



ANTECEDENTES

El Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 (mejorar la salud materna) no ha sido alcanzado por la mayoría de los países de África subsahariana (ASS). Las mujeres de ASS representan dos tercios —201.000 muertes en 2015¹— del total de muertes maternas mundiales. Pese a los avances en salud materna, neonatal e infantil, continúa existiendo una importante desigualdad en los niveles de cobertura de las intervenciones esenciales, tanto dentro como entre países. Como resultado, las mujeres más desfavorecidas no reciben la atención que necesitan. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) ofrecen una nueva oportunidad para revertir esta situación. Acelerar la mejora de la salud y el bienestar de mujeres y niñas solo es posible reduciendo las desigualdades sistemáticas, injustas y evitables, una condición previa para que ninguna mujer ni niña sea excluida.

EL ÍNDICE DE OPORTUNIDADES HUMANAS

En un contexto de escasez de servicios, las oportunidades de acceso a estos están determinadas por circunstancias personales de los individuos —en gran medida fuera de su control— que a su vez producen desigualdades en el acceso a oportunidades entre grupos diferenciados por características como la situación geográfica, el nivel económico, el nivel educativo o la estructura familiar. El **Índice de Oportunidades Humanas (IOH)** mide la cobertura de una oportunidad, descontada por su distribución desigual entre grupos con circunstancias distintas.

OPORTUNIDADES Conjunto mínimo de bienes y servicios que permiten a una persona alcanzar su potencial humano.

CIRCUNSTANCIAS Características económicas y sociales de la persona y su familia.

ÍNDICE-D (índice de disimilitud) Porción de oportunidades (cobertura) mal distribuida que favorece a algunos grupos (caracterizados por determinadas circunstancias) en lugar de a otros.

Así, el IOH es un indicador agregado que analiza cuántas oportunidades (por ej., resultados de salud y servicios) hay disponibles (nivel de cobertura) y si se distribuyen de forma equitativa entre personas con diferentes circunstancias (índice-D) para determinar con precisión dónde hay brechas de desigualdad. El Índice se puede desagregar, lo que permite determinar qué circunstancias están generando las mayores desigualdades entre los grupos.

EL INFORME DE UN VISTAZO

Utilizando los datos más actuales disponibles² de 29 países de ASS³ se han realizado tanto análisis individuales (de país), como agregados para la región (análisis conjunto multipaíses) de 15 oportunidades de salud para mujeres en edad reproductiva (15-49 años), incluyendo dos subgrupos: embarazadas y adolescentes (15-19 años).

La introducción de nuevos sistemas de medida, como el IOH, en el ámbito de la salud materna y reproductiva permite abordar desde otro ángulo los obstáculos y oportunidades para lograr la equidad en salud de mujeres y niñas.

RESULTADOS: MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA (15-49 AÑOS) Y MUJERES EMBARAZADAS

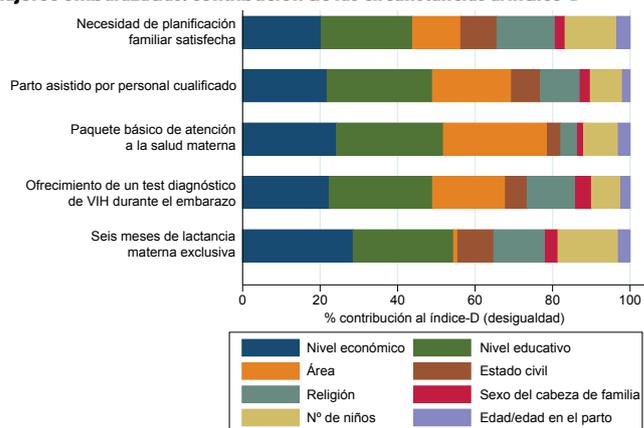
OPORTUNIDADES

- No tener anemia
- IMC entre 18,5 y 24,99
- Necesidad de planificación familiar satisfecha
- Conocimiento de dónde realizarse un test de detección de VIH
- Cuatro visitas de atención prenatal
- Parto asistido por personal cualificado
- Revisión postparto
- Paquete básico de atención en salud materna
- Profilaxis antimalárica durante el embarazo
- Ofrencimiento de un test diagnóstico de VIH durante el embarazo
- Revisión del recién nacido tras el parto
- Seis meses de lactancia materna exclusiva

• Para la mayoría de oportunidades incluidas en el estudio, existen desigualdades marcadas tanto dentro de los países como entre países. Las distribuidas de manera más desigual son las oportunidades de salud reproductiva y materna (por ejemplo, «necesidad de planificación familiar satisfecha», «parto asistido por personal cualificado»), mientras que «no tener anemia» y «seis meses de lactancia materna exclusiva» son las más equitativas (Figura 4).

• El **nivel económico** y las circunstancias relacionadas, como el **nivel educativo** o el **lugar de residencia**, son las principales causas de desigualdad para las oportunidades de salud en mujeres en edad reproductiva dentro de los países en ASS.

Figura 1. Análisis conjunto multipaíses para mujeres en edad reproductiva y mujeres embarazadas: contribución de las circunstancias al índice-D



• En el análisis conjunto multipaíses, se observa un mayor peso de la **religión** y una menor contribución del nivel económico para algunas variables. La distribución de grupos religiosos dentro y entre países combinada con otros factores podría ser la causa de estos resultados.

• La tasa de **cobertura** para la mayoría de oportunidades es notablemente baja, lo que genera amplios niveles de exclusión (Fig.2).

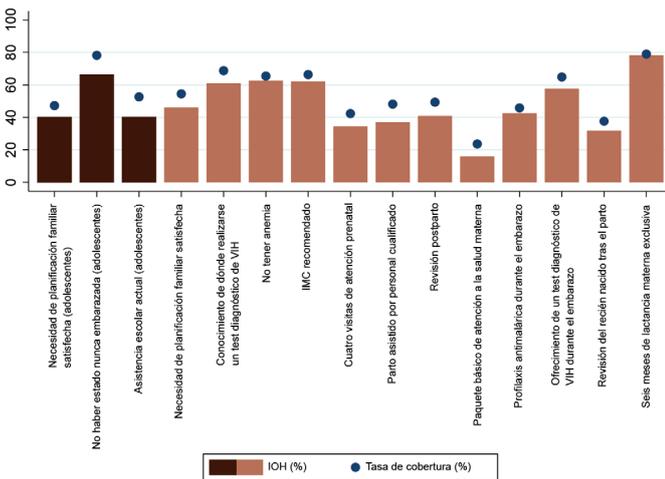
¹ OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas. Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015 (2015).

² Encuestas demográficas y de salud (DHS por sus siglas en inglés) de 2010 o posteriores.

³ Benin, Burkina Faso, Burundi, Camerún, Comoras, Congo, Costa de Marfil, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Kenia, Liberia, Malawi, Mali, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, República Democrática del Congo, Ruanda, Senegal, Sierra Leona, Tanzania, Togo, Uganda, Zambia y Zimbabue.

- El **paquete básico de atención a la salud materna** (que incluye «cuatro visitas de atención prenatal», «parto asistido por personal cualificado» y «revisión postparto») registra una **cobertura muy baja con grandes desigualdades**. A su vez, cada uno de estos indicadores por separado, también muestra grandes desigualdades, siendo **«parto asistido por personal cualificado»** el más desigual (Figura 4).
- La oportunidad **«seis meses de lactancia materna»** tiene una cobertura alta en ASS con desigualdades bajas dentro y entre países (Figuras 2 y 4).
- **Los países con mayor prevalencia de VIH obtienen mejores resultados de IOH para las oportunidades relacionadas con el VIH** («conocimiento de dónde realizarse un test diagnóstico de VIH» y «test diagnóstico de VIH ofrecido durante el embarazo»).

Figura 2. IOH y tasa de cobertura: análisis conjunto multipaís

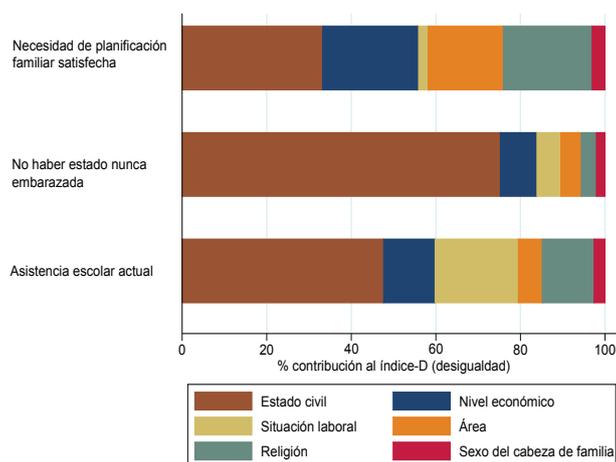


RESULTADOS: ADOLESCENTES MAYORES (15-19 AÑOS)

OPORTUNIDADES
Necesidad de planificación familiar satisfecha
No haber estado embarazada nunca
Asistencia escolar actual

- Las oportunidades del subgrupo de adolescentes se encuentran entre las distribuidas más desigualmente (Fig. 4).
- El **estado civil** (estar casada) es el factor que más contribuye a desigualdades para los resultados e indicadores de educación y salud reproductiva de las adolescentes (Fig. 3). En general, una vez ajustado el análisis por «estado civil», **el nivel económico** se convierte en el primer factor que explica las desigualdades a nivel individual de cada país.

Figura 3. Análisis conjunto multipaís para adolescentes: contribución de las circunstancias al índice-D



- Para la oportunidad «asistencia escolar actual», una vez controlado el estado civil, la principal causa de desigualdad es la **situación laboral**.
- El análisis conjunto multipaís también revela una importante contribución a las desigualdades del factor **religión** entre países para algunas variables (por ejemplo, «necesidad de planificación familiar cubierta», «asistencia escolar actual») (Fig. 3).
- **La cobertura total para las oportunidades relativas a las adolescentes es baja:** las adolescentes son el subgrupo más desatendido en acceso a información y servicios de anticoncepción. La tasa de cobertura multipaís de la «necesidad de planificación familiar satisfecha» es de 47,29% frente al 54,52% para mujeres en edad reproductiva. En relación a la asistencia escolar, casi la mitad de las adolescentes no están escolarizadas en ASS.

CONCLUSIONES

1. En general, las oportunidades de salud materna y reproductiva para mujeres y niñas en ASS son escasas —la mitad de las mujeres y niñas no están recibiendo la mayoría de intervenciones esenciales— y están distribuidas de manera desigual. La desigualdad se concentra entre las más pobres, las que tienen un nivel educativo más bajo y las que viven en zonas rurales.
2. Las **adolescentes son un subgrupo altamente vulnerable** que registra peores resultados en cuanto a acceso a servicios de salud reproductiva y logros académicos. El matrimonio infantil es el factor que más contribuye a los peores indicadores de salud materna y reproductiva.
3. Garantizar el acceso a un **paquete básico de atención en salud materna para todas las mujeres**, en especial el parto asistido por personal cualificado, debe ser prioritario.
4. Las iniciativas de **cobertura universal de salud** son la clave para que los sistemas de salud logren progresivamente una provisión equitativa de las intervenciones básicas que puedan frenar las causas más importantes de mortalidad y enfermedad entre mujeres y niñas.
5. Las **intervenciones fuera del sistema sanitario** pueden contribuir a reducir desigualdades en salud materna y reproductiva. Algunos ejemplos son las acciones centradas en la reducción de la pobreza y mejora de la accesibilidad física a asistencia sanitaria en las comunidades rurales (en las mujeres adultas), y las acciones para acabar con el matrimonio infantil y mejorar los logros académicos (entre las adolescentes).
6. Situar la **equidad** en el centro de todas las estrategias requiere movilización política, financiación sostenida para fortalecer los sistemas de salud, así como nuevas herramientas y conocimiento por parte tanto de los países de ASS como de toda la comunidad de salud materna, neonatal, infantil y adolescente, en general.

Figura 4. Índice-D: análisis conjunto multipaís

