En cuanto a la lucha contra el VIH y el SIDA, el paludismo y otras enfermedades (ODM 6), la prevalencia mundial del VIH parece haberse estabilizado en 2008 en 33,4 millones, de los cuales 31,3 millones son adultos y 2,1 millones son niños menores de 15 años<sup>3</sup>. En 2008 se produjeron 2,7 millones de nuevas infecciones, 430.000 de las cuales correspondieron a niños menores de 15 años de edad. En *La infancia y el SIDA: Cuarto inventario de la situación 2009* se sugiere que ha habido

---

<sup>3</sup> Actualización de la Epidemia del SIDA 2009, ONUSIDA y la OMS, noviembre de 2009.

un aumento significativo del número de personas con conocimientos amplios y correctos sobre el VIH y sobre cómo evitar la transmisión; sin embargo, aproximadamente el 45% de todos los nuevos casos de VIH en personas mayores de 15 años o más afectaron a jóvenes entre 15 y 24 años<sup>4</sup>. En general, se estima que en 2008 había un total de 4,9 millones de jóvenes de 15 a 24 años que vivían con el VIH en países de bajos y medianos ingresos. Las niñas en África subsahariana son desproporcionadamente vulnerables a la infección por el VIH, especialmente en países “hiperendémicos” de África meridional, donde la prevalencia es mayor del 15%. Dos terceras partes de los 33 millones de personas que vivían con el VIH en 2008 se encontraban en África subsahariana, la mayoría de ellas mujeres. En 2007, aproximadamente 17,5 millones de niños en todo el mundo –de los cuales cerca de 14,1 millones vivían en África subsahariana– habían perdido a uno o a ambos progenitores debido al VIH y el SIDA.

19. Los regímenes antirretrovirales para la prevención de madre a hijo del VIH se están administrando ahora a casi la mitad de las mujeres con VIH embarazadas a nivel mundial. La cobertura de la prueba de detección del VIH entre mujeres embarazadas es del 78% en Sudáfrica, del 87% en Botswana y del 90% en Namibia, todos ellos países con alta prevalencia del VIH. En 2008, 19 países habían alcanzado tasas de cobertura de 80% para el asesoramiento y las pruebas de detección del VIH entre mujeres embarazadas que necesitan estos servicios para prevenir la transmisión del VIH a sus hijos. En general, el 21% del número estimado de mujeres embarazadas que viven en países de bajos y medianos ingresos fueron sometidas a la prueba del VIH (un incremento con respecto al 13% en 2006) y cerca del 45% de las mujeres embarazadas que viven con el VIH en estos países recibieron antirretrovirales –incluida la terapia antirretroviral para proteger su propia salud– a fin de prevenir la transmisión del virus a sus hijos, en comparación con

---

<sup>4</sup> *Los niños y el SIDA: Cuarto inventario de la situación*, publicación conjunta del UNICEF, ONUSIDA, la OMS y el FNUAP.

el 24% en 2006. Para mejorar la asimilación de las intervenciones relacionadas con el SIDA es necesario fortalecer los sistemas de salud y vincularlos con las comunidades. El cambio de comportamiento exige que haya normas sociales compartidas que apoyen el comportamiento más seguro aprobado por la comunidad. También se debe prestar atención a la importancia de abordar las necesidades de planificación de la familia de las personas que viven con el VIH/SIDA. Los hombres y las mujeres deben ser capaces de espaciar o limitar voluntariamente la procreación de conformidad con sus preferencias, que están configuradas por su forma de vida y su condición médica.

20. A finales de 2008, 9 de los 39 países con epidemias generalizadas habían alcanzado al menos un 40% de cobertura de la terapia pediátrica antirretroviral. Teniendo en cuenta las nuevas pruebas empíricas, que sugieren que el punto máximo en la mortalidad por SIDA de los niños puede producirse a una edad muy temprana –dos a tres meses en un estudio– es aún más urgente un diagnóstico en breve plazo de los lactantes. En consecuencia, muchos países se encuentran en un proceso de ampliación de la escala. En 2008, 83 de los 123 países informaron que tenían la capacidad de ofrecer pruebas virales del VIH a los niños a los dos meses de vida, frente a 57 de 109 países en 2007. Además de la mejora del acceso al diagnóstico temprano de los lactantes y la administración de antirretrovirales, también se han acelerado otras intervenciones de atención pediátrica del VIH. El inicio de la profilaxis con cotrimoxazol a los dos meses del nacimiento de los niños expuestos al VIH aumentó de aproximadamente un 4% en 2007 a un 8% a finales de 2008, aunque todavía el nivel es muy bajo.

21. El paludismo sigue siendo una amenaza importante para casi la mitad de la población mundial, ya que 3.300 millones de personas que viven en 109 países corren el riesgo de contraer la

enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en 2006 había entre 190 y 330 millones de casos de paludismo<sup>5</sup>. Alrededor del 90% de las muertes por paludismo se producen en África subsahariana, la mayoría entre los niños menores de cinco años. Además, es una causa importante de anemia, de bajo peso al nacer, de nacimientos prematuros, de mortalidad infantil y de mortalidad materna. Unos 50 millones de mujeres embarazadas están expuestas al paludismo cada año, y el paludismo en el embarazo contribuye a casi el 20% de los casos de bajo peso al nacer en las zonas endémicas. El paludismo en el embarazo también puede conducir a la mortalidad fetal y la muerte materna. Se registraron importantes incrementos en la cobertura de intervenciones esenciales, en particular la de mosquiteros tratados con insecticida, que aumentó del 2% en 2000 al 20% en 2006. Estimaciones de los fabricantes indican que se distribuyeron más de 150 millones de mosquiteros disponibles para su uso en los países africanos entre 2004 y 2008, de los más de 340 millones de mosquiteros necesarios para lograr la cobertura universal en las zonas de transmisión del paludismo (que se define como un mosquitero por cada dos personas). Sobre la base de estas estimaciones, los países endémicos de África en general habían recibido suficientes mosquiteros antes de 2008 para abarcar a más del 40% de sus poblaciones en riesgo. La mayoría de estos mosquiteros han sido distribuidos por medio de servicios de salud materno-infantil, tales como la atención prenatal y la inmunización.

22. Con respecto a garantizar la sostenibilidad ambiental (ODM 7), el mundo está en camino de alcanzar la meta relativa al agua potable de los ODM<sup>6</sup>. Hoy en día, el 87% de la población del mundo usa agua potable procedente de fuentes mejoradas: el 54% utiliza una conexión de tubería en su vivienda (o en el patio o la parcela), y el 33% utiliza otras fuentes mejoradas de agua potable. Esto se traduce en que 5.700 millones de personas en todo el mundo están utilizando el agua potable

---

<sup>5</sup> WHO World Malaria Report 2008; Hacer retroceder el paludismo, Plan Mundial de Acción contra el paludismo, 2008.

<sup>6</sup> Progresos en materia de agua y saneamiento: enfoque especial saneamiento, el UNICEF y OMS, 2008.

## *Balance sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio*

de una fuente mejorada, un aumento de 1.600 millones desde 1990. Cerca de 3.600 millones de personas utilizan una conexión por tubería que abastece de agua corriente sus hogares o cerca de ellos. Las estimaciones para 2006 muestran que la población que depende aún de fuentes mejoradas de agua potable ha descendido por debajo de los 1.000 millones, y ahora se sitúa en 884 millones. Sin embargo, la mejora de la cobertura de agua potable en el África subsahariana sigue siendo considerablemente más reducida que en otras regiones, aunque ha aumentado del 49% en 1990 al 58% en 2006, lo que significa que otros 207 millones de africanos están utilizando fuentes seguras de agua potable.

23. La cobertura de saneamiento, sin embargo, está lejos de ser satisfactoria. El mundo no está en camino de cumplir el la meta de saneamiento de los ODM, y 2.500 millones de personas todavía carecen de acceso a servicios de saneamiento mejorados, incluidos 1,2 millones de personas que no ningún tipo de instalaciones. El mensaje es claro: hay una gran necesidad de acelerar el progreso en materia de saneamiento, en particular en África subsahariana y Asia meridional. Aproximadamente el 18% de la población mundial práctica la defecación indiscriminada o al aire libre. La defecación al aire libre es todavía una práctica generalizada en Asia meridional y África subsahariana, por un 48% y un 28% de la población, respectivamente. En cambio, esta práctica es común sólo entre el 3% de la población de Asia oriental.

24. En el cumplimiento de las promesas consagradas en el ODM 8 se han logrado mayores avances<sup>7</sup>. Sin embargo, la asociación mundial para el desarrollo ha sufrido reveses importantes, en su mayoría derivados de la situación reciente de la economía mundial. En la cuenta regresiva hacia 2015, se necesitan respuestas urgentes para superar las diferencias existentes en materia de

---

<sup>7</sup> *Strengthening the Global Partnership for Development in a Time of Crisis*, Informe del Grupo de Tareas sobre el desfase en el logro de los ODM, 2009.

aplicación con el fin de hacer realidad las promesas de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Aunque la asistencia oficial al desarrollo (AOD) alcanzó su nivel más alto en 2008, sigue habiendo grandes lagunas en el cumplimiento de los compromisos existentes. La meta de Gleneagles para 2010 es de aproximadamente 154 millones de dólares en valores actuales; se necesitarían nuevos flujos de 17.000 millones de dólares al año para alcanzar esta meta. La ayuda a África fue de unos 26.000 millones de dólares en 2008, pero todavía hay un déficit de cerca de 20.000 millones de dólares para estar en el buen camino. Los flujos futuros de AOD a los países pobres están en peligro en un momento en que es necesario incrementarlos tanto para proteger los logros hacia los ODM, que han costado tanto, como para contrarrestar los efectos de la crisis económica y financiera mundial.

25. El acceso sin restricciones aduaneras de los países en desarrollo a los mercados de los países desarrollados siguió aumentando en 2007, principalmente mediante la eliminación progresiva de los aranceles utilizando el concepto de nación más favorecida. Existen grandes variaciones regionales y sectoriales en el acceso libre de restricciones aduaneras entre los países menos adelantados y dentro de ellos. Desde 2007, el sistema multilateral de comercio ha sufrido grandes presiones, a medida que la crisis de los alimentos y las crisis financiera y económica mundiales han dado lugar a nuevas oleadas de proteccionismo. Tanto los países desarrollados como en desarrollo han adoptado una serie de medidas proteccionistas en respuesta a estas crisis, que incluyen medidas arancelarias y no arancelarias y la utilización de determinados elementos en las iniciativas de estímulo nacionales que limitan el comercio o bien son una fuente de comercio desleal.

26. Muchos medicamentos esenciales son inaccesibles para los pobres en los países en desarrollo por dos razones principales: en primer lugar, existen grandes lagunas en la disponibilidad

de los sectores público y privado; y en segundo lugar, los precios de los medicamentos que están disponibles no son asequibles para los pobres. La conectividad continúa aumentando, ya que los usuarios de Internet y los abonados al servicio telefónico, especialmente de los teléfonos móviles, siguen aumentando en todo el mundo. También se están experimentando en diversas partes del mundo nuevas aplicaciones de la tecnología para una amplia gama de iniciativas de desarrollo, incluidas las evaluaciones rápidas, la supervisión en tiempo real y la transmisión de datos sociales, y la respuesta a las emergencias.

## **II. Historias que han dado resultados, estrategias innovadoras y ejemplos de países**

27. El intercambio de pruebas relacionadas con las intervenciones eficaces puede facilitar la ampliación de la cobertura por medio de asociaciones dirigidas por el gobierno y la incorporación de iniciativas en los programas nacionales pertinentes. Además, la sostenibilidad de los programas se basa a menudo en garantizar la participación de todos los actores clave en la planificación y la gestión de iniciativas. Éste es particularmente el caso de los programas multidimensionales dirigidos hacia el logro de los ODM. Los esfuerzos y las asociaciones combinados de los gobiernos, los grupos locales y los organismos internacionales han contribuido considerablemente en las actividades encaminadas hacia el logro de los objetivos, facilitando la ampliación de muchas iniciativas que han dado resultado. Esta sección ofrece ejemplos de los países que llevaron a cabo este tipo de iniciativas y fortalecieron sus actividades para alcanzar los ODM, mediante, entre otras cosas, la reorientación de los presupuestos y las políticas, así como el ajuste del diseño y la orientación de los programas.



28. En relación con el ODM 1, varias innovaciones en el terreno de la alimentación y la nutrición han demostrado en los últimos años ser muy eficaces. Los suplementos de micronutrientes, incluyendo la vitamina A, el hierro, el zinc y el ácido fólico, y los esfuerzos de enriquecimiento de los alimentos, han ayudado a reducir las carencias de micronutrientes, contribuyendo así al crecimiento del niño y al desarrollo cognitivo, así como a la reducción de la morbilidad y la mortalidad de los niños y las mujeres. El tratamiento y la prevención de la desnutrición moderada y aguda basados la comunidad han demostrado ser muy eficaces, y es preciso ampliar su escala. Algunos ejemplos son las iniciativas que tienen lugar en Burkina Faso, Etiopía, Kirguistán, Malawi, Rwanda y Zambia.

29. En el marco del programa MERET en Etiopía<sup>8</sup>, comunidades con una inseguridad alimentaria crónica participaron en la rehabilitación del medio ambiente y en actividades generadoras de ingresos destinadas a mejorar los medios de subsistencia por medio de la utilización sostenible de los recursos naturales. Su objetivo principal es reforzar la capacidad de adaptación ante el tipo de crisis que afectaron a Etiopía en 2008. Algunas de esas crisis son económicas, tales como los altos precios de los alimentos y el combustible, mientras que otras están relacionadas con el medio ambiente: una prolongada sequía vinculada, según los expertos, al cambio climático. Entre las numerosas actividades del programa cabe destacar las medidas para construir y rehabilitar los caminos secundarios, la reforestación de las laderas estériles, la restauración de las fuentes y estanques de agua de lluvia y la reconstrucción y repoblación de las terrazas agrícolas. El programa proporciona alimentos y materiales a quienes participan en la ejecución de los proyectos, así como asesoramiento de expertos sobre creación de capacidad local. Desde 2000, el programa se ha

---

<sup>8</sup> Una operación conjunta entre el Gobierno de Etiopía y el PMA, la sigla del programa se deriva de la palabra que significa tierra en amharic: MERET – Managing Environmental Resources to Enable Transitions to More Sustainable Livelihoods (Gestión de recursos ambientales para facilitar la transición hacia un medio de subsistencia más sostenible).

aplicado en 600 comunidades de toda Etiopía y, además de apoyar a las familias pobres, ha recuperado más de 300.000 hectáreas de tierras degradadas.

30. En Burkina Faso, Malí y Níger, las tecnologías de riego en pequeña escala han ayudado a los pequeños agricultores a garantizar la alimentación y la producción hortícola mediante la estabilización de su abastecimiento de agua, beneficiando directamente a entre 10.000 y 15.000 agricultores por país. En Burkina Faso, la iniciativa, que está apoyado por las Naciones Unidas, condujo a la elaboración por el Gobierno de un programa nacional de riego en pequeña escala; Malí y el Níger se están concentrando en la preparación de programas similares.

31. En los últimos cinco años, como parte de las actividades para cuidar a los huérfanos y niños vulnerables por el VIH y el SIDA, se ampliaron a otras regiones los programas de protección social, incluidas las transferencias de efectivo condicionales e incondicionales, los programas de alimentos por trabajo y otras iniciativas, utilizando a menudo modelos satisfactorios de las Américas y de otros lugares; entre esas regiones cabe destacar partes de África subsahariana, de Europa Central y del Este y de la Comunidad de Estados Independientes. Los programas de comidas escolares se ampliaron en muchos países en los últimos años en respuesta a los precios de los alimentos, proporcionando una importante red de seguridad social a millones de niños y familias vulnerables. En Kenya, Mozambique, Tanzania y Zambia se están llevando a cabo programas de transferencia de efectivo sobre una base experimental. El programa de protección social de Etiopía es uno de los más grandes en el continente africano, exceptuando Sudáfrica. Además de mejorar la seguridad alimentaria de los hogares, estos programas han contribuido a aumentar la capacidad de los hogares para hacerse cargo de los gastos de la salud y la educación, así como el tiempo disponible para que los niños reciban una educación, y han dado lugar a una disminución en las tasas de trabajo infantil.

32. El Plan Social de Transferencias en Efectivo de Malawi tiene por objeto reducir la pobreza y el hambre en los hogares más vulnerables y está dirigido a las personas extremadamente pobres (que viven con menos de 0,10 dólares por día) y que al mismo tiempo tienen limitaciones para trabajar (no pueden hacerlo debido a la discapacidad, la edad o una enfermedad crónica). Los beneficiarios reciben un desembolso mensual de dinero en efectivo, basado en el tamaño del hogar y el número de niños escolarizados en el mismo. Entre septiembre de 2006 y marzo de 2009, el plan llegó a 24.051 hogares en siete distritos. Si se amplía hasta los 28 distritos de Malawi, el plan tiene el potencial para llegar al 10% de los hogares más pobres, o aproximadamente 1,3 millones de personas, a un costo de 60 millones de dólares anuales.

33. En Moldavia se han logrado considerables progresos en el desarrollo de la primera infancia por medio de inversiones en los programas para impulsar las actividades hacia el logro de los ODM 2. Por medio de importantes mejoras en las políticas concentradas en la capacitación, la distribución de suministros y el propio marco de políticas, el acceso de los niños a programas de primera infancia ha aumentado del 63% en 2003 al 74% en 2008. Se han distribuido nuevos documentos de política a casi todas las instituciones preescolares y la ejecución de las políticas mejoradas se ha aplicado en el 90% de las instituciones preescolares. La reforma de políticas en torno al desarrollo de la primera infancia en Rumania ha tenido un éxito similar, ya que han transformado las oportunidades de educación temprana y la calidad de las mismas.

34. Las iniciativas para la eliminación de los costos de matrícula están acelerando aún más el progreso en la educación primaria en una serie de países. Kenya, Malawi, Tanzania y Uganda han suprimido los costos de los usuarios en la enseñanza primaria, lo que facilita que en cada país se

matriculen en la escuela primaria más de un millón de nuevos alumnos. En el Yemen se llevó a cabo en 2008 una política para ampliar la eliminación de los costos a los grados 1 a 9 para las niñas y 1 a 6 para los niños. Esto se acompañó mediante la incorporación de subvenciones para todas las escuelas del país. Togo anunció oficialmente la eliminación de las tasas escolares para la educación pública preescolar y primaria en 2008. Una evaluación preliminar de los efectos de la eliminación reveló un aumento en la matriculación del 12% en las escuelas primarias públicas. Para Burkina Faso, 2008 fue el segundo año de aplicación de las reformas educativas destinadas a ampliar la educación gratuita en 45 departamentos piloto. El Programa de Educación Básica siguió centrándose en el aumento de la demanda en la educación por medio de la infraestructura, la oferta y la calidad de las intervenciones. En la República del Congo, el Gobierno declaró la educación pública gratuita a principios de 2008. En la India, el Parlamento aprobó en agosto de 2009 la “Ley del derecho a una educación”, que ofrece una educación primaria gratuita y obligatoria para los niños de 6 a 14 años. La ley estipula también que el 25% de las matriculaciones en las escuelas privadas se reservan para los niños de sectores vulnerables.

35. El programa “Fomento de la capacidad en las escuelas integradoras” de Armenia está orientado al número limitado de escuelas especiales y escuelas de internado del país y proporciona oportunidades educativas a niños con necesidades especiales. La instalación de rampas ha mejorado el acceso a los edificios escolares para los niños con discapacidades y el suministro de transporte permitió a los alumnos acceder a tres centros comunitarios de recursos, asesoramiento y capacitación. Se ofrecieron recursos adicionales para facilitar su trabajo a los equipos de apoyo multiprofesionales y a los maestros con aptitudes especiales, con el fin de abordar la situación de los niños con discapacidad. En 2008, con fondos del Gobierno y suplementarios, este programa de educación integradora se amplió a seis provincias.

36. La igualdad en el acceso a la educación ha avanzado en Bosnia y Herzegovina, donde las iniciativas de salud y educación centradas en las familias excluidas socialmente han beneficiado a alrededor de 16.500 niños. Se han revisado los documentos estratégicos de educación con la contribución de las Naciones Unidas, y la política en la materia incluye ahora un enfoque sobre la promoción de la igualdad de acceso en la educación.

37. El número de países con programas que tienen planes nacionales de educación que incluyen medidas para reducir las disparidades de género y de otro tipo ha aumentado rápidamente, pasando de 74 en 2005 a 110 en 2008. Si esta tendencia continúa, más del 90% de los países tendrán planes para el año 2015. Donde hay asociaciones razonablemente sólidas, el trabajo se ha centrado en estudios de investigación (Madagascar, Viet Nam), desarrollo de políticas para la educación nacional y el género (Burundi, Rwanda), la promoción de políticas (Nepal), las campañas para lograr un consenso nacional en torno al cambio social en favor de educación de las niñas (Yemen), y las auditorías de género en el sector de la educación.

38. En relación con el ODM 4, muchos de los avances en la reducción de la mortalidad infantil se pueden atribuir a la ampliación de las intervenciones específicas, tales como la inmunización contra el sarampión, el suministro de mosquiteros y la administración de suplementos de vitamina A. Una mayor aceleración exigirá el fortalecimiento de los sistemas de salud para prestar una atención continuada. Las mejoras en la cobertura fueron el objetivo principal de los gobiernos y los asociados, e incluyeron la promoción de campañas integradas, bien por medio de actividades suplementarias de inmunización (24 países en 2008) o por medio de los días y las semanas de salud infantil (34 países en 2008), que se han convertido en un método utilizado con éxito, especialmente

en África. Las tendencias en la cobertura de la inmunización siguen siendo positivas: las tasas mundiales de inmunización se encuentran en su nivel más alto (82% en 2008).

39. En 1999 se inició en cinco regiones del Perú la iniciativa “Un buen comienzo en la vida<sup>9</sup>”. El programa se centra en llegar a las mujeres embarazadas y mujeres lactantes por medio de intervenciones basadas en la comunidad, incluida la atención prenatal, la promoción del consumo de alimentos adecuados, la promoción de la lactancia materna exclusiva de niños menores de 6 meses de edad y la mejora de la alimentación complementaria desde los 6 meses en adelante, la promoción del crecimiento, la reducción de las carencias de hierro y vitamina A, la promoción de la sal yodada, y las prácticas de higiene personal y familiar. En 2004, el programa abarcaba 223 comunidades rurales pobres. La tasa de retraso en el crecimiento entre los niños menores de 3 años disminuyó del 54% al 37%, con reducciones similares en los niveles de anemia. El éxito ha inspirado el diseño y ejecución de un programa nacional. Esfuerzos similares para la integración de la salud infantil y las actividades en materia de nutrición en Malawi, Mozambique y Zambia están ofreciendo lecciones potenciales para las metas de los ODM 1 y ODM 4.

40. Benin, Botswana, Camerún y, más recientemente, Malawi, Mozambique y Tanzania están entre los países que han alcanzado un éxito notable en la reducción de la mortalidad de menores de cinco años. Algunos de los mayores avances ha sido con el sarampión. En África, las muertes por sarampión han disminuido en un 77% desde 2000. Botswana, Malawi, Namibia y Sudáfrica, entre otros países, han adoptado estrategias eficaces de lucha contra el sarampión y han reducido las muertes relacionadas a casi cero. De acuerdo con el Programa Nacional de Control del Paludismo del Sudán, se estima que el 80% de la población está en riesgo de contraer paludismo y que la

---

<sup>9</sup> Aaron Lechtig et al., “Decreasing Stunting, Anaemia, and Vitamin A Deficiency in Peru: Results of the ‘Good Start in Life’ Programme”, *Food and Nutrition Bulletin*, Vol. 30, No. 1 (marzo de 2009): 37-48.

enfermedad representa por sí sola una quinta parte de las muertes hospitalarias. El paludismo también fue uno de los principales factores determinantes de la pobreza en el Sudán, ya que los desembolsos ascienden a entre 19 y 21 dólares per cápita para el tratamiento de la fiebre o del paludismo. En 2005, el Programa pudo obtener fondos para cinco años del Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo, que ascienden a 33 millones de dólares para apoyar la prevención y el control del paludismo en 11 estados. Los esfuerzos conjuntos del Programa y sus asociados sobre el terreno dieron como resultado la disminución en un 55% de las tasas de morbilidad y en un 52% de las tasas de mortalidad relacionadas con el paludismo.

41. El Programa Nacional de Salud de la Reproducción de Mongolia, que aborda los ODM 4, 5 y 6, apoya el crecimiento sostenible de la población, proporcionando salud y servicios sociales de alta calidad de manera equitativa, accesible y confiable. El programa –con el apoyo de organismos de las Naciones Unidas, entre ellos el FNUAP y la OMS, del Banco Asiático de Desarrollo y de la Agencia Alemana de Cooperación Técnica– ha introducido subvenciones para las mujeres embarazadas de las familias más pobres. El programa, que fomenta la colaboración intersectorial entre diversos organismos responsables de la salud, el bienestar social, el trabajo, la educación y los servicios estadísticos del país, también incluye elementos de telemedicina para la salud materna y del recién nacido en un país que sufre los problemas de las grandes distancias y de una infraestructura deficiente. Los resultados iniciales sugieren una reducción de la tasa de mortalidad materna de 69,7 a 49,0 por cada 100.000 nacidos vivos y un aumento de hasta el 82% en la cobertura de atención prenatal en el primer trimestre. El programa debe sentar las bases para que Mongolia alcance el ODM 5 y otros objetivos relacionados con la salud.

*Balance sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio*

42. En Rwanda, un firme compromiso político, una mayor asignación de recursos humanos y financieros y enfoques innovadores, incluidas las transferencias condicionales de efectivo, han impulsado mejoras en el sistema de salud. Desde 2000, según las estimaciones nacionales, la mortalidad infantil ha disminuido de 107 muertes por cada 1.000 nacidos vivos a 62 por cada 1.000 nacidos vivos, los alumbramientos en los centros de salud han aumentado del 28% al 52%; el uso de anticonceptivos ha aumentado del 4% al 27%, y la tasa de mortalidad materna ha disminuido, de 1.071 por cada 100.000 nacidos vivos a menos de 750 por cada 100.000 nacidos vivos.

43. Se han utilizado muchos enfoques innovadores para acelerar el progreso hacia los ODM 4 y 5. Para obtener efectos duraderos en la supervivencia infantil y materna, la atención continua de la salud –desde el pre-embarazo hasta dos años después del parto para las mujeres y sus hijos– ofrece muchas etapas de intervención. Los países utilizan diversas estrategias para facilitar estas intervenciones oportunas. La intensificación de la lucha contra la mortalidad materna e infantil ha generado más de 80 iniciativas nacionales y de colaboración internacional. Estas asociaciones demuestran un compromiso común y sólido para apoyar intervenciones de probada eficacia que logren resultados para salvar y mejorar vidas.

44. El grupo Salud Ocho (H8), un conjunto oficioso de jefes de ocho organizaciones relacionadas con la salud –la OMS, el UNICEF, el UNFPA, ONUSIDA, el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y el paludismo, la Alianza GAVI, la Fundación Bill y Melinda Gates y el Banco Mundial– se ha puesto de acuerdo para impulsar un sentimiento colectivo mundial de urgencia para alcanzar los ODM relacionados con la salud; modificar las actuaciones institucionales (coordinación y trabajo en equipo); fomentar un enfoque más sistemático y sólido de la gestión del conocimiento y el aprendizaje; reconocer la importante oportunidad que presenta el renovado



interés en los sistemas de salud; y darse cuenta de que el papel de la sociedad civil y el sector privado será fundamental para el éxito.

45. Además, en el contexto de las iniciativas relacionadas con la Asociación Internacional para la Salud, se ha llegado a un acuerdo sobre un marco sectorial y se ha establecido un marco común para la supervisión del sector de la salud. Se han puesto en marcha planes en los países participantes (Burundi, Camboya, Etiopía, Kenya, Madagascar, Malí, Mozambique, Nepal, Nigeria y Zambia) que han armonizado los métodos y los enfoques de los costos de los programas nacionales y también han dado prioridad a la ampliación de la prestación de servicios de salud para alcanzar los ODM. Entre los principales atributos de un enfoque técnicamente sólido y creíble cabe destacar los análisis de los embotellamientos, la ampliación de la escala de los escenarios, la estimación del impacto y la cartografía financiera. Como medida provisional, a fin de responder a las peticiones inmediatas de los países, se ha dado prioridad a la actualización y revisión de la herramienta presupuestación marginal para embotellamientos. Varios organismos han estado colaborando en un modelo unificado de salud a fin de proporcionar una herramienta unificada para el diálogo sobre políticas y también para apoyar la planificación y la programación en el sector de la salud.

46. La insuficiencia de fondos, el uso ineficiente de recursos, la financiación desigual de los distintos servicios y la fragmentación de los flujos de financiación obstaculizan el progreso hacia los ODM relacionados con la salud. Los países de bajos ingresos gastan actualmente como promedio sólo 24 dólares per cápita en salud; de estos, 11 son desembolsos de las familias y 6 proceden de la financiación externa. En 2006, más de la mitad de la financiación externa para la salud proporcionada directamente a los países fue en apoyo del ODM 6 (principalmente para los programas de lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo), y sólo quedaron 2,25

dólares per cápita para todas las demás metas y objetivos relacionados con la salud. Algunos de los logros que se alcanzaron en algunos ámbitos, como el sarampión, la fiebre amarilla y la eliminación del tétanos neonatal y de la madre, sufren un estancamiento en la financiación y requieren esfuerzos concertados para garantizar que haya disponibles recursos suficientes destinados a ampliar la escala de la respuesta para alcanzar los ODM 4, 5 y 6.

47. En relación con el ODM 6, Camboya, que registra, junto con Tailandia, uno de los mayores índices de prevalencia del VIH en Asia, ha utilizado un conjunto de técnicas participativas –Mejora de la Capacidad Comunitaria– que han dado resultados para generar respuestas de la comunidad. Los pueblos donde se han puesto en práctica estas técnicas han experimentado un gran avance, y las personas que viven con el VIH y el SIDA pueden ahora hablar abiertamente sobre su estado y debatir públicamente los tabúes en torno a la sexualidad y otros factores socioeconómicos, tales como la desigualdad entre los géneros, la violencia doméstica y la pobreza. A medida que los pueblos comprenden la naturaleza compleja de la epidemia, han superado el estigma y las actitudes discriminatorias y ahora ofrecen cuidado a las personas infectadas con el VIH y apoyo a las familias afectadas por el SIDA.

48. El aumento de la participación masculina en el programa de asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH en Rwanda ha sido fundamental para el éxito del país en la ampliación de la prevención de la transmisión de la madre al hijo del Programa de VIH. Durante los primeros cuatro años del programa (1999-2003), la proporción de hombres que se sometieron a la prueba del VIH por medio del programa se mantuvo por debajo del 13%. La baja participación masculina está asociado a la escasa aceptación de la prueba del VIH entre mujeres embarazadas, lo que puede poner en peligro la calidad del seguimiento de las mujeres con VIH y de sus recién nacidos

expuestos al virus. El programa nacional de prevención de la transmisión inició una fase rápida de ampliación en 2004-2005, junto con una estrategia global para aumentar la participación del hombre como parte de un enfoque de la prestación de servicios de prevención de este tipo de transmisión centrado en la familia. Entre 2005 y 2008, el número de parejas que se sometieron a la prueba del VIH por medio del programa se ha multiplicado por cuatro.

49. En relación con el ODM 7, las escuelas tienen un papel importante que desempeñar en la educación ambiental. Tras el tsunami del Océano Índico en diciembre de 2004, como parte de la campaña denominada “La reducción del riesgo de desastres empieza en la escuela” celebrada en China, Filipinas, India, Indonesia, Japón, Sri Lanka, Tailandia y Vanuatu, los institutos nacionales han analizado las políticas, programas, planes de estudios y actividades escolares a fin de reforzar la reducción del riesgo de desastres y los componentes de la educación ambiental e integrarlos en los planes de estudio y las actividades en las aulas.

50. Una iniciativa para mejorar los servicios básicos para las comunidades pobres en Bobo Dioulasso, Burkina Faso, ha promovido asociaciones entre los sectores público y privado para una mejor gestión de los residuos sólidos domésticos y las aguas residuales, junto con un mejor drenaje y un mejor abastecimiento de agua potable. Esta iniciativa se ha ampliado a otras cuatro comunidades urbanas. Senegal ha subsidiado 140.000 nuevos puntos de acceso al agua potable en los barrios urbanos pobres. Como resultado de éstas y otras actividades, el acceso al agua potable aumentó de alrededor del 80% en 1996 a más del 98% en 2006, y la pérdida de agua, principalmente debido a fugas, se redujo del 32% al 20%. En 2008, la Asociación de Agua de África determinó que Senegal era uno de los 10 países africanos con más probabilidades de alcanzar los objetivos del ODM 7.

51. El programa Saneamiento Total dirigido por las escuelas en Nepal se propone ofrecer un conjunto de saneamiento e higiene completo para la escuela y la comunidad por medio de enfoque que vincula al niño con su familia. En un país donde más de la mitad de la población no tiene acceso a ningún sistema de saneamiento para la eliminación de residuos humanos, el programa ha llegado a más de 500.000 personas en 15 distritos por medio de 300 escuelas y 730 clubes de niños. Como resultado, más de 1.000 asentamientos de 250 zonas de influencia de escuelas han sido declarados “libres de la defecación al aire libre”. Sobre la base del éxito de esta iniciativa, el Plan Maestro de Saneamiento del Gobierno ha adoptado una estrategia para su aplicación en los 75 distritos. Se han puesto en marcha disposiciones presupuestarias para que los pueblos “libres de defecación al aire libre” reciban subvenciones para establecer instalaciones acogedoras para los niños.

52. En el marco del ODM 8, la comunidad internacional debe seguir estudiando formas más flexibles e innovadoras de financiación del desarrollo, utilizando la combinación más eficaz de financiación pública y privada. Cada vez hay más países que proporcionan asistencia oficial al desarrollo (AOD), incluidos aquellos que en los últimos años se han unido a la Unión Europea. Polonia, por ejemplo, inició una nueva campaña en 2004, “Objetivos de Desarrollo del Milenio: la hora de ayudar a los demás”, y entre 2003 y 2006, aumentó la AOD casi nueve veces, de 27 millones de dólares a 230 millones. Durante 2007-2008, los 12 nuevos Estados miembros de la Unión Europea complementaron la campaña de Polonia.

### **III. El examen de alto nivel de los ODM en 2010**

53. La sesión plenaria de alto nivel de la sexagésimo quinta Asamblea General en septiembre de 2010 servirá de excelente ocasión para impulsar un compromiso, obtener apoyo y alentar la adopción colectiva de medidas a fin de alcanzar los ODM en 2015. Teniendo en cuenta los progresos alcanzados con respecto a los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, la sesión de alto nivel llevará a cabo un examen amplio de los progresos, las mejores prácticas y las lecciones aprendidas, los obstáculos y deficiencias, los desafíos y las oportunidades, a fin de establecer estrategias concretas de acción destinadas a impulsar los progresos hacia el logro de los ODM.

54. Como miembros del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el PNUD, el UNFPA, el UNICEF y el PMA están trabajando juntos para preparar sus contribuciones a la sesión plenaria de alto nivel, ofreciendo aportes al informe amplio de Secretario General, al informe anual sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio y al informe del Grupo de Tareas sobre el desfase en el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio. Los organismos ofrecerán también aportes a los documentos de antecedentes para las mesas redondas interactivas y las sesiones interactivas oficiales. Los organismos elaborarán exámenes nacionales en preparación a la sesión plenaria de alto nivel y apoyan actividades regionales en preparación de la reunión.

#### **IV. Lograr que ocurra – el camino hacia delante**

55. Los ODM requieren *tanto* un crecimiento económico en favor de los pobres como una ampliación de los servicios públicos. La meta sobre la pobreza de ingresos, por ejemplo, solamente se podrá lograr por medio de un crecimiento económico de amplia base que promueva la capacidad empresarial privada y llegue plenamente a los hogares de las zonas rurales y urbanas. Mientras

tanto, las metas de prestación de servicios requieren una financiación pública adecuada para garantizar un acceso equitativo incluso entre los hogares más pobres, independientemente de si los servicios se prestan por medio de canales gubernamentales o no gubernamentales.

56. Aunque se han producido considerables progresos hacia los ODM a nivel internacional y en la mayoría de los países, llegar a los individuos y las familias más marginados sigue siendo un desafío que exige enfoques y estrategias específicos. Los datos revelan notables desigualdades entre los grupos más ricos y más pobres de la población, así como en materia de género, tanto en lo que se refiere a los resultados como en relación con la cobertura de servicios básicos. A fin de alcanzar los ODM e impulsar un enfoque del desarrollo basado en los derechos humanos, es preciso dirigir un esfuerzo concentrado hacia la inclusión de los más pobres y de los más vulnerables, y potenciar su autonomía por medio del empoderamiento jurídico de los pobres, de programas de protección social y estructuras de seguridad, por ejemplo, que garanticen un acceso viable a los alimentos, la nutrición y la atención de la salud. En tiempos de crisis económica o de conmociones externas, son los pobres quienes sufren en mayor medida la reducción de los servicios sociales básicos de carácter público. Las transferencias condicionales de efectivo han sido un instrumento eficaz de protección social y desarrollo

57. Una de las lecciones esenciales aprendidas en los últimos 20 años es que lograr rápidos avances en la reducción del hambre y la desnutrición es eminentemente posible, incluso en entornos donde los recursos son limitados. La escala de intervenciones necesarias para poner fin a la desnutrición y lograr la meta sobre el bajo peso del ODM 1 se han establecido y acordado hace tiempo. Estas intervenciones incluyen medidas de gran impacto que están basadas tanto en la prevención como en el tratamiento. La nutrición, especialmente en el caso de poblaciones

vulnerables, debe recibir una gran prioridad en el desarrollo nacional. Es preciso ampliar las intervenciones mediante alimentos y asistencia nutricional para mejorar el acceso a alimentos asequibles y nutritivos para todos los grupos de la población, especialmente en tiempos de crisis, a fin de que todos puedan satisfacer sus necesidades en materia de nutrición.

58. Las intervenciones de eficacia demostrada basadas en la prevención incluyen la promoción de la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de la vida del lactante (comenzando durante la primera hora después del nacimiento); alimentación complementaria oportuna y apropiada (a partir de los seis meses de edad); y lactancia materna continua (hasta los 2 años de edad y después). Otras intervenciones incluyen una mejora de las prácticas de nutrición, saneamiento e higiene, administración de suplementos de zinc, hierro y ácido fólico y utilización de sal yodada. También es importante centrarse en la prevención del bajo peso al nacer. La situación de las madres en materia de nutrición antes y durante el embarazo es un elemento fundamental para las posibilidades de supervivencia, crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo psicosocial del recién nacido. Los países de la región donde se registra la mayor incidencia de desnutrición entre los niños y los recién nacidos con bajo peso al nacer deberían prestar una atención especial al desarrollo del niño en la primera infancia y las iniciativas de nutrición basadas en la comunidad para diagnosticar y tratar los casos de desnutrición grave y aguda, incluidas estrategias de salud como la eliminación de parásitos y la atención oportuna a los niños con enfermedades diarreicas e infecciones agudas de las vías respiratorias.

59. Invertir en las mujeres y las niñas: la igualdad entre los géneros y la promoción de la autonomía de la mujer no solamente son un objetivo de desarrollo en sí mismo (ODM 3), sino que también son esenciales para que los países logren otros ODM. Dado el importante efecto

multiplicador de las intervenciones que tienen en cuenta las cuestiones de género, las medidas para acelerar los progresos hacia los ODM contemplan avances específicos para las mujeres y las niñas.

60. En el caso de la educación primaria, las políticas públicas concebidas para llegar a los más pobres y a los grupos en mayor situación de desventaja han demostrado su eficacia en muchos países. Se han logrado considerables progresos para aumentar la matriculación de los niños más pobres eliminando los costos escolares; construyendo escuelas en zonas carentes de servicios; garantizando que haya instalaciones de saneamiento para las niñas y los niños; impulsando la contratación de maestros; y ofreciendo alimentación en la escuela. En muchos países, los sistemas escolares sufren una falta crónica de financiación y de recursos, y muy a menudo no consiguen ofrecer una educación de calidad. Como resultado, los niños no aprenden o abandonan la escuela antes de tiempo. Solamente África subsahariana necesitará alrededor de 3,8 millones más de maestros para lograr la educación primaria universal.

61. Las políticas públicas selectivas, junto a las actividades de comunicación para abordar las actitudes y prácticas negativas, pueden contribuir a superar las desigualdades entre los géneros. Eliminar los costos escolares y proporcionar incentivos a las niñas para que acudan a la escuela puede aliviar las presiones financieras sobre los hogares. Establecer escuelas amigas de la infancia, prestar atención a la higiene de las niñas y ofrecer instalaciones separadas de saneamiento en las escuelas, construir escuelas cerca de las comunidades donde escasean servicios y contratar maestros locales, incluidas mujeres en las escuelas primarias, son medidas que pueden contribuir a reducir las diferencias entre los géneros.



62. La experiencia sugiere que las estrategias que den resultados impulsarán el progreso hacia el ODM 3 y garantizarán también un desarrollo social y económico sostenible y generalizado de los países. Entre las estrategias más eficaces cabe destacar la eliminación de los obstáculos fundamentales a la educación de las niñas; la eliminación de los obstáculos a la participación plena y productiva de las mujeres en la fuerza laboral y la promulgación de leyes laborales que tengan en cuenta la cuestión del género; el establecimiento de medidas de acción afirmativa para ampliar el número de mujeres que participan en la esfera política; la reducción de la carga que soportan las mujeres por medio de inversiones en la infraestructura y paquetes de estímulo económico que tengan en cuenta las cuestiones de género; la erradicación de la violencia contra la mujer; y la eliminación de todos los obstáculos para un acceso equitativo a los servicios, incluidos los servicios de salud, educación y tratamiento del VIH/SIDA.

63. Solamente cinco enfermedades –neumonía, diarrea, paludismo, sarampión y SIDA– son responsables de la mitad de todas las muertes de menores de cinco años. La neumonía y las enfermedades diarreicas representan conjuntamente el 37% de todas las muertes de niños menores de cinco años. Ampliar las medidas de prevención y tratamiento de bajo costo podría salvar la mayoría de estas vidas. Entre estas medidas cabe destacar el uso de antibióticos para las infecciones agudas de las vías respiratorias, la rehidratación oral para las enfermedades diarreicas, la inmunización y el uso de mosquiteros tratados con insecticidas y medicamentos apropiados para el paludismo. Garantizar una nutrición apropiada forma parte de la prevención de las enfermedades, debido a que la desnutrición aumenta el riesgo de morir a causa de estas enfermedades. Las mejoras en los servicios de salud pública, que incluyen agua potable y saneamiento mejorado, son esenciales. La educación, especialmente para las niñas y las madres, también puede salvar las vidas de los niños. Incrementar los ingresos del hogar es una medida esencial, aunque no suficiente, a

menos que se realicen mayores esfuerzos para garantizar que los servicios lleguen a quienes más lo necesitan.

64. Sobre la base de las tendencias actuales, es muy poco probable que muchos países logren las metas de salud de los ODM en 2015. Se ha establecido un consenso cada vez mayor en torno a la idea de que los sistemas de salud eficientes y equitativos son el eslabón perdido para ampliar con eficacia la escala de los programas de prevención y control de enfermedades necesarios para alcanzar las metas específicas dirigidas a reducir la mortalidad infantil y de las madres, hacer retroceder el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo, y mejorar el acceso a la salud de la reproducción. Como se señaló en el informe de 2005 de la OMS sobre los ODM relacionados con la salud, los enfoques verticales han generado a menudo una duplicación del trabajo, distorsiones, interrupciones y distracciones<sup>10</sup>. Sólo mediante un fortalecimiento amplio de los sistemas de salud será posible superar los desafíos estructurales que afectan la prestación de servicios, especialmente la escasez de trabajadores de salud<sup>11</sup>. Además, fortalecer los sistemas de salud es esencial para utilizar con eficacia el aumento actual de la asistencia destinada a la salud y lograr un progreso sostenible en el futuro. Será preciso abordar varias limitaciones para que los sistemas de salud rindan con eficacia, como por ejemplo garantizar niveles apropiados de financiación, la capacitación de los recursos humanos, la creación de políticas eficaces y la gestión de la infraestructura básica, los equipos y los suministros.

65. Acelerar los progresos para alcanzar el ODM 5 requiere los siguientes enfoques fundamentales: evitar o tratar complicaciones durante el embarazo por medio de servicios de salud

---

<sup>10</sup> *La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. OMS 2005.

<sup>11</sup> *Help wanted. Confronting the health care worker crisis to expand access to HIV/AIDS treatment: MSF experience in southern Africa*. Médecins sans Frontières, mayo de 2007.

de la reproducción de alta calidad; aumentar la disponibilidad de personal capacitado de la salud para prestar asistencia en el parto; una buena atención prenatal; y garantizar acceso a la atención obstétrica de emergencia. Asegurar acceso inmediato a la atención obstétrica de emergencia de alta calidad es fundamental para proporcionar de manera oportuna servicios de remisión de casos y atención de alto nivel cuando surjan complicaciones que amenacen la vida del paciente. La reducción del matrimonio precoz, de los embarazos entre las adolescentes, de la excisión genital femenina y mejorar el intervalo y el espaciamiento entre los nacimientos son otras intervenciones que pueden mejorar considerablemente la salud de las madres y evitar la morbilidad y mortalidad derivadas de la maternidad.

66. La disponibilidad responsable y uniforme de servicios anticonceptivos de alta calidad, que tengan en cuenta la situación cultural y sean asequibles, incluida la planificación de la familia y otros suministros de salud de la reproducción, como parte del servicio médico esencial y los conjuntos de suministros, servirá también para acelerar los progresos de los ODM relacionados con la salud. Un firme compromiso político y la organización de campañas de información que promuevan la salud sexual y de la reproducción refuerzan la demanda y legitiman los servicios a lo largo de la cadena completa de atención, incluidas las poblaciones vulnerables y carentes de servicios (rurales, pobres y jóvenes), y también contribuyen a comenzar a reducir los efectos de la pandemia del VIH/SIDA. Duplicar la inversión mundial en la planificación de la familia y la atención de las madres y los recién nacidos (por medio de la satisfacción de todas las necesidades no resueltas de planificación de la familia y de una atención completa para todos los embarazos y los nacimientos) podría generar una reducción de alrededor de un 70% en el número de muertes

derivadas de la maternidad y de un 44% en las muertes de recién nacidos<sup>12</sup>. Las tasas de utilización de anticonceptivos han aumentado en una serie de países, pero siguen siendo bajas en África subsahariana. La distribución, la promoción de intercambios de información y la participación de los hombres en la planificación de la familia, todo ello a escala comunitaria, fomenta la expresión de referencias sobre el tamaño de la familia por parte de los individuos y alienta a las parejas a poner en práctica sus intenciones sobre el nacimiento. Durante los brotes de crisis económica, la capacidad de las mujeres de tomar decisiones voluntarias y con conocimiento de causa para retrasar sus embarazos pueden mejorar las repercusiones sobre el bienestar de las mujeres y los niños y mejorar directamente su salud.

67. La sostenibilidad tanto del saneamiento como del abastecimiento de agua sigue siendo un importante desafío. Aunque los enfoques del saneamiento dirigidos por la comunidad muestran un progreso considerable en la mejora de las prácticas de saneamiento, la sostenibilidad de las prácticas sigue siendo una preocupación prioritaria. Garantizar el acceso a fuentes mejoradas de agua y promover comportamientos positivos relacionados con la higiene y el saneamiento contribuirán considerablemente a lograr asimismo mejoras en los indicadores de salud y nutrición. Se requiere una mayor labor para promover estrategias que pueden ayudar a la gente a avanzar en la “escalera del saneamiento” mejorando sus condiciones en esta esfera, desde la eliminación de la defecación al aire libre a la utilización de retretes duraderos. La sostenibilidad de los sistemas de agua sigue siendo un desafío y seguirá siendo uno de los elementos centrales de la cooperación.

---

<sup>12</sup> Susheela Singh, Jacqueline E. Darroch, Lori S. Ashford and Michael Vlassof, *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*. New York: Guttmacher Institute y UNFPA, diciembre de 2009.

68. Aunque en ninguno de los ocho ODM se aborda la cuestión de la energía, el acceso a una energía limpia y asequible es una condición necesaria para lograr un desarrollo sostenible.

Proporcionar a las poblaciones pobres acceso a la electricidad y a combustibles modernos como el kerosene, el gas de petróleo líquido y el gas natural puede mejorar una serie de indicadores del desarrollo humano. Para los 2.000 millones de personas en el mundo que carecen de acceso a servicios fiables de energía, la electrificación o la disponibilidad de combustibles limpios para cocinar podría reducir la pobreza, mejorar las condiciones de salud y aumentar los niveles de vida. Al mismo tiempo, la utilización de energía limpia es fundamental para reducir las emisiones de carbono del planeta en el futuro.

69. Las experiencias de los países dejan claro que existe un conocimiento considerable sobre las estrategias y conceptos eficaces para lograr los ODM, que cada vez es mayor. Se han establecido asociaciones en torno a una comprensión uniforme y clara de las intervenciones necesarias para lograr los ODM a escala local, nacional, regional e internacional. Muchas de estas intervenciones se promueven y aplican en la actualidad a escala nacional. Cada vez se entienden más los desafíos que presenta la ampliación de la escala y es preciso reforzar aún más la capacidad de los asociados nacionales no sólo para determinar cuáles son los problemas y superarlos, sino también para abordar con prioridad las necesidades de las familias y los grupos demográficos más vulnerables y marginados..

70. Cada vez hay un mayor compromiso a escala nacional e internacional para ayudar a los actores nacionales ampliar la escala de las intervenciones destinadas a lograr los ODM. Es preciso facilitar un proceso participativo y establecer estructuras que incorporen a todas las partes interesadas por medio de asociaciones integradoras, tanto dentro de las comunidades como escala

nacional, a fin de acelerar los progresos y abordar las disparidades. El sector privado contribuye cada vez más a superar las deficiencias, sobre todo por medio de fundaciones. Las desigualdades en el progreso en los países, las regiones y los ODM solamente se podrán abordar si hay un sentimiento colectivo de urgencia entre todas las partes interesadas. Será preciso impulsar los esfuerzos de las familias y los asociados nacionales con un mejor apoyo por parte de los miembros del Comité de Asistencia al Desarrollo de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y por medio de la cooperación Sur-Sur. Muchos ODM exigirán una mayor atención en los países y las sociedades afectadas por situaciones crónicas de emergencia, el cambio climático y conflictos de larga duración.

71. En los años que han transcurrido desde la aprobación de la Declaración del Milenio por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2000, los ODM han mostrado cada vez más su valor como instrumentos de movilización en los planos nacional e internacional y como marco de las actividades complementarias de los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las organizaciones comunitarias sobre el desarrollo. Los Objetivos y las metas e indicadores relacionados con ellos también han proporcionado puntos de referencia y medidas de progreso y de éxito, en torno a los cuales muchos países han orientado crecientemente sus gastos y políticas, así como sus actividades de programación y seguimiento. Una amplia gama de ejemplos satisfactorios, innovadores y prometedores de estos esfuerzos cada vez mayores ofrecen ahora a los gobiernos y sus asociados una experiencia valiosa y un aliento para avanzar con actividades aceleradas y orientadas hacia objetivos a fin de abordar la pobreza, la privación, la falta de sostenibilidad y otros importantes desafíos en la esfera del desarrollo.