

CUMBRE MUNDIAL

EN FAVOR DE LA

INFANCIA



El 30 de Septiembre de 1990, veinte mil niños morirán a causa de enfermedades prevenibles, cien mil más se sumarán a las cifras de desnutridos, ciento quince mil abandonarán la escuela primaria e innumerables millones se enfrentarán a otro nuevo día de explotación y malos tratos.

El 30 de Septiembre de 1990, presidentes y primeros ministros de todo el mundo se reunirán en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York para decidir qué hacer sobre esta situación.

Contribución del UNICEF a la Cumbre Mundial en favor de la Infancia



CUMBRE MUNDIAL EN FAVOR DE LA INFANCIA

Esta publicación, adaptada del informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia* 1990, es una contribución del UNICEF a la Cumbre Mundial en favor de la Infancia que se celebrará en la sede de las Naciones Unidas en Nueva York, durante los días 29 y 30 de septiembre de 1990.

Sin pretender una cobertura completa de todos los problemas que afectan a la infancia mundial, este informe concentra su atención sobre el principio de «máxima prioridad» para la infancia y presenta las más evidentes oportunidades concretas y universales disponibles para la protección de la vida y el desarrollo físico y mental normal de la gran mayoría de los niños del mundo, en la próxima década.

Confiamos que este informe sea útil para los líderes políticos, los medios de comunicación y el público en general, así como para los miles de organizaciones y personas de todos los países que promueven la movilización de la opinión pública en apoyo de los objetivos de la Cumbre.

ÍNDICE

Informe

Cumbre Mundial en favor de la Infancia	p. 1	Los pobres primero	p. 28
El principio de máxima prioridad	p. 5	Ayuda real para un desarrollo real	p. 33
Oportunidades concretas	p. 13		

Recuadros

1 La Cumbre: salvaguardia de las generaciones futuras	p. 2	7 Para la vida: decálogo de mensajes básicos	p. 18
2 Objetivo 2000: ¿qué puede lograrse?	p. 4	8 El SIDA: amenaza para la infancia	p. 20
3 Supervivencia infantil y crecimiento de la población	p. 6	9 Alivio de la deuda: por la supervivencia infantil	p. 22
4 Ajuste con rostro humano	p. 8	10 En favor de la infancia y del medio ambiente	p. 26
5 La Convención: los derechos del niño	p. 12	11 Educación: avances en Bangladesh	p. 30
6 Educación para Todos: objetivos para el año 2000	p. 14		

Gráficos

Gráf. 1 Muertes anuales de menores de cinco años, según causas	p. 7	Gráf. 6 Mortalidad infantil según edad de la madre, orden e intervalo entre nacimientos, 1976-1986	p. 21
Gráf. 2 Proyecciones alternativas de mortalidad y supervivencia de menores de cinco años, 1990-2000	p. 9	Gráf. 7 Crecimiento de la población del mundo en desarrollo, tendencias actuales y tendencia si las mujeres pudieran elegir el tamaño de la familia, 1990-2025	p. 23
Gráf. 3 Cobertura de inmunización de niños menores de un año en el mundo en desarrollo, 1980-1988	p. 11	Gráf. 8 Prevalencia de la desnutrición de menores de cinco años en el mundo en desarrollo	p. 29
Gráf. 4 Enfermedades inmunoprevenibles: muertes y casos de polio, prevenidos y efectivos, 1988	p. 15	Gráf. 9 Proporción de la ayuda total de los países industrializados destinada a sectores sociales clave	p. 31
Gráf. 5 Proporción de niños menores de cinco años con diarrea tratados con TRO, muertes anuales efectivas y prevenidas, países en desarrollo, 1984-1988	p. 17	Gráf. 10 Ayuda de los países industrializados (OCDE), 1988	p. 35

PREFACIO



Cuarenta mil niños han muerto hoy víctimas de enfermedades comunes que podrían contarse con los dedos de una mano, frecuentemente combinadas con algún grado de desnutrición. Más de la mitad de estas muertes, y la mayor parte de los casos de desnutrición, podrían haberse prevenido de forma relativamente sencilla y muy poco costosa.

Por cada niño que ha muerto hoy, varios más han sobrevivido socavados por la mala salud y un crecimiento deficiente y por tanto no podrán desarrollar todo el potencial con el que nacieron. Entre los supervivientes, la mitad no irá nunca a la escuela o no permanecerá en ella el tiempo suficiente para adquirir una alfabetización y unos conocimientos de cálculo básicos.

No se trata de una tragedia ominosa o de un desastre amenazante. Esto sucedió ayer; sucederá hoy; y sucederá de nuevo mañana, a menos que el mundo decida dar prioridad a lo que hoy es factible para proteger la vida, la salud y el desarrollo de la gran mayoría de los niños del mundo.

Los efectos de esta «emergencia silenciosa» no están circunscritos a la situación presente o a las familias concretas de los niños actualmente afectados. Las consecuencias a largo plazo son ya bien conocidas, como la perpetuación de la pobreza y del crecimiento económico deficiente en las futuras generaciones; la aceleración de las altas tasas de natalidad y el reforzamiento de las presiones ambientales; y la propagación de problemas casi insolubles, entre ellos las frecuentes revueltas políticas y sociales que surgen cuando

la pobreza persistente y las tragedias personales coexisten con una evidente capacidad social para mejorar la vida de los pobres.

Por consiguiente, es necesario un renovado esfuerzo, tanto de los países industrializados como de los países en desarrollo, para proteger la nueva generación no sólo como una respuesta a una de las más grandes causas humanitarias de nuestro tiempo, sino también como un medio de hacer posible la mayor inversión de la especie humana en su futura prosperidad económica, estabilidad política e integridad ambiental.

Sólo el firme compromiso de los líderes nacionales, con el apoyo de todos los sectores sociales, puede movilizar el volumen de recursos requeridos para poner en práctica, a la escala necesaria, las medidas básicas disponibles de protección de la infancia. Por todo ello, el mundo dirige su mirada hacia la Cumbre Mundial en favor de la Infancia como una oportunidad única para la renovación de este compromiso y para lograr un nuevo impulso que permita hacer sin más dilación lo que ya puede hacerse.

A handwritten signature in black ink, reading 'James P. Grant'. The signature is fluid and cursive, with a large initial 'J' and 'G'.

James P. Grant
Director Ejecutivo
Fondo de las Naciones Unidas
para la Infancia (UNICEF)



Cumbre Mundial en favor de la Infancia

La *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* se celebra en un momento en que vuelven a soplar vientos de cambio político capaces de promover un mundo más humano. Más rápidamente de lo que se hubiera podido imaginar, se ha producido un deshielo del clima de guerra fría, se han relajado las tensiones regionales, y empezamos a asistir a lo que puede llegar a ser una revisión fundamental de los presentes compromisos mundiales en materia de gasto militar.

Como es evidente, no faltarán desafíos en un mundo que lucha por liberarse de su preocupación por la guerra. Pero junto a las grandes cuestiones sociales y ecológicas, e inextricablemente ligadas a ellas, subsisten las aspiraciones más silenciosas, pero más fundamentales, de más de mil millones de personas, una quinta parte de la humanidad, que todavía no tienen acceso a una alimentación adecuada, agua potable, enseñanza elemental y atención básica de salud.

El UNICEF desea subrayar que las necesidades de la infancia, y en especial de los millones de niños que siguen viviendo y muriendo en condiciones de desnutrición y mala salud ya en las postrimerías del siglo XX, deben ocupar un lugar prioritario en nuestros intereses y capacidades, y en la asignación de los amplios recursos que podrían liberarse si el mundo abandonara efectivamente su prolongada y despilfarradora preocupación por la guerra.

La dimensión ética de este planteamiento es obviamente bien conocida. Que más de un cuarto de millón

de niños de corta edad sigan muriendo cada semana víctimas de enfermedades y desnutrición fácilmente prevenibles representa la mayor acusación que pueda formularse contra nuestro tiempo. Unos 8000 niños siguen muriendo cada día víctimas del sarampión, la tos ferina y el tétanos, que podrían prevenirse con una serie completa de vacunaciones de costo insignificante; cada día mueren 7000 niños a causa de la deshidratación diarreica, que podría evitarse casi sin costo alguno, y cada día mueren otros 6000 debido a la neumonía que puede tratarse con antibióticos de bajo costo.

Cada uno de esos niños muertos tenía una personalidad y un potencial, una familia y un futuro. Y por cada niño que muere, hay varios más que sobreviven en condiciones de desnutrición y mala salud y, en consecuencia, se ven impedidos de desarrollar plenamente el potencial físico y mental con que nacieron. Tal escala de mortalidad y de sufrimiento ya no es inevitable y, por tanto, ha dejado de ser aceptable. La ética debe avanzar a la par con la nueva capacidad.

Pero como suele suceder, los argumentos éticos son en última instancia inseparables de los de orden práctico. Una pobreza y un sufrimiento en tan gran escala tendrán consecuencias bien conocidas a largo plazo. Y éstas nos afectarán a todos de forma creciente a medida que nos acercamos al inicio de un nuevo milenio. La desnutrición se traduce en retrasos del desarrollo físico y mental, un bajo rendimiento escolar y laboral, y en la perpetuación de la pobreza de generación en

La Cumbre: salvaguardia de las generaciones futuras

El siguiente texto procede del llamamiento para la celebración de una Cumbre Mundial en favor de la Infancia realizado en febrero de 1990 por los seis gobiernos promotores.

El primer ministro de Canadá Brian Mulroney, el presidente de Egipto Mohammed Hosni Mubarak, el presidente de Malí Moussa Traoré, el presidente de México Carlos Salinas de Gortari, la primer ministro de Pakistán Benazir Bhutto y el primer ministro de Suecia Ingvar Carlsson han realizado un llamamiento para una *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*, a celebrar en Nueva York durante los días 29 y 30 de septiembre de 1990. El primer ministro Mulroney y la primer ministro Bhutto, copresidirán esta Cumbre sin precedente Norte-Sur-Este-Oeste.

El propósito de la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* es atraer la atención y promover el compromiso, al más alto nivel político, hacia fines y estrategias que permitan asegurar la supervivencia, la protección y el desarrollo de la infancia como elementos clave del desarrollo económico de todos los países y la sociedad humana. El objetivo es estimular nuevas iniciativas, de todos los países y de la comunidad internacional, para afrontar las cuestiones que afectarán a la infancia de forma más crítica en las próximas décadas. El grupo de políticos promotores cree que la Cumbre podrá acelerar también la ratificación y la puesta en práctica de la *Convención sobre los Derechos del Niño*.

La experiencia de los últimos años, basada en las estrategias conocidas generalmente como *la Revolución, el Desarrollo y la Supervivencia de la Infancia*, ha demostrado que se pueden conseguir avances espectaculares en la reducción de la mortalidad infantil y en la mejora del desarrollo y el bienestar de la infancia. La necesaria movilización de múltiples sectores sociales y gubernamentales para conseguir este avance requiere, invariablemente, la implicación activa y personal de los líderes nacionales. También se ha comprobado que este avance en la supervivencia de los niños, mediante la implicación de los padres, contribuye también a una subsecuente mayor reducción voluntaria de los nacimientos.

Los crecientes efectos sobre la infancia de diversos problemas globales críticos —especialmente de los conflictos bélicos y la violencia, la pobreza, la deuda externa, la degradación del medio ambiente y las drogas— deben ser también causa de gran preocupación para todos los líderes políticos. Todas estas cuestiones ofrecen grandes retos que exigen una acción concertada internacional.

El grupo de políticos promotores pretende un nuevo compromiso de los líderes mundiales para proteger la vida de los niños y promover su bienestar, como una reafirmación de la obligación proclamada por la Carta de las Naciones Unidas de «*salvaguardar a las generaciones futuras*». El propósito de considerar la supervivencia, el desarrollo y el bienestar de la infancia como el punto focal y la prueba del éxito del desarrollo social, sirve para reafirmar que el objetivo último del desarrollo es la promoción de la capacidad y de la condición humanas.

Durante el proceso de preparación de la *Cumbre Mundial*, el grupo de promotores anima a todos los sectores sociales para que consideren sus posibilidades de contribución para la mejora de la supervivencia, la protección y el desarrollo de la infancia. En este sentido, pueden desarrollarse importantes tareas, tanto por las organizaciones e instituciones internacionales, las organizaciones no gubernamentales, los medios de comunicación y las asociaciones profesionales, las organizaciones y líderes comunitarios, como por las autoridades gubernamentales en los diversos niveles de la administración. Asimismo, los promotores agradecen los esfuerzos del UNICEF y otras instituciones para estimular esta participación.

La propuesta de celebrar una *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*, fue presentada, inicialmente, en el informe del UNICEF sobre el *Estado Mundial de la Infancia*, en diciembre de 1988, con el apoyo del Secretario General de las Naciones Unidas, Javier Pérez de Cuéllar. Durante 1989, la propuesta fue reforzada con la aprobación de más de 100 gobiernos, y de grupos regionales como los países francófonos, la Organización por la Unidad Africana, el Movimiento de Países No Alineados y los países de la Commonwealth.

A requerimiento del grupo de promotores y con el apoyo del Consejo Ejecutivo del UNICEF, el Secretario General de las Naciones Unidas ha ampliado la invitación, en su nombre, a los jefes de Estado o de gobierno de todos los países miembros de las Naciones Unidas, con una petición especial para los países que pertenecen al Consejo Ejecutivo del UNICEF.

Para gestionar la preparación de la Cumbre Mundial se ha establecido un Comité de planificación formado por representantes de unos treinta gobiernos. El Comité está encargado de redactar un borrador de declaración y de un plan de acción, a partir de las recomendaciones recibidas de los gobiernos y de las organizaciones internacionales. Por su parte, el UNICEF realiza las tareas de secretariado para la preparación y realización de la Cumbre.

generación. Una alta mortalidad infantil lleva aparejada una alta natalidad y un rápido crecimiento demográfico (recuadro 3). La falta de instrucción impide contribuir plenamente al desarrollo de la propia comunidad y país y beneficiarse plenamente de los frutos del mismo; la desesperanza y la falta de oportunidades socavan la autoestima y siembran los gérmenes de problemas sociales prácticamente insolubles para las futuras generaciones; las injusticias firmemente arraigadas y la ostentación de riquezas inalcanzables ante las miradas de los pobres provocan inestabilidad y violencia que a menudo adquieren vida propia; por último, resulta evidente la dificultad de compatibilizar la sensibilidad ecológica con la privación extrema, que obliga a millones de personas a sobreexplotar su medio ambiente en aras de la supervivencia (recuadro 10).

En consecuencia, la realización de un gran esfuerzo renovador encaminado a proteger la vida y el desarrollo de la infancia, y a acabar con los peores aspectos de la pobreza, representa la más importante inversión a largo plazo que puede hacer la especie humana en favor de su futura prosperidad económica, estabilidad política e integridad ecológica.

Y esta inversión debe hacerse ahora. En la década de los noventa nacerán 1500 millones de niños y se alcanzará un hito histórico en que el número de niños nacidos en el mundo registrará finalmente su punto máximo, a partir del cual comenzará a descender. En unos momentos en que el mundo lucha por liberarse de su antigua preocupación por la guerra, el UNICEF expresa su profunda convicción de que ninguna nueva preocupación puede ser tan importante como el deseo de proteger la vida y el desarrollo de la más numerosa generación de niños que jamás haya tenido a su cuidado la humanidad.

La decisión de celebrar una *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* es uno de los primeros signos tangibles de que el mundo y sus líderes políticos comienzan a dejar atrás sus viejas preocupaciones y vuelven su atención hacia nuevas y más positivas prioridades (recuadro 1). El objetivo central de la *Cumbre*, planteado por primera vez por el UNICEF en su informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia* de diciembre de 1988, es discutir sobre las vías de aplicación de una

serie de medidas sin precedente, sencillas y asequibles que pueden lograr mejoras drásticas en la vida de la infancia mundial, en materia de supervivencia y bienestar, nutrición, desarrollo, salud y educación, derechos humanos y en definitiva sobre su futuro (recuadro 2). Se espera que el resultado principal de la *Cumbre* sea un nuevo nivel de compromiso político para hacer lo que *ya puede hacerse* en favor de la infancia de los años noventa.

Como empieza a suceder en muchos países, la *Cumbre* proporcionará también una oportunidad a todo tipo de líderes, a todos los niveles -en el campo de la religión, la política, la educación, la salud, el comercio, el trabajo, las asociaciones profesionales, los medios de comunicación, las artes, el espectáculo, los movimientos populares y las organizaciones de voluntarios- de promover la movilización social en torno a las principales cuestiones de la *Cumbre* y el apoyo popular sostenido en favor de la causa de la infancia de hoy y el mundo del mañana.

Este breve informe -adaptación del *Estado Mundial de la Infancia 1990*, preparado como una contribución a la *Cumbre* y a todas las actividades relacionadas- no pretende ser exhaustivo sobre el tratamiento de los numerosos problemas que afectan a la infancia de los 159 países que forman parte de las Naciones Unidas. En lugar de ello, se centra sobre algunas cuestiones fundamentales de esta situación. Primero subraya la necesidad de adoptar el principio de la «máxima prioridad para la infancia» en la escala de preocupaciones y capacidades sociales. A continuación, describe las principales oportunidades concretas -aquellas que son más urgentes, más universales, más prácticas y más asequibles- para proteger e invertir en el desarrollo físico y mental de muchos millones de niños de todo el mundo en la próxima década (recuadro 2). Por último, el informe examina brevemente algunas cuestiones más generales sobre la crisis de la deuda y la reanudación del desarrollo económico que aunque no sean tarea específica de la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*, son no obstante inseparables de la consecución de una mejora sostenida de las condiciones de vida de una quinta parte de la humanidad sumida todavía en la más absoluta pobreza a finales del siglo XX.

Objetivo 2000: ¿qué puede lograrse?

Con el fin de aprovechar toda la capacidad potencial de grandes avances en el bienestar de la infancia mundial, es conveniente que los países establezcan objetivos específicos representativos de lo que puede lograrse hacia el año 2000, siguiendo la pauta del objetivo de cobertura inmunitaria del 80% de la población infantil establecido para el año 1990, el cual ha ayudado indudablemente al incremento de la cobertura de inmunización desde el 10% a finales de 1970 al 70% en la actualidad.

A este respecto, durante los últimos años se han celebrado amplias consultas en todo el mundo, incluidas las diversas agencias especializadas de las Naciones Unidas, que han conducido al establecimiento de una lista de objetivos específicos para la mejora del bienestar de la infancia considerados técnicamente factibles y económicamente asequibles durante la próxima década.

Fines globales 1990-2000

- Reducción de un tercio de las tasas de mortalidad de los menores de cinco años (o una reducción hasta niveles inferiores al 70 por 1000 nacidos vivos, cualquiera que sea menor).
- Reducción a la mitad de las tasas de mortalidad materna.
- Una reducción de la desnutrición moderada y grave de los menores de cinco años en todo el mundo.
- Agua potable y saneamiento ambiental para todas las familias.
- Educación básica para todos los niños y terminación de la enseñanza primaria por al menos el 80% de todos los niños y niñas comprendidos entre los seis y los once años.
- Reducción a la mitad de la tasa de analfabetismo adulto e igualdad de oportunidades educativas para hombres y mujeres.
- Protección de los numerosos millones de niños en circunstancias especialmente difíciles y aceptación y observancia en todos los países de la *Convención sobre los Derechos del Niño*, recientemente adoptada. En particular, los años noventa deberían ser testigo de una creciente aceptación de que los niños merecen una especial protección contra los efectos directos e indirectos de los conflictos bélicos.

Protección para las niñas y las mujeres

- Acceso de todas las parejas a la educación y los servicios de planificación familiar con el fin de capacitarlas para la prevención de los embarazos no deseados y los nacimientos «demasiado numerosos o demasiado seguidos» de las mujeres que son «demasiado jóvenes o demasiado mayores».

- Acceso de todas las mujeres a la atención prenatal, a una atención calificada durante el parto y a servicios hospitalarios adecuados para los embarazos de alto riesgo y emergencias obstétricas.

- Reconocimiento universal de las necesidades especiales en materia de nutrición y salud de las mujeres durante la primera infancia, la adolescencia y los períodos de gestación y lactancia.

Nutrición

- Una reducción hasta un nivel inferior del 10% de la incidencia del bajo peso al nacer (2,5 kilogramos o menos).
- Reducción en un tercio de los casos de anemia por carencia de hierro entre las mujeres.
- Eliminación virtual de los trastornos por carencia de yodo y de vitamina A.
- Mayor información para las familias sobre la importancia de apoyar a las mujeres en la lactancia materna exclusiva para sus hijos durante los cuatro a seis primeros meses de vida y de satisfacer las necesidades especiales de nutrición de los niños pequeños durante los años más vulnerables.

Salud Infantil

- Erradicación de la polio.
- Eliminación del tétanos neonatal (hacia 1995).
- Reducción del 90% de la morbilidad y del 95% de la mortalidad por sarampión, en comparación con los niveles previos a la vacunación, en una fecha próxima a 1995.
- Consecución y mantenimiento de al menos una cobertura de inmunización del 85% de los niños de un año e inmunización universal contra el tétanos de las mujeres en edad de procrear.
- Reducción a la mitad de la mortalidad causada por la diarrea y de un 25% en la incidencia de la enfermedad.
- Reducción de un tercio de la mortalidad infantil causada por las infecciones respiratorias agudas.
- Eliminación de la filarías (gusano de Guinea).

Educación

- Además de la expansión de la enseñanza primaria y de otros niveles educativos equivalentes, puede facilitarse el acceso de todas las familias a los conocimientos básicos esenciales para la mejora de la vida cotidiana (tales como la salud familiar, la producción de alimentos, el alivio de las tareas domésticas y la protección ambiental) mediante la movilización de la gran capacidad actual en materia de comunicación.

El principio de máxima prioridad

Los cimientos sobre los que se asienta la cúpula de protección que podemos construir sobre la gran mayoría de los niños del mundo se basan en el principio de máxima prioridad para la infancia. El UNICEF cree que este principio fundamental debería orientar el progreso político, social y económico en todos los países del mundo durante la próxima década y aún más allá. En esencia, este principio consiste en conceder prioridad a la protección de la vida y el desarrollo normal de la infancia en el orden de preocupaciones sociales. Tal compromiso en favor de la infancia debe mantenerse en la fortuna y en la adversidad, en tiempos normales y en tiempos de emergencia. En la práctica, esto supone que la protección de la vida y el desarrollo de la infancia no tiene que depender de los caprichos de la sociedad adulta, ni de si un país está en guerra o en paz, ni de qué partido concreto ocupa el poder, ni de si la economía está bien o mal administrada, ni de si se ha pagado o renegociado la deuda externa, ni de si han subido o bajado los precios de las exportaciones, ni de ningún otro altibajo en las interminables e inevitables oscilaciones de la vida política y económica del moderno estado nacional.

Si en la década venidera lográramos excavar la trinchera defensiva de este principio surcando los campos de batalla del proceso de cambio político y económico, la civilización misma habría conquistado un avance significativo. La desprotección del desarrollo físico, mental y emocional de la infancia es la vía principal a través de la cual se multiplican y perpetúan los problemas de la humanidad. Por consiguiente, la adopción de medidas especiales para proteger a la infancia contra las insuficiencias y errores del mundo adulto es la vía principal para la erradicación definitiva de muchos de los problemas humanos más fundamentales.

Efectos sociales de la deuda

Nada demuestra con tanta claridad esa necesidad como el impacto de la crisis de endeudamiento y la consiguiente aplicación de programas de ajuste económico en numerosos países del mundo en desarrollo durante la segunda mitad de la década de los ochenta. En efecto, si el principio de «prioridad» ya hubiese estado arraigado en la conciencia de los estados nacionales y de la comunidad internacional, la historia de estos años habría sido muy distinta para muchos millones de niños del mundo. En la práctica, la ausencia de ese principio, que se ha traducido en la ausencia de una protección específica para la infancia durante el proceso de ajuste económico, ha hecho recaer sin

lugar a dudas el mayor peso de la crisis de endeudamiento sobre el desarrollo físico y mental de los miembros más pobres y vulnerables de la nueva generación.

En primer lugar, los niños más pobres y más vulnerables han pagado la deuda externa del Tercer Mundo a costa de su *desarrollo* normal.

En el curso de la década de los ochenta, los ingresos medios han descendido casi un 10% en la mayor parte de América Latina y más de un 20% en el África subsahariana. Para los muy pobres, que se ven obligados a gastar tres cuartas partes de sus ingresos en alimentación, una reducción de salarios de esta magnitud se traduce necesariamente en una desnutrición de sus hijos. Debería ser ya sabido por todos que los múltiples procesos vitales del desarrollo físico y cerebral o bien tienen lugar en el momento adecuado o ya no se producen en absoluto. Para los niños pequeños no existe una segunda oportunidad.

El aumento de la desnutrición infantil habría podido evitarse si los gobiernos nacionales y la comunidad internacional se lo hubiesen propuesto. Actualmente disponemos de medios eficaces y de bajo costo para proteger el estado de nutrición infantil, que podrían haberse aplicado si el principio de prioridad para el desarrollo físico y mental de la infancia hubiese tenido un amplio respaldo en el orden de preocupaciones y en la asignación de los recursos sociales, tanto en los buenos como en los malos tiempos.

En segundo lugar, los niños más pobres y más vulnerables han pagado la deuda externa del Tercer Mundo a costa de su *salud*.

En los últimos años se ha producido una reducción del gasto en atención de salud por habitante en más de las tres cuartas partes de los países de África y América Latina. Se han cerrado centenares de centros de salud y muchos de los que se mantienen abiertos sufren carencias de personal y de suministros esenciales. Gradualmente comienzan a filtrarse algunos datos fragmentarios sobre las trágicas e inevitables consecuencias. Se sabe que la mortalidad infantil ha aumentado en algunas partes de América Latina y del África subsahariana.

En tercer lugar, los niños más pobres y más vulnerables también han pagado la deuda externa del Tercer Mundo a costa de su única oportunidad de acceder a la educación.

Supervivencia infantil y crecimiento de la población

«El medio más seguro para lograr un descenso sostenido de la fecundidad es dar una nueva prioridad a las inversiones de carácter 'social' y en favor de la 'condición de la mujer', mejorar la salud materno-infantil, y promover la educación femenina y el acceso lo más amplio posible a la planificación familiar tanto de las mujeres como de los hombres.»

*Estado de la Población Mundial, 1990
Dra. Nafis Sadik, Directora Ejecutiva
del Fondo de Población de las Naciones Unidas*

Los medios disponibles para la reducción de la mortalidad infantil en el mundo en desarrollo pueden ayudar también a la desaceleración de la tasa de crecimiento de la población.

El factor psicológico

La muerte de un lactante supone el fin de la lactancia, un importante 'anticonceptivo natural'.

El factor reemplazamiento

La muerte de un niño pequeño mueve a muchas parejas a reemplazar la pérdida de un hijo por un nuevo embarazo. Estudios realizados en Bangladesh muestran que la muerte prematura de un niño reduce el intervalo promedio entre nacimientos de más de tres años a menos de dos. Los padres que padecen la muerte de un niño es mucho menos probable que utilicen un método de planificación familiar.

El factor seguridad

Cuando las tasas de mortalidad infantil son altas, los padres se aseguran a menudo contra una pérdida prematura, teniendo más hijos...basándose en que suceda lo peor, en lugar de tener en cuenta las probabilidades estadísticas, lo cual supone una sobrecompensación y un tamaño medio de la familia mayor que el deseado.

El factor confianza

La capacitación de los padres con los conocimientos actuales sobre la supervivencia infantil contribuye a reforzar su autoconfianza, un factor crucial para la aceptación de la planificación familiar. Como señala la División de Población de las Naciones Unidas, «es más probable que un nivel dado de mejora de la mortalidad infantil dé lugar a un control de la fecundidad entre quienes han comprendido y participado en dicha mejora que entre aquellos que no lo han hecho».

Efecto directo de las estrategias de supervivencia infantil

Tres de las medidas más importantes disponibles para la reducción de la mortalidad infantil también se encuentran entre las medidas más efectivas para la reducción de las tasas de natalidad:

- La promoción de los conocimientos básicos sobre la protección concedida a los niños por la lactancia materna exclusiva durante los cuatro a seis primeros meses de su vida, también contribuirá al descenso de las tasas de natalidad porque la lactancia materna es una de las formas más eficaces de prevención del embarazo durante este período.
- La mayor parte de las defunciones infantiles corresponde a niños nacidos de madres menores de 18 o mayores de 35 años, o de quienes han tenido más de cuatro hijos o han dado a luz en un intervalo menor a dos años tras el último parto. La promoción de los conocimientos sobre la importancia del espaciamiento de los nacimientos y de los medios para ponerlos en práctica es una de las estrategias más eficaces de supervivencia infantil, que también puede contribuir a la reducción de las tasas de natalidad.
- La educación femenina, además de las ventajas que proporciona a la mujer, también mejora la salud y la supervivencia infantiles. Es más probable que las madres instruidas opten por familias más pequeñas.

Los sinergismos entre esta serie de acciones en favor de la supervivencia infantil y los programas eficaces de planificación familiar producen un efecto conjunto que permite alcanzar una estabilización de la población en una fecha más temprana y a un nivel menor que si ambos factores actuaran por separado. Los años noventa ofrecen una gran oportunidad para utilizar este sinergismo, en un período en que los países en desarrollo se encuentran ya en el punto crítico de la 'confianza paterna' donde ulteriores reducciones de la mortalidad infantil es muy posible que den lugar a reducciones de la natalidad proporcionalmente mayores.

La experiencia de diversos países demuestra los poderosos efectos de esta combinación. Por ejemplo, si todos los países en desarrollo alcanzaran las mismas tasas de mortalidad de menores de cinco años y las mismas tasas de natalidad que Chile o Sri Lanka, el mundo tendría aproximadamente diez millones menos de muertes infantiles y veinte millones menos de nacimientos cada año.

El gasto per cápita en educación se ha reducido aproximadamente un 25% en los 37 países más pobres en la última década. En uno de cada cinco países en desarrollo, de hecho ha empezado a disminuir el número de alumnos de la enseñanza primaria. El gasto por alumno, en términos reales, ha descendido en dos de cada tres países en desarrollo desde 1980.

Según ha señalado el Director General de la UNESCO, Federico Mayor, «los últimos años han sido testigo de una interrupción sin precedentes en la ampliación de los servicios básicos de educación, un estancamiento y un deterioro de la calidad de la enseñanza... casi la mitad de los países en desarrollo han visto alejarse el objetivo de la Enseñanza Primaria Universal en vez de aproximarse a él».

Como muestran los anteriores ejemplos, han sido los más jóvenes y los más vulnerables quienes han sufrido más y de forma más perdurable. Con escasas excepciones lo que ha sucedido es exactamente lo contrario del principio de máxima prioridad para la infancia en la escala de protección social.

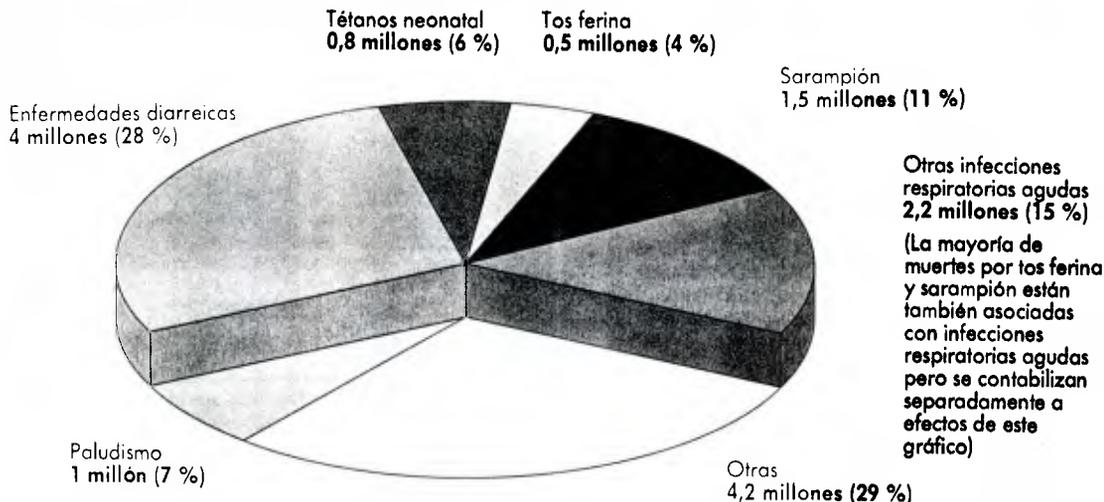
En su labor cotidiana en más de un centenar de países en desarrollo, el UNICEF se enfrenta continuamente a muchas otras situaciones en las que la infancia se ve expuesta a las consecuencias del endeudamiento, la recesión y los programas de ajuste económico, en vez de recibir protección frente a ellas (recuadro 4). Ninguna teoría económica o ideología política puede justificar ni siquiera temporalmente el sacrificio del desarrollo físico y mental de la infancia. La protección de los pobres y de los grupos de población vulnerables

Gráf. 1 Causas de mortalidad infantil

Casi dos tercios de los 14 millones de muertes infantiles anuales se deben a cuatro causas específicas: diarrea, infecciones respiratorias,

sarampión y tétanos neonatal. La mayor parte de estas muertes pueden prevenirse a un costo muy bajo.

Muertes anuales de menores de cinco años, según causas*



* A efectos de la composición gráfica, se ha asignado una causa específica de mortalidad por cada niño fallecido, aunque, de hecho, los niños mueren a menudo por causas múltiples. La desnutrición es una causa coadyuvante de mortalidad infantil en una tercera parte de los casos. El sarampión se incluye, a veces, entre las

infecciones respiratorias agudas, ya que un caso grave de sarampión hace que el niño afectado sea más propenso a otras infecciones: con frecuencia, la neumonía aparece como causa final de muerte de la que el sarampión es un factor responsable inicial.

Fuente: Estimaciones de la OMS y el UNICEF.

Ajuste con rostro humano

El UNICEF lanzó su primer llamamiento en favor de un «ajuste con rostro humano» a principios de los años ochenta, ante la acumulación de pruebas de una creciente desnutrición, retrocesos en la educación y deterioro de los servicios de salud en muchos lugares del mundo en desarrollo.

La propuesta fue acogida inicialmente con dudas y escepticismo. Sin embargo, a finales de los ochenta existía un amplio consenso en torno a la necesidad de que las posibles soluciones de los problemas de la deuda externa y los déficits en la balanza de pagos vayan acompañadas de medidas que aseguren la protección de la infancia y otros grupos de población vulnerables.

Aunque las respuestas siguen siendo insuficientes, ya se han emprendido algunas acciones; por ejemplo, en algunos países africanos, como Camerún, Ghana, Guinea, Kenya, Madagascar y Senegal, también en Bolivia y Ecuador, en América Latina, y en Filipinas y Sri Lanka, en Asia, se han registrado algunos progresos en la aplicación de políticas de ajuste más «humanas». El Banco Mundial, el Programa Mundial de Alimentos, el Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola, la UNESCO y la Organización Mundial de la Salud también han adoptado una serie de iniciativas, centradas en las necesidades de los grupos más vulnerables en materia de nutrición.

Ghana ofrece un buen ejemplo práctico de «ajuste con rostro humano». El gobierno de ese país diseñó su Programa de Acción para Mitigar los Costos Sociales del Ajuste (PAMSCAD) en colaboración con un equipo mixto, con participación del Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el UNICEF. El PAMSCAD comprende programas de apoyo en materia de empleo, nutrición, suministro de agua, enseñanza primaria e iniciativas comunitarias, todos los cuales dan prioridad a las zonas más pobres y a los grupos de población más vulnerables. Su costo es de 85 millones de dólares distribuidos a lo largo de dos años; cifra que, sin ser baja, sólo representa el 6% a 8% del costo total estimado de la ayuda internacional al programa de ajuste económico de Ghana.

El UNICEF destaca tres aspectos en su concepción del «ajuste con rostro humano».

En primer lugar, la protección de los pobres y los grupos vulnerables debe constituir un objetivo básico del ajuste económico, junto a la meta de lograr, a más

largo plazo, un desarrollo sostenible centrado en las necesidades humanas.

En segundo lugar, los programas de ajuste deben incorporar medidas concretas que promuevan una inversión destinada a los pobres. Entre otras, créditos para los pequeños agricultores y comerciantes y apoyos específicos para las mujeres productoras.

Esta inversión también requerirá la reestructuración de los sectores de atención social mediante la concentración de los recursos en los servicios de bajo costo y gran impacto, privilegiando, por ejemplo, la atención primaria de salud frente a los hospitales, la enseñanza primaria y la alfabetización frente a las universidades, y el abastecimiento básico de agua potable frente a la construcción de viviendas de prestigio. Asimismo, también existe una apremiante necesidad de medidas especiales de protección del estado de nutrición de los menores de cinco años y de programas de ayuda a las personas sin empleo, del tipo «trabajo a cambio de alimentos», por ejemplo.

En tercer lugar, el «ajuste con rostro humano» requiere un seguimiento de los indicadores humanos además de las variables económicas, que tenga en cuenta la nutrición además de la inflación, la alimentación además de la balanza de pagos, las insuficiencias en los ingresos familiares además de los déficits en los presupuestos gubernamentales.

Una aplicación consistente de estas medidas se traduciría en un modelo de desarrollo muy distinto, centrado en las personas en vez de poner el acento en la macroeconomía. Asimismo, es importante destacar que este modelo de desarrollo también resulta coherente desde el punto de vista económico. No es un mero programa asistencial. Numerosos estudios han demostrado que la inversión en recursos humanos constituye, de hecho, la vía más segura para alcanzar y mantener el crecimiento económico a largo plazo. Y además se trata de una estrategia basada en la acción comunitaria y no gubernamental, que no depende exclusivamente del apoyo del gobierno.

Progresivamente, la atención deberá desplazarse del «ajuste con rostro humano» al «desarrollo con rostro humano». Una de las prioridades de la década de los noventa debe ser el incremento de la ayuda internacional para las inversiones en recursos humanos —nutrición, salud y educación básica—, mediante la movilización de acciones nacionales e internacionales en favor de objetivos «humanos».

-en especial de los niños- cuando es necesario reajustar las economías para adaptarlas a nuevas circunstancias externas más difíciles, es una alternativa económica y humanamente razonable. La aplicación de medidas especiales de protección de la vida, la salud, la nutrición y la educación de los niños pequeños, en situaciones de ajuste a la recesión económica inducida

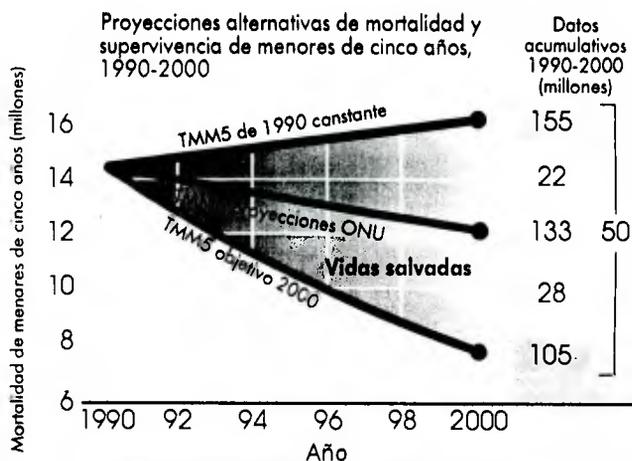
por la deuda externa, representa uno de los ejemplos más destacados del principio de máxima prioridad para la infancia para prevenir las peores consecuencias de los excesos y errores del mundo adulto, trátese de la violencia y la guerra o de los efectos acumulativos de la mala gestión económica.

En muchos países, dada la enorme magnitud de la crisis de la deuda externa, las acciones concretas encaminadas a proteger la salud, el estado de nutrición y la educación de la infancia difícilmente resultarán suficientes, si no van acompañadas de un avance significativo en la resolución del problema mismo del endeudamiento. Actualmente, los pagos por el servicio de la deuda externa del mundo en desarrollo exceden incluso sus gastos militares conjuntos, con un total de 175.000 millones de dólares anuales, que representan más del triple de lo que reciben en total en concepto de ayuda. Por desgracia, la crisis de la deuda se ha convertido ya en la trampa de la deuda. La única salida es a través del restablecimiento de un crecimiento económico sano, pero los excedentes costosamente obtenidos que deberían invertirse en ese crecimiento tienen que dedicarse en cambio a pagar los intereses de la deuda. Por consiguiente, la sombra de la crisis de la deuda externa se proyecta tanto sobre la década venidera como sobre la que ahora se cierra. No obstante, se está extendiendo el convencimiento de que la adopción de medidas más drásticas y definitivas, incluida la cancelación de la mayor parte de las deudas pendientes de África con los gobiernos de los países occidentales industrializados y nuevas reducciones en las deudas comerciales de muchos países latinoamericanos, redundaría en beneficio tanto del mundo industrializado como del mundo en desarrollo.

Si continúa el avance hacia la paz y el desarme, podría liberarse el segundo de los grandes frenos del progreso humano. Los recursos involucrados en una reasignación del gasto militar son tan enormes que cualquier cambio significativo no puede dejar de tener un efecto profundo sobre casi todas las otras dimensiones de la actividad humana. Actualmente, el gasto militar mundial total supera con mucho los ingresos anuales conjuntos de la mitad más pobre de la humanidad. La reasignación de incluso sólo un 5% o un 10% de esta enorme suma sería suficiente para conseguir un rápido avance hacia un mundo en el que todas las necesidades humana básicas estuvieran satisfechas.

Gráf. 2 Vidas salvadas, 1990-2000

Las líneas superior y central muestran dos posibles tendencias de la mortalidad infantil entre 1990 y 2000. El área enmarcada entre la línea inferior y la línea superior representa los 50 millones de vidas infantiles que podrían salvarse en el caso de que se cumplieran los objetivos de reducción de la mortalidad infantil para el año 2000.



- TMM5 = Tasa de mortalidad de menores de cinco años**
- En el supuesto de que la tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5) de 1990 permanezca constante
 - Tendencia de la TMM5, según las proyecciones de la División de Población de las Naciones Unidas (ONU)
 - En el supuesto de que todos los países avancen lo suficiente para alcanzar el objetivo de la TMM5 para el año 2000 (TMM5 de 70 por 1000 o reducción de un tercio de la TMM5 de 1990, cualquiera que sea la menor).

Fuente: UNICEF, basado en las estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas.

El desafío asiático

El impacto de la crisis de la deuda externa sobre la infancia constituye una muestra de la necesidad de una nueva ética que garantice la prioridad para la protección de los niños en períodos turbulentos y de transición. Nadie que sea consciente de esta tragedia puede dejar de preocuparse, en estos momentos, por los niños de la Unión Soviética o de los países del Este de Europa cuando sus sociedades se adentran en una época de tensiones sociales y severas reestructuraciones económicas impredecibles. En este sentido, la experiencia del mundo en desarrollo supone una advertencia y sirve para indicar que es preciso ejercer una estrecha vigilancia sobre las condiciones de vida, de salud, nutrición, desarrollo y escolarización de la población infantil cuando se producen alzas de precios, escasez y recortes en los servicios sociales.

Pero también sería un error suponer que esta nueva ética sólo es necesaria en los países más pobres o en las circunstancias más extremas de penurias económicas o disturbios civiles.

Tanto en los Estados Unidos como en el Reino Unido, por ejemplo, diez años de crecimiento económico continuado han ido acompañados de la duplicación del número de familias sin hogar. Y con el progresivo deterioro de las redes de seguridad de los servicios sociales, el número de niños que viven en condiciones de pobreza en los Estados Unidos se ha incrementado en más de tres millones (desde un 11% de la población infantil en 1979 a más de un 15% en la actualidad). Estas cifras representan un atentado tan importante contra los principios éticos expresados en la Convención como cualquier hecho ocurrido en el último decenio en los países del mundo en desarrollo afectados por el endeudamiento.

El mismo criterio debe aplicarse también en los países en desarrollo que han evitado la trampa del endeudamiento y han mantenido tasas de crecimiento económico sostenido, y en algunos casos espectacular, a lo largo de la última década. La mayor parte de Asia entra dentro de esta categoría. Los dinámicos países exportadores del Este de Asia son los ejemplos más conocidos, pero las gigantescas economías de China y la India y populosos países como Bangladesh, Pakistán y Tailandia también han vivido diez años de incremento de los ingresos per cápita y de lenta disminución de la proporción de sus poblaciones que vive por debajo del nivel de pobreza.

Algunos de estos países han canalizado deliberada-

mente el crecimiento económico en favor del bienestar de la infancia. Pero muchos países han experimentado un avance económico sostenido sin un avance social equivalente, lo cual demuestra que la transformación del primero en el segundo requiere un compromiso consciente y concreto.

Sin este compromiso, el problema mundial de la pobreza absoluta sigue teniendo su centro de gravedad en Asia meridional. Un 40% de los niños de corta edad que mueren anualmente en el mundo, el 40% de los niños desnutridos, el 35% de los niños no escolarizados y más del 50% de los que viven en condiciones de pobreza absoluta residen en sólo tres países: Bangladesh, India y Pakistán. Y no es sólo un problema de cifras absolutas. El porcentaje de niños desnutridos y de niños nacidos con bajo peso, aunque lentamente decreciente, sigue siendo significativamente más elevado en Asia meridional en comparación con cualquier otra región del mundo, incluida el África subsahariana.

El desafío de Asia meridional es, por tanto, el de encontrar medios eficientes para traducir su crecimiento económico sostenido en mejoras equivalentes en la salud, el estado de nutrición y la educación de su infancia. Pero lo que interesa subrayar aquí es que el principio de «prioridad» es tan relevante en Asia, en el umbral de otra posible década de progreso económico significativo, como para los más endeudados países de África o de América Latina.

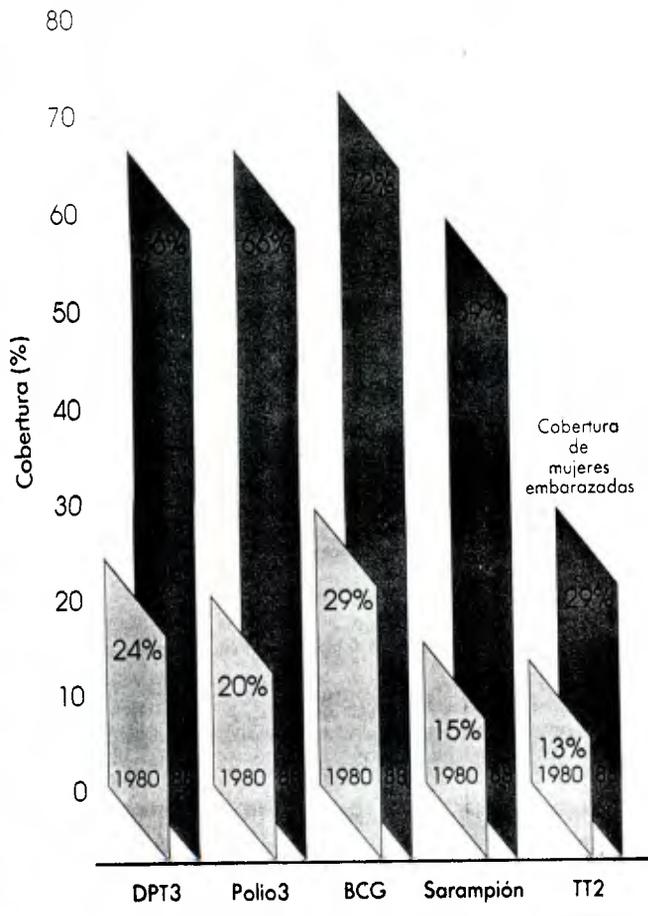
En resumen, el principio fundamental de «máxima prioridad para la infancia» es de aplicación universal. Con el progresivo ajuste de las economías a escala mundial y el creciente predominio de la economía de mercado en casi todas las sociedades, aún será más necesario aplicar este principio para proteger a la infancia de las perturbaciones y de los inevitables errores que ello causará. Como demuestran claramente los problemas que amenazan a la infancia en las actuales economías de libre mercado, las leyes del mercado pueden ser brutales con los que carecen del poder adquisitivo necesario para ponerlas al servicio de sus necesidades. Cualquiera que sea la orientación o la causa de los cambios políticos y económicos en curso en el mundo adulto, los niños deben ser objeto de especial protección, hasta donde sea humanamente posible, frente a las peores consecuencias de esos cambios.

En los últimos doce meses, se ha producido un gran avance hacia la implantación de este principio mediante la adopción de la *Convención sobre los Derechos del Niño* por la Asamblea General de las Naciones Unidas

Gráf. 3 Inmunización universal en 1990

Durante la década de 1980 se ha producido una auténtica revolución en la cobertura de inmunización del mundo en desarrollo, pero todavía se requiere un gran esfuerzo para alcanzar el objetivo de una cobertura del 80 % al final de 1990.

Cobertura de inmunización de niños menores de un año en el mundo en desarrollo, 1980-1988



- DPT3 - Difteria, Pertussis (tos ferina), Tétanos.
- BCG - Vacuna contra la tuberculosis (una sola dosis).
- Sarampión - Una sola dosis lo más próxima posible a los 9 meses.
- TT2 - Tétanos (dos inyecciones durante el embarazo como protección del recién nacido contra el tétanos).

(Datos de 1980, excluida China).

Fuente: OMS y UNICEF: Informe UCI.

(recuadro 5). Subyacente a todas las disposiciones de la *Convención* existe el principio de que los niños tienen derechos especiales y por consiguiente necesitan recibir un trato especial en el mundo de los adultos. La *Convención* se ocupa de la defensa y protección de la infancia en las diferentes circunstancias por las que ésta pueda atravesar en los diversos países y regiones del mundo: niños reclutados a la fuerza en los conflictos bélicos, forzados a vivir en los campos de refugiados, abandonados y obligados a valerse por sí mismos en las calles de las ciudades, explotados en el trabajo, objeto de abusos físicos o sexuales y apresados por la adicción a las drogas, la delincuencia o la prostitución. En todas estas circunstancias, la *Convención* insta a la aplicación del principio de «máxima prioridad en favor de la infancia» y traduce los derechos especiales del niño en la responsabilidad especial de los adultos.

La *Convención* establece unas normas mínimas para la protección de la supervivencia, la salud y la educación de los niños, así como la protección explícita contra la explotación laboral, los malos tratos físicos o abusos sexuales y los efectos degradantes de la guerra. Se trata del primer acuerdo internacional sobre la definición jurídica de los derechos del niño. Como muchos documentos históricos análogos, la *Convención* expresa un ideal que muy pocos países o tal vez ninguno ha alcanzado aún. Pero a medida que un número creciente de países ratifiquen su texto e incorporen sus disposiciones a la legislación nacional y se amplíe el interés de los medios de comunicación y de la opinión pública por la vigilancia de su cumplimiento, la *Convención* puede convertirse en una norma de referencia cuya inobservancia constituirá una vergüenza para cualquier país civilizado, sea rico o pobre.

La continuada aceleración de este proceso -durante casi una década- es una de las más fundadas esperanzas sobre los resultados positivos de la próxima *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*.

La Convención: los derechos del niño

La *Convención sobre los Derechos del Niño* fue adoptada por unanimidad por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Fruto de 10 años de exhaustivas deliberaciones entre numerosos gobiernos, agencias de las Naciones Unidas y unas 50 organizaciones no gubernamentales, la Convención se propone establecer unas normas universales de defensa de la infancia contra el abandono, la explotación y los malos tratos.

El documento final reúne en un código comprensivo los derechos jurídicos del niño que anteriormente permanecían dispersos en numerosos acuerdos internacionales de diverso alcance y nivel, e incluye una serie de nuevas estipulaciones. Sus normas son aplicables a todas las personas menores de 18 años, salvo en los casos en que se acceda antes a la mayoría de edad según la legislación nacional.

Las disposiciones de la Convención se refieren a cuatro grandes ámbitos de los derechos del niño: supervivencia, desarrollo, protección y participación. Subyacente a todos estos ámbitos se encuentra el principio fundamental del «interés superior» del niño como piedra de toque para juzgar todas las decisiones que afecten a la salud, bienestar y dignidad de la infancia.

○ **Supervivencia:** El primer derecho específico que se menciona es el derecho intrínseco a la vida. Los Estados deben garantizar «en la máxima medida posible, la supervivencia y el desarrollo del niño». La Convención reconoce el derecho del niño al acceso a los servicios de atención de salud (como la inmunización y la terapia de rehidratación oral) y a un nivel de vida adecuado (incluido el acceso a los alimentos, agua potable y vivienda). Asimismo, el niño también tiene derecho a un nombre y a una nacionalidad.

○ **Desarrollo:** Para garantizar a cada individuo la oportunidad de desarrollar su potencial, la Convención contiene otras disposiciones sobre los derechos del niño a la educación, al descanso y al esparcimiento, y a participar libremente en las actividades culturales.

○ **Protección:** Muchas de las disposiciones de la Convención están encaminadas a proteger a la infancia en una amplia gama de circunstancias. Algunas se refieren a los niños con discapacidades físicas o síquicas, otras a los niños refugiados o huérfanos, o a los niños que viven separados de sus padres. La Convención también se ocupa de la explotación económica, sexual y bajo otras formas y exige la adopción de medidas adecuadas para proteger a los niños contra el uso y tráfico ilícitos de estupefacientes. Especifica igualmente los derechos del niño en situaciones de conflicto armado y en los casos de su presunta infracción de la ley.

○ **Participación:** La Convención subraya el derecho del niño a la libertad de expresión e información, y a las libertades de pensamiento, conciencia y religión. Asimismo, establece que los padres deberán «tener debidamente en cuenta» las opiniones del niño, de acuerdo con su edad y grado de madurez, y promover su crianza para que sean capaces de desempeñar una plena y activa participación en la sociedad en general.

La Convención entrará en vigor una vez haya sido ratificada por 20 países como mínimo y sus disposiciones serán vinculantes para todos los países que la ratifiquen.

La Convención incluye, además, varias medidas de seguimiento destinadas a fomentar el cumplimiento de sus disposiciones por parte de los gobiernos, las organizaciones privadas y las personas individuales. Se creará un comité de los Derechos del Niño integrado por diez expertos que actuarán a título personal. Los Estados que ratifiquen la Convención deberán comunicar a este comité las medidas adoptadas para asegurar el cumplimiento de sus disposiciones.

Se espera que las normas establecidas en la Convención sirvan de marco de referencia para todas las personas interesadas en la salud, el desarrollo y la protección de la infancia. La Convención ofrecerá de este modo una base de actuación universalmente válida para la defensa de la infancia en todos los países.

Oportunidades concretas

La concesión de «máxima prioridad para la infancia» será sólo un principio general a menos que se traduzca en objetivos concretos y prácticos, factibles y asequibles alrededor de los cuales se pueda movilizar un apoyo popular y político sostenido.

Pero en medio de los numerosos problemas acuciantes, cada país debe establecer sus prioridades. Al llamar la atención sobre las oportunidades concretas que se presentan, el UNICEF está guiado por dos criterios evidentes. El primero consiste en plantearse ante cualquier problema la siguiente cuestión: ¿«A cuántos niños afecta y en qué medida»? El segundo igualmente importante es dilucidar cuál es la acción más conveniente: ¿«Cuáles son de forma realista, las posibilidades de avanzar en la solución de tal problema en el momento actual»? ¿«Existe una solución conocida»?; en caso afirmativo, ¿«es practicable y asequible»?

La aplicación de estos dos criterios básicos a la situación actual de la infancia mundial permite establecer ciertas prioridades inequívocas y prácticamente universales.

Si se mantienen las presentes tendencias, más de cien millones de niños morirán a causa de enfermedades y desnutrición en la década de los noventa.

Las causas de estas muertes pueden contarse con los dedos de una mano -deshidratación (causada por la diarrea), neumonía, sarampión, tétanos y tos ferina (gráfico 1). Estas cinco enfermedades comunes, todas ellas susceptibles de prevención y tratamiento con medidas sencillas y poco costosas, serán responsables de dos tercios del total de muertes infantiles y más de la mitad de los casos de desnutrición infantil durante la década que ahora se inicia.

Medidas de bajo costo, como las vacunas, la terapia de rehidratación oral y los antibióticos podrían prevenir por sí solas gran parte de esta matanza silenciosa. Ha llegado sobradamente la hora de poner estos avances científicos básicos al alcance del conjunto de la familia humana, sin restringir su acceso sólo a la minoría de los países industrializados. La vacunación completa de un niño cuesta menos de 1,5 dólares; las bolsas de sales de rehidratación oral cuestan unos 10 centavos de dólar cada una; un tratamiento con antibióticos cuesta aproximadamente un dólar; incluso el viejo azote de la desnutrición podría reducirse drásticamente con un costo financiero inferior a 10 dólares por niño al año. Los actuales conocimientos sobre materias como la inmunización, la deshidratación, la lac-

tancia materna, el desarrollo infantil, las infecciones respiratorias, el espaciamiento de los nacimientos, la maternidad sin riesgos, el paludismo y la prevención de las enfermedades, permiten construir, a un costo asequible, un muro protector del desarrollo físico y mental de la infancia en los años noventa. Este potencial permitiría salvar las vidas de más de 50 millones de niños durante los próximos diez años y proteger la nutrición adecuada y el desarrollo saludable de muchos millones más (gráfico 2), pero su realización práctica depende sobre todo de la adopción del compromiso político de conceder «prioridad» a esos niños en nuestras preocupaciones y en la asignación de nuestras capacidades.

En general, en todos los casos ha intervenido la movilización de la actual capacidad de comunicación para poner a disposición de la mayoría de la familia humana los beneficios de la ciencia del siglo XX. Como dice el doctor Hiroshi Nakajima, Director General de la Organización Mundial de la Salud, *«es preciso reconocer que la mayor parte de los grandes problemas de salud y de mortalidad prematura del mundo podrían prevenirse mediante algunos cambios en el comportamiento humano a un bajo costo. Disponemos de los conocimientos y la tecnología necesarios, pero es preciso transformarlos en acciones eficaces a escala comunitaria. Los padres y las familias, debidamente respaldados, podrían salvar la vida de dos terceras partes de los 14 millones de niños que mueren cada año, si dispusieran de la información adecuada».*

El dinero y la tecnología no son lo único importante; también deben tenerse en cuenta los sistemas de distribución y la infraestructura, los métodos de gestión y la capacitación profesional, y la utilización de todos los canales de comunicación posibles para informar y ayudar a los padres a aplicar los actuales conocimientos (recuadro 7). Sin embargo, para situar el problema en una perspectiva global, los costos adicionales -incluida la distribución- de un programa destinado a evitar la mayor parte de la mortalidad y la desnutrición infantiles en el curso de la próxima década podrían llegar a sumar unos 2500 millones de dólares anuales a finales de los años noventa.

Dos mil quinientos millones de dólares es una suma considerable. Para dar unas referencias comparativas, esta cifra equivale al 2% del gasto anual en armamento de los países pobres del mundo. Es equivalente a lo que se ha venido gastando mensualmente en el consumo de vodka en la Unión Soviética. Es equivalente al gasto anual en publicidad de las compañías tabacale-

Educación para Todos: objetivos para el año 2000

En muchos países del mundo en desarrollo, después de casi cuatro décadas de rápido avance, el objetivo de conseguir la educación para todos ha sufrido un proceso de estancamiento, debido a la crisis de la deuda externa y a los consiguientes recortes en los gastos gubernamentales. Según señala el Director General de la UNESCO, Federico Mayor Zaragoza, *«los últimos años han sido testigo de una interrupción sin precedentes del crecimiento de los servicios educativos básicos y un estancamiento y deterioro de la calidad de la enseñanza... En casi la mitad de los países en desarrollo el objetivo de la enseñanza primaria universal se está alejando en lugar de acercarse»*.

La situación mundial en 1990 indica que aproximadamente 100 millones de niños entre seis y once años no asisten a la escuela y que uno de cada cuatro adultos, casi mil millones de personas, no saben leer ni escribir.

Con este sombrío trasfondo fue inaugurada en marzo de 1990, en Jomtien, Tailandia, la *Conferencia Mundial sobre Educación para Todos*. Patrocinada por el Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la UNESCO, y el UNICEF, la Conferencia reunió a casi 2000 líderes educativos de más de 150 países con el fin de encontrar las vías y medios para reaccelerar el progreso en materia de educación.

Como pusieron de manifiesto numerosos delegados en Jomtien, existe una estrecha conexión entre la reducción o no de la carga de la deuda y las posibilidades de escolarización de los niños. Pero también se estableció un amplio consenso de que tanto la escolarización como la alfabetización pueden mejorarse, con los recursos disponibles, mediante una reestructuración del gasto que destine una mayor asignación de recursos a la escuela primaria para la gran mayoría en lugar de la educación superior para una minoría. Un dólar invertido en la enseñanza primaria no sólo proporciona una mayor equidad que si es invertido en la enseñanza secundaria y superior, sino que también ofrece mayores rendimientos económicos. En la misma medida, es necesario reestructurar la ayuda destinada a educación. En la actualidad, sólo el 1% del total de la ayuda educativa de los países industrializados se destina a enseñanza primaria.

Además de conceder una nueva prioridad a la enseñanza primaria, las nuevas estrategias educativas

pueden reasignar también los recursos existentes para cubrir a más niños. Por ejemplo, un nuevo tipo de escuela primaria desarrollado en Bangladesh proporciona educación básica —alfabetización, cálculo y conocimientos esenciales para la vida— a más de 100.000 niños de entre ocho y diez años en las áreas rurales (recuadro 11). Las 4000 escuelas de este tipo ya establecidas utilizan las aulas construidas por la propia comunidad y reclutan a maestros entre los miembros más instruidos de la aldea. Hasta que se pueda acceder a la enseñanza primaria universal de tipo más convencional, las diversas estrategias posibles similares a la de Bangladesh pueden constituir un eficaz puente temporal para prevenir el analfabetismo y la carencia de conocimientos básicos de cientos de millones de niños en la próxima década.

Asimismo, la educación básica puede promoverse mediante la movilización de la capacidad actual de comunicación social, a través de los media, las organizaciones voluntarias y religiosas, las organizaciones empresariales, los servicios sociales y de salud, y las propias organizaciones populares. Se trata de poner al alcance de todas las familias los conocimientos y prácticas básicas para la vida en materias tales como la salud familiar, la producción de alimentos y la protección ambiental, mediante la utilización de todos los canales de comunicación disponibles. Esta alianza de recursos sociales podría ser útil para la causa de la educación básica en la década de 1990 como lo ha sido para la causa de la inmunización universal en los años ochenta.

De acuerdo con las conclusiones de la Conferencia de Jomtien, mediante tales estrategias será posible reaccelerar el progreso y alcanzar tres objetivos educativos básicos hacia finales de la década de 1990. Primero, educación básica para todos, proporcionando alfabetización, cálculo, y conocimientos esenciales para la vida a la gran mayoría de los niños de los años noventa. Segundo, reducción a la mitad de la tasa de analfabetismo adulto respecto al nivel del año 1990. Tercero, eliminación de las grandes disparidades educativas entre niños y niñas.

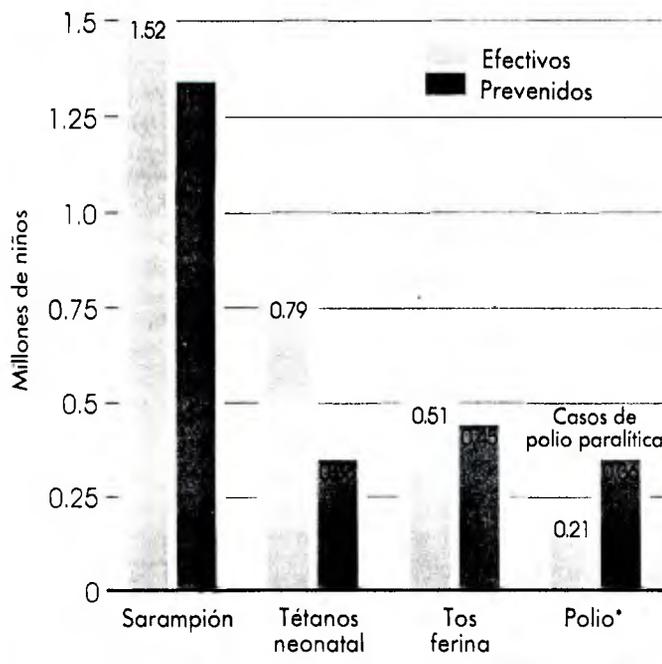
El costo estimado para la consecución de la educación primaria universal supone 5000 millones de dólares adicionales al año durante la década de 1990, una cifra similar al gasto militar mundial de dos días.

ras estadounidenses. Equivale al 10% de los subsidios anuales percibidos por los agricultores de la Comunidad Económica Europea. Equivale al pago semanal del servicio de la deuda externa del mundo en desarrollo. Es equivalente al gasto militar mundial diario.

Gráf. 4 Las vacunas previenen dos millones de muertes anuales

Las vacunas previenen más de dos millones de muertes infantiles al año, pero todavía mueren casi tres millones de niños anualmente por enfermedades inmunoprevenibles. La vacunación de toxoide tetánico (para proteger a la futura madre y al recién nacido) continúa muy retrasada.

Enfermedades inmunoprevenibles: muertes y casos de polio, prevenidos y efectivos, 1988



* El gran incremento del número de casos de polio prevenidos en el pasado año se debe principalmente al fuerte impulso de la inmunización en China, donde la cobertura alcanzó casi el 95 % en 1989.

Fuente: OMS y UNICEF: Informes UCI.

Al margen de otras posibles razones y por difícil que pueda llegar a ser el clima económico en la próxima década, es imposible aceptar ni por un instante la idea de que el mundo no puede permitirse el gasto necesario para prevenir la muerte y la desnutrición de tantos millones de niños.

Como tampoco puede aceptarse la excusa de que resulta demasiado difícil llegar hasta los niños en situación de riesgo. En los últimos veinte años, el mundo en desarrollo ha experimentado cambios revolucionarios en su capacidad de comunicación con la mayoría de sus ciudadanos: la prensa, la radio o la televisión llegan actualmente a casi todos los hogares; los servicios de educación y de salud cuentan con alguna presencia en casi todas las comunidades; las empresas, sindicatos y cooperativas mantienen comunicación regular con sus trabajadores y afiliados; los comercios al por menor, los servicios públicos y las agencias de publicidad mantienen un contacto fluido con un amplio público; las voces de la religión, de las organizaciones no gubernamentales, de los movimientos de mujeres, de las industrias artísticas y del ocio, llegan ahora a un público sin precedentes.

En consecuencia, lo que falta no es primordialmente la tecnología, ni la capacidad financiera ni de cobertura, sino la conciencia de que es posible llevar a cabo esa tarea y la decisión de movilizar todos los recursos disponibles con ese fin.

Para liberar este enorme potencial se requerirá el compromiso de los dirigentes políticos de cada país y la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* podría actuar como catalizador. Pero también será esencial la dirección y colaboración de todo tipo de organizaciones y personalidades desde todos los ámbitos -del mundo de la religión, de la política, de la educación, de la salud, de los medios de comunicación, de las artes, del comercio, del trabajo, de los servicios públicos, de la industria del ocio y de los movimientos populares. Así pues, el principal objetivo práctico de la *Cumbre* será promover el avance hacia ese mayor compromiso nacional y conseguir el necesario consenso internacional para apoyarlo.

Con vistas a la *Cumbre* y para todos aquellos que participen en el esfuerzo de responder a este gran desafío, a continuación presentamos un breve resumen de las principales oportunidades a nuestro alcance para proteger la vida y el desarrollo normal de la infancia en prácticamente todos los países en desarrollo durante la próxima década.

1. Inmunización universal de la infancia

El éxito más espectacular de la salud pública en la última década ha tenido lugar en el campo de la inmunización. Situada a niveles muy bajos a comienzos de los años ochenta, la cobertura de inmunización ha superado ya el 70% de la población infantil del mundo en desarrollo (gráfico 3). El objetivo de alcanzar el 80% hacia finales de 1990 ha sido logrado ya o está próximo a lograrse en la mayoría de países.

Como resultado de ello, la inmunización permite evitar la muerte de unos dos millones de niños al año, 6000 al día, a causa del sarampión, la tos ferina o el tétanos. A los cuales debe sumarse el total estimado de un millón y medio de niños que hoy crecen normalmente en el mundo en desarrollo y que la poliomielitis habría dejado discapacitados en ausencia de los esfuerzos de inmunización de la última década (gráfico 4).

Pese a los rápidos avances logrados en la década de los ochenta, la inmunización sigue siendo una de las oportunidades más importantes. Sin embargo, unos tres millones de niños siguen muriendo cada año por no estar vacunados y porque las enfermedades, la desnutrición y la mortalidad son más frecuentes entre los niños aún no inmunizados. Por ello es esencial mantener el esfuerzo y alcanzar una cobertura de inmunización del 80% en la fecha límite establecida, y a continuación intentar superar el 90% de cobertura lo más pronto posible.

Resulta particularmente preocupante que las dos enfermedades inmunoprevenibles responsables de mayor mortalidad -el sarampión y el tétanos neonatal- sean también las que cuentan con una menor cobertura de inmunización.

El sarampión continúa cobrándose 1,5 millones de jóvenes vidas cada año y está comprobado que la incidencia de otras enfermedades y de la desnutrición es hasta diez veces más frecuente en los meses y años siguientes a un brote de sarampión. Así pues, el sarampión es una de las mayores amenazas mortales de la infancia de los años noventa, y por ello la inmunización universal contra el sarampión debe seguir siendo uno de los objetivos prioritarios de esta década.

La inmunización contra el tétanos sigue estando también retrasada. La cobertura de las mujeres embarazadas del mundo en desarrollo todavía permanece por debajo del 30% y el número de casos registrados de tétanos entre parturientas y recién nacidos ha disminuido muy poco durante los años ochenta. Es un

motivo de vergüenza nacional e internacional que unas causas tan fácilmente prevenibles con un costo casi insignificante sigan produciendo la muerte de más de tres cuartos de millón de niños y muchos miles de jóvenes mujeres cada año.

Los problemas son múltiples. La recesión económica, el alto costo del combustible, una infraestructura deficiente, la escasez de personal, los problemas asociados a la temperatura y las condiciones del terreno, son factores que hacen difícil alcanzar la inmunización universal. Pero en la década de los ochenta se ha demostrado que hasta en los países más pobres y en los momentos económicos más difíciles pueden alcanzarse altos niveles de cobertura. Por ejemplo, en los últimos cinco años, la cobertura de inmunización se ha ampliado de forma acelerada en 41 de los 46 países africanos con ingresos más bajos, pese a todas las dificultades del continente. Y en China, que todavía figura entre los veinte países más pobres del mundo, la cobertura de inmunización ya es del 85% en todas las provincias y ha superado el 95% a escala nacional para las vacunas contra la poliomielitis, la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT), el sarampión y la tuberculosis (BCG).

El costo de los programas de inmunización no resulta prohibitivo para ningún país. El factor crucial es un compromiso continuado en favor de esta causa. En todos los países, la inmunización ha dependido, y seguirá dependiendo, de la dedicación, a menudo no reconocida, de todas las personas encargadas de comunicar con los padres, de resolver los problemas logísticos, de conducir los vehículos, de mantener en funcionamiento los frigoríficos, de organizar los centros de salud y de vacunar a los niños. Pero en los difíciles años ochenta, el impulso principal para la expansión de la inmunización ha procedido del compromiso político, a los más altos niveles, que ha permitido movilizar los recursos nacionales en la escala necesaria.

Es posible afirmar sin temor a equivocarse que jamás se había visto participar personalmente a tantos presidentes, primeros ministros y destacados dirigentes políticos en la promoción de ninguna otra iniciativa de salud pública. Los ministerios del Interior, de Educación, de Información, han compartido el esfuerzo con los ministerios de Salud y muchos jefes de Estado han seguido vinculados exigiendo informes trimestrales sobre los avances logrados a sus ministros, gobernadores provinciales o altos funcionarios de salud. En palabras de la Organización Mundial de la Salud: «*los sistemas de valores sociales han evolucionado de tal*

manera que la inmunización constituye actualmente una importante prioridad para los dirigentes nacionales e internacionales».

Este nuevo reconocimiento ha hecho posibles los avances logrados hasta la fecha. Y desde luego también es importante que los dirigentes políticos sepan que los servicios de inmunización deben ser permanentes, que requieren una inversión continuada y que los programas de inmunización deben tener un reforzamiento mutuo con la infraestructura de atención pri-

maria de salud. Pero también es crucial el compromiso de alcanzar objetivos concretos y viables, y nada favorece tanto la aceleración del avance hacia otros objetivos como el hecho de lograr la meta actualmente a nuestro alcance.

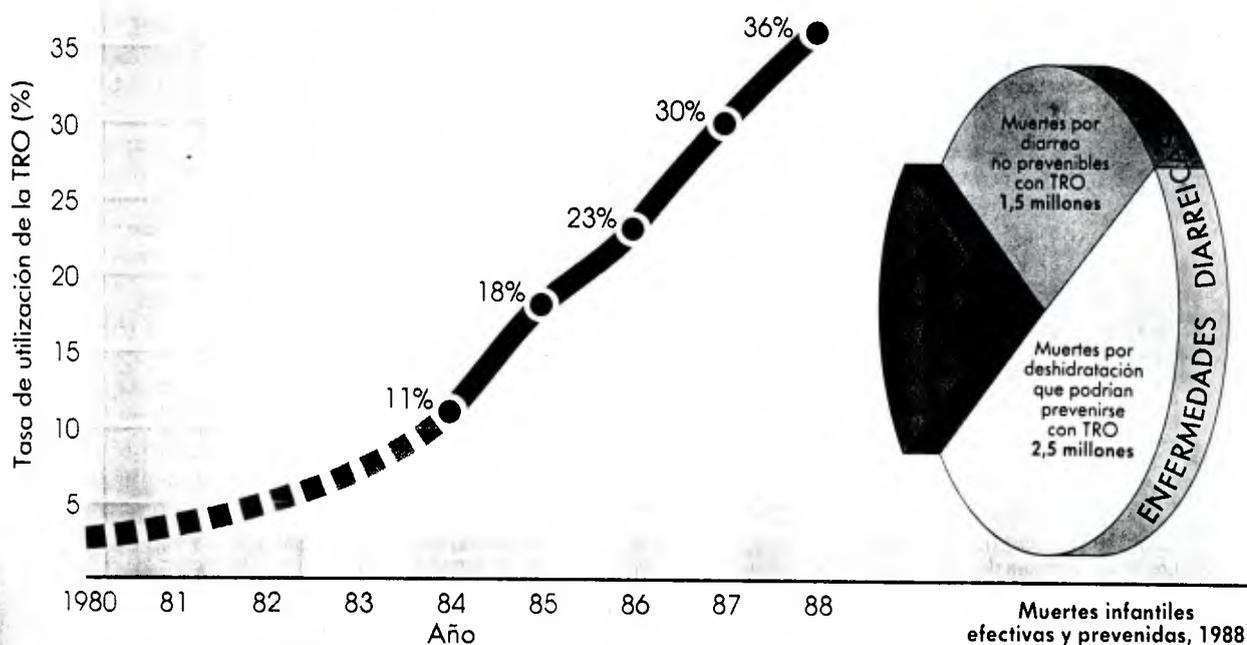
En resumen, hoy día es posible alcanzar el objetivo de la inmunización. Es posible evitar que el sarampión, la tos ferina y el tétanos sieguen anualmente las vidas de tres millones de niños. Es posible prevenir la mayor parte de los casos de neumonía, diarrea, caren-

Gráf. 5 Difusión de la terapia de rehidratación oral

La terapia de rehidratación oral (TRO) de bajo costo puede utilizarse para prevenir o tratar la deshidratación causada por la diarrea, que constituye la principal causa específica de mortalidad de los menores de cinco años.

Casi desconocida fuera de los círculos científicos a principios de esta década, la TRO es utilizada en la actualidad por una de cada tres familias del mundo en desarrollo y gracias a ella se previenen cerca de un millón de muertes infantiles cada año.

Proporción de niños menores de cinco años con diarrea tratados con TRO, muertes anuales efectivas y prevenidas, países en desarrollo*, 1984-1988



A los efectos de este gráfico, la TRO incluye tanto el uso de bolsas de sales de rehidratación oral (SRO), recomendadas principalmente para el tratamiento de la

deshidratación, como de soluciones caseras de sal y azúcar u otros líquidos adecuados para su prevención.

Fuente: Estimaciones de la OMS (CDD) y el UNICEF.

* Excluida China.

Para la vida: decálogo de mensajes básicos

Los actuales conocimientos en materia de salud infantil pueden contribuir a proteger la vida y la salud de millones de niños del mundo en desarrollo. Estos conocimientos se han recopilado en un libro titulado *Para la vida*, publicado conjuntamente por el UNICEF, la OMS y la UNESCO, en colaboración con más de un centenar de organizaciones no gubernamentales. *Para la vida* expone, en términos sencillos, la información esencial sobre salud infantil respaldada por el consenso de expertos médicos de todo el mundo; esta información consta de una serie de medidas básicas que casi todos los padres pueden aplicar en la práctica y que pueden beneficiar a casi todos los niños. El reto consiste en movilizar todos los canales de comunicación posibles para poner esta información al alcance de todos. El siguiente decálogo de mensajes básicos es un resumen condensado de *Para la vida*:

- La salud de las mujeres y de los niños puede mejorar considerablemente si se espacian los nacimientos al menos dos años, se evitan los embarazos antes de los 18 años y se limita a cuatro el número total de embarazos.
- Para reducir los riesgos asociados al parto, todas las mujeres embarazadas deben disponer de atención prenatal por un agente de salud y todos los partos deben ser atendidos por una persona calificada.
- La leche materna sólo es el mejor alimento y la mejor bebida posible durante los primeros meses de vida. A partir de los cuatro a seis meses, los niños necesitan otros alimentos complementarios además de la leche materna.
- Los niños menores de tres años tienen necesidades especiales de alimentación. Necesitan comer cinco a seis veces al día y sus alimentos deben reforzarse con purés de verduras y pequeñas cantidades de grasas y aceites.
- La diarrea puede causar la muerte al drenar excesivos líquidos corporales del niño enfermo. Por ello, cada vez que el niño hace una deposición acuosa, deben reponerse los líquidos perdidos con una bebida adecuada, como leche materna, sopas, agua de arroz o una solución especial de sales de rehidratación oral (SRO). Si la enfermedad es más grave de lo habitual, el niño necesita ser atendido por un agente de salud y tratado con SRO. Un niño con diarrea necesita también ingerir alimentos sólidos para recuperarse satisfactoriamente.
- La inmunización protege contra varias enfermedades que pueden causar un desarrollo deficiente, incapacidad e incluso la muerte. Todas las vacunaciones deben completarse en el primer año de vida del niño. Todas las mujeres en edad de procrear deberían estar inmunizadas contra el tétanos.
- La mayoría de los casos de tos o catarros se curan por sí solos. Pero si un niño con tos respira más rápido de lo normal es señal de que su estado es grave y entonces se le debe llevar lo antes posible a un centro de salud. Un niño con tos o catarro debe ser ayudado a ingerir alimentos y abundantes líquidos.
- Muchas enfermedades son debidas a la introducción de gérmenes en la boca. Esto puede evitarse con las siguientes medidas: usando letrinas; lavándose las manos con agua y jabón después de usar las letrinas y antes de manipular los alimentos; manteniendo limpios los alimentos y el agua e hirviendo el agua para beber si ésta no procede de una fuente de abastecimiento corriente.
- Las enfermedades retrasan el desarrollo infantil. Después de una enfermedad, un niño necesita ingerir una comida adicional al día durante al menos una semana para recuperar el crecimiento perdido.
- Desde el nacimiento hasta los tres años, los niños deben pesarse cada mes. Si se comprueba que no hay aumento de peso durante dos meses consecutivos es que existe algún problema.

cia de vitamina A, desnutrición y de ceguera asociada a insuficiencias en la nutrición como secuela del sarampión. Es posible erradicar la poliomielitis. El problema no es saber si ello es material o financieramente posible, sino si existe, a los más altos niveles, el compromiso político necesario para llevar adelante esta tarea.

2. Terapia de rehidratación oral

El mismo tipo de compromiso político se requerirá para liberar el potencial de otras medidas igualmente eficaces y de bajo costo que pueden ayudarnos a proteger la vida y el desarrollo de la infancia ahora que entramos en la década de los noventa.

Las afecciones diarreicas y las infecciones respiratorias son la primera y la segunda causas más frecuentes de enfermedad y de mortalidad en los menores de cinco años en casi todos los países en desarrollo. Entre ambas se cobran más de 16.000 jóvenes vidas cada día.

Igual que en el caso de las infecciones inmunoprevenibles, ha llegado el momento de acabar con esta doble amenaza siniestra sobre las vidas de tantos millones de niños.

Para proteger a sus hijos de las crisis diarreicas que pueden poner en peligro sus vidas y perjudicar su estado de nutrición, los padres necesitan conocer que la mayor parte de las afecciones diarreicas pueden prevenirse. Entre las medidas de prevención más eficaces se cuentan la lactancia materna, la vacunación completa de los niños, el uso de letrinas, la utilización de agua potable y de comestibles limpios, y lavarse las manos antes de manipular los alimentos.

En ausencia de servicios básicos como el suministro de agua potable y unos sistemas de saneamiento eficaces, no todas las familias estarán en condiciones de poner en práctica esta información. Pero ello no menoscaba su derecho a saber por qué enferman con tanta frecuencia sus hijos y qué pueden hacer para evitarlo.

Los padres deben saber que es esencial seguir dando alimentos y líquidos al niño enfermo. La causa de muerte de dos millones y medio de niños cada año no es la diarrea en sí sino la deshidratación que la acompaña (*). Y en la mayoría de los casos, lo que puede

prevenir la deshidratación no son los medicamentos antidiarreicos sino la administración de sales de rehidratación oral (SRO), u otros líquidos como la leche materna, papillas, sopas, agua de arroz, jugos de frutas, té, agua de coco o simplemente agua potable.

Cuando la diarrea es más grave de lo habitual, es preciso una ayuda adicional. La medida necesaria consiste en una bolsita de SRO que cuesta 10 centavos de dólar, de la que todos los agentes de salud pueden tener reservas y que todos los padres pueden aprender a utilizar.

Algunos países han avanzado en la formación de agentes de salud destinados a aplicar la terapia de rehidratación oral. Muchos más han empezado a poner al alcance de los padres los conocimientos existentes en materia de prevención de la deshidratación diarreica. Tras una década de esfuerzos en este sentido, una tercera parte de las familias del mundo en desarrollo están informadas actualmente de este descubrimiento e intentan aplicarlo en la práctica.

Se estima que gracias a ello se salvan un millón de vidas cada año (gráfico 5).

Haber logrado salvar un millón de vidas anuales representa un éxito impresionante. Sin embargo, más de dos millones de niños siguen muriendo cada año víctimas de la deshidratación diarreica cuando ya hace casi veinte años que se dispone de un tratamiento eficaz y de bajo costo.

Por tanto, la cuestión que se plantea ante la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* es si se adoptarán o no las medidas obvias: ¿se procurará que la TRO sea tan conocida y tan fácil de conseguir como la Coca Cola y la Pepsi Cola, o veremos morir de deshidratación a otros diez millones de niños en la década que ahora se inicia?

3. Infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas se cobran de dos a tres millones de víctimas cada año y son junto con las enfermedades diarreicas uno de los principales agentes mortales de la infancia.

De nuevo, los padres necesitan saber que tales infecciones pueden prevenirse mediante la lactancia materna, la inmunización y un destete adecuado. Como en el caso de la deshidratación, es preciso que un padre sepa identificar los síntomas cuando un ataque de tos o un catarro pueden poner en peligro la vida de su hijo. Todos los científicos coinciden en cuál es este

(*) De los cuatro millones de niños que, según las estimaciones, mueren anualmente debido a las afecciones diarreicas, un 60% son víctimas de la deshidratación y, por tanto, podrían ser tratados con la TRO.

El SIDA: amenaza para la infancia

El SIDA constituye una gran amenaza para la salud y supervivencia de los niños y de las mujeres en muchos países y se espera que su incidencia aumente durante los años noventa.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), que coordina la acción global para controlar y prevenir el SIDA, al menos 1,5 millones de mujeres de todo el mundo están infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) causante de esta enfermedad. Los niños nacidos de mujeres infectadas con el VIH tienen entre un 25% y un 40% de posibilidades de estar infectados antes o durante el parto. Todos estos niños es casi seguro que mueran antes de cumplir los cinco años.

En los Estados Unidos, por ejemplo, casi 2000 niños han sido diagnosticados como portadores del SIDA y se estima que entre 10.000 y 20.000 más estarán infectados hacia 1991. El SIDA tiene también una importante incidencia en los países del Caribe y las tendencias más recientes en algunas partes de América Latina y Asia muestran signos preocupantes.

Pero la mayor amenaza del SIDA para la salud de los niños y de las mujeres se proyecta sobre el África subsahariana. En un país de África oriental, el 14% de todos los casos declarados de SIDA corresponden a niños menores de cuatro años. La OMS estima que al menos un millón de mujeres africanas están infectadas con el VIH, y según algunas encuestas urbanas de varios países africanos la proporción de mujeres infectadas en dichas áreas alcanza el 25%. Durante la década de 1990 muchos miles de niños nacerán infectados con el VIH y en algunos países africanos podría producirse un retroceso en la supervivencia infantil tras los avances conseguidos en las últimas tres décadas.

En África, el SIDA tiene profundas y duraderas consecuencias para todos los miembros de la familia. El diagnóstico de SIDA en un niño de corta edad es habitualmente la primera indicación de que su madre —y probablemente también su padre— están infectados. Poco después es muy probable que los padres se conviertan en enfermos crónicos y que mueran por causas relacionadas con el SIDA. En estas circuns-

tancias, es necesario prestar urgentemente una atención adecuada a los niños supervivientes, los llamados «huérfanos del SIDA».

Igualmente urgente es la necesidad de proporcionar a las personas con anticuerpos del SIDA una atención médica básica, consejos y apoyo social en sus propios hogares, ya que los hospitales están ya sobrecargados y son incapaces de proporcionar cuidado y tratamiento adecuados para el creciente número de pacientes de SIDA.

Existen pocos signos todavía de que se pueda encontrar remedio o una vacuna efectiva contra el SIDA antes de que finalice la década de 1990. Sin embargo, es posible prevenir el creciente número de muertes infantiles a consecuencia del SIDA. La clave para proteger a la infancia frente al SIDA, consiste en la movilización de los agentes de salud, asistentes sociales, dirigentes comunitarios y religiosos, medios de comunicación y sistema escolar, asociaciones profesionales y organizaciones no gubernamentales de todo tipo con el fin de informar a las personas de cómo pueden responsabilizarse ellas mismas para prevenir la difusión de la infección del VIH en sus familias y comunidades.

Este tipo de movilización social ha comenzado ya a desplegarse en diversos países. En Tanzania, los periodistas han recibido cursos de entrenamiento para comunicar información adecuada sobre el SIDA a toda la población. En Kenya, las organizaciones no gubernamentales han organizado cursos de capacitación sobre el SIDA para mujeres dirigentes, agentes de salud y líderes religiosos. En Uganda, Rwanda y Burundi se han revisado los cursos escolares de educación para la salud y se han incluido temas sobre la información y prevención del SIDA.

Existen esperanzas de un futuro donde haya desaparecido la amenaza del SIDA. La salud y supervivencia de la infancia podrían mejorar extraordinariamente, y la difusión del SIDA podría reducirse en gran parte, si todas las familias fueran capacitadas con los conocimientos básicos de salud infantil, entre ellos la información sobre el control y prevención del SIDA.

síntoma: cuando un niño respira con dificultad o mucho más rápidamente de lo normal, es esencial trasladarlo a un centro de salud. En la mayoría de casos, la medida requerida para salvar la vida es un tratamiento con antibióticos por vía oral, que generalmente cuesta menos de un dólar.

Por todo ello, la OMS y el UNICEF consideran que cada año podrían salvarse centenares de miles de vidas infantiles si se capacitara a los agentes de salud y se les confiara la administración de fármacos antimicrobianos sencillos y básicos, como el cotrimoxazol, de costo insignificante, fáciles de almacenar y de probada eficacia en la mayoría de los casos.

Así pues, ha llegado el momento de aplicar los conocimientos actuales.

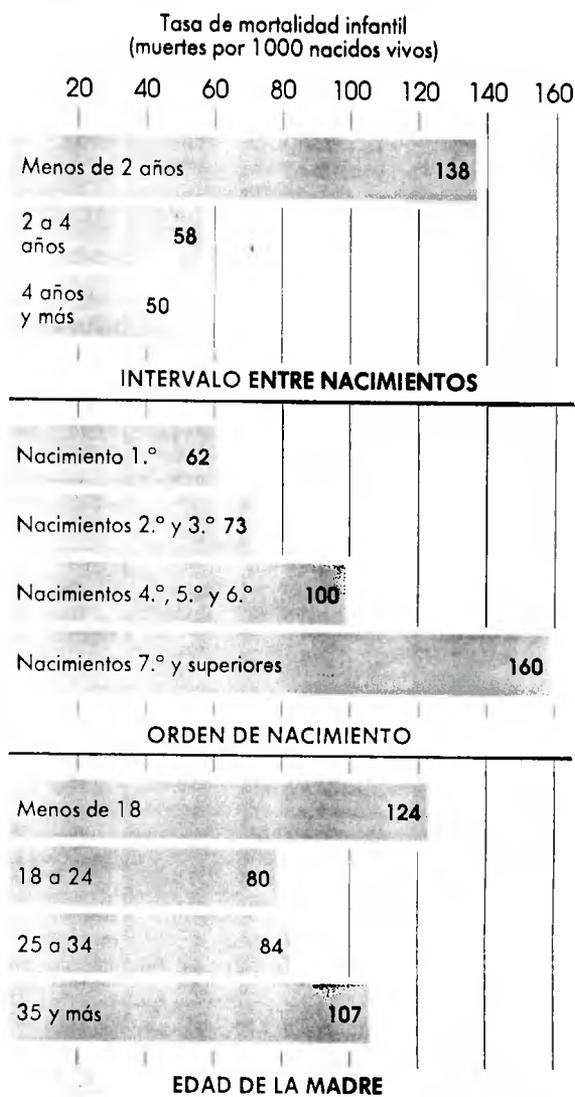
Los antibióticos orales y la terapia de rehidratación oral son las dos medidas más eficaces de que dispone la humanidad para la protección de su infancia. Es esencial, por tanto, que todos los agentes de salud estén capacitados para utilizarlos. Sin embargo, en la actualidad la mayor parte de los agentes comunitarios de salud tienen prohibido recetar antibióticos y la mayoría no están preparados para aplicar la TRO. Por ello, la formación de todos los agentes de salud en la administración de la TRO y de los antibióticos representa posiblemente la máxima prioridad en materia de salud pública para los años noventa. Y también es la vía a través de la cual todos y cada uno de los países en desarrollo podrían reducir de forma significativa la morbilidad y la mortalidad infantiles en la década venidera.

Está claro que para conseguir estos objetivos evidentes es preciso una intervención al más alto nivel político con el fin de movilizar los recursos y los compromisos nacionales requeridos. Hoy día disponemos de los conocimientos y los medios de bajo costo necesarios para reducir drásticamente el impacto de las enfermedades diarreicas y de las infecciones respiratorias agudas, las dos causas más frecuentes de mortalidad y morbilidad en la infancia de casi todos los países en desarrollo. Y a la vista de los progresos logrados hasta la fecha y de las consecuencias de cualquier nuevo retraso en su aplicación, es razonable señalar que los jefes de Estado y sus principales asesores deberían interesarse personalmente por ello. Cuando un centenar de ciudadanos de un país mueren en un accidente de aviación o ferroviario, el suceso atrae indefectiblemente la atención de los medios de comunicación, de la opinión pública y de los políticos. El hecho de que cuatro millones de niños mueran cada año porque no

Gráf. 6 Espaciamiento de los nacimientos y vidas salvadas

El espaciamiento de los nacimientos es uno de los factores más vitales para la salud maternoinfantil. Tanto la mortalidad infantil como la materna aparecen estrechamente asociadas con los nacimientos «demasiado numerosos o demasiado seguidos» o las madres «demasiado jóvenes o demasiado mayores».

Mortalidad infantil según edad de la madre, orden e intervalo entre nacimientos, Brasil, 1976-1986



Fuente: Institute for Resource Development, Demographic and Health Surveys, Columbia, Maryland.

Alivio de la deuda: por la supervivencia infantil

El estudio del UNICEF sobre el *Ajuste con rostro humano* documenta las trágicas consecuencias humanas de la crisis económica y el endeudamiento masivo sufridos por muchos países en desarrollo durante la década de los ochenta. Los más afectados han sido la infancia, las mujeres y otros grupos vulnerables de la mayoría de países de África y América Latina y varios países de Asia.

Los gobiernos más endeudados han reducido el gasto en servicios sociales, con el consiguiente deterioro de la salud y la educación infantiles. Las presiones para exigir el cumplimiento de las enormes obligaciones del servicio de la deuda, combinadas con la prioridad concedida a las políticas macroeconómicas a corto plazo, también han contribuido a apartar a muchos gobiernos deudores de la inversión en recursos humanos.

Al mismo tiempo, los recortes en otros sectores del gasto público y la necesidad de aumentar las exportaciones para obtener divisas causan a menudo severos daños —tal vez irreversibles— en el medio ambiente, comprometiendo aún más las perspectivas de llegar a alcanzar un desarrollo sostenible.

Estas políticas tendrán graves repercusiones para la salud, la vida y el bienestar de las futuras generaciones.

La creciente conciencia internacional de la magnitud y las consecuencias de la crisis de endeudamiento ha generado numerosas propuestas en favor de una reducción de la deuda externa acompañada de una reestructuración económica. Otras propuestas —menos conocidas pero potencialmente importantes— se centran en un intercambio de la deuda de los países en desarrollo por programas de protección del medio ambiente, conservación del patrimonio cultural y promoción de la supervivencia y el desarrollo infantiles.

La idea de convertir el problema de la deuda en una oportunidad para fomentar el desarrollo humano puede parecer paradójica. Pero, de hecho, este tipo de conversión representa una propuesta realista.

La clave está en el llamado «mercado secundario» de negociación de la deuda bancaria. Ante la perspectiva de que las deudas no lleguen a pagarse en absoluto en un futuro previsible, los bancos comerciales

están dispuestos a «liquidar» sus títulos de crédito con el Tercer Mundo (a veces a los propios gobiernos deudores) con descuentos que oscilan entre el 5% y hasta el 98%. En la práctica, los bancos aceptarían cambiar, por ejemplo, un dólar de deuda con una probabilidad del 25% de que lleguen a pagarse los intereses y amortizaciones en el futuro, por 25 centavos de dólar pagados en el acto.

Cuando las cantidades descontadas son muy grandes, algunos bancos se han mostrado dispuestos a renunciar a recuperar el total de lo adeudado, a condición de que los fondos correspondientes se destinen a programas coherentes de desarrollo humano o ambiental, bajo los auspicios de un organismo internacional de reconocido prestigio.

El UNICEF participa actualmente en tres proyectos asociados a la cancelación de parte de las deudas de Sudán con algunos bancos europeos. Gracias a este acuerdo el gobierno sudanés ha podido rescatar fondos en moneda local para programas de salud, reforestación y suministro de agua potable respaldados por el UNICEF.

Otra iniciativa prometedora es la del «Fondo Social de Inversión» creado recientemente por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el UNICEF. Este fondo, financiado inicialmente por donantes interesados, concederá créditos a los gobiernos de América Latina y el Caribe para que puedan rescatar sus deudas externas en el mercado secundario con descuentos apreciables. Estos créditos se beneficiarán de tipos de interés reducidos y de períodos de demora y amortización ampliados. Los gobiernos prestatarios deberán comprometerse, además, a aportar fondos en moneda local a los programas de desarrollo social concertados con el BID y el UNICEF.

Este tipo de acuerdos ofrece a los gobiernos deudores una oportunidad de reducir su deuda externa e invertir, al mismo tiempo, en desarrollo humano.

A través de medidas innovadoras como las citadas, la comunidad financiera internacional puede hacer una modesta pero significativa aportación en favor del bienestar de la infancia del mundo en desarrollo, que merece heredar algo más que sólo una montaña de deudas contraídas por sus mayores.

se han puesto a su alcance dos soluciones conocidas y de costo insignificante también debería ser objeto de atención y merecer la intervención de los dirigentes políticos.

4. Lactancia materna

Junto con la prevención y el tratamiento de las enfermedades diarreicas, respiratorias e inmunopreveni-

bles, la lactancia materna y el espaciamiento de los nacimientos también deberían incluirse entre las oportunidades más cruciales para la protección de la infancia en la década que ahora se inicia.

La lactancia materna parece estar en retroceso en muchos países en desarrollo, bajo la influencia de las presiones comerciales, el uso de leche en polvo y biberones en los hospitales y la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo, que en conjunto contribuyen a presentar la alimentación con biberón como una alternativa atractiva.

Sería desastroso que se mantuviera esta tendencia.

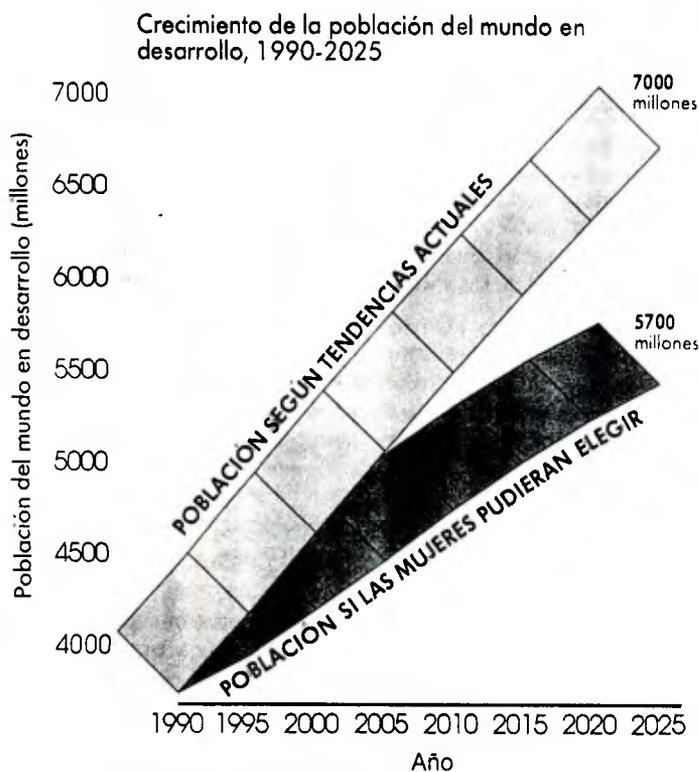
Ha quedado firmemente demostrado, a lo largo de muchos años y en numerosos países, que los niños alimentados con biberón contraen muchas más enfermedades y tienen una probabilidad hasta 25 veces superior de morir en la infancia que los niños alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida.

Este riesgo aumenta con la pobreza. En las comunidades desposeídas y a menudo analfabetas, con frecuencia se disuelve la leche en polvo en una cantidad excesiva de agua no potable y se da a beber a los niños en biberones no esterilizados. La desnutrición y las infecciones son las consecuencias más probables. La lactancia materna, en cambio, es un alimento completo desde el punto de vista nutritivo, siempre es higiénica, favorece un desarrollo saludable, «inmuniza» a los recién nacidos contra las infecciones comunes, contribuye a prevenir la deshidratación y atenúa la gravedad de las infecciones respiratorias.

Hasta ahora sólo una minoría de países han traducido estos datos en acciones prácticas a través de programas de información pública e incorporando a su legislación el *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna* propuesto por la OMS y el UNICEF con objeto de promover las ventajas de la lactancia materna y prevenir la promoción irresponsable de la alimentación con biberón y los preparados de leche en polvo. Se trata de una alternativa de bajo costo capaz de reducir la mortalidad y la desnutrición infantiles en la próxima década, que está al alcance de los dirigentes políticos de todos los países.

Gráf. 7 Si las mujeres pudieran elegir

El gráfico muestra dos proyecciones de crecimiento de la población del mundo en desarrollo. La primera representa la proyección efectuada por las Naciones Unidas según una «variante media», y la segunda indica una proyección alternativa en caso de que las mujeres del mundo en desarrollo pudieran elegir el número de hijos deseados. Esta segunda proyección está basada en la Encuesta Mundial de Fecundidad, según la cual las mujeres tendrían un promedio de 1,41 hijos menos si pudieran decidir el tamaño de su familia. La diferencia entre ambas proyecciones supone 1300 millones de habitantes adicionales en un periodo de 35 años.



Fuente: Ken Hill, John Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, basado en los modelos de proyecciones demográficas de las Naciones Unidas y del Banco Mundial.

5. Espaciamiento de los nacimientos

La mayor parte de la mortalidad maternoinfantil corresponde a los casos en que el número de nacimientos

es superior a cuatro, o entre uno y otro media un espacio de menos de dos años, o el embarazo se produce antes de los 18 años o después de los 35 (gráfico 6). Por ello, la posibilidad de informar a la población de la importancia de elegir el momento adecuado para los nacimientos y capacitarla para aplicar esos conocimientos en la práctica, con la oferta de métodos de planificación familiar culturalmente aceptables, merece figurar entre las oportunidades más destacadas a nuestro alcance para proteger la vida y la salud de muchos millones de mujeres y niños.

La planificación familiar es una cuestión controvertida que genera pasiones y declaraciones de principios desde todas las posiciones. Pero es imposible ignorarla, dada la cantidad de facetas del progreso humano a las que afecta y por las que se ve afectada. Actualmente, 300 millones de parejas del mundo en desarrollo no desean tener más hijos y, sin embargo, no utilizan ningún medio eficaz para limitar el tamaño de la familia. Existe, por tanto, una importante demanda de planificación de la natalidad. Satisfacer esa demanda permitiría avanzar en varios aspectos importantes.

En primer lugar, se produciría un marcado descenso en los más de 100.000 abortos ilegales que se realizan cada día y en el total de 500 jóvenes mujeres que mueren diariamente como consecuencia de ellos.

En segundo lugar, se lograría una mejora significativa en el estado de salud de millones de mujeres que se verían libres de la enorme carga física y síquica que representa tener un número demasiado grande de hijos, demasiado seguidos, o a una edad demasiado temprana o demasiado tardía. Se estima que medio millón de mujeres mueren cada año por causas asociadas al parto. Esas muertes podrían evitarse en gran parte mediante un espaciamiento bien informado de los nacimientos y la elección del momento más adecuado para el embarazo.

En tercer lugar, también se lograría una incommensurable mejora en la calidad de vida de los niños nacidos. No sólo disminuirían, tal vez hasta en un tercio, las tasas de mortalidad infantil, sino que también mejoraría inevitablemente la calidad de la atención infantil, de la salud, de la nutrición y la educación, en la medida en que los padres podrían dedicar una mayor parte de su tiempo, de sus energías y de su dinero a un menor número de hijos.

En cuarto lugar, disminuiría la tasa de crecimiento de la población. Según los datos de la Encuesta Mun-

dial de Fecundidad, si las mujeres que no desean un embarazo pudieran contar con los medios para ejercer esa opción, la tasa de crecimiento demográfico del mundo en desarrollo se reduciría aproximadamente en un 30% (gráfico 7).

Se han realizado avances en este sentido. Mientras a principios de los años sesenta la cobertura de métodos anticonceptivos modernos era apenas del 15% al 20% actualmente alcanza casi al 50% de las parejas en edad de procrear.

Ante el gran número de sustanciales ventajas que pueden obtenerse a través de la satisfacción de una demanda existente a un costo asequible, la difusión de la información y de los medios para que los padres puedan espaciar los nacimientos también merecen figurar entre las grandes prioridades de la década de los noventa.

6. Ataque contra la desnutrición

Mediante sus efectos sinérgicos con otras enfermedades comunes de la infancia, la desnutrición conduce a millones de niños a la espiral descendente de la mala salud, el crecimiento deficiente y finalmente, a menudo, a una muerte temprana. Sin embargo, los avances en los conocimientos durante los últimos años permiten reducir la desnutrición infantil al menos a la mitad en el curso de la última década del siglo XX (gráfico 8). Sus efectos serían incalculables no sólo sobre el desarrollo físico y mental de los niños sino también sobre el desarrollo económico y social de sus sociedades.

A muchos padres les resulta casi imposible alimentar adecuadamente a sus hijos a causa de las hambrunas, la guerra o la pobreza absoluta. Pero entre los importantes avances en los conocimientos de la última década figura el progresivo descubrimiento de que gran parte -e incluso la mayoría- de casos de desnutrición se da en hogares que disponen de alimentos adecuados, y su causa reside muy probablemente en las frecuentes enfermedades, en una atención de salud inadecuada y en la falta de información.

Las enfermedades infantiles más comunes, y en particular la diarrea, el sarampión, la tos ferina y otras infecciones respiratorias, dejan sin apetito al niño y reducen la cantidad de alimentos ingeridos. Cada enfermedad inhibe también la absorción de alimento, consume calorías y provoca una pérdida de nutrientes a través de la diarrea y los vómitos. En las comunidades pobres que carecen de agua potable y de sistemas

eficaces de saneamiento, no es raro que un niño sufra entre seis y doce episodios de enfermedad en un año. El resultado casi inevitable es la desnutrición.

Por esto, muchas de las acciones prioritarias ya examinadas en este informe -y en particular la inmunización contra el sarampión, la lactancia materna y la prevención y tratamiento adecuado de las afecciones diarreicas- también reducirían la desnutrición infantil. Asimismo, la desnutrición podría reducirse drásticamente si los padres tuvieran acceso a los conocimientos básicos y recibieran el apoyo necesario para aplicarlos. Estos conocimientos, en sí mismos, no son complicados. Todos los padres deberían saber que:

○ La leche materna por sí sola constituye el mejor alimento posible durante los primeros cuatro a seis meses de vida del niño.

○ A partir de los cuatro a seis meses de edad, el niño necesita recibir otros alimentos además de la leche materna. La administración de alimentos sólidos antes de esa edad aumenta el riesgo de infección; aplazarla hasta mucho más tarde acaba causando desnutrición.

○ Hasta los tres años, el niño debe hacer el doble de comidas que un adulto, tomando menores cantidades de alimentos ricos en calorías en cada ocasión.

○ Debe seguirse alimentando y dando de beber a un niño enfermo o con diarrea.

○ Después de una enfermedad, el niño necesita recibir una alimentación adicional para recuperar el desarrollo perdido.

○ Espaciar al menos dos años los nacimientos y asegurarse de que la futura madre reciba suficiente alimento y descanso, es esencial para la buena salud materna y para un buen estado de nutrición del niño.

Todos los canales de comunicación pueden colaborar en ese esfuerzo, pero al igual que en el caso de muchos otros avances en los conocimientos en materia de salud, quienes más pueden contribuir a informar y a ayudar a los padres a aplicar en la práctica esos conocimientos en materia de nutrición, son los agentes comunitarios de salud.

Lo ideal sería que todas las madres contaran con la asistencia de un agente comunitario de salud para pesar mensualmente a todos los niños menores de tres años. Para todos los niños, el desarrollo es el indicador individual más importante de su estado de salud. Si el niño aumenta regularmente de peso todos los me-

ses, es poco probable que tenga ningún problema fundamental. Si el niño no aumenta de peso, seguro que tiene algún problema que requiere una actuación inmediata.

Bastan unos pocos meses de formación para capacitar a un agente de salud que puede ofrecer este y muchos otros servicios vitales, poniendo a disposición de los padres, en vez de unas nociones abstractas en materia de nutrición, recomendaciones prácticas, en el momento oportuno, sobre la salud y el desarrollo de sus hijos.

En los primeros años de la década de los noventa podrían adoptarse medidas prácticas para intentar acabar con la desnutrición infantil, aplicando métodos de bajo costo para la prevención y tratamiento de las enfermedades infantiles y organizando campañas nacionales destinadas a poner los actuales conocimientos en materia de nutrición al alcance de todos los padres.

Vigilancia de la nutrición

Para acabar con la desnutrición, se requerirá casi con toda seguridad una vigilancia regular y a escala nacional del estado de nutrición de la población. Una amplia gama de políticas gubernamentales -relativas a tipos de cambio, acceso al crédito, tipos de interés, prioridades en materia de inversión, aranceles, subsidios alimentarios, servicios de salud, planificación de infraestructuras- pueden aliviar o exacerbar la incidencia de la desnutrición. Sin un mecanismo de seguimiento, sin información precisa y actualizada sobre el impacto de esas medidas sobre el bienestar y el estado de nutrición de la infancia, será casi imposible diseñar otras políticas sociales y económicas capaces de contribuir a acabar con la desnutrición. En estos momentos, muy pocos países disponen de forma regular de esta información. Pero la adopción consecuente del principio de prioridad para el desarrollo físico y mental de la infancia en el orden de preocupaciones y en la asignación de capacidades sociales -tanto en los tiempos de penuria, como en los de prosperidad- exige el establecimiento de un criterio de medición objetivo que permita conocer los éxitos o los fracasos en este campo. Todos los países producen estadísticas sobre indicadores económicos tales como las importaciones y las exportaciones, las tasas de interés y el crecimiento del Producto Nacional Bruto. Sería hora de que dispusieran también con la misma frecuencia de indicadores similares sobre el estado y el desarrollo de la infancia. Nada podría expresar mejor el progreso real de un

En favor de la infancia y del medio ambiente

El establecimiento de un nuevo compromiso en favor de la infancia en la década de 1990 sería también una gran contribución a la causa de la protección ambiental.

Primero, la reducción de la mortalidad infantil es un factor fundamental en la desaceleración del crecimiento de la población (recuadro 3). Ningún país en desarrollo ha logrado una reducción significativa de las tasas de natalidad sin haber alcanzado también una reducción significativa en la mortalidad infantil. Una de las razones es que cuando los padres tienen más confianza en la supervivencia de sus hijos, no sienten ya la necesidad de tener una seguridad adicional contra la mortalidad infantil teniendo más hijos de los que realmente desean. Muchos países en desarrollo se encuentran ahora en el punto crítico de la «confianza paterna» donde ulteriores reducciones de la mortalidad infantil darán lugar probablemente a mayores reducciones proporcionales de la natalidad.

Además, algunas de las estrategias disponibles más eficaces para reducir la mortalidad infantil —tales como el espaciamiento de los nacimientos, la lactancia materna y la educación de la mujer— se encuentran también entre las estrategias más efectivas para reducir la fecundidad general.

Segundo, uno de los mayores problemas ambientales de una gran parte de la humanidad es la existencia de aguas contaminadas y métodos insalubres de saneamiento que son responsables de casi las tres cuartas partes de la morbilidad y de gran parte de la mortalidad infantil del mundo en desarrollo. Este problema ambiental no es una amenaza, es una realidad. Así pues, las medidas de protección de la infancia —incluidos el abastecimiento de agua limpia para uso doméstico y pequeños regadíos, la construcción de letrinas sin riesgo ambiental y la educación de salud— constituyen también acciones prácticas para la mejora ambiental en numerosas comunidades de todo el mundo.

Tercero, el compromiso de alcanzar la educación básica para todos los niños hacia finales de la década de 1990 (recuadro 6) es también uno de los prerrequisitos más fundamentales para un desarrollo ambientalmente saludable en los próximos años. Las decisiones que los niños de hoy tendrán que tomar en el siglo veintiuno —ya sean sobre el tamaño de la familia, el uso de la tierra o la eliminación de residuos de origen

energético— sólo pueden hacerse de forma sensata por una población instruida e informada que sea capaz de adquirir los nuevos conocimientos y de darles respuesta. Y todo esto dependerá ampliamente del nivel de compromiso alcanzado en materia educativa en la próxima década.

Finalmente, el alivio de la crisis de la deuda, el incremento de los flujos de ayuda y la reacceleración del progreso económico en el mundo en desarrollo también combina la preocupación por la infancia con la preocupación por el medio ambiente. Según señala un informe especial sobre *Medio ambiente y desarrollo sostenible*, preparado por el UNICEF en 1989:

«Muchos países, especialmente en África y América Latina, tienen pocas posibilidades de emprender políticas para un desarrollo económico sostenible, como las recomendadas por la Comisión Brundtland, cuando se ven forzados a una sobreexplotación de sus bosques, suelos, aguas y otros recursos naturales para pagar su deuda externa, las importaciones esenciales y atender a sus inevitables obligaciones presupuestarias.»

Para gran parte de la humanidad, la mayor amenaza ambiental no es el progreso sino la pobreza. La pobreza y la carencia de alternativas arrastran a los pobres rurales a quemar sus bosques, a cultivar tierras marginales, a la sobredependencia de pastos accesibles para el ganado y a la tala excesiva de árboles para combustible. La pobreza y la falta de confianza en el futuro son también fuerzas motoras del rápido crecimiento de la población.

Por consiguiente, una creciente prosperidad de la población pobre puede contribuir sustancialmente a la protección del medio ambiente. Los pequeños agricultores que tienen seguridad en la tenencia de la tierra, están instruidos, tienen acceso a créditos y asesoramiento técnico, disponen de mercados para sus cultivos y sistemas de comunicación suficientes para transportarlos, poseen maquinaria agrícola adecuada y un cierto grado de seguridad en lugar de familias numerosas, son la mejor salvaguardia para un desarrollo sostenible.

Si la protección del medio ambiente tiene que depender de la cooperación de los pobres, ésta debe ofrecer asimismo a las familias una mejora de sus condiciones de vida actuales y claras garantías de una vida mejor para ellos y para sus hijos en el futuro.

país. En efecto, no sólo sería una medida de los resultados de la lucha contra la desnutrición presente, sino también del alcance de la inversión más esencial para el futuro.

Con este objeto, el UNICEF ha iniciado una cooperación con la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) para ayudar a los gobiernos nacionales a obtener la información necesaria. Los datos se obtendrán a partir de encuestas familiares regulares, de los registros de nacimientos y de los censos escolares, y tomarán como base tres medidas antropométricas clave: la incidencia del bajo peso al nacer, la relación peso-edad para los menores de tres años y la estatura de los niños en el momento de iniciar la enseñanza primaria. Mediante estos tres indicadores, y especialmente en base a la relación peso-edad, los gobiernos podrán hacer un seguimiento de la lucha contra la desnutrición, los resultados de valorar las políticas adoptadas y mantenerse regularmente informados sobre qué proporción de la población infantil del país está afectada de desnutrición en un grado moderado o grave, en qué regiones, en qué épocas del año y en qué sectores concretos de la economía.

Vitamina A y yodo

No es posible concluir la enumeración de acciones concretas contra la desnutrición que podrían emprenderse en la década de los noventa, sin citar otros dos problemas de deficiencia nutricional que deberían desaparecer antes de que finalice el siglo XX.

Se sabe ya desde hace cuarenta años que la carencia de vitamina A en la dieta infantil puede ser causa de ceguera irreversible. Sólo en fecha más reciente se ha comprendido el alcance de este problema. Cada año, un cuarto de millón de niños quedan permanentemente ciegos y otro cuarto de millón ven disminuida su visión debido a la carencia de vitamina A. Al menos 100.000 de esos niños mueren en un plazo de pocas semanas.

Esta carencia puede prevenirse informando a los padres de que para proteger la salud y la vista de sus hijos deben añadir una pequeña cantidad de hortalizas de hoja verde baratas a los alimentos de destete. Otra alternativa es administrar una cápsula de vitamina A cada seis meses a los niños en situación de riesgo.

Estas cápsulas tienen un costo de producción de dos centavos de dólar. El precio de ignorar el problema

será la pérdida de visión de más de dos millones de niños durante la década de los noventa y una mala salud y un desarrollo deficiente para muchos millones más.

La segunda deficiencia alimentaria que puede y debe eliminarse en los años noventa es la carencia de yodo, que afecta sobre todo a los niños de las zonas montañosas o expuestas a las inundaciones donde la erosión arrastra el yodo del suelo.

Las afecciones asociadas a la carencia de yodo merman el bienestar y la productividad de decenas de millones de adultos y deterioran la capacidad física y mental de muchos millones de niños. Hace ya varias décadas que se sabe que es posible superar este problema yodando la sal de consumo o, en circunstancias especiales, mediante la administración de inyecciones de aceite yodado.

El costo de aplicación de cualquiera de estas medidas en las regiones de mayor incidencia, con una población afectada de unos mil millones de personas, no supera los 10 centavos de dólar anuales por persona. El costo de no adoptar estas medidas será el nacimiento de muchos millones de niños con daños cerebrales durante la década que ahora se inicia.

Acciones evidentes

La intensificación de los programas de investigación permitiría encontrar casi con toda seguridad otras estrategias de bajo costo y gran impacto para la protección de la infancia. Pero al pasar revista aquí a los avances y al potencial de la inmunización, la rehidratación oral, los antibióticos, la lactancia materna, el espaciamiento de los nacimientos y la mejora del estado de nutrición, se ha intentado demostrar que hoy ya existen soluciones eficaces y de costo asequible para combatir las principales causas de enfermedad, desnutrición y mortalidad de la infancia de los años noventa.

El UNICEF considera que, en conjunto, estas oportunidades concretas ofrecen un argumento de peso para declarar la década de los noventa como la *Década de las acciones evidentes*. Y la propuesta de una *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* representa el objetivo de alcanzar un compromiso para llevar a la práctica estas acciones evidentes. En efecto, sólo el compromiso consciente de los dirigentes y la población de un país, y la movilización organizada de sus recursos puede asegurar la aplicación de las soluciones actuales en la escala requerida.

Los recursos financieros necesarios para respaldar estos compromisos no son demasiado grandes. Si a principios de los noventa se consigue doblegar la crisis de la deuda externa, las sumas adicionales requeridas para aprovechar las oportunidades concretas y evidentes de protección de la infancia, expuestas en este capítulo, serían del orden de entre dos y tres mil dólares anuales a mediados de la década. Un precio reducido a pagar por la salvación de tantos millones de jóvenes vidas, la drástica reducción de las enfermedades y la desnutrición, y el consiguiente descenso de las tasas de crecimiento demográfico (recuadro 3). Cabe esperar razonablemente que alrededor de la mitad de esa suma, o sea 1000 a 1500 millones de dólares anuales, podría proceder de los países industrializados, una vez garantizado que estos recursos adicionales se destinarían a tales objetivos específicos.

Pero también es evidente que las soluciones disponibles para los principales problemas de salud de la

infancia no pueden aplicarse en medio de un vacío total. Para poner realmente al alcance de la mayoría los actuales conocimientos en materia de salud, serán precisos sistemas permanentes de comunicaciones, servicios accesibles y apoyo práctico. Lo cual a su vez depende en un grado significativo de la formación de agentes de salud, del desarrollo de sistemas de asistencia primaria, de la existencia de servicios de abastecimiento de agua potable y de saneamiento, y del nivel de alfabetización e instrucción de toda la población.

A la vez que pone el acento en objetivos específicos, factibles y asequibles, la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* deberá ocuparse también de la dimensión global del desarrollo social, que en la actualidad se ve gravemente limitada por el hecho de que la mitad del gasto gubernamental total del mundo en desarrollo se destina al mantenimiento del aparato militar y al servicio de la deuda externa.

Los pobres primero

En particular, es fundamental conseguir compromisos políticos en favor de la atención de salud y de la educación universales, los dos grandes objetivos del desarrollo social, con el fin de alcanzar el bienestar de la infancia de hoy y el mundo del mañana. Un país con un tercio de la población adulta enferma y con un tercio de la población infantil con importantes retrasos en su crecimiento físico y mental es un país cuyo progreso económico y social está internamente socavado. Muchos países en desarrollo se encuentran hoy en día en esta situación. Por esta razón, se reconoce amplia-

mente que la mejora de la salud nacional es tanto una causa como una consecuencia del desarrollo general.

Atención primaria de salud

Una alimentación adecuada, la utilización de agua no contaminada y unos servicios de saneamiento eficaces siguen siendo las tres medicinas más poderosas en todo el mundo. Asimismo, la posibilidad de contar con un empleo y el ingreso correspondiente son tam-

bién la mejor garantía de que estas tres necesidades básicas puedan ser satisfechas. Por tanto, la salud no puede divorciarse de la situación económica y de la disponibilidad de servicios básicos. Sin embargo, la incidencia de la mala salud y de las enfermedades tanto en la población adulta como infantil de muchos países en desarrollo es hoy día mucho mayor de la que podría derivarse en exclusiva de la situación económica (*).

Ya nos hemos referido a los aspectos relativos a la alimentación y la nutrición. Las otras dos patas del trípode básico de la salud, agua y saneamiento, plantean uno de los mayores retos para la próxima década: el 60% de las familias rurales y el 25% de los hogares urbanos todavía carecen de abastecimiento de agua potable. Pero por extraordinario que sea este reto no se trata de algo imposible. Los costes actuales de instalación de sistemas de abastecimiento de agua potable y saneamiento suponen menos de unos 30 dólares por persona y año. El total de inversiones en abastecimiento de agua en los países en desarrollo alcanza en la actualidad un montante de aproximadamente 12.000 millones de dólares por año, de los cuales 10.000 millones se destinan a servicios para los grupos más favorecidos a un coste medio de unos 600 dólares por persona y año. Desafortunadamente, este desequilibrio se ve exacerbado en lugar de compensado por muchos programas de ayuda internacional; del total de la ayuda prestada al mundo en desarrollo en materia de agua y saneamiento, menos del 5% se destina a servicios básicos de bajo costo para la mayoría (aquellos con un costo por persona y año inferior a 30 dólares). Lo mismo puede decirse acerca de la proporción de gasto y de ayuda destinadas a los hospitales en relación con la atención primaria de salud o las universidades respecto a la enseñanza primaria (gráfico 9).

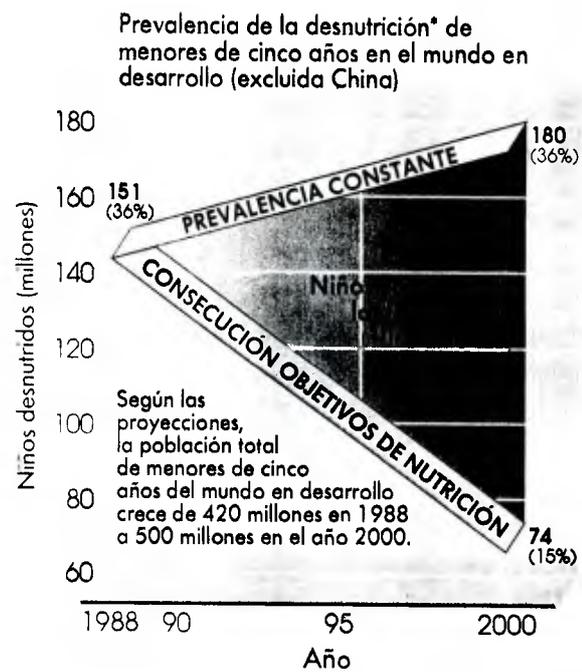
Estos datos ilustran el hecho de que las políticas son tan importantes como el incremento de los recursos. Por ejemplo, incluso un pequeño cambio en el balance de recursos en favor de los pobres, mediante la planificación de una expansión más rápida de los servicios de bajo costo en futuros programas, podría suponer grandes avances hacia la cobertura de las necesidades de todas las familias en materia de agua potable y saneamiento eficaz para finales de este siglo.

(*) Aunque existe una correlación general entre el PNB per cápita y los principales indicadores de salud, muchos países han alcanzado niveles de esperanza de vida y de mortalidad infantil mucho más avanzados que otros donde el PNB per cápita es doble o incluso triple (véanse tablas estadísticas pp. 38-39).

Respecto a los servicios de salud resulta ya claro desde hace algún tiempo que es posible obtener avances significativos en la salud incluso enfrentados a dificultades económicas. Durante la última década, ha habido una virtual unanimidad entre todos los países del mundo en que la estrategia conocida como atención primaria de salud (APS) es la mejor vía para alcanzar un más alto nivel de salud del mayor número de personas al más bajo costo y en el menor período de tiempo.

Gráf. 8 Objetivo 2000: salvar a 100 millones de niños de la desnutrición

La OMS y el UNICEF creen que es un objetivo factible reducir a la mitad la tasa de desnutrición infantil y eliminar la desnutrición grave de aquí a final de siglo. El gráfico muestra el número de niños afectados por el avance (o por la falta de él) hacia ese objetivo. Casi la mitad del total mundial de niños desnutridos vive en ocho países de Asia meridional.



* La desnutrición se define como más de dos desviaciones standard por debajo del peso deseable por edad.

Fuente: Beverley A. Carlson y Tessa Wardlaw. «Assessing Nutritional Status in Young Children: A Global Analysis and Methodological Overview». Documento presentado a la 47 Asamblea del Instituto Internacional de Estadística, París, agosto-septiembre, 1989.

Educación: avances en Bangladesh

Las escuelas con un solo maestro promovidas por el Comité para el Progreso Rural de Bangladesh (CPRB) ofrecen un nuevo modelo de enseñanza primaria básica, al alcance de los hijos de la mayoría de la población pobre y adaptado a sus necesidades.

Como muchos otros países en desarrollo, Bangladesh aún no cuenta con un sistema formal adecuado de enseñanza primaria. Alrededor del 30% al 35% de los niños no llegan a asistir nunca a la escuela y el 60% de los que inician la enseñanza primaria la abandonan antes de llegar al tercer curso. Los costos de la enseñanza, la inaccesibilidad de las escuelas y la falta de estímulos suelen excluir de la escolarización a los hijos de los pobres. En las escuelas públicas, las clases son a menudo numerosas (70 alumnos por maestro en el primer curso), los maestros muchas veces están poco motivados y su supervisión es inadecuada, gran parte del programa de estudios resulta irrelevante para la vida de los niños y existe una grave escasez de libros de texto.

En 1985, en respuesta a las peticiones de los padres de las aldeas, el CPRB puso en marcha 22 escuelas rurales de carácter experimental destinadas a ofrecer un programa básico de alfabetización, cálculo aritmético y formación social para los hijos de las familias sin tierras. A finales de 1989, el programa se había ampliado hasta abarcar 2500 escuelas rurales y está prevista la inauguración de otras 2000 antes de 1991.

En las escuelas del CPRB se enseña un programa de tres años de bangla (la lengua nacional), aritmética y estudios sociales, para los niños de 8 a 10 años.

Las clases tienen lugar en construcciones de adobe o de bambú, con techo de paja o de hojalata. Los niños se sientan sobre esteras en el suelo de tierra. Cada niño recibe una pizarra pequeña, lápices, cuadernos y libros de texto. Los maestros disponen de una pizarra mural, un taburete y un baúl para guardar los materiales.

Todos los alumnos pertenecen a las familias más pobres de campesinos sin tierras. Se presta especial atención a la matriculación de las niñas, que representan el 63% del alumnado; el objetivo es que lleguen a constituir el 70% del total de niños escolarizados.

El éxito de las escuelas del CPRB ha colmado todas las expectativas. La tasa de asistencia diaria supera el 95% y la tasa de abandonos es de sólo un 1,5% para un período de tres años. Es de destacar el hecho de

que un 95% de los alumnos han superado el examen de ingreso al cuarto curso de primaria del sistema educativo oficial.

En las escuelas del CPRB se vigila estrictamente que la relación maestro-alumnos no sea superior de 1 a 30, a fin de garantizar que todos puedan tomar parte activa en las actividades de aprendizaje. Los maestros siguen un programa sumamente estructurado, con ayuda de materiales didácticos y recomendaciones para el maestro desarrollados por el CPRB a lo largo de varios años de experimentación.

Los maestros no son profesionales plenamente calificados, sino jóvenes casados de las aldeas, con un buen nivel de instrucción, que siguen un cursillo intensivo de formación de 12 días y reciben orientación periódica, supervisión y cursillos de reciclaje. Perciben un pequeño salario mensual a cambio de hasta tres horas diarias de clases, seis días a la semana. Un 75% de estos maestros son mujeres, en comparación con sólo un 14% en las escuelas públicas.

Los padres y dirigentes de las aldeas participan activamente en la creación y administración de las escuelas del CPRB. Para que pueda inaugurarse una escuela, los padres deben proporcionar previamente un aula (por la que el CPRB paga un pequeño alquiler) y acordar el horario de clases.

El programa de las escuelas del CPRB tiene una orientación más funcional que el de las escuelas públicas. La aritmética, por ejemplo, incluye métodos simples de contabilidad, unidades de medida y de manejo del dinero. Los estudios sociales se centran en temas prácticos como la salud y la cooperación entre vecinos, y en problemas como los matrimonios precoces y las dificultades asociadas al pago de la dote.

Los gastos de instalación y funcionamiento de las escuelas del CPRB son de unos 15 dólares anuales por alumno. La organización recibe donaciones de diversos organismos para este programa.

En 1988, el CPRB inició una experiencia con un segundo tipo de escuela, para alumnos de 11 a 14 años sin ninguna instrucción formal previa. Hasta la fecha, se han inaugurado 225 de estas escuelas. Su programa es una adaptación del de las escuelas para niños de 8 a 10 años, pero se enseña en sólo dos años.

En la actualidad está en proyecto una rápida ampliación del número de escuelas de ambos tipos.

La atención primaria de salud es un enfoque práctico y de sentido común para mejorar la salud humana concediendo prioridad a la nutrición, el abastecimiento de agua, el saneamiento, la educación de salud y la asignación eficiente y equitativa de los recursos destinados a la salud. Merece la pena repasar sus sencillos principios esenciales.

La primera línea de defensa de la salud está constituida por el individuo, la familia y la comunidad. Una persona bien equipada con los conocimientos actuales y una comunidad organizada para demandar y participar en los servicios que necesita, son los principales agentes de una mejor salud. En particular, en lo que respecta a los niños los más eficaces agentes de salud son unos padres bien informados y bien apoyados (recuadro 7).

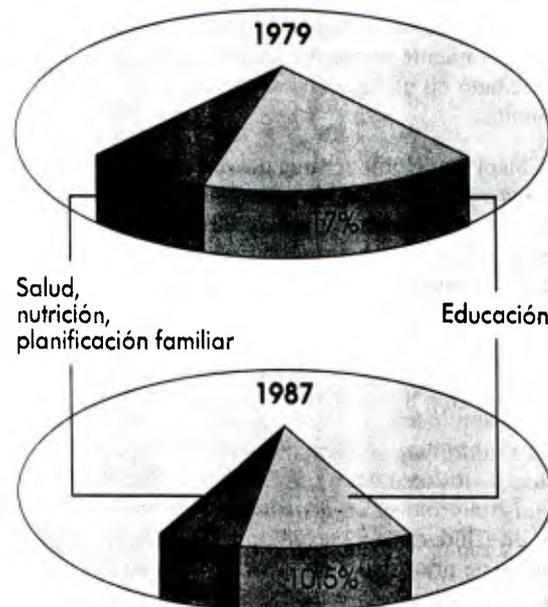
El segundo nivel de la atención primaria de salud es un agente de salud con unos seis meses de capacitación, con supervisión y un entrenamiento regular, el cual puede atender a más de las tres cuartas partes de las necesidades de salud de una comunidad: entre ellas, inmunización, rehidratación oral, antibióticos, vigilancia del desarrollo infantil, conocimientos de nutrición y consejos y ayuda sobre atención prenatal, partos sin riesgos, lactancia materna, espaciamiento de los nacimientos, destete, suplementos de vitamina A y prevención de las enfermedades más comunes. Por supuesto, la dedicación y calificación de este tipo de agente de salud variará de un país a otro, pero su eficacia básica es obvia. No es necesario un médico plenamente calificado, con siete años de costosa capacitación, para prevenir o tratar la gran mayoría de enfermedades existentes en las comunidades del mundo en desarrollo. El costo de capacitación de un agente de atención primaria de salud es de unos 500 dólares. El costo de capacitación de un médico plenamente capacitado es al menos de unos 60.000 dólares. Así pues un agente de atención primaria capacitado, que es más probable que permanezca en las áreas rurales, permite lograr un salto cuantitativo en la eficiencia en relación con los costos. Es precisamente este incremento de la eficiencia lo que hace posible lograr mejoras significativas de la mayoría de la población a un costo asequible antes de que finalice el siglo XX.

En un sistema de atención primaria de salud que funcione bien, los agentes de salud remiten los problemas más difíciles al siguiente nivel de la atención primaria, es decir, a personal médico más altamente capacitado que desempeña su labor en ambulatorios y hospitales. Sin este enlace, la atención primaria de sa-

Gráf. 9 Ayuda para salud y educación

El gráfico muestra la proporción decreciente de la ayuda total destinada a nutrición, salud y educación.

Proporción de la ayuda total de los países industrializados destinada a sectores sociales clave



FUENTE: Informes sobre Cooperación y Desarrollo, OCDE, París.

lud es, en el mejor de los casos, un servicio de salud de segunda clase para los pobres. Cuando este enlace existe, la atención primaria de salud se convierte en un sistema eficiente para adecuar el nivel de atención al nivel de necesidad requerida.

Ahora bien, ¿hasta qué punto resulta práctico capacitar y poner al día a un agente de salud por cada doscientas o doscientas cincuenta familias en el mundo en desarrollo?

Para abordar la cuestión con cierta perspectiva hay que tener en cuenta que la relación de un agente de salud por cada doscientas familias supone que habría que capacitar a un millón de agentes de salud para atender las necesidades de la quinta parte más pobre

de la humanidad, es decir, mil millones de pobres del mundo en desarrollo. A un coste medio de capacitación de 500 dólares, el coste total sería de 500 millones de dólares. Esta suma equivale al 0,5% del PNB del mundo en desarrollo en su conjunto, o a un 1% del presupuesto de ayuda del mundo industrializado, o bien al pago de un día de intereses de la deuda del Tercer Mundo.

Tales cifras muestran que cualesquiera que sean otras posibles dificultades, es absurdo señalar que es financieramente imposible situar a un agente de salud capacitado en un área accesible para cada familia necesitada.

Con el fin de obtener una desviación significativa de recursos para atender las necesidades básicas de atención de salud de los pobres podría reducirse la proporción de gastos de salud destinados a los hospitales desde la actual proporción del 75% a una próxima al 45% o al 50%, incluso aunque esto se consiga gradualmente posponiendo nuevos gastos y permitiendo que la atención primaria de salud crezca a una tasa doble de la atención hospitalaria.

Por tanto, hay un campo considerable para mejorar el uso de los recursos existentes y adicionales mediante un compromiso en favor de los agentes comunitarios de salud, de la atención primaria y de un pequeño cambio de prioridades en favor de los pobres.

La atención primaria de salud mantiene la promesa de un futuro económico y humano más saludable. Pero esto no será poco costoso ni en términos financieros ni políticos. Requerirá importantes recursos nacionales y asistencia práctica de programas de ayuda externa. Pero por encima de todo, requerirá el coraje y el compromiso de los líderes políticos y de los profesionales médicos nacionales.

Educación para todos

La educación para todos, el otro gran objetivo del desarrollo social, plantea muchas más dificultades. La diferencia más evidente es que la atención de salud puede suponer que un niño tenga que ser examinado por un agente de salud durante unos pocos minutos en una docena de ocasiones al año, mientras que la educación implica habitualmente un contacto continuado con los maestros y la escuela durante varias horas al día a lo largo de muchos años de la vida de un niño.

El valor general de la inversión en educación resulta indudable. Existe una estrecha asociación entre la educación y un mejor nivel de salud y nutrición, tasas de supervivencia infantil más altas y menores tasas de fecundidad. Además, como muestran de forma consistente los estudios del Banco Mundial, los rendimientos económicos de la educación son más altos que los obtenidos con otros tipos de inversión: en circunstancias similares, y si el resto de factores permanece constante, se estima que, por ejemplo, cuatro años de educación primaria está asociada con un incremento medio de un 10% o más de la productividad agrícola. Igual que la salud, la educación es pues tanto causa como efecto del desarrollo económico. Sin embargo, tras varias décadas de expansión de la educación en los países en desarrollo, el objetivo de la educación universal se ha alejado durante los años ochenta.

En general, el problema no es la carencia de escuelas. Más del 90% de los niños del mundo en desarrollo comienzan la enseñanza cada año. Pero de los 100 millones de niños de seis años que empezarán a ir a la escuela en 1990, más de 40 millones la abandonarán antes de completar la enseñanza primaria. Casi la mitad de estos niños serán analfabetos el resto de su vida y, por consiguiente, no podrán participar plenamente en, ni beneficiarse de, los grandes cambios que rodearán su vida en los comienzos del siglo XXI.

Así pues, las cifras actuales de abandono escolar son el indicador más representativo del sombrío declive educativo. Desgraciadamente, más de los dos tercios de la población en edad escolar que nunca va a la escuela o que la abandona en sus primeras etapas, pertenece al sexo femenino. A principios de la década de 1990, apenas una de cada tres niñas nacida en Asia meridional o en Oriente Medio tendrá la oportunidad de completar la enseñanza primaria.

Todas estas cuestiones fueron abordadas por la *Conferencia Mundial sobre Educación para Todos*, patrocinada por la UNESCO, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Banco Mundial y el UNICEF, que se celebró en Jomtien, Tailandia, en marzo de 1990. Los resultados de la Conferencia ofrecen una base para una reacceleración práctica y asequible del progreso hacia la educación para todos y aparecen resumidos en el recuadro 6 de la página 14. Un ejemplo práctico destacado de tales estrategias se presenta en el recuadro 11 de la página 30. En conjunto,

la consecución de la educación primaria universal supondría un costo adicional de 5000 millones de dólares

anuales durante la década de 1990, una cifra equivalente al gasto militar mundial de dos días.

Ayuda real para un desarrollo real

Existen grandes oportunidades para reanudar el avance hacia la atención primaria de salud y la educación universales, el abastecimiento de agua y el saneamiento adecuado en la próxima década, siempre que se adopte un compromiso firme en favor de un tipo de desarrollo que conceda una mayor prioridad a la satisfacción de las necesidades básicas y a la inversión destinada a la población pobre.

Como es evidente, esta ambiciosa empresa de avanzar hacia un «desarrollo con rostro humano» requerirá un aumento sustancial de los recursos. Suponiendo que se consiga una auténtica reducción de los flujos de pagos del capital y los intereses de la deuda y un incremento de los flujos de inversiones, puede estimarse que se requerirán unos 50.000 millones de dólares adicionales al año durante la década de 1990 para avanzar hacia los grandes objetivos humanos de conseguir alimentación, abastecimiento de agua, atención de salud y educación adecuados para cada uno de los hombres, mujeres y niños del planeta. El precio aproximado a pagar para conseguir un avance significativo en esta dirección supone menos del 0,5% del PNB mundial o cerca del 5% de la suma total anual destinada actualmente a gastos militares en todo el mundo.

La mitad de los recursos requeridos podrían aportarla los propios países en desarrollo mediante una reestructuración de las prioridades para inclinar la balanza en favor de los pobres. El equilibrio podría lograrse en parte con un incremento de la ayuda y en parte con su reestructuración interna destinada a servicios en gran escala de bajo costo para capacitar a la mayoría de familias pobres para mejorar su vida y la de sus hijos. Para situar esta cifra en una perspectiva precisa, esto supondría incrementar el nivel actual de ayuda en un 50%, de modo que los países industrializados

aportarían en promedio un 0,5% del PNB en lugar del 0,35% actual. La contribución acordada en las Naciones Unidas en los años sesenta fue del 0,7% del PNB para la ayuda al desarrollo (gráfico 10).

Ahora bien, hay que seguir teniendo en cuenta que para alcanzar estos grandes objetivos sociales en la década de 1990, de los cuales dependen en última instancia tantos otros avances potenciales, es imprescindible resolver la crisis de la deuda e incrementar los recursos totales disponibles para los países en desarrollo.

Una modificación del orden de prioridades y de la asignación del gasto, en favor de servicios básicos de bajo costo como la atención primaria de salud, la educación básica y los subsidios de alimentación con destinatarios más selectivos, puede ser una solución parcial. Pero muchos países se encuentran limitados políticamente para reestructurar el uso de sus recursos en unas condiciones de descenso de sus ingresos totales. No será fácil realizar una reasignación de prioridades desde los hospitales urbanos a los centros de salud rurales, desde las líneas aéreas nacionales a los servicios de autobuses domésticos, desde las prestigiosas salas de conferencias universitarias a las humildes aulas de las escuelas primarias, desde las expectativas específicas de los grupos políticamente poderosos a las difusas esperanzas de la mayoría pobre.

La severidad del proceso de ajuste económico, sus riesgos políticos y sus consecuencias ecológicas, no han pasado desapercibidos para los países industrializados donantes y en muchos sectores existe una disposición favorable a facilitar el proceso de transición hacia un mayor crecimiento económico y la protección de la población más pobre.

Así pues, ha llegado el momento para los países en

CUMBRE MUNDIAL EN FAVOR DE LA INFANCIA

desarrollo de analizar las posibilidades de reestructuración de sus propios recursos nacionales, en favor de los pobres, y de formular planes para mantener y promover la educación primaria, los servicios de atención primaria de salud, programas nacionales de nutrición y la protección del medio ambiente.

Tales planes podrían constituir las bases para un incremento de la ayuda directa, más selectiva, y un esfuerzo renovado de inversión en la próxima década.

No es probable que tales propuestas sean desoídas. En cierta medida, es posible que se produzca un incremento de la ayuda externa porque el mundo industrializado está cada vez más convencido, por razones morales o prácticas, de la necesidad de hacer algo para contribuir al restablecimiento de un desarrollo sostenido.

Sin embargo, cualquiera que sean las pasadas o presentes injusticias responsables del subdesarrollo, el hecho es que este incremento significativo de la ayuda tendrán que pagarlo los contribuyentes de los países industrializados. Hay crecientes signos de que la mayoría de la población de estos países apoyaría este incremento de la ayuda si percibiera con claridad que ésta sería destinada a atacar la pobreza y a proteger el medio ambiente.

Se necesita hacer mucho más para movilizar un mayor apoyo social en favor de un incremento sustancial de la ayuda. Ahora bien, debe reconocerse que una de las dificultades es la capacidad de los países en desarrollo para utilizar la ayuda prestada de una forma convincente. Y esta restricción sólo pueden eliminarla los propios países en desarrollo.

Si los países en desarrollo, ya sea individualmente o en grupos regionales, se comprometieran políticamente a erradicar los peores aspectos de la pobreza, en una forma mensurable y en un período concreto, sería posible pensar en una asociación entre grupos de países donantes y países en desarrollo con el propósito específico de avanzar hacia fines compartidos, entre los cuales podrían contarse la educación primaria, servicios de abastecimiento de agua y saneamiento de bajo costo, reducción a la mitad de la desnutrición infantil, reducción de la incidencia del sarampión y el tétanos neonatal, junto a otros avances importantes igualmente factibles (recuadro 2).

En muchos países será necesario un incremento sustancial de la ayuda destinada a tales programas para que estos sean políticamente viables. En este sentido, el principal papel de la ayuda exterior en los años no-

venta consistirá en apoyar de forma sostenida la viabilidad política de los programas a largo plazo en favor de los pobres y del medio ambiente.

Enfrentados a numerosos y acuciantes problemas a corto plazo, muchos gobiernos encuentran muy difícil, incluso cuando cuentan con una clara voluntad política para ello, además de atender las exigencias de la propia supervivencia política y económica, tratar de incrementar los recursos destinados a fines a largo plazo, cuyos principales beneficiarios serían los pobres, las generaciones futuras y el medio ambiente. Durante los años noventa, deberían diseñarse nuevos programas con un incremento de la ayuda con el fin de disminuir el grado de voluntad política necesario y/o promover una mayor atención política, para la adopción de medidas que ofrecen escasas ventajas políticas o económicas inmediatas pero que resultan esenciales para una mejora a largo plazo de las condiciones de vida y la capacidad de la población.

Durante veinte años, la ayuda externa se ha mantenido a un nivel próximo al 0,3% del PNB conjunto de los países industrializados. Desafortunadamente, se trata de una proporción muy pequeña (gráfico 10). Los recursos financieros destinados al mundo en desarrollo deben incrementarse mediante la reducción de la deuda, reformas comerciales y un incremento en cantidad y calidad de la ayuda, si se pretende conseguir algún avance. Ahora bien, estos recursos deben incrementarse, como parte integral de un esfuerzo conscientemente planificado a largo plazo, para proteger a los pobres de los efectos inmediatos de los programas de ajuste y para invertir en el motor más eficiente del futuro crecimiento: una población bien nutrida y bien instruida.

Finalmente, para que el mundo pueda avanzar hacia un desarrollo en favor de los pobres en las próximas décadas, el Banco Mundial y el FMI deberán orientarse en la misma dirección. Por el momento, los préstamos del Banco y el FMI están condicionados al cumplimiento de criterios económicos tales como la reducción del gasto público y el equilibrio de la balanza de pagos. Por ello es esencial que se adopte cuanto antes un enfoque más amplio sobre este tipo de condiciones. En cooperación con otros países donantes y agencias internacionales, y asimismo con los propios gobiernos de los países receptores de ayuda, los programas de ajuste económico tienen que tomar también en cuenta los efectos sociales de dichas condiciones con el fin de asegurar que no se vean socavados los niveles de nutrición, que no se incrementen los casos

de bajo peso al nacer y de discapacidad infantil, y que las medidas de ajuste no conduzcan al cierre de ambulatorios y escuelas primarias. Han pasado ya los días en que las instituciones financieras podían confinar sus preocupaciones a las cuestiones de orden económico. La atención de fines sociales consensuados es también esencial para prevenir tanto la privación humana a corto plazo como para evitar la desinversión en capital humano que socava el crecimiento a largo plazo.

La apertura de la trampa de la deuda externa, la renovación de las inversiones, la liberalización del co-

mercio internacional, con medidas compensatorias por la caída sostenida de los precios de las materias primas, y el incremento de la ayuda, son las condiciones básicas para invertir las desastrosas tendencias de los años ochenta y permitir una reanudación del avance hacia los grandes fines materiales constituidos por una alimentación y atención de salud adecuadas y la educación para todos.

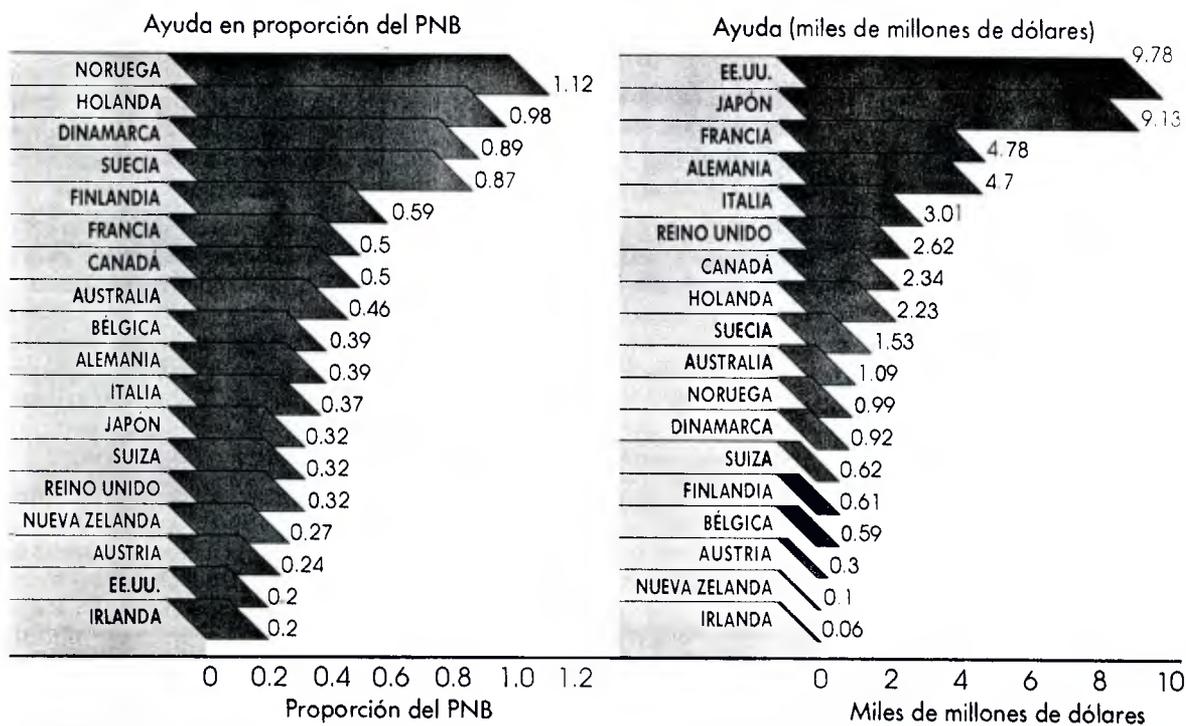
Tanto la economía de los países industrializados como en desarrollo se beneficiarían de los programas derivados de un incremento de la ayuda diseñados es-

Gráf. 10 La liga de la ayuda

La ayuda oficial al desarrollo (AOD) de los países de la OCDE alcanzó una cifra total de 47.600 millones de dólares en 1988, con un incremento del 6,7 % en términos reales respecto a 1987. Expresada en proporción del PNB conjunto de los países de la OCDE, la AOD pasó del

0,34 % en 1987 a un 0,35 % en 1988. Esta proporción es apenas la mitad del objetivo del 0,7 % establecido por las Naciones Unidas en 1960. No obstante, parece que el largo declive en el nivel de ayuda está llegando a su fin.

Ayuda de los países industrializados (OCDE), 1988



Fuente: Comité de Ayuda al Desarrollo, borrador del informe del Presidente para 1989, OCDE, París, agosto de 1989.

pecíficamente para fines sociales, tales como la educación básica universal, atención primaria de salud, servicios de agua y saneamiento y mejora de los niveles de nutrición. La mayor parte de los gastos requeridos para cubrir tales objetivos serían gastos en moneda local. Así pues, la ayuda extranjera para financiar estas inversiones incrementaría finalmente los «ingresos» en divisas de los países receptores, y en consecuencia, facilitaría la apertura de las economías y la expansión del comercio internacional.

Conclusión

Los gobiernos tienen la responsabilidad particular, tanto en el mundo industrializado como en el mundo en desarrollo, de establecer el marco para un nuevo compromiso en favor de la infancia en la década de 1990.

En el nuevo clima internacional de disminución de los conflictos regionales e ideológicos, de avances hacia el desarme y del nacimiento de una nueva conciencia global sobre el medio ambiente, resulta posible que «un nuevo pensamiento político prevalezca sobre el sombrío legado del pasado», como ha dicho el ministro de Asuntos Exteriores de la Unión Soviética Eduard Shevardnadze.

Si se pretende que el siglo XXI sea más beneficioso para la humanidad de lo que ha sido el siglo XX, es esencial que el principio de «máxima prioridad» en favor de la infancia se convierta en parte integral de este nuevo pensamiento político.

Está en nuestras manos poner fin a la mortalidad infantil, a los abusos sobre la infancia y a las enfermedades y desnutrición infantiles que en la escala actual mutilan el rostro de nuestra civilización. Asimismo, está dentro de nuestra capacidad asegurar que cada niño tenga una escuela donde ir, un agente de salud al que dirigirse y una dieta alimenticia suficiente que le permita un desarrollo normal, tanto físico como mental.

Ahora bien, en los inicios de la década de 1990, es importante empezar a avanzar hacia estos grandes fines dando los primeros pasos más evidentes. Algunos de los mayores avances en la salud humana de toda la historia están ya a nuestro alcance en términos prácticos y factibles. En particular, es posible conseguir avances espectaculares en la salud y el bienestar materno-infantil. Podemos controlar las enfermedades diarreicas, que todavía constituyen la principal dolencia

en la primera infancia, la desnutrición y la mortalidad infantiles en todo el mundo; podemos reducir en una gran proporción las enfermedades inmunoprevenibles, en especial el tétanos y el sarampión, que causan la muerte de más de dos millones de niños cada año; podemos erradicar la poliomielitis que en la actualidad deja discapacitados a un cuarto de millón de niños anualmente; podemos reducir al menos a la mitad la desnutrición infantil, que socava el crecimiento de 150 millones de niños menores de cinco años. Asimismo, podría mejorarse drásticamente la mala salud de tantos millones de mujeres si éstas pudieran tener el derecho, los conocimientos y los medios de elegir el número de hijos que desean tener y cuándo.

La consecución de estos fines no depende ya de las posibilidades físicas o financieras. Es una cuestión de prioridad política.

En el mundo en desarrollo, la traumática experiencia de los años ochenta debe dar lugar a un nuevo compromiso para poner en práctica nuevos tipos de desarrollo que den prioridad a la atención de las necesidades básicas y promuevan la capacidad productiva de la mayoría pobre durante la década de 1990.

En el mundo industrializado, se necesita establecer también un nuevo compromiso de los líderes políticos, los medios de comunicación y el público en general en favor del desarrollo internacional. Deben reducirse la deuda externa y promoverse nuevos flujos de inversiones y ayuda. Pero no será posible un avance significativo sin un incremento en los recursos disponibles en el mundo en desarrollo.

El primer paso hacia este compromiso, tanto en el mundo industrializado como en desarrollo, podría consistir en convertir los años noventa en la *Década en favor de lo evidente* con el fin de llevar a la práctica algunas de las principales oportunidades concretas descritas en este informe. El costo de realización, que supondría una cifra adicional de 2000 a 3000 millones de dólares anuales podría ser compartido entre los países industrializados y en desarrollo.

Desde la más amplia perspectiva de nuestro futuro común, la consecución de un desarrollo físico y mental saludable de la infancia es la más importante inversión que podemos realizar para un desarrollo social y económico saludable de nuestras sociedades. Por tanto, todo lo que ahora puede hacerse para conseguir este objetivo es una cuestión que merece un lugar prioritario en la agenda de los líderes políticos, los medios de comunicación y la opinión pública de todo el mundo cuando entramos en la última década del siglo XX.

ESTADÍSTICAS

Indicadores demográficos, económicos
y sociales de todos los países
del mundo, con especial referencia
al bienestar de la infancia

Índice de países

En las tablas siguientes, los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1988, expresada en cifras redondeadas al número entero más próximo. Los países con la misma tasa aparecen ordenados alfabéticamente. En la lista alfabética adjunta se indica el correspondiente número de referencia de acuerdo con la clasificación establecida.

Afganistán	1	Grecia	106	Países Bajos	126
Albania	87	Guatemala	55	Pakistán	33
Alemania, Rep. Fed. de	120	Guinea	8	Panamá	86
Angola	4	Guyana	72	Papúa Nueva Guinea	69
Arabia Saudita	56	Haití	30	Paraguay	77
Argelia	54	Honduras	53	Perú	46
Argentina	85	Hong Kong*	121	Polonia	104
Australia	119	Hungría	103	Portugal	107
Austria	122	India	37	Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	117
Bangladesh	22	Indonesia	49	República Centroafricana	12
Bélgica	111	Irán, Rep. Islámica de	63	Rep. Dem. Alemana	112
Benin	23	Iraq	60	Rep. Dominicana	70
Bhután	19	Irlanda	125	Rumanía	96
Bolivia	29	Israel	109	Rwanda	15
Botswana	62	Italia	118	Senegal	42
Brasil	66	Jamaica	100	Sierra Leona	5
Bulgaria	102	Japón	128	Singapur	113
Burkina Faso	9	Jordania	79	Siria, Rep. Árabe	75
Burundi	21	Kampuchea Democrática	16	Somalia	13
Camerún, Rep. Unida del	36	Kenya	52	Sri Lanka	83
Canadá	127	Kuwait	99	Sudáfrica	57
Colombia	74	Lao, Rep. Dem. Popular	34	Sudán	25
Congo	50	Lesotho	43	Suecia	130
Corea, Rep. de	89	Líbano	80	Suiza	129
Corea, Rep. Pop Dem. de	88	Liberia	38	Tailandia	81
Costa de Marfil	40	Libia, Jamahiriya Árabe	48	Tanzania, Rep. Unida de	26
Costa Rica	101	Madagascar	24	Togo	35
Cuba	105	Malasia	91	Trinidad y Tabago	98
Chad	11	Malawi	6	Túnez	68
Checoslovaquia	108	Mali	3	Turquía	61
Chile	97	Marruecos	47	Uganda	31
China	84	Mauricio	94	URSS	92
Dinamarca	116	Mauritania	14	Uruguay	93
Ecuador	65	México	73	Venezuela	82
Egipto	45	Mongolia	78	Viet Nam	64
El Salvador	67	Mozambique	2	Yemen	20
Emiratos Árabes Unidos	90	Myanmar**	59	Yemen Democrático	17
España	115	Namibia	27	Yugoslavia	95
Estados Unidos de América	110	Nepal	18	Zaire	41
Etiopía	7	Nicaragua	58	Zambia	44
Filipinas	71	Niger	10	Zimbabwe	51
Finlandia	131	Nigeria	28		
Francia	124	Noruega	123		
Gabón	32	Nueva Zelanda	114		
Ghana	39	Omán	76		

*Colonia **Antes Birmania

TABLA 1: INDICADORES BÁSICOS

	Tasa de mortalidad menores de 5 años		Tasa de mortalidad infantil (0-1 años)		Población total (millones) 1988	Nacimientos/ muertes infantiles (0-4 años) (miles) 1988	PNB per cápita (dólares) 1987	Esperanza de vida al nacer (años) 1988	Tasa de alfabetización de adultos 1985	Tasa de escolarización primaria 1986-1988	Distribución familiar del ingreso 1975-1986	
	1960	1988	1960	1988							40 % más bajos	20 % más altos
Paises con muy alta mortalidad infantil (TMM5 mayor de 170)												
Mediana	314	203	190	127	489T	22588T/4684T	275	48	33	65		
1 Afganistán	380	300	215	171	15.1	843/253	..	42	24	21		
2 Mozambique	330	298	190	172	14.8	669/199	170	47	39	68		
3 Mali	370	292	210	168	8.8	444/130	210	44	17	23		
4 Angola	346	292	208	172	9.5	450/131	470*	45	41	93		
5 Sierra Leona	386	266	219	153	3.9	191/51	300	41	30	58		
6 Malawi	364	262	206	149	7.9	419/110	160	47	42	66		
7 Etiopía	294	259	175	153	44.7	2019/523	130	41	66*	37		
8 Guinea	346	248	208	146	6.5	305/76	..	42	29	30		
9 Burkina Faso	362	233	205	137	8.5	404/94	190	47	14	32		
10 Níger	320	228	191	134	6.7	343/78	260	45	14	29		
11 Chad	326	223	195	131	5.4	239/53	150	46	26	51		
12 República Centroafricana	308	223	183	131	2.8	123/27	330	46	41	66		
13 Somalia	294	221	175	131	7.1	353/78	290	45	12*	..		
14 Mauritania	320	220	191	126	1.9	89/20	440	46	17*	52		
15 Rwanda	248	206	146	121	6.8	347/71	300	49	47	67		
16 Kampuchea Democrática	218	199	146	127	7.9	319/63	..	49	75*	..		
17 Yemen Democrático	378	197	214	118	2.3	111/22	420	51	42	66		
18 Nepal	297	197	186	127	18.2	714/141	160	51	26	76		
19 Bhután	297	197	186	127	1.5	56/11	150	48	..	26		
20 Yemen	378	190	214	115	7.5	364/69	590	51	25*	91		
21 Burundi	258	188	152	111	5.1	236/44	250	49	34*	67		
22 Bangladesh	262	188	156	118	109.6	4642/873	160	51	33	70	17	45
23 Benin	310	185	185	109	4.4	226/42	310	47	27	63		
24 Madagascar	364	184	219	119	11.2	516/95	210	54	68	94		
25 Sudán	293	181	170	107	23.8	1062/192	330	50	24*	49		
26 Tanzania, Rep. Unida de	248	176	146	105	25.4	1291/227	180	53	91*	66		
27 Namibia	262	176	155	105	1.8	15/3	..	56	..	..
28 Nigeria	318	174	190	104	105.5	5286/920	370	51	43	64		
29 Bolivia	282	172	167	109	6.9	297/51	580	53	75	91	12*	58*
30 Haití	294	171	197	116	6.3	215/37	360	55	38	78		
Paises con alta mortalidad infantil (TMM5 de 95 a 170)												
Mediana	241	125	153	83	1486T	51592T/7237T	580	57	59	94		
31 Uganda	224	169	133	102	17.2	868/147	260	51	58	70		
32 Gabón	288	169	171	102	1.1	43/7	2700	52	62	..		
33 Pakistán	277	166	163	108	114.9	5263/874	350	57	30	40		
34 Lao, Rep. Dem. Popular	232	159	155	109	3.8	159/25	170	49	84	94		
35 Togo	305	153	182	93	3.2	146/22	290	53	41	101		
36 Camerún, Rep. Unida del	275	153	163	93	10.7	451/69	970	51	56	109		
37 India	282	149	165	98	818.8	26446/3940	300	58	43	98	16	49
38 Liberia	258	147	153	86	2.4	109/16	450	55	35	35		
39 Ghana	224	146	132	89	14.1	624/91	390	54	54	71		
40 Costa de Marfil	264	142	165	95	11.6	596/85	740	53	42	..	9	61
41 Zaire	251	138*	148	83*	33.8	1542/212	150	53	62	76		
42 Senegal	313	136*	180	80*	7.0	320/44	520	46	28	60		
43 Lesotho	208	136	149	99	1.7	68/9	370	56	73	115		
44 Zambia	228	127	135	79	7.9	400/51	250	54	76	97	11	61
45 Egipto	300	125	179	83	51.5	1799/225	680	61	45	90	16	48
46 Perú	233	123	142	87	21.3	719/88	1470	62	85	..	7	61
47 Marruecos	265	119	163	80	23.9	830/99	610	61	34	71		
48 Libia, Jamahiriya Árabe	268	119	160	80	4.2	188/22	5460	61	66	..		
49 Indonesia	235	119	139	84	175.0	4822/574	450	56	74	118	14	49
50 Congo	241	114	143	72	1.9	84/10	870	49	63	..		
51 Zimbabue	182	113	110	71	9.1	379/43	580	59	74	128		
52 Kenia	208	113	124	71	23.1	1238/140	330	59	60	96	9	60
53 Honduras	232	107	144	68	4.8	191/20	810	64	59	106		
54 Argelia	270	107	168	73	23.8	943/101	2680	63	50	96		
55 Guatemala	230	99	125	58	8.7	353/35	950	62	55	77		
56 Arabia Saudita	292	98	170	70	13.1	557/55	6200	64	51*	71		
57 Sudáfrica	192	95	135	71	33.7	1062/101	1890	61	88*	99		
58 Nicaragua	210	95	140	61	3.6	150/14	830	64	88*	81		
59 Myanmar	229	95	153	69	40.0	1242/118	200*	60	84*	..		

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1988 (columna en negritas).

	Tasa de mortalidad menores de 5 años		Tasa de mortalidad infantil (0-1 años)		Población total (millones) 1988	Nacimientos infantiles (0-4 años) (miles) 1988	PNB per capita (dolares) 1987	Esperanza de vida al nacer (años) 1988	Tasa de alfabetización de adultos 1985	Tasa de escolarización primaria 1986-1988	Distribución familiar del ingreso 1975-1986	
	1960	1988	1960	1988							40 % más bajos	20 % más altos
Países con mediana mortalidad infantil (TMM5 de 31 a 94)	155	63	111	44	2170T	50388T/2781T	1400	66	84	104		
Mediana												
60 Iraq	222	94	139	68	17.7	751/71	3020*	64	89	98		
61 Turquía	258	93	190	74	53.5	1502/140	1210	64	74*	117	11	56
62 Botswana	174	92	119	66	1.2	57/5	1050	59	71	114		
63 Irán, Rep. Islámica de	254	90	169	61	53.1	2175/196		66	51	114		
64 Viet Nam	233	88	156	63	64.2	2057/181		62	84	101		
65 Ecuador	183	87	124	62	10.2	359/31	1040	66	83	117		
66 Brasil	160	85	116	62	144.4	4066/346	2020	65	78	103	7	67
67 El Salvador	206	84	142	58	5.0	187/16	860	63	72	79	15	47
68 Túnez	255	83	159	58	7.8	231/19	1180	66	55	116		
69 Papúa Nueva Guinea	247	81	165	57	3.8	145/12	700	54	45	70		
70 Rep. Dominicana	200	81	125	64	6.9	211/17	730	66	78	101		
71 Filipinas	135	73	80	44	59.5	1947/142	590	64	86	106	14	52
72 Guyana	94	71*	69	56*	1.0	25/2	390	70	96	90		
73 México	140	68	92	46	84.9	2439/166	1830	69	90	118	10	58
74 Colombia	148	68	93	46	30.6	878/60	1240	65	82*	114		
75 Siria, Rep. Árabe	218	64	135	47	11.6	512/33	1640	65	60	110		
76 Omán	378	64	214	40	1.4	63/4	5810	56	30*	97		
77 Paraguay	134	62	86	42	4.0	139/9	990	67	88	102		
78 Mongolia	158	59	109	44	2.1	82/5		64	93	102		
79 Jordania	218	57	135	43	3.9	182/10	1560	66	75	99		
80 Líbano	92	51	68	39	2.8	82/4		67	78	125		
81 Tailandia	149	49	103	38	54.1	1218/60	850	65	91	95	15	50
82 Venezuela	114	44	81	36	18.8	569/25	3230	70	87	107	10	54
83 Sri Lanka	113	43	70	32	16.8	380/16	400	70	87	104	16	50
84 China	202	43	150	31	1104.0	22202/955	290	70	69	132		
85 Argentina	75	37	61	32	31.5	672/25	2390	71	95	110	14	50
86 Panamá	105	34	69	23	2.3	61/2	2240	72	89	106	7	62
87 Albania	151	34	112	28	3.1	74/3		72	72	100		
88 Corea, Rep. Pop. Dem. de	120	33	85	24	21.9	623/21		69				
89 Corea, Rep. de	120	33	85	24	42.6	790/26	2690	69	92*	104	17	45
90 Emiratos Árabes Unidos	239	32	145	25	1.5	33/1	15830	71		99		
91 Malasia	106	32	73	24	16.6	460/15	1810	70	74	102	11	56
92 URSS	53	32	38	25	283.7	5108/161	4550*	70		106		
93 Uruguay	56	31	50	27	3.1	58/2	2190	71	95*	110		
Países con baja mortalidad infantil (TMM5 menor de 30)	44	12	37	10	950T	13043T/172T	7940	76	93	102	18	40
Mediana												
94 Mauricio	104	29	70	22	1.1	21/1	1490	69	83	106	11	60
95 Yugoslavia	113	28	92	25	23.6	353/10	2480	72	91	95	19	39
96 Rumanía	82	28	69	22	23.0	356/10	2560*	70		97		
97 Chile	142	26	114	19	12.7	299/8	1310	72	97*	102		
98 Trinidad y Tabago	67	23	54	20	1.2	29/1	4210	70	96	100	13	50
99 Kuwait	128	22	89	19	1.9	61/1	14610	73	70	94		
100 Jamaica	88	22	62	18	2.4	62/1	940	74		105		
101 Costa Rica	121	22	84	18	2.9	79/2	1610	75	93	98	12	55
102 Bulgaria	69	20	49	15	9.0	115/2	4150*	72		104		
103 Hungría	57	19	51	17	10.6	126/2	2240	70		97	20	36
104 Polonia	70	18	62	16	38.0	620/11	2070*	71		101		
105 Cuba	87	18	62	15	10.2	161/3		74	96*	104		
106 Grecia	84	18	53	13	10.0	121/2	4020	76	92	106		
107 Portugal	112	17	81	14	10.2	140/2	2830	73	84	127	15	49
108 Checoslovaquia	32	15	26	12	15.6	222/3	5820*	71		96		
109 Israel	40	14	33	11	4.4	96/1	6800	75	95	95	18	40
110 EE. UU.	30	13	26	10	245.4	3647/47	18530	75		100	17	40
111 Bélgica	35	13	31	10	9.9	117/1	11480	75		100	22	36
112 Rep. Dem. Alemana	44	12	37	8	16.6	211/3	7180*	73		106		
113 Singapur	50	12	36	9	2.6	43/1	7940	73	86	116		
114 Nueva Zelanda	27	12	23	10	3.3	52/1	7750	75		107	16	45
115 España	56	12	46	9	39.1	503/6	6010	77	94	113	19	40
116 Dinamarca	25	11	22	8	5.1	55/1	14930	75		99	17	39
117 Reino Unido	27	11	23	9	56.8	755/8	10420	75		106	18	40
118 Italia	50	11	44	10	57.3	629/7	10350	76	97	95	17	44
119 Australia	25	10	21	9	16.4	243/2	11100	76		106	15	47
120 Alemania, Rep. Fed. de	40	10	33	8	60.7	635/6	14400	75		103	20	39
121 Hong Kong	65	10	44	8	5.7	87/1	8070	76	88	106	16	47
122 Austria	43	10	37	8	7.5	87/1	11980	74		101		
123 Noruega	23	10	19	8	4.2	52/1	17190	77		95	19	38
124 Francia	34	10	29	8	55.8	778/7	12790	76		113	17	42
125 Irlanda	36	9	31	7	3.7	67/1	6120	74		100	20	39
126 Países Bajos	22	8	18	8	14.6	174/1	11860	77		115	22	36
127 Canadá	33	8	28	7	26.1	362/3	15160	77		105	17	40
128 Japón	40	8	31	5	122.4	1455/12	15760	78		102	22	38
129 Suiza	27	8	22	7	6.5	75/1	21330	77			20	38
130 Suecia	20	7	16	6	8.3	93/1	15550	77		100	20	42
131 Finlandia	28	7	22	6	5.0	62/(.)	14470	75		101	18	38

TABLA 2: INDICADORES BÁSICOS DE LOS PAÍSES MENOS POBLADOS

	Tasa de mortalidad menores de cinco años		Tasa de mortalidad infantil (0-1 años)		Población total (millones) 1988	N.º anual de nacimientos/muertes infantiles (0-4 años) (miles) 1988	PNB per cápita (dólares) 1987	Esperanza de vida al nacer (años) 1988	Adultos alfabetizados hombres/mujeres % 1985	Escolarización en enseñanza primaria % masculina/fem 1986-1988	
	1960	1988	1960	1988							
1	Gambia	375	245	213	142	0.8	38/9	220	43	36/15	76/47
2	Guinea-Bissau	315	223	188	131	0.9	39/9	160	45	46/17	73/39
3	Guinea Ecuatorial	315	214	188	126	0.4	18/4	180*	47	..	..
4	Djibouti	..	169*	186	121	0.4	18/3	480*	47	15*/9*	..
5	Swazilandia	227	174	152	117	0.7	35/6	700	56	70/66	105/103
6	Vanuatu	..	..	..	101 ^y	0.2	..	..	..	57*/48*	..
7	Comores	216	129	128	79	0.5	22/3	370	52	56*/40*	90/70
8	Maldivas	..	91 ^y	..	68 ^y	0.2	..	300	..	95 ^y /90 ^y	..
9	Santo Tomé y Príncipe	..	91 ^y	..	66 ^y	0.1	..	280	..	73*/42*	..
10	Cabo Verde	213	91	143	65	0.4	14/1	500	61	61/39	112/105
11	Islas Salomón	..	..	..	44 ^y	0.3	..	420	..	..	..
12	San Cristobal-Nevis	..	..	..	40 ^y	(.)	..	1700	..	..	..
13	Dominica	..	..	..	40 ^y	0.1	..	1440	..	..	..
14	Samoa	..	..	..	33 ^y	0.2	..	550	..	..	..
15	San Vicente	..	..	..	33 ^y	0.1	..	1000	..	..	..
16	Qatar	239	39	145	30	0.3	10/(.)	12510	69	51*/51*	122/119
17	Surinam	96	39	70	30	0.4	10/(.)	2270	70	90/90	129/121
18	Fiji	98	32	71	27	0.7	19/1	1570	71	90/81	129/129
19	Bélice	..	32 ^y	..	25 ^y	0.1	..	1240	71 ^y	93*/93*	104*/102*
20	Bahrein	208	31	130	25	0.5	13/(.)	8510*	71	79/64	111/108
21	Bahamas	..	..	..	23	0.3	..	10280	..	..	..
22	Antigua y Barbuda	..	26*	26	21*	0.1	..	2540	..	..	..
23	Santa Lucía	..	..	..	20 ^y	0.1	..	1400	..	..	..
24	Seychelles	..	21 ^y	..	17 ^y	0.1	..	3120	..	..	103*/102 ^y
25	Granada	..	..	..	14 ^y	0.1	..	1340	..	..	..
26	Brunei Darussalam	..	..	..	12	0.2	..	15390	..	..	..
27	Barbados	66	15	54	11	0.3	5/(.)	5350	74	..	113*/108*
28	Chipre	36	13	30	12	0.7	13/(.)	5200	76	..	106/106
29	Luxemburgo	41	13	33	9	0.4	4/(.)	18550	74	..	..
30	Malta	42	9	37	7	0.3	5/(.)	4190	73	..	109/105
31	Islandia	22	9	17	7	0.2	4/(.)	16330	78	..	98/100

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1988.

Medición del desarrollo humano

Introducción a la tabla 3

Si se pretende que el desarrollo adquiera un rostro más humano durante la década de 1990 entonces será necesario utilizar una medida indicativa del progreso tanto económico como humano. Desde el punto de vista del UNICEF, es preciso establecer, en particular, un método comúnmente aceptado para medir el nivel y los cambios del estado de bienestar de la infancia.

En la tabla 3 se utiliza la tasa de mortalidad de los menores de cinco años (TMM5) como el principal indicador de este tipo de progreso.

La TMM5 tiene varias ventajas. En primer lugar, este indicador mide los «resultados finales» (outputs) del proceso de desarrollo en vez de los «factores intermedios» (inputs) tales como el nivel de escolarización, la disponibilidad de calorías per cápita o el número de médicos por mil habitantes, todos los cuales son «medios» para conseguir un fin.

En segundo lugar, la TMM5 es el resultado de una amplia variedad de factores: salud nutricional y conocimientos básicos de salud de la madre; cobertura de inmunización y utilización de la TRO; acceso a servicios de atención materno-infantil (incluida atención prenatal); nivel de ingresos y disponibilidad de alimentos de la familia; acceso a agua potable y saneamiento eficaz; y grado de seguridad del medio ambiente infantil.

En tercer lugar, la TMM5 está menos expuesta que, por ejemplo, el PNB per cápita a la falacia del promedio estadístico. Esto se debe a que los límites naturales impiden que los hijos de los ricos puedan tener una probabilidad mil veces mayor de sobrevivir, aunque los límites sociales establecidos por los hombres les permitan poseer un ingreso mil veces más elevado. En otras palabras, es mucho más difícil que la presencia de una minoría rica afecte a la TMM5 de un país y, por tanto, este indicador representa de forma más adecuada, aunque imperfecta, el estado de salud de la mayoría de la población infantil (e indirectamente de la sociedad en su conjunto).

Por todas estas razones, el UNICEF ha elegido la TMM5 como el indicador individual más representati-

vo del estado de la infancia de un país. En consecuencia, las tablas estadísticas anexas ordenan los países según del orden descendente de las tasas de mortalidad de menores de cinco años y no en el orden ascendente de su PNB per cápita.

Indicador del ritmo de progreso

La velocidad del ritmo de reducción de la TMM5 puede medirse mediante el cálculo de la tasa de reducción anual (TMRA). A diferencia de las comparaciones entre niveles absolutos, la TMRA refleja el hecho de que la reducción de la TMM5 es cada vez más difícil de conseguir a partir de ciertos límites. En efecto, cuanto más bajos son los niveles de mortalidad de los menores de cinco años ya alcanzados, la misma reducción absoluta representa obviamente una mayor reducción porcentual. Así pues, la TMRA indica un avance más rápido en el caso de una reducción de cinco puntos, por ejemplo, cuando ésta se logra con niveles iniciales más bajos de mortalidad de menores de cinco años. Es decir, una disminución de diez puntos en la TMM5 desde el índice 100 al 90 representa una reducción del 10 % mientras la misma disminución de diez puntos desde el índice 20 al 10 representa una reducción del 50 %.

La utilización combinada de la TMM5 y su tasa de reducción, junto con la tasa de crecimiento del PNB per cápita, permiten obtener un cuadro representativo de los avances logrados por cualquier país o región, durante un período de tiempo, en la satisfacción de las necesidades humanas más básicas.

Como muestra la tabla 3, no existe una relación fija entre la tasa anual de reducción de la TMM5 y la tasa anual de crecimiento del PNB per cápita. Estas comparaciones ayudan a destacar la importancia de las políticas, las prioridades y otros factores determinantes en la relación entre progreso económico y progreso social.

Finalmente, la tabla muestra la tasa global de fecundidad por países y su tasa media de reducción anual. Como se puede apreciar, muchos de los países que han logrado reducciones significativas de la TMM5 han alcanzado asimismo reducciones igualmente significativas en las tasas de fecundidad.

TABLA 3: RITMO DE PROGRESO

	Tasa de mortalidad de menores de cinco años						PNB per cápita		Tasa global de fecundidad				
				Tasa media anual de reducción (%)			Tasa media anual de crecimiento (%)					Tasa media anual de reducción (%)	
	1960	1980 ^a	1988	1960-80	1980-88	**requerida 1988-2000	1965-80	1980-87	1960	1980	1988	1960-80	1980-88
Países con muy alta mortalidad infantil (TMM5 mayor de 170)	314	240	203	1.3	1.6	8.9	1.3	-1.7	6.7	6.5	6.5	-0.1	0.0
Mediana													
1 Afganistán	380	321	300	0.8	0.9	12.1	0.6	..	6.9	7.1	6.9	-0.1	0.4
2 Mozambique	330	258	298	1.2	-1.8	12.1	..	-8.2	6.3	6.5	6.4	-0.2	0.2
3 Malí	370	323	292	0.7	1.3	11.9	2.1*	0.5	6.4	6.7	6.7	-0.2	0.0
4 Angola	346	272	292	1.2	-0.9	11.9	..	..	6.4	6.4	6.4	0.0	0.0
5 Sierra Leona	386	300	266	1.3	1.5	11.1	0.7	-2.0	6.2	6.5	6.5	-0.2	0.0
6 Malawi	364	300	262	1.0	1.7	11.0	3.2	0.0	6.9	7.0	7.0	-0.1	0.0
7 Etiopía	294	260	259	0.6	0.1	10.9	0.4	-1.6	6.7	6.5	6.2	0.2	0.6
8 Guinea	346	281	248	1.0	1.6	10.5	1.3	..	6.4	6.2	6.2	0.2	0.0
9 Burkina Faso	362	265	233	1.6	1.6	10.0	1.7	2.5	6.8	6.5	6.5	0.2	0.0
10 Níger	320	258	228	1.1	1.6	9.8	-2.5	-4.9	7.0	7.1	7.1	-0.1	0.0
11 Chad	326	253	223	1.3	1.6	9.7	-1.9	..	6.0	5.9	5.9	0.1	0.0
12 República Centroafricana	308	244	223	1.2	1.1	9.7	0.8	-0.7	5.6	5.9	5.9	-0.3	0.0
13 Somalia	294	247	221	0.9	1.4	9.6	-0.1	-2.5	6.6	6.6	6.6	0.0	0.0
14 Mauritania	320	249	220	1.3	1.6	9.5	-0.1	-1.6	6.5	6.5	6.5	0.0	0.0
15 Rwanda	248	231	206	0.4	1.4	9.0	1.6	-1.0	7.5	8.5	8.3	-0.6	0.3
16 Kampuchea Democrática	218	330	199	-2.1	6.3	8.7	..	..	6.3	4.6	4.7	1.6	-0.3
17 Yemen Democrático	378	236	197	2.4	2.3	8.6	..	-6.1	7.0	6.9	6.7	0.1	0.4
18 Nepal	297	222	197	1.5	1.5	8.6	0.0	0.8	5.8	6.4	5.9	-0.5	1.0
19 Bhután	297	222	197	1.5	1.5	8.6	..	0.0	6.0	5.6	5.5	0.3	0.2
20 Yemen	378	227	190	2.6	2.2	8.3	6.5*	2.0	7.0	7.1	7.0	-0.1	0.2
21 Burundi	258	215	188	0.9	1.7	8.2	2.4	-0.1	5.5	6.4	6.3	-0.8	0.2
22 Bangladesh	262	211	188	1.1	1.4	8.2	-0.3	0.8	6.7	6.4	5.5	0.2	1.9
23 Benin	310	211	185	1.9	1.6	8.1	-0.3	-0.8	6.8	7.0	7.0	-0.1	0.0
24 Madagascar	364	216	184	2.6	2.0	8.1	-0.4	-3.7	6.6	6.6	6.6	0.0	0.0
25 Sudán	293	210	181	1.7	1.9	7.9	0.8	-4.3	6.7	6.6	6.4	0.1	0.4
26 Tanzania, Rep. Unida de	248	201	176	1.1	1.7	7.7	0.8	-1.7	6.8	7.1	7.1	-0.2	0.0
27 Namibia	262	202	176	1.3	1.7	7.7	..	..	6.0	6.1	6.1	-0.1	0.0
28 Nigeria	318	198	174	2.4	1.6	7.6	4.2	-4.7	6.8	7.1	7.0	-0.2	0.2
29 Bolivia	282	207	172	1.6	2.3	7.5	1.7	-4.9	6.7	6.3	6.0	0.3	0.6
30 Haití	294	197	171	2.0	1.8	7.4	0.9	-2.1	6.2	5.2	4.7	0.9	1.3
Países con alta mortalidad infantil (TMM5 de 95 a 170)	241	152	125	2.3	2.2	4.8	6.9	6.3	5.8	0.0	1.1		
Mediana													
31 Uganda	224	187	169	0.9	1.3	7.4	-2.2	-2.4	6.9	6.9	6.9	0.0	0.0
32 Gabón	288	194	169	2.0	1.7	7.4	5.6	-3.5	4.1	4.4	5.0	-0.4	-1.6
33 Pakistán	277	192	166	1.8	1.8	7.2	1.8	3.3	6.9	7.0	6.4	-0.1	1.1
34 Lao, Rep. Dem. Popular	232	189	159	1.0	2.2	6.8	..	..	6.2	6.2	5.7	0.0	1.1
35 Togo	305	176	153	2.8	1.8	6.5	1.7	-3.4	6.1	6.1	6.1	0.0	0.0
36 Camerún, Rep. Unida del	275	176	153	2.2	1.8	6.5	2.4	4.5	5.8	6.3	5.7	-0.4	1.3
37 India	282	180	149	2.2	2.4	6.3	1.5	3.2	5.9	4.8	4.3	1.0	1.4
38 Liberia	258	173	147	2.0	2.0	6.2	0.5	-5.2	6.2	6.5	6.5	-0.2	0.0
39 Ghana	224	165	146	1.5	1.5	6.1	-0.8	-2.0	6.9	6.5	6.4	0.3	0.2
40 Costa de Marfil	264	166	142	2.3	2.0	5.9	2.8	-3.0	7.2	7.4	7.4	-0.1	0.0
41 Zaire	251	174*	138*	1.8	2.9	5.7	-1.3	-2.5	6.0	6.1	6.1	-0.1	0.0
42 Senegal	313	205*	136*	2.1	5.1	5.5	-0.5	0.1	6.7	6.5	6.4	0.2	0.2
43 Lesotho	208	161	136	1.3	2.1	5.5	6.8	-0.9	5.8	5.8	5.8	0.0	0.0
44 Zambia	228	146	127	2.2	1.7	5.0	-1.2	-5.6	6.6	7.2	7.2	-0.4	0.0
45 Egipto	300	164	125	3.0	3.4	4.8	2.8	2.9	7.0	5.3	4.8	1.4	1.2
46 Perú	233	144	123	2.4	2.0	4.7	0.8	-1.0	6.9	5.2	4.4	1.4	2.1
47 Marruecos	265	152	119	2.8	3.1	4.4	2.7	0.3	7.2	5.7	4.8	1.2	2.2
48 Libia, Jamahiriya Árabe	268	150	119	2.9	2.9	4.4	..	-10.5	7.1	7.3	6.8	-0.1	0.9
49 Indonesia	235	145	119	2.4	2.5	4.4	5.2	1.7	5.5	4.4	3.2	1.1	4.0
50 Congo	241	132	114	3.0	1.8	4.6	2.7	1.7	5.8	6.0	6.0	-0.2	0.0
51 Zimbabwe	182	132	113	1.6	1.9	4.5	1.7	-1.3	7.5	6.4	5.8	0.8	1.2
52 Kenya	208	133	113	2.2	2.0	4.4	3.1	-0.9	8.0	8.1	8.1	-0.1	0.0
53 Honduras	232	140	107	2.5	3.4	3.5	1.1	-2.0	7.3	6.4	5.5	0.7	1.9
54 Argelia	270	147	107	3.0	4.0	3.5	4.2	0.6	7.3	6.9	6.0	0.3	1.8
55 Guatemala	230	130	99	2.9	3.4	3.5	3.0	-3.6	6.9	6.3	5.7	0.5	1.3
56 Arabia Saudita	292	131	98	4.0	3.6	3.3	4.0*	-11.8	7.2	7.3	7.2	-0.1	0.2
57 Sudáfrica	192	120	95	2.4	2.9	3.8	3.2	-1.3	6.5	4.9	4.4	1.4	1.4
58 Nicaragua	210	132	95	2.3	4.1	3.0	-0.7	-4.7	7.3	6.1	5.5	0.9	1.3
59 Myanmar	229	118	95	3.3	2.7	4.0	1.6	..	6.0	4.8	4.0	1.1	2.3

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1988 (véase tabla 1).

	Tasa de mortalidad de menores de cinco años						PNB per cápita		Tasa global de fecundidad					
				Tasa media anual de reducción (%)			Tasa media anual de crecimiento (%)					Tasa media anual de reducción (%)		
	1960	1980	1988	1960-80	1980-88	**requenda 1988-2000	1965-80	1980-87	1960	1980	1988	1960-80	1980-88	
	Países con mediana mortalidad infantil (TMM5 de 31 a 94)													
Mediana	155	79	63	3.5	3.3	3.5	4.0	-1.3	6.5	4.4	3.7	1.6	1.7	
60	Iraq	222	110	94	3.5	2.0	4.5			7.2	6.8	6.3	0.3	1.0
61	Turquía	258	133	93	3.3	4.5	2.7	3.6	3.0	6.3	4.1	3.5	2.2	2.0
62	Botswana	174	110	92	2.3	2.2	4.3	9.9	8.0	6.8	6.6	6.2	0.2	0.8
63	Irán, Rep. Islámica de	254	130	90	3.4	4.6	2.7	2.9		7.2	5.8	5.6	1.1	0.4
64	Viet Nam	233	116	88	3.5	3.5	3.5			6.0	5.2	4.0	0.7	3.3
65	Ecuador	183	107	87	2.7	2.6	4.0	5.4	-2.0	6.9	5.2	4.6	1.4	1.5
66	Brasil	160	103	85	2.2	2.4	4.1	6.3	1.0	6.2	4.0	3.4	2.2	2.0
67	El Salvador	206	110	84	3.1	3.4	3.5	1.5	-2.0	6.8	5.5	4.8	1.1	1.7
68	Túnez	255	113	83	4.1	3.9	3.1	4.7	0.7	7.1	5.3	4.0	1.5	3.5
69	Papúa Nueva Guinea	247	111	81	4.0	3.9	3.1		0.1	6.3	6.0	5.7	0.2	0.6
70	Rep. Dominicana	200	102	81	3.4	2.9	3.9	3.8	-1.5	7.4	4.5	3.7	2.5	2.5
71	Filipinas	135	86	73	2.3	2.1	4.4	3.2	-3.3	6.8	4.9	4.3	1.6	1.6
72	Guyana	126*	82*	71*	2.2	1.8	4.6	0.7*	-6.7	6.4	3.6	2.7	2.9	3.6
73	México	140	83	68	2.6	2.5	4.0	3.6	-1.6	6.8	4.5	3.5	2.1	3.1
74	Colombia	148	78	68	3.2	1.7	4.6	3.7	0.9	6.7	4.1	3.5	2.5	2.0
75	Siria, Rep. Árabe	218	87	64	4.6	3.8	3.1	5.1	-3.2	7.3	7.3	6.7	0.0	1.1
76	Omán	378	146	64	4.8	10.3	0.0	9.0	8.6	7.2	7.2	7.2	0.0	0.0
77	Paraguay	134	70	62	3.3	1.5	4.8	4.1	-2.1	6.8	4.9	4.6	1.6	0.8
78	Mongolia	158	77	59	3.6	3.3	3.5			5.7	5.5	5.4	0.2	0.2
79	Jordania	218	80	57	5.0	4.2	3.0	5.8*	-0.7	7.7	7.3	7.2	0.3	0.2
80	Libano	92	62	51	2.0	2.4	4.2			6.3	4.0	3.3	2.3	2.4
81	Tailandia	149	67	49	4.0	3.9	3.1	4.4	3.4	6.4	3.9	2.5	2.5	5.6
82	Venezuela	114	50	44	4.1	1.6	4.7	2.3	-3.1	6.5	4.3	3.7	2.1	1.9
83	Sri Lanka	113	58	43	3.3	3.7	3.3	2.8	3.0	5.3	3.5	2.6	2.1	3.7
84	China	202	56	43	6.4	3.3	3.6	4.1	9.1	5.7	2.6	2.4	3.9	1.0
85	Argentina	75	46	37	2.4	2.7	4.0	1.7	-1.8	3.1	3.3	2.9	-0.3	1.6
86	Panamá	105	43	34	4.5	2.9	3.6	2.8	0.3	5.9	3.8	3.1	2.2	2.5
87	Albania	151	58	34	4.8	6.7	1.3			5.9	3.8	3.0	2.2	3.0
88	Corea, Rep. Pop. Dem. de	120	43	33	5.1	3.3	3.4			5.7	4.3	3.6	1.4	2.2
89	Corea, Rep. de	120	43	33	5.1	3.3	3.4	7.3	7.3	5.7	2.6	2.0	3.9	3.3
90	Emiratos Arabes Unidos	239	43	32	8.6	3.7	3.1		-9.3	6.9	5.4	4.8	1.2	1.5
91	Malasia	106	42	32	4.6	3.4	3.5	4.7	1.1	6.8	4.0	3.5	2.7	1.7
92	URSS	53	33	32	2.4	0.4	5.3			2.7	2.3	2.4	0.8	-0.5
93	Uruguay	56	43	31	1.3	4.1	2.9	2.5	-2.3	2.9	2.8	2.6	0.2	0.9
Países con baja mortalidad infantil (TMM5 menor de 30)														
Mediana	44	17	12	4.6	4.0	2.9	3.3			2.9	2.0	1.7	2.0	1.3
94	Mauricio	104	42	29	4.5	4.6	2.7	3.7	4.4	5.9	2.7	1.9	3.9	4.4
95	Yugoslavia	113	36	28	5.7	3.1	3.7	5.2	0.0	2.8	2.1	1.9	1.4	1.3
96	Rumanía	82	35	28	4.3	2.8	3.7			2.3	2.4	2.1	-0.2	1.7
97	Chile	142	43	26	6.0	6.3	1.4	0.0	-1.1	5.3	2.8	2.7	3.2	0.5
98	Trinidad y Tabago	67	29	23	4.2	2.9	3.6	3.1	-6.5	5.2	3.0	2.7	2.8	1.3
99	Kuwait	128	34	22	6.6	5.4	2.2	0.6	-3.2	7.3	5.6	4.8	1.3	1.9
100	Jamaica	88	29	22	5.6	3.5	3.2	0.1	-2.5	5.2	3.7	2.8	1.7	3.5
101	Costa Rica	121	31	22	6.8	4.3	2.7	3.3	-0.5	7.0	3.7	3.2	3.2	1.8
102	Bulgaria	69	25	20	5.1	2.8	3.6			2.2	2.1	1.9	0.2	1.3
103	Hungría	57	26	19	3.9	3.9	3.2	5.1	1.8	2.0	2.0	1.7	0.0	2.0
104	Polonia	70	24	18	5.4	3.6	3.4			3.0	2.3	2.2	1.3	0.6
105	Cuba	87	27	18	5.9	5.1	2.1			4.2	2.0	1.7	3.7	2.0
106	Grecia	64	23	18	5.1	3.1	3.4	4.8	0.0	2.2	2.1	1.7	0.2	2.6
107	Portugal	112	29	17	6.8	6.7	1.0	4.6	1.4	3.1	2.2	1.7	1.7	3.2
108	Checoslovaquia	32	21	15	2.1	4.2	2.6			2.5	2.2	2.0	0.6	1.2
109	Israel	40	18	14	4.0	3.1	3.7	3.7	1.5	3.9	3.3	2.9	0.8	1.6
110	EE. UU.	30	16	13	3.1	2.6	4.1	1.8	2.0	3.5	1.9	1.8	3.1	0.7
111	Bélgica	35	17	13	3.6	3.4	3.1	3.6	1.3	2.6	1.7	1.5	2.1	1.6
112	Rep. Dem. Alemana	44	17	12	4.8	4.4	2.4			2.3	1.8	1.7	1.2	0.7
113	Singapur	50	15	12	6.0	2.8	3.4	8.3	5.7	5.5	1.8	1.6	5.6	1.5
114	Nueva Zelanda	27	15	12	2.9	2.8	3.4	1.7	1.3	3.9	2.1	1.9	3.1	1.3
115	España	56	17	12	6.0	4.4	2.4	4.1	1.6	2.8	2.2	1.7	1.2	3.2
116	Dinamarca	25	11	11	4.1	0.0	5.1	2.2	2.5	2.6	1.6	1.5	2.4	0.8
117	Reino Unido	27	16	11	2.6	4.7	2.7	2.0	2.6	2.7	1.8	1.8	2.0	0.0
118	Italia	50	18	11	5.1	6.2	1.7	3.2	1.8	2.4	1.7	1.4	1.7	2.4
119	Australia	25	14	10	2.9	4.2	3.0	2.2	1.4	3.3	2.0	1.8	2.5	1.3
120	Alemania, Rep. Fed. de	40	17	10	4.3	6.6	0.9	3.0	1.8	2.4	1.4	1.4	2.7	0.0
121	Hong Kong	65	14	10	7.7	4.2	3.0	6.2	5.3	5.0	2.1	1.7	4.3	2.6
122	Austria	43	18	10	4.4	7.4	0.9	4.0	1.6	2.6	1.6	1.5	2.4	0.8
123	Noruega	23	10	10	4.2	0.0	5.8	3.6	3.7	2.9	1.7	1.7	2.7	0.0
124	Francia	34	13	10	4.8	3.3	3.0	3.7	0.9	2.8	1.9	1.8	1.9	0.7
125	Irlanda	36	15	9	4.4	6.4	1.0	2.8		3.8	3.2	2.5	0.9	3.1
126	Países Bajos	22	10	8	3.9	2.8	3.9	2.7		3.1	1.5	1.4	3.6	0.9
127	Canadá	33	13	8	4.7	6.1	1.1	3.3	2.1	3.8	1.7	1.6	4.0	0.8
128	Japón	40	12	8	6.0	5.1	2.4	5.1	3.2	2.0	1.8	1.7	0.5	0.7
129	Suiza	27	11	8	4.5	4.0	2.4	1.5	1.6	2.4	1.5	1.6	2.4	-0.8
130	Suecia	20	9	7	4.0	3.1	2.8	2.0	1.9	2.3	1.7	1.6	1.5	0.8
131	Finlandia	28	9	7	5.7	3.1	2.8	3.6	2.5	2.7	1.7	1.6	2.3	0.8

Notas a las tablas

Tabla 1: Indicadores básicos

Angola	PNB per cápita	1980	Myanmar	PNB per cápita	1986
Bulgaria	PNB per cápita	1980	Nicaragua	Alfabetización de adultos	1983
Burundi	Alfabetización de adultos	1982	Polonia	PNB per cápita	1986
Chile	Alfabetización de adultos	1984	Rumanía	PNB per cápita	1983
Cuba	Alfabetización de adultos	1981, 10 años y más	Arabia Saudita	Alfabetización de adultos	1982
Checoslovaquia	PNB per cápita	1980	Senegal	Tasa de mortalidad menores cinco años	Provisional
Etiopía	Alfabetización de adultos	1986		Tasa de mortalidad infantil	Provisional
Rep. Dem. Alemana	PNB per cápita	1980	Tanzania, U. Rep. de	Alfabetización de adultos	1986
Guayana	Tasa de mortalidad menores cinco años	Provisional	Turquía	Alfabetización de adultos	1984
	Tasa de mortalidad infantil	Provisional	URSS	PNB per cápita	1980
Iraq	PNB per cápita	1980	Zaire	Tasa de mortalidad menores cinco años	Provisional
Corea. Rep. de	Alfabetización de adultos	1982		Tasa de mortalidad infantil	Provisional
Mauritania	Alfabetización de adultos	1982			

Tabla 3: Ritmo de progreso

Guyana	Tasa mortalidad menores de cinco años	Provisional	Arabia Saudita	Tasa crecimiento PNB per cápita	1965-86
	Tasa crecimiento PNB per cápita	1970-80	Senegal	Tasa mortalidad menores de cinco años	Provisional
Jordania	Tasa crecimiento PNB per cápita	1970-80	Yemen	Tasa crecimiento PNB per cápita	1970-80
Kuwait	Tasa crecimiento PNB per cápita	1965-86	Zaire	Tasa mortalidad menores de cinco años	Provisional
Malí	Tasa crecimiento PNB per cápita	1967-80			

Definiciones

Tasa de mortalidad menorea de cinco años:

Número anual de fallecidos menores de cinco años por 1000 nacidos vivos. En términos más específicos, es la probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta la edad de cinco años.

Tasa de mortalidad infantil:

Número de fallecidos menores de un año por 1000 nacidos vivos. En términos más específicos es la probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta la edad de un año.

PNB:

Producto Nacional Bruto en dólares de Estados Unidos. Las tasas de crecimiento del PNB per cápita son tasas medias anuales calculadas mediante interpolación logarítmica de los valores del PNB a precios de mercado en términos constantes de cada año, durante el período considerado.

Eaperanza de vida al nacer:

Promedio de años de vida de un recién nacido de acuerdo con la probabilidad de muerte prevaleciente en el momento del nacimiento.

Tasa de alfabetización de adultos:

Proporción de personas de 15 o más años que pueden leer y escribir.

Tasa de escolarización en enseñanza primaria y secundaria:

La tasa bruta de escolarización es la proporción de niños escolarizados —pertenecientes o no a la correspondiente edad escolar— con respecto al total de población en dicho grupo de edad. La tasa neta de escolarización es la proporción de niños escolarizados pertenecientes a la correspondiente edad escolar, con respecto al total de población en dicho grupo de edad.

Diatribución del ingreso:

Proporción del ingreso privado recibido por el 20 % de hogares más altos y el 40 % de hogares más bajos en la escala de distribución.

Fuentes estadísticas

Mortalidad infantil y postinfantil:

División de Población de las Naciones Unidas y Oficina de Estadísticas de las Naciones Unidas.

Población total:

División de Población de las Naciones Unidas.

Número anual de nacimientos:

División de Población de las Naciones Unidas.

Número de muertes infantiles y postinfantiles:

División de Población de las Naciones Unidas y UNICEF.

PNB per cápita:

Banco Mundial.

Eaperanza de vida:

División de Población de las Naciones Unidas.

Adultos alfabetizados:

UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura).

Escolarización en enseñanza primaria:

UNESCO.

Ingreso familiar:

Banco Mundial.

Chile y las Naciones Unidas

Después de 18 años desde aquel recordado discurso-denuncia del presidente Allende, en que hablaba de los "pueblos al sur del río-grande", hoy, último viernes de septiembre, un presidente de Chile vuelve a hablar al mundo a través de la Asamblea General de las Naciones Unidas. Ciertamente los años no han pasado en vano.

Allende, con su discurso tercermundista, encabezaba una transición al marxismo destinada a matar la democracia, dirigir una economía estatista, cerrada y mediocre, que navegaba hacia el desastre, y en que simplemente, no había espacio para la imaginación y emprendimiento de los hombres libres, y gobernaba sin ninguna voluntad de acuerdos o consensos.

- Hoy, el presidente Pinochet encabeza la última etapa de la más exitosa transición a la democracia de que se tenga conocimiento, dirige la economía más libre, más sana, más abierta y con mayor potencial de América Latina y el país entero. Esta empeñado en compatibilizar la estabilidad de los acuerdos, en áreas básicas de políticas de estado, con la riqueza de las discrepancias, en particular de políticas de gobierno. Por eso, Chile hoy va a ser escuchado no como un caso rebelde, entretenido pero sin destino, sino como un país que con notable éxito está sabiendo compatibilizar la libertad política (democracia) con la libertad económica (economía de mercado) y con la libertad social (mayor igualdad de oportunidades), y al cual muchos intentan imitar. El mérito corresponde a todos los chilenos: Gobierno, oposición y FF.AA. Los frutos también beneficiarán a todos los chilenos. Sin duda 1990 es un mejor año para Chile que 1972.