

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 1992



Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
(UNICEF)

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA
1992

El Estado Mundial de la Infancia
puede reproducirse en todo o en parte,
siempre que se cite la procedencia.

Impreso y hecho en España
Printed and made in Spain

Título original: *The State of the World's Children 1992*

Diseño: Miller, Craig y Cocking, Woodstock, Reino Unido

Gráficos, recuadros y tablas: Stephen Hawkins, Oxford Illustrators, Oxford, Reino Unido

Composición: ANGLOFORT. Impresión: GRAFOS, Barcelona, España.

*UNICEF, UNICEF House, 3 U.N. Plaza, Nueva York,
N.Y. 10017 Estados Unidos.*

*UNICEF, Palais des Nations, CH.1211
Ginebra 10, Suiza*

Edición original inglesa: P & L Adamson, Benson, Oxfordshire, Reino Unido.
Edición en español: J & J Asociados, Barcelona, España.

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 1992



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

CONTENIDO

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 1992

Introducción Agenda para un nuevo orden

Los cambios políticos y económicos de los últimos años han puesto de manifiesto de forma clara la emergencia de un nuevo orden mundial. El UNICEF presenta diez proposiciones para la agenda del nuevo orden, desde la perspectiva de una organización mundial en contacto diario con algunos de los problemas más acuciantes de la humanidad.

página 4

1. Cumplimiento de la promesa

La *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* hizo una gran promesa a los niños de los años noventa. Entre otras cosas, esta promesa consiste en una reducción drástica de la mortalidad y la desnutrición infantiles, y en la garantía de que todos los niños tengan al menos una educación básica para finales de siglo. Esta promesa debe cumplirse.

página 5

2. Máxima prioridad para la infancia

La protección del desarrollo físico y mental de los niños debe tener la máxima prioridad en la asignación de los recursos del mundo de los adultos, y este compromiso debe cumplirse, tanto en los buenos como en los malos tiempos.

página 15

3. A menor mortalidad, menor natalidad

Los esfuerzos para proteger la vida y la salud de millones de niños de todo el mundo tienen una relación sinérgica con los esfuerzos para desacelerar el crecimiento de la población.

página 21

4. Inversión en la población

El consenso actual sobre un enfoque del desarrollo favorable a la economía de mercado debe ir acompañado del correspondiente consenso sobre la necesidad de garantizar las inversiones básicas en la población y particularmente en la salud y educación de los niños.

página 24

5. Ayuda y necesidad

Los incrementos de la ayuda internacional deben basarse en un compromiso sostenido y mensurable de satisfacer las necesidades humanas básicas.

página 35

6.	El entorno económico	Es esencial que los países industrializados adopten medidas en favor del alivio de la carga de la deuda externa y la apertura de los mercados para que la reforma económica en el mundo en desarrollo permita que su población alcance un nivel de vida digno.	<i>página 40</i>
7.	Desarme	La desmilitarización del mundo en desarrollo y la reducción de los gastos militares en el mundo industrializado deben estar relacionadas con un incremento de los recursos disponibles para el desarrollo y la solución de los problemas globales comunes.	<i>página 45</i>
8.	Liberación de África	La deuda de África debe condonarse en su mayor parte y la ayuda externa debe incrementarse para contribuir a que las reformas internas puedan tener éxito.	<i>página 48</i>
9.	El apartheid de géneros	El nuevo orden mundial debe oponerse al apartheid de géneros de forma tan vigorosa como al apartheid racial.	<i>página 57</i>
10.	Planificación de los nacimientos	La planificación bien informada de los nacimientos es uno de los medios más efectivos y menos costosos de mejorar la calidad de la vida en la Tierra.	<i>página 58</i>
	Tablas estadísticas	Indicadores estadísticos básicos, nutrición, salud, educación, indicadores demográficos, económicos, condición de la mujer, países menos poblados, ritmo de progreso.	<i>página 59</i>

RECUADROS

Metas para el 2000: Uno para todos, todos para uno	1	Reducción de la pobreza: El informe sobre el Desarrollo Mundial	9
México: Cumpliendo la promesa	2	Educación: Permanencia en la escuela	10
Inmunización: Una operación todavía rentable	3	República de Corea: Más educación por dólar	11
Europa del Este: Transición con rostro humano	4	Hospitales pro lactancia materna: Un millón de vidas por salvar	12
Estados Unidos: Incesante aumento de la pobreza infantil	5	China: Cómo alcanzar la meta del 90%	13
Guerra contra la infancia: La vergüenza del siglo xx	6	Un gran potencial: La iniciativa en pro de la vacuna infantil	14
Ceara: Una prueba demostrativa	7	Hepatitis B: La séptima vacuna	15
Reajuste de posiciones: El informe sobre Desarrollo Humano	8	Para la Vida: Mensajes para millones de personas	16

GRÁFICOS

- Gráf. 1 Tendencias de la mortalidad de menores de cinco años, por regiones, 1960-1990
- Gráf. 2 Reducción a la mitad de la desnutrición: tendencias pasadas y requisitos futuros, países seleccionados, Asia y las Américas, 1975-2000
- Gráf. 3 Incremento en la cobertura de inmunización, niños menores de un año, países en desarrollo, 1981-1990
- Gráf. 4 Muertes prevenidas y efectivas, por enfermedades inmunoprevenibles, en millones, todos los países en desarrollo, 1991
- Gráf. 5 Utilización estimada de la TRO para el tratamiento de episodios de diarrea en niños de 0-4 años, 1984-1988, por regiones de la OMS y total mundial
- Gráf. 6 Tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5) y tasa global de fecundidad (TGF), 1960, 1980 y 1989, países en desarrollo
- Gráf. 7 Gasto en atención primaria de salud y enseñanza primaria y secundaria, como proporción del gasto total del gobierno central, países seleccionados, 1988
- Gráf. 8 Proporción del gasto del gobierno central (GGC) asignado a las fuerzas armadas, servicio de la deuda, salud y educación, y ayuda recibida como porcentaje del GGC, por regiones, 1988
- Gráf. 9 Cambios en indicadores seleccionados de salud maternoinfantil, Ceara, 1986-1989
- Gráf. 10 Tasas de supervivencia escolar en enseñanza primaria, por regiones, 1986-1989
- Gráf. 11 Proporción de la ayuda total, bilateral y multilateral, destinada a educación y salud, 1988
- Gráf. 12 Proporción de la ayuda total para necesidades básicas, países donantes seleccionados, 1989
- Gráf. 13 Transferencias financieras netas entre países donantes y receptores, miles de millones de dólares, 1980-1989
- Gráf. 14 Proporción del gasto del gobierno central asignada a defensa y bienestar social, países africanos seleccionados, 1972 y 1989

RESUMEN TEMÁTICO

Los cambios políticos y económicos de los últimos tres años han puesto claramente de manifiesto un nuevo orden mundial emergente. El informe del UNICEF sobre el *Estado Mundial de la Infancia* de este año se propone contribuir a la agenda de este nuevo orden desde la perspectiva de una organización mundial que se enfrenta diariamente a algunos de los grandes fracasos del viejo orden.

El informe presenta 10 proposiciones específicas:

- 1 Que se cumpla la promesa de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y se ponga fin dentro del nuevo orden mundial a la desnutrición, las enfermedades prevenibles y el analfabetismo que afectan a muchos millones de niños en todo el mundo.

Hechos: Cada semana muere un cuarto de millón de niños; millones más apenas sobreviven desnutridos y con una mala salud casi permanente. Cerca de la mitad de todos los casos de desnutrición, enfermedad y mortalidad en la primera infancia están causados por seis enfermedades específicas que pueden ser prevenidas o tratadas a un costo muy bajo.

- 2 Que se adopte el principio de «máxima prioridad para la infancia» —esto es, la dedicación prioritaria de los recursos sociales a la protección del desarrollo físico y psíquico de los niños— como una norma ética del nuevo orden mundial.

Hechos: En muchos países del mundo en desarrollo, la ausencia de este principio ha supuesto que la crisis de endeudamiento de la década de 1980 se ha traducido en niveles crecientes de desnutrición infantil y niveles decrecientes de escolarización. En muchos países del mundo industrializado, la ausencia del mismo principio ha significado que la creciente afluencia de la década de 1980 ha estado acompañada de un marcado incremento de la proporción de niños que viven en la pobreza.

- 3 Que si en el nuevo orden mundial no se afrontan los problemas de la desnutrición, las enfermedades prevenibles y el analfabetismo generalizado, será mucho más difícil reducir la tasa de crecimiento de la población y efectuar la transición a un desarrollo ambientalmente sostenible.

Hechos: La reducción de la mortalidad infantil da a los padres más confianza en la planificación familiar. La mayoría de países en desarrollo están entrando o aproximándose a una fase en que ulteriores descensos en la mortalidad infantil están asociados con descensos más pronunciados en las tasas de natalidad. Por tanto, si se hace lo que ya es posible para proteger la salud y salvar la vida de millones de niños se contribuirá a frenar, en lugar de acelerar, el crecimiento de la población.

- 4 Que el creciente consenso favorable a la economía de mercado debe ir acompañado del correspondiente consenso sobre la responsabilidad de los gobiernos de garantizar las inversiones básicas en la población.

Hechos: En el mundo en desarrollo sólo un promedio del 12% del gasto gubernamental se destina a inversiones básicas tales como la atención primaria de salud y la enseñanza primaria para la mayoría pobre.

- 5 Que los incrementos de la ayuda internacional deben ir unidos al compromiso continuado y mensurable de satisfacer las necesidades humanas mínimas y de mantener, en los momentos difíciles, el principio de máxima prioridad para la infancia.

Hechos: Menos del 10% de la ayuda total se destina a satisfacer las necesidades básicas de los pobres en salud, educación básica, abastecimiento de agua potable y planificación familiar.

6

Que la acción internacional respecto a la deuda, la ayuda externa y las relaciones comerciales debe crear un entorno favorable para que la reforma económica en el mundo en desarrollo permita que su población acceda a un nivel de vida digno.

Hechos: La continuación de la crisis de endeudamiento significa que el mundo pobre transfiere unos 50.000 millones de dólares anuales al mundo rico. El proteccionismo del mundo rico supone un costo adicional de 50.000 millones de dólares al año por pérdida de exportaciones.

7

Que en el mundo en desarrollo debe iniciarse un proceso de desmilitarización y, paralelamente, en los países industrializados, la reducción de los gastos militares debe ir asociada a un incremento significativo de la ayuda internacional para el desarrollo y la resolución de los problemas globales comunes.

Hechos: Los gastos militares mundiales superan a los ingresos conjuntos anuales de la mitad más pobre de la humanidad. Las metas establecidas en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, entre ellas la reducción drástica de la desnutrición y la enfermedad, y la garantía de educación básica para todos los niños, podrían alcanzarse mediante una reasignación del 10% del gasto militar del mundo en desarrollo y un 1% del mundo industrializado.

8

Que se rompan las cadenas del endeudamiento de África y se preste al continente africano una ayuda externa suficiente para que las reformas internas puedan restablecer el proceso de desarrollo.

Hechos: África sólo puede pagar actualmente un tercio de los intereses de sus deudas. Incluso esta suma representa la cuarta parte de sus ingresos por exportaciones y supone un costo anual para el continente superior al gasto destinado a la salud y educación de su población.

9

Que el nuevo orden mundial se oponga al apartheid de géneros con la misma energía empleada contra el apartheid racial.

Hechos: Cada año muere más de un millón de niñas simplemente por haber nacido hembras; la causa de estas muertes es la enfermedad de la discriminación.

10

Que la planificación responsable de los nacimientos es uno de los medios más eficaces y menos costosos para mejorar la calidad de vida en el mundo presente y futuro, y uno de los mayores errores de nuestro tiempo es no hacer realidad ese potencial.

Hechos: Actualmente se realizan en el mundo más de 50.000 abortos ilegales diarios. Cada año mueren varios millones de niños porque nacieron demasiado próximos a un nacimiento anterior o porque su madre era demasiado joven para dar a luz sin riesgo. Cada año mueren más de 100.000 jóvenes mujeres porque carecen del conocimiento o los medios o el derecho de planificar el número y el espaciamiento de sus embarazos. Si todas las mujeres pudieran ejercer este derecho, la tasa de crecimiento de la población descendería aproximadamente en un 30%.

I

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 1992

James P. Grant

Agenda para un nuevo orden

Cumplimiento de la promesa

Máxima prioridad para la infancia

A menor mortalidad, menor natalidad

Inversión en la población

Ayuda y necesidad

El entorno económico

Desarme

Liberación de África

Apartheid de géneros

Planificación de los nacimientos

La tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5) es el número de fallecidos menores de cinco años por mil nacidos vivos. Este es el indicador básico utilizado por el UNICEF para medir los niveles y los cambios de bienestar de la infancia. La TMM5 es el indicador de referencia para establecer la ordenación de los países en las tablas estadísticas del informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia*.

Los datos relativos a la TMM5, tanto en el texto como en las tablas estadísticas del informe, proceden de estimaciones de la División de Población y de la Oficina de Estadísticas de las Naciones Unidas.

En gran parte de los países en desarrollo, las estimaciones de mortalidad de los menores de cinco años están basadas en encuestas familiares periódicas en lugar de los sistemas de registro civil exhaustivos existentes en los países industrializados. Las estimaciones más recientes de las TMM5 de los países en desarrollo están basadas en encuestas con datos relativos a 1987-88. Estas encuestas reflejan la situación real a mediados de la década de 1980. Las estimaciones de las TMM5 para 1990 que aparecen en las tablas estadísticas de este informe son el resultado de extrapolaciones de dichos datos a partir de las tendencias de los primeros años ochenta o anteriores. Así pues, las estimaciones de mortalidad de menores de cinco años para 1990 no reflejan los posibles cambios que se hayan producido en la tendencia durante la segunda mitad de la década de 1980, como resultado, por ejemplo, de haber alcanzado el objetivo del 80% de la cobertura de inmunización, de la difusión de la terapia de rehidratación oral, o del incremento de la prevalencia del SIDA. Esto también explica por qué los datos de las tablas estadísticas (basados en fuentes estadísticas comparables internacionalmente) pueden diferir de las estimaciones específicas nacionales, posiblemente más recientes. Se están realizando esfuerzos para proporcionar datos más actualizados de mortalidad de menores de cinco años para todos los países.



Agenda para un nuevo orden

Este Informe se publica en un momento en que el orden mundial que ha dominado la vida política y económica del siglo XX se está extinguiendo visiblemente. Su propósito es contribuir al debate sobre el nuevo orden mundial que empieza a configurarse, desde la particular perspectiva y experiencia del UNICEF en relación con algunos de los problemas más acuciantes de la humanidad.

A escala histórica, el mundo ha presenciado, en un abrir y cerrar de ojos, el principio del fin del apartheid, la liberación de la Europa Central y del Este, el fin de cuarenta años de guerra fría, el inicio de significativas reducciones en el gasto en armamento, el virtual abandono de la idea de monopolio estatal de la economía, la reducción de las divisiones ideológicas, el fortalecimiento del pulso económico en Asia, el abandono de las dictaduras en prácticamente todas las repúblicas de América Latina y un nuevo impulso en favor de la democracia, el pluralismo y la reforma económica en la mayoría de países de África.

Aunque la propia época es siempre el período histórico más difícil de interpretar, lo inesperado de estos cambios y su amplitud, en un panorama anteriormente considerado glacial por su ritmo de evolución, indican que

estamos viviendo una revolución. Si en efecto es así, se trataría de una revolución significativamente distinta de otras del pasado. En primer lugar, se diferencia de aquéllas en que su principal agente impulsor no es la violencia sino la comunicación. Y en la medida en que los fines a menudo son inherentes a los medios, también se distingue por ser una revolución que parece transferir el poder a la mayoría en vez de a una minoría.

Ello supone profundas diferencias en el proceso de transformación histórica, diferencias que otorgan un nuevo significado al concepto de revolución de las comunicaciones. En efecto, la capacidad de comunicación es el factor que posibilita la crítica, fomenta las comparaciones, intensifica las frustraciones y presenta las alternativas en los numerosos países que han iniciado una transformación política y económica. Tras años de palabras en cierto modo vacías sobre la aldea global, ahora parece celebrarse la primera asamblea de esta aldea y sus habitantes están rechazando casi por unanimidad las autocracias políticas y económicas que les han privado de toda posibilidad de elección sin satisfacer sus necesidades.

Ha habido desagradables recordatorios de la fragilidad de este proceso de cambio, pero

los recientes acontecimientos en la Unión Soviética, y en particular lo ocurrido en agosto de 1991 en las calles de Moscú y de San Petersburgo, han sido un mensaje de aliento para los pueblos de todo el mundo. En estos momentos, en la mayoría de las capitales del mundo es casi tangible la sensación de que un equilibrio vital parece estar cambiando, los contornos de lo posible parecen modificarse, las personas están descubriendo una nueva confianza en sus propios derechos y en su capacidad para participar en la gestión de sus asuntos. Y tal vez, aunque esto sólo puede aventurarse con cautela, también empiece a surgir una nueva inquietud, una nueva indecisión, entre quienes podrían sentirse tentados a aplastar esos derechos.

Estos avances de la democracia no están encabezados exclusivamente por la Europa Central y del Este ni tampoco se limitan a ese ámbito. Diez años atrás, más de 22 repúblicas de América Central y América del Sur se encontraban bajo la férula de dictaduras; actualmente, todas salvo una tienen gobiernos democráticos. África también parece haber iniciado una gradual transformación política. Las ondas expansivas de los acontecimientos de la Europa del Este y la Unión Soviética repercuten con particular resonancia en ese continente, al coincidir con el brusco y doloroso descubrimiento de las deficiencias éticas y financieras de muchos de sus actuales sistemas económicos y políticos. Simultáneamente, el fin de la guerra fría abre nuevas esperanzas de que el destino de muchos países de África, y de otras partes del mundo en desarrollo, pueda desligarse de la rivalidad entre las superpotencias, que tanto ha distorsionado las relaciones internacionales en la postguerra. Rivalidad que ha contribuido de forma considerable a la excesiva militarización del mundo en desarrollo y a perpetuar el tipo de regíme-

nes que han negado los derechos humanos y destruido las esperanzas humanas en tantos países y durante tantas décadas.

Por ello, pese a los apremiantes problemas políticos, económicos y ambientales que llenan la agenda internacional, en el horizonte humano se vislumbran mayores motivos de esperanza que en ningún otro momento de nuestro siglo. Quizás este optimismo se demuestre infundado en años venideros; pero en cualquier caso no cabe la menor duda de que estamos asistiendo al surgimiento de un nuevo orden mundial.

Un nuevo orden para la infancia

Este informe quiere contribuir a la elaboración de la agenda de ese nuevo orden desde la perspectiva de una organización mundial que se enfrenta a diario con algunos de los mayores fracasos del viejo orden.

Estos fracasos constituyeron el tema central de la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* celebrada a finales de septiembre de 1990 en la sede central de las Naciones Unidas en Nueva York. No podría haberse escogido momento más propicio para esa *Cumbre*, que reunió a 159 países, más de 70 de ellos representados por sus Presidentes y Primeros Ministros. El resultado de la *Cumbre* —la aprobación de un programa para acabar, entre otras cosas, con la desnutrición masiva, las enfermedades prevenibles y el analfabetismo en gran escala— viene a ser una descripción detallada de un nuevo orden mundial para la infancia (recuadro 1). Este acuerdo, alcanzado en un momento de rápida transformación del orden mundial existente, indica que actualmente hay mayores oportunidades que en el pasado para incorporar a la agenda política mundial los derechos del niño y la satis-

facción de las necesidades mínimas de todas las familias.

En consecuencia, es obligación de todas las personas y organizaciones con alguna responsabilidad en estas cuestiones participar tan plenamente como sea posible en los debates que tendrán lugar. Nos disponemos a iniciar una nueva página de la historia y si las necesidades de la cuarta parte más pobre de la humanidad, y de la infancia que es su sector más vulnerable, vuelven a quedar relegadas a una nota al pie de esa página, el nuevo orden mundial allí inscrito no será digno de su tiempo ni podrá hacer frente a los desafíos del futuro.

Entre las numerosas voces y los múltiples y clamorosos problemas que competirán por la prioridad en los próximos debates, el informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia* de este año hace un llamamiento en favor de la inclusión de unos problemas que tienden a ignorarse y unas voces que no suelen oírse. Aboga, en particular, por que se escuchen las voces silenciadas por la pobreza y el analfabetismo, por los efectos de la desnutrición y las enfermedades prevenibles, o por haber nacido mujeres, y también por los numerosos millones de voces silenciadas por la muerte apenas recién nacidas a la vida.

Concretamente, el informe presenta diez proposiciones a la consideración de todas las personas —sean jefes de Estado o miembros de la opinión pública— interesadas en participar en los debates sobre el nuevo orden mundial que se configurará en los próximos años. Este decálogo de proposiciones puede resumirse en una fundamental: la erradicación de la pobreza absoluta de una cuarta parte de la humanidad —los mil millones de personas que todavía viven y mueren víctimas del hambre, las enfermedades y el analfabetismo prevenibles— debe ocupar un lugar prioritario en la agenda del nuevo orden mundial, junto a

las cuestiones afines del mantenimiento de la paz y la protección del medio ambiente.

Contra una opinión muy generalizada, esta gran causa no es imposible. Ya se han recorrido tres cuartas partes del camino hacia un mundo donde cada hombre, mujer y niño tenga acceso a una alimentación adecuada, a agua potable, a una atención básica de salud y a la enseñanza primaria, como mínimo. Y ya no existen barreras tecnológicas o financieras que impidan completar el recorrido en nuestro tiempo. Alcanzar estos viejos objetivos no es una causa separada ni supone una distracción respecto a los nuevos retos de nuestro tiempo. Crear las condiciones para que las personas puedan satisfacer sus necesidades básicas y las de su familia en materia de nutrición, atención de salud y educación, es un soporte esencial para los esfuerzos encaminados a hacer frente a los nuevos retos. Es una inversión que libera la productividad de las personas y, por tanto, contribuye a estimular el crecimiento económico; promueve la inclusión, no la exclusión, de las personas en la vida política y económica, con lo cual contribuye a sustentar el proceso democrático; dota a las personas de la confianza y los medios que les permitirán reducir el tamaño de sus familias, contribuyendo a frenar el crecimiento de la población; y fomenta el interés de los pobres por el futuro, con lo cual contribuye a la defensa del medio ambiente.

Durante casi medio siglo, los conflictos militares y las divisiones ideológicas han distraído el interés del mundo de estas grandes tareas. La guerra, y la amenaza de guerra, han acaparado nuestros recursos físicos y financieros, nuestra ciencia y tecnología, nuestro ingenio e imaginación, y nuestra capacidad e interés humanos. Ahora esa amenaza empieza a alejarse. Por tanto, ha llegado el momento de

que el mundo renueve su compromiso para poner fin a los viejos males de la pobreza absoluta, la desnutrición, el analfabetismo y las enfermedades prevenibles, y reanude la construcción de un nuevo orden mundial que refleje las más luminosas esperanzas de la humanidad, en vez de sus más sombríos temores.

Diez proposiciones para un nuevo orden

1. *Que se cumpla la promesa de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y se ponga fin dentro del nuevo orden mundial a la desnutrición, las enfermedades prevenibles y el analfabetismo que afectan a muchos millones de niños en todo el mundo.*

2. *Que se adopte el principio de «máxima prioridad para la infancia» -esto es, la dedicación prioritaria de los recursos sociales a la protección del desarrollo físico y psíquico de los niños— como una norma ética del nuevo orden mundial.*

3. *Que si en el nuevo orden mundial no se afrontan los problemas de la desnutrición, las enfermedades prevenibles y el analfabetismo generalizado, será mucho más difícil reducir la tasa de crecimiento de la población y efectuar la transición a un desarrollo ambientalmente sostenible.*

4. *Que el creciente consenso favorable a la economía de mercado debe ir acompañado del correspondiente consenso sobre la responsabilidad de los gobiernos de garantizar las inversiones básicas en la población.*

5. *Que los incrementos de la ayuda internacional deben ir unidos al compromiso continuado y mensurable de satisfacer las necesidades humanas mínimas y de mantener, en los momentos difíciles, el principio de máxima prioridad para la infancia.*

6. *Que la acción internacional respecto a la deuda, la ayuda externa y las relaciones comerciales debe crear un entorno favorable para que la reforma económica en el mundo en desarrollo permita que su población acceda a un nivel de vida digno.*

7. *Que en el mundo en desarrollo debe iniciarse un proceso de desmilitarización y, paralelamente, en los países industrializados, la reducción de los gastos militares debe ir asociada a un incremento significativo de la ayuda internacional para el desarrollo y la resolución de los problemas globales comunes.*

8. *Que se rompan las cadenas del endeudamiento de África y se preste al continente africano una ayuda externa suficiente para que las reformas internas puedan restablecer el proceso de desarrollo.*

9. *Que el nuevo orden mundial se oponga al apartheid de géneros con la misma energía empleada contra el apartheid racial.*

10. *Que la planificación responsable de los nacimientos es uno de los medios más eficaces y menos costosos para mejorar la calidad de vida en el mundo presente y futuro, y uno de los mayores errores de nuestro tiempo es no hacer realidad ese potencial.*

Cumplimiento de la promesa

Proposición: *Que se cumpla la promesa de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y se ponga fin dentro del nuevo orden mundial a la desnutrición, las enfermedades prevenibles y el analfabetismo de muchos millones de niños en todo el mundo.*

Cada semana muere un cuarto de millón de niños en el mundo¹ y varios millones más sobreviven en precarias condiciones a causa de la desnutrición y la mala salud casi permanentes.

Estos datos no describen una amenaza o una crisis inminente. Esto está ocurriendo hoy mismo y volverá a ocurrir mañana. Se trata de un problema que, por su alcance y gravedad, debería ocupar un lugar de primer orden entre las prioridades humanas según cualquier criterio objetivo. Sin embargo, en la práctica se ha concedido escasa prioridad a estas cuestiones porque los principales afectados son pobres y carecen de poder.

El actual orden mundial está postergando vergonzosamente a la infancia víctima de la desnutrición, las enfermedades y el analfabetismo prevenibles. Pero en los últimos dos años estas deficiencias han empezado a ocupar un lugar en la agenda política, sin precedentes en los 40 años de historia del UNICEF.

La manifestación más destacada de esta nueva prioridad fue la celebración de la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*, el 29 y 30 de septiembre de 1990. Durante dos días, la asamblea más numerosa de jefes de Estado y de Gobierno jamás reunida examinó la posibilidad de poner fin, en nuestro tiempo, a la prolongada tragedia que describen los párrafos iniciales de este capítulo.

Cerrar la brecha

Cuando se reunió la *Cumbre* empezaba a ser evidente que podría alcanzarse una de las

mayores metas humanitarias del siglo: la inmunización del 80% de los niños del mundo contra seis importantes enfermedades antes de finales de 1990 (recuadro 3). Un éxito que en estos momentos permite salvar la vida de más de tres millones de niños cada año². Tras una década de avances, también se ha demostrado que el mundo está en condiciones de cubrir la brecha entre unos problemas de alcance masivo y la aplicación de soluciones de bajo costo.

Influida por este ejemplo, la *Cumbre* concluyó con el compromiso³, actualmente suscrito por más de ciento veinte jefes de Estado, de aplicar los conocimientos acumulados y las técnicas de bajo costo disponibles para resolver una serie de problemas básicos que afectan a la infancia en todo el mundo (recuadro 1).

El éxito logrado en el campo de la inmunización también ha puesto de relieve la importancia de establecer una meta cuantificable en torno a la cual concentrar los esfuerzos nacionales y el apoyo internacional. En consecuencia, la *Cumbre* formuló sus compromisos en términos de un conjunto de metas concretas que todos los países intentarán alcanzar antes de finales de siglo. Entre estas metas básicas, descritas en la página 61, figuran las siguientes: reducción de un tercio, como mínimo, en las tasas de mortalidad de los menores de cinco años (gráfico 1); reducción a la mitad de las tasas de mortalidad materna; reducción de la desnutrición moderada y grave de los menores de cinco años (gráfico 2); cobertura de inmunización del 90% (recuadro 13); reducción del 95% en la mortalidad por sarampión; eliminación de la poliomielitis y el tétanos; agua potable y saneamiento para todas las familias; educación básica para todos los niños y niñas y terminación de la enseñanza primaria de al menos un 80%; acceso de todas las parejas a los servicios de planificación familiar; y

Metas para el 2000: Uno para todos, todos para uno

Existe un consenso general en que la mejor vía para avanzar en la década de los noventa es que las fuerzas del mercado concentren su actuación en el ámbito donde resultan más favorables y que los gobiernos hagan otro tanto. En particular, corresponde a los gobiernos garantizar la inversión a largo plazo en su población, especialmente en materia de salud, nutrición y educación, sin las cuales se frenaría y desvirtuaría el progreso económico.

En septiembre de 1990, la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*, con la participación de dirigentes de más de 150 países incluidos 71 presidentes y primeros ministros, concretó la idea de «invertir en la población» en un conjunto de metas específicas para el año 2000. En su Declaración¹, la *Cumbre* también promete un nuevo compromiso político, el eslabón, durante largo tiempo ausente, entre lo que puede hacerse y lo que efectivamente se hace. La mayoría de países elaborarán antes de finales de 1991 programas de acción para alcanzar las metas para el 2000 (recuadro 2).

Los objetivos, veintisiete en total, incluyen la reducción en un tercio de la mortalidad infantil, la reducción a la mitad de la desnutrición infantil, la reducción a la mitad de la mortalidad materna asociada al embarazo y al parto, la cobertura universal de medios de planificación familiar, agua libre de riesgos y sistemas de saneamiento para todos, y educación básica para todos los niños. Otros objetivos más concretos en materia de salud infantil incluyen una cobertura de inmunización del 90%, la erradicación de la poliomielitis, la eliminación del tétanos neonatal, una reducción del 95% en las muertes por sarampión (actualmente alrededor de 840.000 anuales), la reducción a la mitad de las muertes infantiles causadas por las diarreas (cuatro millones anuales) y la reducción en un tercio de las muertes infantiles por neumonía (tres millones anuales).

A primera vista, parece en exceso ambicioso intentar alcanzar tantos objetivos a la vez. Pero esto es factible debido a la relación sinérgica, de «uno para todos, todos para uno» que existe entre ellos. Por ejemplo, la reducción de la desnutrición infantil reduce enormemente la mortalidad infantil. Cuando disminu-

nuye la mortalidad infantil, un mayor número de padres se interesan por la planificación familiar. Un uso más amplio de la planificación familiar fomenta la salud materna e infantil, lo cual a su vez contribuye a una mejora del estado nutrición y a una reducción de la mortalidad. Cuanto mejor se conocen estos sinergismos, más claros son los argumentos en favor de abordar a la vez, o en inmediato orden de sucesión, todas las metas para el año 2000.

La *Cumbre* estableció estas nuevas metas alentada por el éxito de los esfuerzos por alcanzar un anterior objetivo global —una cobertura de inmunización infantil del 80%—, propuesto a finales de los años setenta, cuando la cobertura de inmunización apenas superaba el 10%. Un éxito importante no sólo como estímulo moral. Para elevar al 80% la cobertura de inmunización, ha tenido que establecerse un sistema capaz de hacer llegar las vacunas a 100 millones de niños menores de un año cuatro o cinco veces al año. Esto representa un legado organizativo que, si se mantiene y se refuerza en la década de los noventa, podría ayudar a alcanzar muchas de las nuevas metas. Y, al igual que en el caso de la inmunización, actualmente se dispone de toda una gama de técnicas de bajo costo para la prevención o el tratamiento de los problemas que causan al menos las tres cuartas partes de la mortalidad y la desnutrición infantiles.

En la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*, los dirigentes mundiales también acordaron «aportar los recursos necesarios para el cumplimiento de estos compromisos». El costo total estimado será de 20.000 millones de dólares anuales hasta el final de la década y al menos una tercera parte de esta suma deberá proceder de un incremento o una reasignación de la ayuda internacional.

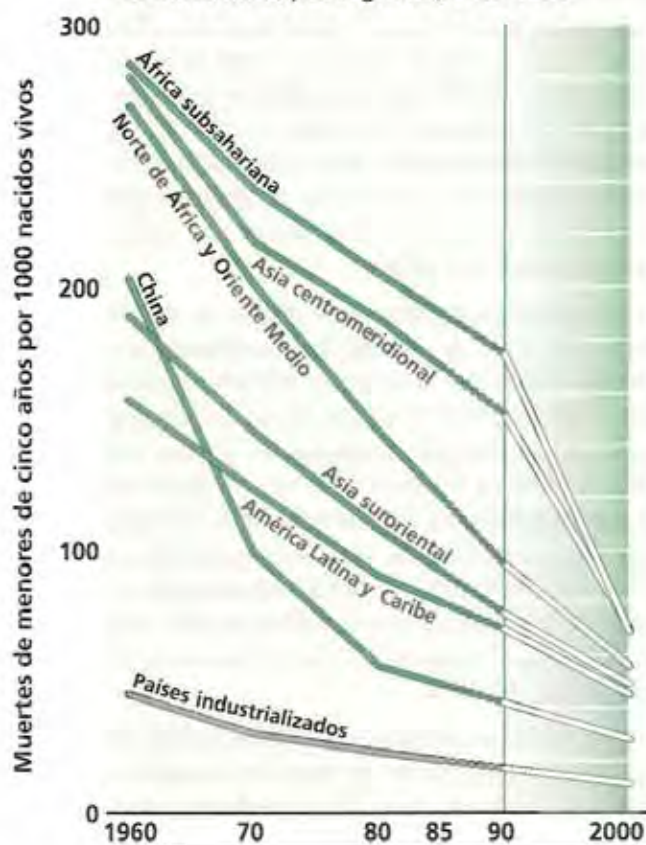
La ayuda externa adicional requerida representa menos del 1% del presente gasto militar del mundo industrializado, un precio sin duda no demasiado alto, en la era del fin de la guerra fría, para salvar la vida a muchos millones de niños, prevenir la desnutrición de muchos millones más, frenar la tasa de crecimiento de la población mundial y realizar la mejor inversión posible en el futuro.

Gráf. 1 Mortalidad infantil

La Cumbre Mundial en favor de la Infancia ha establecido la meta de reducir en un tercio la mortalidad de los menores de cinco años para el año 2000 (o una reducción al 70 por 1000 nacidos vivos si ello representa un nivel menor).

El gráfico muestra el avance en la reducción de la mortalidad infantil de 1960 a 1990. Las líneas blancas indican el avance requerido en cada región para alcanzar la meta del año 2000.

Tendencias de la mortalidad de los menores de cinco años, por regiones, 1960-1990



El gráfico no representa con precisión los cambios en las tasas de mortalidad de los menores de cinco años en la segunda mitad de la década de 1980 porque muchos países no disponen de datos actualizados. En particular, la duplicación de la cobertura de inmunización desde 1985 ha contribuido a reducir la mortalidad de forma significativa. Pero en algunos países, el descenso ha sido menor debido a las crisis de endeudamiento y el ajuste económico durante el mismo periodo.

Fuente: Estimaciones del UNICEF basadas en datos primarios de la División de Población de las Naciones Unidas, que incluyen a Sudáfrica como parte de la región del África subsahariana.

observancia en todos los países de la *Convención sobre los Derechos del Niño*.

Estas metas se establecieron mediante consultas entre los gobiernos y los organismos especializados de las Naciones Unidas y están basadas en una revisión de las medidas concretas de bajo costo actualmente disponibles. Por tanto, representan un programa comprensivo para estrechar la creciente brecha existente entre la disponibilidad de tecnologías de bajo costo y su aplicación destinada a los más necesitados.

La aprobación de ese programa, suscrito prácticamente por todos los países, supone el abandono de la visión largo tiempo sustentada de que no puede hacerse nada significativo frente a un problema tan vasto e inevitable como el de la desnutrición y la enfermedad. Esta idea ha sido desplazada por el reconocimiento de que la gran mayoría de las muertes infantiles y la enorme carga de enfermedades y desnutrición que dejan como secuela, pueden evitarse con medidas sencillas y poco costosas.

De la promesa a la práctica

Una de las primeras consecuencias de la Cumbre ha sido acelerar la ratificación de la *Convención sobre los Derechos del Niño*⁴. La *Convención* pretende establecer unas normas mínimas en favor de la supervivencia, la salud y la nutrición infantiles, y de protección de los niños contra todas las formas de explotación y de malos tratos. En los dos años transcurridos desde la aprobación del texto por la Asamblea General de las Naciones Unidas, lo han ratificado más de un centenar de países, procedimiento que habitualmente suele requerir diez años o más. La *Convención* merece figurar, por tanto, junto a los compromisos suscritos en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*,

como otras tantas muestras de una nueva prioridad política y de una nueva promesa de protección en favor de la infancia para la presente década.

Aún es demasiado pronto para determinar en qué medida las declaraciones de la *Cumbre* y la firma de la *Convención* son actos retóricos cuyo eco se irá debilitando con el paso de los años. En algunos países ya se aprecia claramente que representan una intención sólida que empieza a traducirse en medidas prácticas (recuadro 2).

Una de las primeras pruebas será el establecimiento de *programas nacionales* de acción para alcanzar las metas de la *Cumbre*. Todos los países allí representados acordaron formular programas de este tipo antes de finales de 1991. En octubre de 1991, 60 países ya habían completado esta primera etapa y se espera que su número supere el centenar a principios de 1992. Algunos países en desarrollo con niveles medios de ingresos, como Perú y México, han iniciado la aplicación de los programas a sabiendas de que deberán obtener la mayor parte de los fondos necesarios a través de un difícil proceso de reasignación de los recursos internos. Otros programas, en particular los de los países del África subsahariana, difícilmente podrán llevarse a la práctica si no se cubre al menos un 50% de su costo mediante incrementos en la ayuda externa. En total, los recursos financieros necesarios para alcanzar todas las metas para el 2000 se estiman en veinte mil millones de dólares adicionales al año⁵. Los propios países en desarrollo podrían financiar dos terceras partes de esta cantidad y el tercio restante podría obtenerse a través de un incremento de la ayuda externa (aunque las proporciones variarán según las regiones). La cifra total de veinte mil millones de dólares anuales es aproximadamente equivalente al presente gasto militar mundial de *una semana*⁶.

Tal como se acordó en la *Cumbre*, muchos países industrializados han revisado la situación de su propia infancia y sus programas de ayuda externa en busca de la mejor manera de contribuir a alcanzar las metas de la *Cumbre*. La reciente decisión de los Países Bajos de destinar 7500 millones de dólares al alivio de la deuda a través de su reconversión en programas para la infancia en Ecuador, Honduras y Jamaica (que se traducirán al menos en el doble de ese importe en moneda local) es uno de los primeros resultados tangibles. Asimismo, el Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE, que coordina en líneas generales las políticas de ayuda externa de los países industrializados, está estudiando el establecimiento de mecanismos de análisis para asignar la ayuda de acuerdo con las metas aprobadas en la *Cumbre*.

Durante los últimos doce meses, la mayor parte de Jefes de Estado han ratificado sus compromisos en encuentros políticos regionales, entre ellos la reunión de la Asociación para la Cooperación Regional en el Asia del Sur de 1990, la Cumbre de la Organización de la Unidad Africana de junio de 1991, la Cumbre Iberoamericana de Guadalajara de julio de 1991, la Conferencia de la Commonwealth celebrada en Zimbabwe en octubre de 1991 y la Cumbre de Presidentes Centroamericanos de diciembre de 1991.

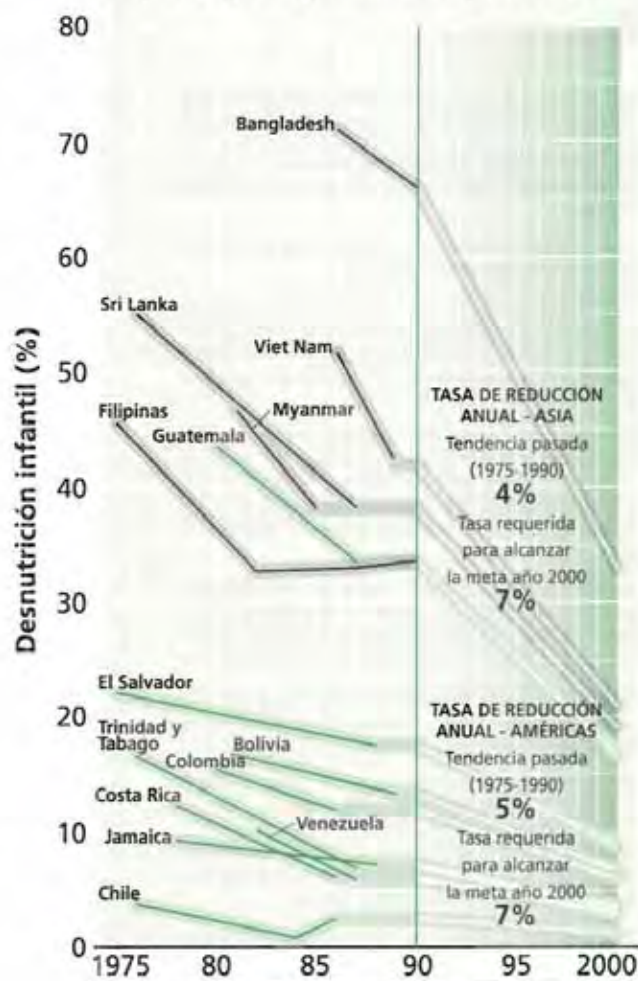
Por tanto, la infancia —y la eliminación de los peores aspectos de la pobreza absoluta— han adquirido un lugar sin precedentes en la agenda política. Si las reuniones, declaraciones y resoluciones pudiesen mejorar el estado de nutrición, de salud y de educación, la prioridad en favor de la infancia como parte de un nuevo orden mundial estaría asegurada.

Estos compromisos políticos inéditos representan una oportunidad que no debe desaprovecharse. Se ha lamentado durante largo tiem-

Gráf. 2 Reducción de la desnutrición

La Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990 estableció la meta de reducir a la mitad la desnutrición para el año 2000. Como muestra el gráfico, esto requerirá una aceleración del ritmo de avance. Casi no se dispone de datos comparativos para África.

Reducción a la mitad de la desnutrición infantil: tendencias pasadas y tasas requeridas, Asia y Las Américas, 1975-2000



El nivel de desnutrición de 1990 está basado en las estimaciones disponibles más recientes para cada país. La desnutrición se define como más de dos desviaciones standard por debajo del peso deseable por edad, y la desnutrición infantil se refiere a la población infantil menor de cinco años.

Fuente: estimaciones del UNICEF, 1991.

po que lo que faltaban no eran los medios ni tampoco los recursos, sino la voluntad política de enfrentarse con estos graves problemas. Los acontecimientos de los dos últimos años representan la mayor promesa jamás formulada a la infancia del mundo y la mayor oportunidad para obtener un respaldo político continuado en favor de su causa. Ha llegado el momento de que todas las personas y organizaciones concernidas se movilicen para reafirmar ese compromiso en todos los países.

Participación

La Cumbre Mundial en favor de la Infancia y la Convención sobre los Derechos del Niño forman parte de un proceso que ya ha producido extraordinarios resultados prácticos en los últimos años. La clave para impulsarlo ha sido el compromiso político de los dirigentes nacionales seguido de la movilización de una amplia gama de recursos para plasmarlo en la práctica. Por ejemplo, los logros en el campo de la inmunización se iniciaron en la década de los ochenta con las declaraciones y compromisos públicos de los dirigentes políticos; posteriormente estos avances se tradujeron en acciones con el apoyo de muchos centenares de miles de personas tanto en el mundo en desarrollo como en el mundo industrializado.

A mediados de los años ochenta, la mayoría de los Jefes de Estado del mundo en desarrollo habían manifestado y suscrito compromisos políticos en favor del objetivo del 80% de cobertura de inmunización (gráfico 3). Desde la perspectiva del mundo industrializado a veces resulta difícil hacerse una idea de la enorme escala de la movilización profesional y pública que ha sido preciso desplegar. A partir de unos modestos inicios a finales de los años setenta y principios de los ochenta ha logrado

México: Cumpliendo la promesa

La mayoría de los países están preparando Programas Nacionales de Acción (PNA) para alcanzar las metas acordadas en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* de 1990. En diciembre de 1991, cerca de 100 países habrán concluido la preparación de sus Programas. Entre las metas establecidas se incluye la reducción en un tercio de la mortalidad infantil, la reducción de un 50% de la desnutrición infantil y la finalización de la enseñanza primaria por lo menos del 80% de los niños en edad escolar (página 61).

Muchos países ya han empezado a cumplir esta promesa. Un ejemplo es el de México, cuyo Presidente, Carlos Salinas de Gortari, fue uno de los seis promotores de la *Cumbre*.

A finales de 1990, el Presidente Salinas reunió a los miembros de su Gobierno para decidir el camino a seguir por México para alcanzar las metas fijadas en la *Cumbre*. Esta sería la primera de una serie de sesiones bianuales del gabinete —encabezadas por el Presidente— dedicadas al seguimiento de los progresos logrados en favor de la infancia mexicana. Para coordinar la elaboración y ejecución de las acciones, se nombró una Comisión Nacional para la Aplicación y Seguimiento de los compromisos de la *Cumbre*, integrada por los responsables de los sectores de salud, educación, agua, saneamiento y niños en circunstancias especialmente difíciles.

En noviembre de 1991, el Gobierno aprobó el PNA de México, que tomando 1990 como base, define los objetivos específicos y estrategias para 1994 y 2000, e incluye recomendaciones para el establecimiento de un sistema de seguimiento y evaluación.

La Ciudad de México así como algunos Estados del país impulsan acciones para traducir en hechos los acuerdos de la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*.

En todos los países se requerirá una cierta reestructuración de los presupuestos gubernamentales con el fin de alcanzar las metas para el 2000. Una de las primeras medidas prácticas adoptadas en México ha sido aumentar en un 40% el presupuesto de PRONASOL, un programa nacional de solidaridad destinado a

ofrecer servicios básicos a la quinta parte más pobre de la población mexicana y que será el principal vehículo para avanzar hacia las metas del año 2000. PRONASOL recibirá en 1991 una suma de 1.700 millones de dólares, más del 8% del gasto social total del Gobierno.

Otras acciones destacadas en favor de la infancia mexicana emprendidas en 1991 son:

- 15 millones de habitantes de las aldeas y barrios urbanos más pobres reciben servicios de atención básica de salud a través del Sistema Nacional de Salud y PRONASOL, con un incremento del 25% respecto a 1990.

- Siete de los 31 Estados, además de México D.F., han ampliado la cobertura de inmunización hasta el 90% de los menores de cinco años. El PNA mexicano se propone alcanzar una cobertura próxima al 100% en todos los Estados del país antes de octubre de 1992.

- La distribución de SRO (sales de rehidratación oral) para proteger a los niños de la deshidratación causada por las diarreas, se ha incrementado notoriamente hasta alcanzar 20 millones de sobres anuales.

- Se han publicado 380.000 ejemplares de una edición mexicana de *Para la Vida* y se prevé alcanzar un millón de ejemplares para finales de 1994.

- Se ha incorporado el decálogo de OMS/UNICEF, *Diez pasos hacia una feliz lactancia natural*, a la práctica habitual de un hospital de cada Estado y en cuatro de México D.F. (recuadro 12). Estos 35 hospitales «Amigos del Niño y de la Madre» servirán como modelo para todas las maternidades del país.

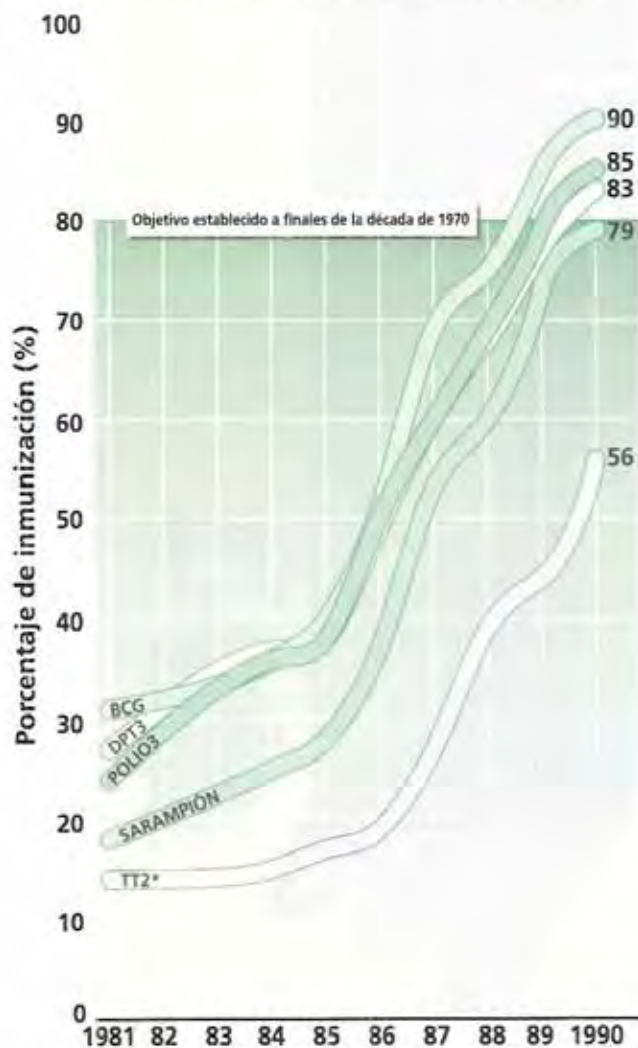
- El acceso al suministro de agua potable se amplió a otros tres millones de personas en 1991, elevando la cobertura de este servicio hasta el 78% de la población mexicana. El objetivo es ampliar la cobertura hasta un 84% en 1994 y llegar al 100% antes del 2000.

Un año después de la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*, es evidente que México está otorgando una nueva prioridad política a la protección de la vida y el desarrollo integral de sus niños.

Gráf. 3 El logro de la inmunización

A finales de la década de 1970, cuando el nivel de inmunización apenas alcanzaba el 10 por ciento de los niños del mundo en desarrollo, la comunidad internacional estableció la ambiciosa meta de llegar al 80 por ciento de la cobertura de inmunización hacia 1990. El gráfico muestra los resultados de diez años de esfuerzos.

Incremento en la cobertura de inmunización, niños menores de un año, todos los países en desarrollo, 1981-1990



En 1981 y 1985 está excluida China

* Para mujeres embarazadas

Fuente: OMS y UNICEF, agosto 1991.

establecerse un sistema que actualmente mantiene contacto con más de cien millones de menores de un año —y sus padres— en cinco ocasiones separadas cada año, lo cual supone un total de más de 500 millones de contactos individuales anuales entre los modernos servicios de salud y la población infantil, pese a todas las dificultades logísticas⁷. Gracias a este esfuerzo —la operación internacional de más amplio alcance jamás organizada en tiempos de paz—, cada día se salvan unas nueve mil vidas infantiles (gráfico 4). Entre los logros obtenidos se cuentan también los casi dos millones de niños del mundo en desarrollo que caminan, corren y juegan normalmente y que la poliomielitis habría dejado inválidos sin los avances de la inmunización de la última década. Habida cuenta de que la causa principal de la desnutrición infantil son las infecciones frecuentes, más que la carencia de alimentos⁸, la prevención de las enfermedades en tan gran escala también ha contribuido a proteger el desarrollo saludable de un número cada vez mayor de niños en el mundo. De cara al futuro, el avance de la inmunización ha sentado las bases de un sistema de cobertura que ahora podrá utilizarse para canalizar otros elementos clave de la atención primaria de salud y para distribuir las nuevas vacunas a medida que se disponga de ellas (recuadros 14 y 15).

Durante la primera mitad de la década de los ochenta, más de 50 Jefes de Estado del mundo en desarrollo también asumieron el compromiso de facilitar el acceso masivo a un método de prevención de la deshidratación denominado terapia de rehidratación oral (TRO). Esta sencilla técnica de costo casi insignificante ofrece a los padres el medio para prevenir o tratar ellos mismos la deshidratación inducida por las enfermedades diarreicas. Entonces, la TRO era prácticamente desconocida fuera de los círculos científicos. En

la actualidad, con la participación de millones de personas, esta técnica capaz de salvar vidas humanas, se ha puesto al alcance de al menos una tercera parte de las familias del mundo en desarrollo (gráfico 5). Gracias a ello se salvan más de un millón de vidas infantiles cada año⁹.

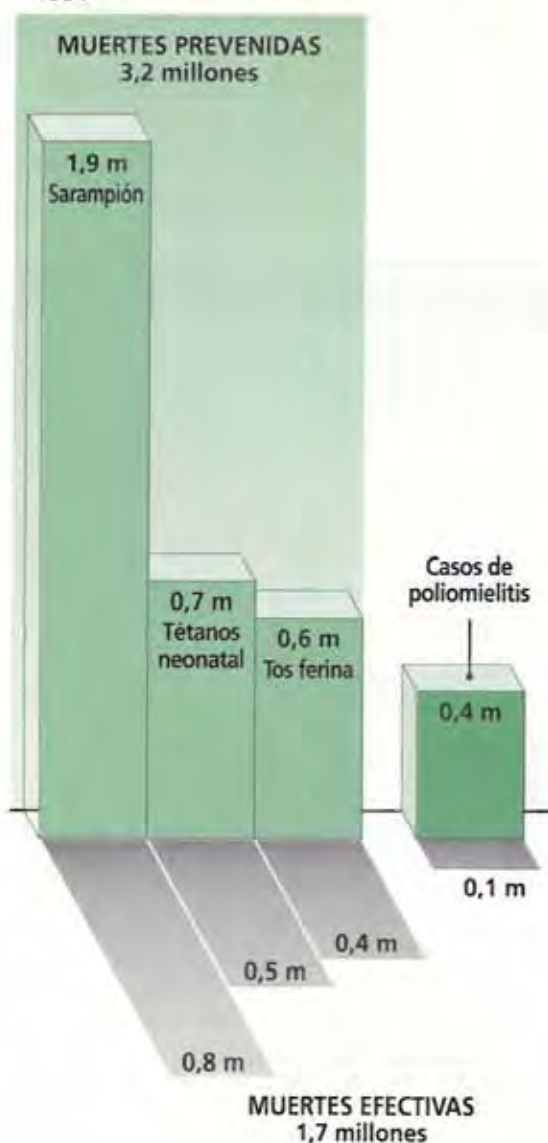
Resulta fácil subvalorar la importancia práctica de este logro visto desde las atalayas de la abundancia. La deshidratación inducida por las enfermedades diarreicas ha matado a un total estimado de 150 millones de niños de corta edad —más que la suma de bajas civiles y militares de las dos guerras mundiales— en los cuarenta años de existencia del UNICEF y sigue siendo una de las principales causas de mortalidad infantil en el mundo moderno. Desde hace veinte años se dispone de un método sencillo y de costo insignificante para tratar y prevenir la deshidratación. Un hecho equivalente, por su escala, a que se hubiera descubierto un remedio contra el cáncer y no se utilizara. Pero la largamente demorada movilización, destinada a aplicar los conocimientos y los medios disponibles para prevenir la mortalidad y la desnutrición causadas por las enfermedades diarreicas, ha comenzado ya a ponerse en marcha.

Tales logros demuestran el potencial de los compromisos políticos combinados con la dedicación de los servicios profesionales y la participación de un gran número de personas. La experiencia y el liderazgo de los servicios de salud han sido sin duda elementos indispensables, pero no habrían podido llevar a término por sí solos un esfuerzo de tan amplia envergadura. Para poner la información sobre la TRO, o sobre cuándo, dónde y por qué deben llevar a vacunar a sus hijos, al alcance de muchos centenares de millones de familias ha sido indispensable la participación de las escuelas y de los medios de comunicación de masas,

Gráf. 4 Tres millones de vidas salvadas

El logro del objetivo del 80 por ciento de cobertura de inmunización en el mundo en desarrollo permite prevenir más de tres millones de muertes infantiles anuales

Muertes prevenidas y efectivas, por enfermedades inmunoprevenibles, en millones, todos los países en desarrollo, 1991



Fuente: OMS y UNICEF, agosto 1991

de las iglesias, mezquitas y templos, de los partidos políticos y de los organismos profesionales, de las organizaciones empresariales y de los sindicatos, de las organizaciones no gubernamentales y de voluntarios, de los grupos de mujeres y de los movimientos populares.

Muchos gobiernos del mundo industrializado han ofrecido ayuda financiera y técnica (no necesariamente a través del UNICEF, el mayor suministrador internacional de las vacunas utilizadas para alcanzar el objetivo en materia de inmunización) y muchas organizaciones no gubernamentales, tanto de los países industrializados como de los países en desarrollo, han movilizado un amplio apoyo público. Para citar el ejemplo más espectacular, Rotary International movilizó a centenares de miles de sus asociados en casi todos los países, incluidas las secciones locales de África, Asia y América Latina. Estos colaboradores voluntarios recaudaron más de 200 millones de dólares para la campaña de vacunación contra la poliomielitis, en el mayor esfuerzo de recaudación de fondos jamás realizado por una organización asistencial voluntaria en favor de una causa concreta¹⁰.

Para que también puedan llegar a hacerse realidad los compromisos contraídos en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* se requerirá una movilización en una escala análoga, en todos los países.

El proceso del que forma parte la *Cumbre*, y los cambios sociales que ya ha generado, re-

presentan, por tanto, otra dimensión de la revolución de las comunicaciones y la creciente participación popular que constituyen el núcleo de los cambios políticos y económicos contemporáneos.

Una promesa de los pueblos

El creciente compromiso político y la cada vez mayor movilización social en favor de la infancia en los últimos años permite abrigar razonables esperanzas de que las necesidades y derechos de los niños del mundo, y en particular de los centenares de millones de niños que carecen hasta de lo más elemental en materia de salud, nutrición y educación, encontrarán cabida en la agenda del nuevo orden mundial emergente.

La *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* fue una promesa a la infancia de la década de los noventa, formulada tanto en nombre de los pueblos como de sus gobiernos. Una promesa de utilizar los conocimientos, tecnología, recursos y capacidad de comunicación actuales para proteger la vida, el desarrollo, la salud y los derechos de los niños. Una promesa de poner fin a la catástrofe silenciosa de la desnutrición, la enfermedad y el analfabetismo. Y una promesa de mantener las necesidades y los derechos de la infancia en la agenda internacional de prioridades del nuevo orden mundial emergente a lo largo de la presente década.

Una promesa que ahora debe cumplirse.

Inmunización: Una operación todavía rentable

Los avances realizados en la década de los ochenta² en el campo de la inmunización permiten salvar la vida de 3,2 millones de niños cada año³. Casi otros dos millones de niños del mundo en desarrollo, que en estos momentos caminan, corren y juegan normalmente, habrían quedado incapacitados por la poliomielitis de no haberse alcanzado la meta de la cobertura de inmunización del 80% de la población infantil.

Pero, si bien los avances en la inmunización representan el mayor éxito de los años ochenta en el ámbito de la salud pública, las vacunas siguen planteando el mayor desafío para la década de los noventa. La consolidación y ampliación de los avances ya logrados permitiría evitar otros dos millones de muertes infantiles cada año y reducir las secuelas de las enfermedades inmunoprevenibles en términos de desnutrición y discapacidades infantiles.

Los beneficios no se limitarían al mundo en desarrollo. En los Estados Unidos, por ejemplo, la erradicación de la poliomielitis permitiría economizar 114 millones de dólares anuales sólo en vacunas⁴. ¿Cuál sería el costo de la erradicación? Aproximadamente 100 millones de dólares anuales durante un período de diez años⁵.

El primer desafío es elevar los niveles de inmunización en aquellos lugares donde la cobertura todavía es baja. En África oriental y meridional, la cobertura de inmunización es sólo del 60%⁶. El objetivo para la década de los noventa debe ser la desagregación de los datos, a fin de asegurar que se alcance la meta del 90% de cobertura para el año 2000 en todas y cada una de las provincias y, a ser posible, en cada distrito.

El segundo desafío es ampliar el seguimiento para registrar no sólo los niveles de inmunización, sino también el retroceso de las enfermedades. Los objetivos aprobados en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* son: la eliminación del tétanos neonatal (536.000 muertes cada año), la erradicación de la poliomielitis (116.000 casos cada año) y una reducción del 95% en la mortalidad por sarampión (840.000 muertes cada año).

En tercer lugar, se plantea el desafío de incorporar nuevas vacunas, como la de la hepatitis B (recuadro 15), al sistema de inmunización y de fomentar las investigaciones en el contexto de la Iniciativa en pro de la Vacuna Infantil (recuadro 14).

Pero el mayor desafío de la década será, con gran diferencia, el aprovechamiento de los avances organizativos que permitieron lograr una cobertura de inmunización del 80% para ofrecer una atención primaria de salud más amplia y más completa.

Los avances de la inmunización han dejado como legado institucional un sistema que permite establecer más de 500 millones de contactos individuales al año entre los servicios de salud y la población infantil⁷. Este sistema está empezando a aprovecharse para distribuir otros elementos vitales de la atención primaria de salud como suplementos de vitamina A y de yodo⁸. Todavía puede hacerse mucho más. Y cuando más se utilice, menor será el costo unitario de cada servicio ofrecido y más sostenible será el sistema.

Pero aún más fundamental para la atención primaria de salud es el avance logrado en la inmunización mediante la movilización de recursos sociales y canales de comunicación en favor de un mejoramiento sustancial de la salud. Este hecho ha contribuido al reconocimiento de que la salud es una responsabilidad social y no sólo médica.

Para muchos de los servicios de salud implicados, los avances en la inmunización también han supuesto una nueva comprensión de cuál es el verdadero público al que deben atender, esto es, no sólo las personas que acuden a los centros de salud, sino el conjunto de la población de una zona determinada. El contacto con la comunidad para localizar hasta el último niño por vacunar ha iniciado un proceso de contacto regular entre los servicios de salud y cada familia.

Como ha señalado un asesor del UNICEF en relación con el avance de la inmunización en los años ochenta, «el esfuerzo no sólo ha contribuido a reforzar los sistemas de atención primaria de salud ya existentes también ha movilizado a un segmento mucho más amplio de la sociedad en favor de un objetivo social reconocido. Los servicios de salud y la comunidad atendida han desarrollado un nuevo nivel de responsabilidad ... un nuevo nivel de expectativas y de compromiso. Estos serán, a largo plazo, los mayores logros de la inmunización y los factores que más pueden contribuir a su sostenibilidad y posterior expansión hasta transformarse en un programa auténticamente universal capaz de ofrecer a cada niño mucho más que unos servicios de vacunación»⁹.

Máxima prioridad para la infancia

Proposición: *Que se adopte el principio de «máxima prioridad para la infancia» —esto es, la dedicación prioritaria de los recursos sociales a la protección del desarrollo físico y psíquico de los niños— como una norma ética del nuevo orden mundial.*

La Cumbre Mundial en favor de la Infancia instó a todos los países a aplicar el principio de «máxima prioridad para la infancia», «principio según el cual las necesidades esenciales de todos los niños deben recibir alta prioridad en la asignación de los recursos, en los buenos y en los malos tiempos, a nivel nacional e internacional y también en el ámbito familiar»¹¹.

El principio de prioridad para la infancia no sienta sus bases únicamente en el terreno de los sentimientos. La mayor parte del desarrollo mental y físico del ser humano tiene lugar durante los primeros años de vida. Esos años representan la única oportunidad de que dispone cada niño para desarrollar normalmente su cerebro y su cuerpo y realizar plenamente su potencial genético. Los complejos procesos del desarrollo pueden sufrir daños permanentes si no se completan en el momento adecuado sus diferentes etapas. No existen segundas oportunidades. El principio de máxima prioridad asienta sus cimientos en el firme lecho de roca de este hecho fisiológico. Por ello este principio exige que, incluso en los momentos más difíciles, la protección de la infancia sea el último elemento de protección social que se abandone, en vez de sacrificarlo en primer lugar.

Muchos padres practican, en todos los países, este principio de máxima prioridad. Pero el progreso de la civilización consiste esencialmente en un proceso de institucionalización de los mejores sentimientos y más elevados principios que intermitentemente manifiestan los seres humanos. Y hasta la fecha la humani-

dad todavía no ha dado el paso en favor de la civilización que supondría la institucionalización de la ética de la máxima prioridad para la infancia, la incorporación automática de ese principio a sus normas de actuación.

Habida cuenta de que un niño tiene sólo una oportunidad de desarrollo y del carácter sumamente delicado y susceptible del proceso de crecimiento, el principio de máxima prioridad exige que la protección no sea sólo prioritaria sino un imperativo absoluto. En otras palabras, el niño debe poder contar con la seguridad de que ese compromiso se cumplirá en todo momento y pese a todas las dificultades, en vez de encontrarse a merced de las circunstancias cambiantes y de los conflictos entre prioridades.

En particular, los elementos esenciales del desarrollo infantil —amor y cuidados, crecimiento físico normal, inmunización contra las enfermedades, atención básica de salud y oportunidad de ir a la escuela— tienen que estar englobados en un compromiso que todas las sociedades deben asumir y mantener en los buenos y en los malos tiempos. Un compromiso que no debe flaquear en épocas de recesión económica; que no debe quedar relegado frente a las exigencias a corto plazo de los programas de ajuste estructural; que no debe plegarse a las presiones de grupos particulares de intereses; que no debe fluctuar según la fortuna de unos partidos políticos concretos; que no debe verse socavado en momentos de conmoción o transición social; que no debe estar subordinado a ninguna ideología; que no debe interrumpirse ni siquiera en tiempos de guerra o de conflicto civil. Es precisamente en estos momentos difíciles cuando debería mantenerse con mayor tenacidad el principio de máxima prioridad para la infancia, aunque en la práctica en general se abandona.

Desde la perspectiva del UNICEF, los acontecimientos de la última década exigen una enérgica campaña en favor de este principio de máxima prioridad para la infancia ahora que empieza a configurarse un nuevo orden mundial. El UNICEF ha tenido oportunidad de observar en una crisis tras otra, y en un país tras otro, las consecuencias de no haber aplicado este principio. Ya sea a causa de la crisis de la deuda externa y de los ajustes estructurales en África y América Latina, o de las conmociones de la transición política y económica en la Europa Central y del Este, o del cambio en la filosofía política de muchos países industrializados (recuadro 5), o del estallido de la guerra en África¹² o en el Golfo, las principales víctimas han sido siempre los niños, y ellos serán quienes seguirán exhibiendo durante más largo tiempo las cicatrices y quienes pagarán el precio más alto, con la pérdida de su única oportunidad de desarrollo normal, de recibir instrucción y de adquirir las capacidades necesarias para ganar su propio sustento y el de sus familias en el siglo XXI.

Se presta tan poca atención a las consecuencias para los niños de los errores y excesos del mundo adulto que prácticamente no se dispone de mecanismos sensibles para la vigilancia de su estado de nutrición, de sus pautas de morbilidad o de sus niveles de escolarización. Incluso en momentos de conmoción y de transición social, que según todas las experiencias afectan particularmente a la infancia, sigue siendo más fácil saber cuántos aparatos de video se han importado o vendido en un mes determinado, que averiguar cómo se ha visto afectado el estado de salud y de nutrición de la población infantil de un país.

Sabemos que los niños han pagado el precio más alto por el endeudamiento del mundo en desarrollo. Datos fragmentarios, reunidos por el UNICEF a lo largo de la última década¹³,

revelan un cuadro de creciente desnutrición, y en algunos casos de incremento de la mortalidad infantil, en los países más endeudados de África y América Latina¹⁴. Estudios de la UNESCO¹⁵ también indican que las políticas de ajuste económico para hacer frente a la crisis de la deuda externa han provocado un descenso de los índices de escolarización para las edades comprendidas entre los 6 y los 11 años, al menos en 50 de los países del mundo en desarrollo más afectados por el endeudamiento.

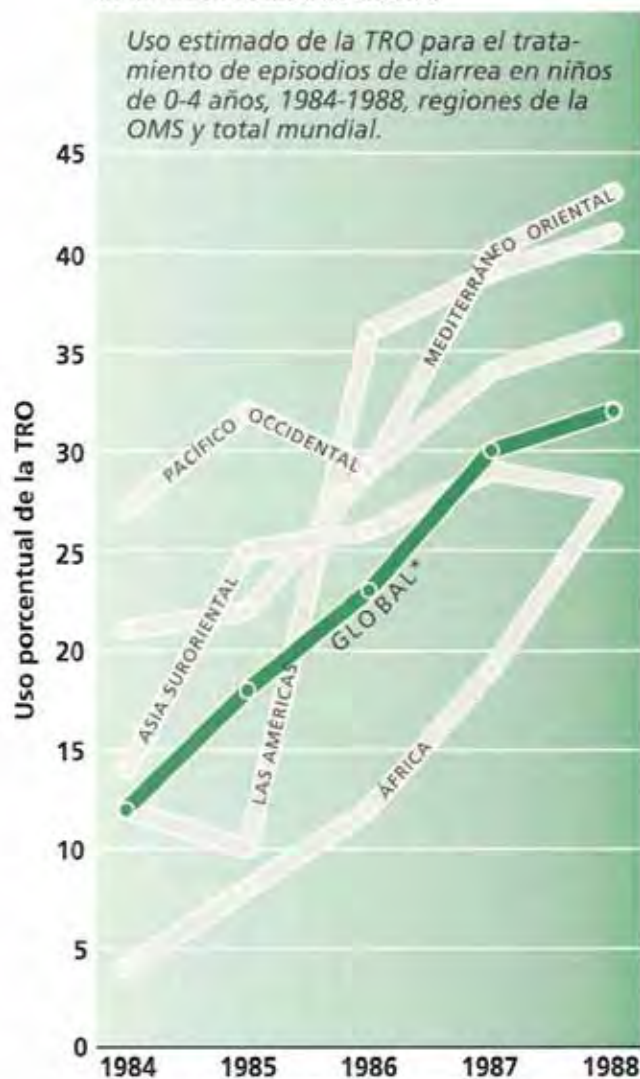
Asimismo, se sabe, por citar otro ejemplo, que en estos momentos los mayores costos de la guerra del Golfo están recayendo sobre la infancia. Según el primer estudio de estas características realizado hasta la fecha, las tasas de mortalidad infantil se han incrementado de forma sostenida en el último año en Iraq¹⁶. Sin una aceptación generalizada del principio de máxima prioridad, las guerras modernas seguirán siendo guerras contra la infancia (recuadro 6).

Análogamente, también recae sobre la infancia el mayor peso de las penalidades que sufren la Europa Central y del Este con el colapso de los viejos sistemas económicos bajo la carga de sus propias deficiencias, tras el valeroso inicio de la transición en un país tras otro (recuadro 4). Un estudio especial del Centro Internacional de Desarrollo Infantil de Florencia del UNICEF¹⁷, publicado a principios de este año, revela que los servicios de salud y de educación han sufrido los más importantes recortes presupuestarios y que el estado de nutrición de muchos niños puede estar ya en peligro. En Albania —el caso más grave—, la desnutrición afecta en estos momentos a aproximadamente el 20% de todos los niños y la mortalidad de los menores de un año se ha duplicado en relación al nivel de 1989¹⁸.

Como expone el recuadro 5, los niños también han sido los más afectados por los cambios menos dramáticos en la filosofía política y

Gráf. 5 Un tercio utiliza la TRO

La TRO (terapia de rehidratación oral) es una medida sencilla que pueden utilizar las propias familias para prevenir y tratar la deshidratación, causante de más de dos millones de muertes infantiles cada año. Esta técnica ha sido enseñada durante la década de 1980 a un tercio de las familias del mundo en desarrollo y previene más de un millón de muertes anuales.



* Excluida China

La TRO comprende fórmulas especiales de sales de rehidratación oral, soluciones de sal y azúcar, y líquidos domésticos usualmente recomendados.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1990.

económica de muchos países industrializados en la última década¹⁹. En los Estados Unidos, por ejemplo, la proporción de niños que viven en condiciones de pobreza se ha elevado de un 14% en la década de 1960 a alrededor de un 22% en la actualidad²⁰.

Es posible que en el pasado hasta cierto punto fuese inevitable que las vicisitudes del mundo adulto repercutieran sobre el bienestar de la infancia. Pero actualmente no hay razón para renunciar a las medidas más esenciales de protección de la infancia, que al mismo tiempo son las medidas más esenciales para proteger el futuro de la sociedad. Los nuevos medios permiten proteger con un bajo costo la salud, el estado de nutrición y la educación de casi todos los niños casi en todas las circunstancias. A través de acciones nacionales siempre que sea posible y con el apoyo internacional en caso necesario, pueden aplicarse políticas específicas destinadas a satisfacer y a proteger las necesidades básicas y los derechos de la infancia hasta en los momentos más difíciles.

Para que el nuevo orden mundial represente un avance de la civilización debe adoptar el principio de que es preciso evitar que los sobresaltos y retrocesos, los errores e insuficiencias consustanciales en cierta medida en los asuntos humanos, no vuelvan a traducirse nunca más en un aumento de la desnutrición, las enfermedades, la mortalidad y el analfabetismo entre los más vulnerables de la sociedad.

En los últimos años, algunos países han demostrado que es posible empezar a aplicar este principio en la práctica. La República de Corea se ha preocupado de aplicar, en cada una de las recesiones económicas transitorias de los años setenta y ochenta, políticas específicas destinadas a impedir que la subida de los precios del petróleo o la reducción de la producción agrícola se tradujesen en un deterioro de los niveles de salud, nutrición e instrucción

Europa del Este: Transición con rostro humano

La concesión de «máxima prioridad para la infancia» es especialmente importante en tiempos de crisis. En situaciones de recesión económica, de cambios e inestabilidad política o de conflicto armado se requieren políticas específicamente destinadas a proteger la única oportunidad de desarrollo normal físico y psíquico de que disponen los niños.

UNICEF ha impulsado la adopción de este principio en los países en desarrollo que aplican políticas de ajuste para hacer frente a los problemas de la deuda externa y la recesión. Pero, según muestra un reciente estudio del UNICEF, el mismo principio también es relevante ante las perturbaciones económicas que afectan a la Europa Central y del Este¹⁰.

Ambos procesos presentan muchos rasgos comunes. En ambos casos, el «ajuste» implica reducciones en el gasto público y la supresión de subsidios para los alimentos y otros productos básicos. Y en ambos casos, la capacidad de las familias para cubrir sus propias necesidades se ha visto menguada por el desempleo, la disminución de los ingresos y la subida de los precios. Al mismo tiempo, la reducción del presupuesto destinado a los servicios sociales ha debilitado las «redes de seguridad» justo en un momento en que aumenta la dependencia de éstas.

El desempleo se multiplicó por diez en Hungría entre finales de 1989 y mayo de 1991. En Polonia, se prevé que la cifra de desempleados alcance los dos millones —casi un 15% de la fuerza de trabajo— a finales de 1991. Checoslovaquia contará con medio millón de personas sin empleo a finales de 1992. También se han reducido fuertemente los ingresos de las personas empleadas. En Polonia, los ingresos reales medios disminuyeron un 25% en los primeros nueve meses de 1990. En Bulgaria, su reducción se aproxima al 50%. En Checoslovaquia, se estima que en 1991 llegará a cuadruplicarse el número de personas pobres, según los criterios oficiales. En Polonia y la URSS, un 40% de la población vive actualmente por debajo del nivel de pobreza.

La reducción de los subsidios ha alterado los precios relativos y muchas familias gastan ahora del 50% al 60% de sus ingresos sólo en alimentación. Se sabe que el consumo de pan, leche y otros alimentos básicos ha disminuido en Bulgaria, Hungría, Polonia, la URSS y Yugoslavia. En Albania —el caso más grave— alrededor del 20% de la población infantil padece actualmente desnutrición y la mortalidad infantil se

ha duplicado en relación al nivel de 15 por mil nacimientos, registrado en 1989¹¹.

También han disminuido los «ingresos sociales». Aunque en teoría se han mantenido los niveles de salarios mínimos, prestaciones de desempleo, asignaciones familiares, pensiones para la vejez y subsidios de invalidez, la inflación los ha cercenado en la práctica. Las empresas también han suprimido los servicios asistenciales que antes ofrecían a las familias de sus empleados. Checoslovaquia redujo en un 20% su gasto en salud en 1990 y en los dos últimos años ha recortado en un 10% anual su gasto en educación.

En parte, la insuficiencia de las redes sociales de seguridad es fruto de errores de cálculo en cuanto a las necesidades que deberían cubrir. Polonia, por ejemplo, preveía un aumento del desempleo hasta la cifra de 400.000 y una caída del 5% al 10% en los ingresos; de hecho, el desempleo alcanzó la cifra de 1,4 millones en diciembre de 1990 y los ingresos medios se redujeron en un 27%.

Las peores consecuencias humanas de este proceso de ajuste podrían evitarse casi con toda seguridad. Lamentablemente, existen indicios de que se está tirando el «niño» (medidas asistenciales mínimas) junto con el «agua sucia de la bañera» (control estatal).

Una razonable indicación de las prestaciones, una vigilancia adecuada de las variaciones en el nivel de bienestar de la infancia, la canalización de los recursos disponibles hacia objetivos cuidadosamente seleccionados, comidas escolares gratuitas, bonos para la adquisición de alimentos destinados a asegurar unos niveles mínimos de nutrición y el mantenimiento de los servicios básicos de atención de salud y educación podrían haber ayudado a proteger a los más vulnerables y especialmente a la infancia durante la valerosa transición de la Europa del Este hacia la democracia política y la economía de mercado.

Igual que en el caso del mundo en desarrollo, las naciones ricas podrían aportar una contribución específica, ayudando a mantener unos niveles mínimos de salud y educación en una situación en que los gobiernos encuentran graves dificultades para asegurarlos. En otras palabras, la ayuda internacional podría contribuir a hacer realidad el principio de «máxima prioridad» para garantizar que la infancia no sea la más afectada en un proceso de transición pleno de perturbaciones. Con ello, la ayuda externa también contribuiría a asegurar que las necesidades a corto plazo no socaven el progreso a largo plazo.

de su población infantil. El gobierno de Indonesia, ante las presiones económicas de la caída de los precios del petróleo de principios de los ochenta, tomó la decisión de recortar el gasto en proyectos industriales y en la construcción de hospitales a fin de mantener el presupuesto destinado a los centros rurales de salud, a los programas de inmunización y a la enseñanza primaria²¹. En los años ochenta, Chile²² y Costa Rica²³ lograron mantener la tendencia descendente de la mortalidad infantil mediante programas de nutrición y de salud específicamente destinados a proteger a los niños más pobres de los duros avatares económicos de esa década. En el mismo período, Botswana también consiguió proteger a su infancia de las peores consecuencias de la grave sequía con la introducción de sensibles sistemas de seguimiento para canalizar adecuadamente la ayuda gubernamental, mediante subsidios alimentarios. Zimbabue logró evitar igualmente el aumento de la desnutrición infantil durante las sequías y recesiones de los años ochenta, con políticas específicas de bajo costo que incluían programas de atención primaria de salud, servicios de inmunización, medidas de control de las enfermedades diarreicas, programas de alimentación suplementaria y acceso a agua potable en las zonas rurales.

Existen también algunos indicios de una incipiente aplicación del principio de máxima prioridad para la infancia aun en tiempos de guerra y de conflictos civiles. El Salvador no ha permitido que la larga y encarnizada guerra civil repercutiera sobre el derecho de sus niños a beneficiarse de la inmunización; durante los últimos siete años, se han suspendido las hostilidades en tres «días de tregua» separados cada año a fin de facilitar la vacunación de casi todos los niños del país. Más recientemente, en Sudán se ha aceptado la propuesta de establecer «corredores de paz» que permitan ha-

cer llegar suministros esenciales a las familias de civiles y sus hijos (en estos momentos la ruta del Nilo también está abierta para el envío de suministros). En Etiopía también se mantuvieron abiertos dos corredores análogos hasta que finalizó la guerra, a principios de este año. En 1991 se abrieron en Angola seis de estos corredores. En Iraq, el UNICEF y la OMS consiguieron abrir una vía para el envío de material básico de atención de salud, incluso en los momentos de mayor intensidad del conflicto del Golfo.

Estos ejemplos son chispas de esperanza para la implantación de un principio que debería brillar con llama permanente en los próximos años. Ante cualquier recesión o situación de crisis, en todo período de transición o de conmoción, ya sea debido a catástrofes naturales, a la guerra civil, a un conflicto internacional, a una mala gestión económica o a los cambios políticos, debería ser un axioma, a escala nacional e internacional, averiguar las posibles repercusiones sobre la infancia y definir las políticas específicas necesarias para la protección del desarrollo físico y mental de los niños de los peores efectos del cambio.

Para avivar esa llama, el mundo cuenta ahora con la ventaja de un acuerdo prácticamente universal sobre la protección mínima que debe garantizarse a la infancia. Las metas de la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* y las cláusulas de la *Convención sobre los Derechos del Niño* expresan el consenso alcanzado sobre los niveles mínimos de protección en favor de la supervivencia, la salud y la educación y contra la explotación y los malos tratos de todos los niños, en todos los países, ya sea en la guerra, en el trabajo o en sus hogares.

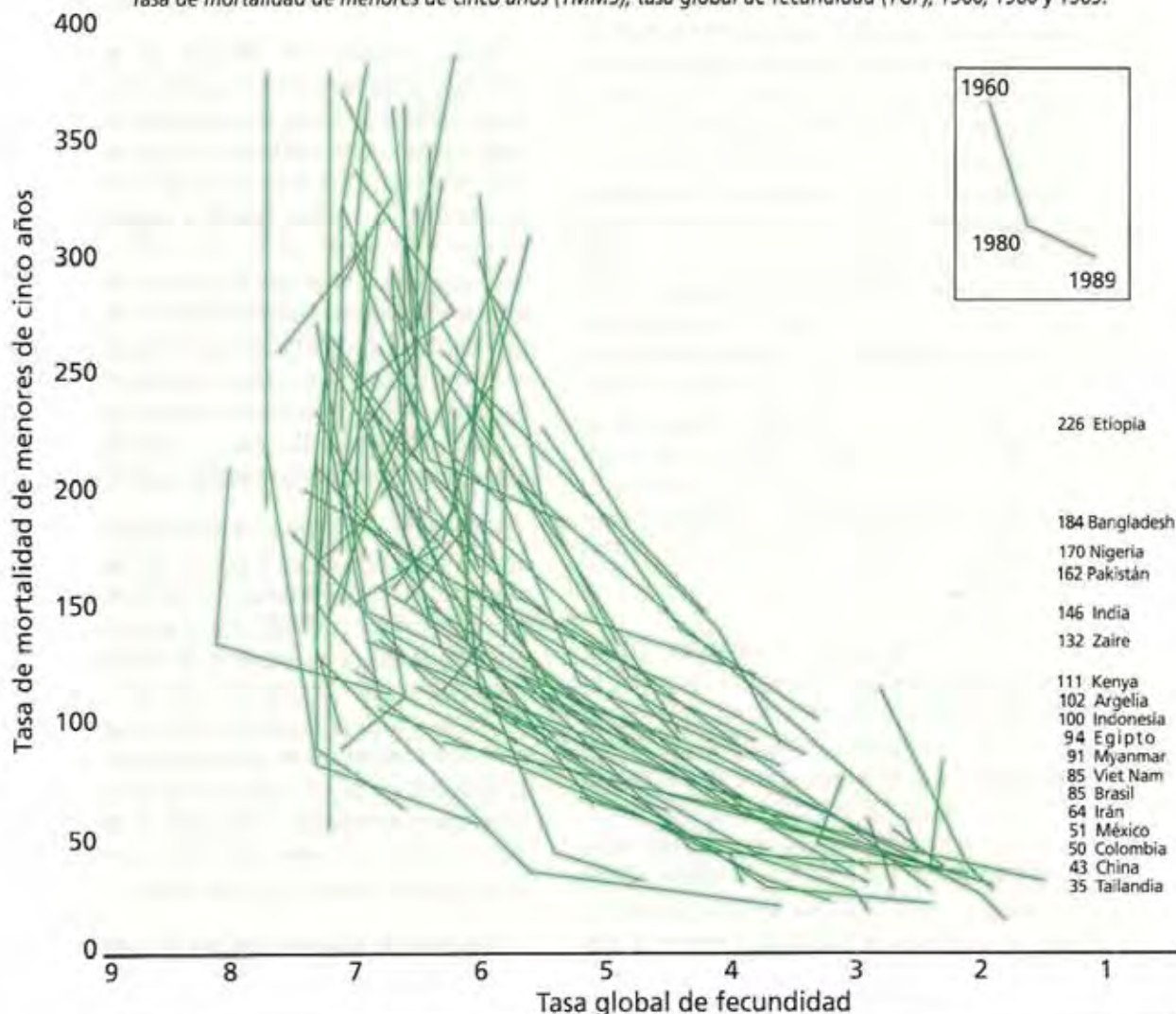
Así pues, el mundo dispone de un conjunto de normas consensuadas para medir los avances de todos y cada uno de los países hacia la implantación de un nuevo orden para la infancia.

Gráf. 6 Mortalidad infantil y natalidad

Cada línea del gráfico representa los cambios de la tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5) y la tasa global de fecundidad (TGF) durante el periodo 1960-1990, en cada uno de los países en desarrollo seleccionados. El punto intermedio de la línea corresponde al año 1980. El gráfico muestra la evolución seguida por la mayoría de los países en desarrollo, en la que puede apreciarse que el pronunciado descenso inicial de la mortalidad de menores de cinco años no estuvo acompañado, en general, por un cambio significativo de la fecundidad. En una fase posterior, cuando la mortalidad de los menores de cinco años registró un nuevo descenso, las

pautas de fecundidad experimentaron cambios diversos: algunos países registraron un marcado descenso de la fecundidad mientras otros países no. En las últimas etapas, las reducciones de la mortalidad de menores de cinco años están acompañadas por reducciones más pronunciadas de la fecundidad. En la parte derecha del gráfico se incluye una lista de algunos de los países en desarrollo más poblados y su tasa actual de mortalidad de menores de cinco años. La mayor parte de estos países se encuentran próximos al nivel a partir del cual los descensos de la mortalidad de menores de cinco años podrían verse acompañados por descensos más marcados de la natalidad.

Tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5), tasa global de fecundidad (TGF), 1960, 1980 y 1989.



Fuente: UNICEF, elaboración propia basada en datos de la División de Población de las Naciones Unidas.

A menor mortalidad, menor natalidad

Proposición: Que si en el nuevo orden mundial no se afrontan los problemas de la desnutrición, las enfermedades prevenibles y el analfabetismo generalizado, será mucho más difícil reducir la tasa de crecimiento de la población y efectuar la transición a un desarrollo ambientalmente sostenible.

El apoyo público en favor de la protección de la infancia contra la desnutrición y las enfermedades se ha visto frenado a veces por el argumento de que el mismo éxito de esos esfuerzos los condenaría en última instancia al fracaso, pues sólo contribuirían a exacerbar el problema del rápido crecimiento de la población.

Se trata de un argumento erróneo tanto desde el punto de vista ético como demográfico. En efecto, según se demuestra con cierto detalle en el informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia* del año pasado, la reducción de la mortalidad infantil es uno de los factores que más contribuyen a tirar de las riendas del crecimiento de la población.

El descenso de las tasas de natalidad se asocia principalmente con cuatro factores. Estos cuatro jinetes anti-apocalipsis son: el aumento de los ingresos, la instrucción femenina, la reducción de la mortalidad infantil y el acceso a la planificación familiar. Su acción conjunta tiene un efecto mucho mayor sobre las tasas de natalidad que la intervención aislada de cualquiera de ellos. En consecuencia, no existe contradicción entre la satisfacción de las necesidades humanas básicas y la reducción del crecimiento de la población; de hecho, todas las propuestas examinadas en este informe podrían contribuir en alguna medida a una desaceleración de la tasa de crecimiento de la población.

La relación concreta entre reducción de la mortalidad infantil y disminución de la natalidad es una de las cuestiones peor comprendidas y más vitales del mundo contemporáneo.

En general, una reducción de las tasas de mortalidad infantil también contribuye a la disminución de las tasas de natalidad, al aumentar, por un lado, la confianza de los padres en la predictibilidad del proceso de formación de la familia y, por otro, al reducir la necesidad de tener muchos hijos como un seguro contra, o una compensación ante, la posibilidad de que alguno muera²⁴. Como señala el *Informe sobre Desarrollo Humano* de 1991 del PNUD: «*Contra lo que cabría suponer, la supervivencia de un mayor número de niños no agravaría los problemas de población, sino todo lo contrario. La fecundidad tiende a disminuir al aumentar la confianza de los padres en la supervivencia de sus hijos*».

Pero la solidez de esta relación entre descenso de la mortalidad y descenso de la natalidad depende de la fase concreta en la transición demográfica que haya alcanzado cada país (gráfico 6). En las fases iniciales, cuando se registra la primera reducción de las tasas de mortalidad de menores de cinco años desde un nivel inicial muy alto, la confianza de los padres sigue siendo baja y las tasas de natalidad tienden a variar muy poco. La mayoría de los países del mundo en desarrollo ya han completado esta fase. En la fase siguiente, cuando las tasas de mortalidad de menores de cinco años comienzan a descender por debajo de 200 por 1000 nacidos vivos, la correlación entre disminución de la mortalidad y el descenso de la natalidad sigue siendo débil. Pero cuando los países empiezan a reducir sus tasas de mortalidad infantil por debajo de 150 por 1000 —como está ocurriendo ahora en lugares como la India— y a acercarse a, o dejar atrás, la barrera del 100 por 1000, comienzan a perfilarse firmes y consistentes cambios en las pautas de fecundidad. En esa fase, la mayoría de países empiezan a registrar un descenso mucho más pronunciado del número de nacimientos por cada nuevo avance en la reducción de la mortalidad infantil.

Estados Unidos: Incesante aumento de la pobreza infantil

La aplicación del principio de « máxima prioridad para la infancia » no debería plantear problemas para los países ricos. Sin embargo, las privaciones infantiles han aumentado en el más próspero de todos ellos, los Estados Unidos, incluso en unos momentos de aumento de la riqueza y de reducción de la pobreza para los demás grupos de edad.

En la década de los sesenta, la proporción de niños estadounidenses que vivían en condiciones de pobreza se redujo a la mitad, pasando de un 27% a un 14% de la población infantil. En los años setenta, la pobreza infantil volvió a aumentar paulatinamente hasta el 17%. Luego, en los ochenta, se elevó de nuevo hasta 22%¹², pese a una década de crecimiento económico casi ininterrumpido y a un incremento próximo al 25% del PNB.

Durante el mismo período de treinta años, la pobreza ha disminuido para el conjunto de los estadounidenses, especialmente entre las personas de más edad. Gracias sobre todo a la acción gubernamental, se redujo en más de dos tercios la proporción de estadounidenses de más edad (mayores de 65 años) que viven en condiciones de pobreza.

¿Cómo se explica, entonces, que una nación con capacidad demostrada para reducir la pobreza no lo haya conseguido en el caso de su infancia? El informe del Children's Defense Fund (CDF), con sede en Washington, *Child Poverty in America*, desbroza el camino para hallar una respuesta, al tiempo que destruye algunos mitos¹³.

El estereotipo del niño negro hijo de madre soltera y sin empleo, que vive de la asistencia pública en una gran ciudad describe a menos de uno de cada diez niños pobres de los Estados Unidos. Aunque entre ellos ciertamente existe una parte más que proporcional de negros e hispanos residentes en los cascos urbanos, la mayoría de los 12 millones de niños estadounidenses pobres son blancos. La mayor parte no reside en las grandes urbes, pertenece a familias con sólo uno o dos hijos y vive en hogares donde al menos uno de los padres trabaja.

Las principales causas de la creciente pobreza infantil en los Estados Unidos son, primeramente, la erosión de las prestaciones del gobierno para las familias pobres con hijos y, en segundo lugar, el continuado descenso de los salarios reales de los trabajadores no cualificados.

El salario semanal medio de los trabajadores que no ocupan puestos de supervisión se redujo alrededor

de un 20% entre 1973 y 1990. Al mismo tiempo, parece haberse diluido la voluntad del gobierno de asegurar un «salario familiar» mínimo; incluso tras los recientes incrementos, en 1990 el salario real mínimo fue un 20% más bajo que en 1980. Con el salario mínimo para un trabajador a jornada completa, empleado todo el año, una familia con un hijo todavía queda situada unos 2000 dólares por debajo del nivel de pobreza.

La ayuda gubernamental para la infancia se ha reducido progresivamente, justo cuando más necesaria empezaba a ser debido al descenso de los ingresos. El valor real de la ayuda para las familias con hijos dependientes ha disminuido alrededor del 40% en un período de veinte años. Actualmente, menos del 10% de las prestaciones monetarias son percibidas por familias pobres con hijos. Otros grupos han corrido mucho mejor suerte: más de la mitad de las personas pertenecientes a familias pobres *sin hijos* reciben ayuda suficiente para vivir por encima del nivel de pobreza, frente a sólo un 14% de las personas pertenecientes a familias pobres *con hijos*.

El informe intenta valorar el peso relativo de estos factores y atribuye algo más del 40% del aumento de la pobreza infantil a la reducción de las ayudas gubernamentales, poco más del 30% al descenso de los salarios reales percibidos por los pobres y algo menos de un 30% al aumento del número de familias que sólo cuentan con la presencia de la madre.

El CDF hace un llamamiento para que los Estados Unidos hagan uso de sus recursos con el fin de acabar con la pobreza infantil antes del año 2000 y argumenta que «... nuestro elevado índice de pobreza es un obstáculo para el desarrollo normal y la educación de millones de nuestros niños y una amenaza para el futuro económico y social del país».

En cambio, «la eliminación de la pobreza infantil supondría una enorme ventaja para el país a la hora de abordar los abrumadores problemas educativos, de salud, de abuso de drogas, de criminalidad y otros».

¿Cuál sería el costo? Aunque el dinero no es en absoluto la única respuesta posible, el CDF cifra el gasto necesario en 28 millones de dólares anuales para situar a todas las familias pobres con hijos por encima del nivel de pobreza. Una cifra que representa menos del 1% del PNB de los Estados Unidos y también inferior a la cantidad anual que percibe el 1% más rico de la población, como consecuencia de las reducciones adicionales de impuestos aprobadas en los últimos quince años.

Gráf. 7 Gastos básicos

La atención primaria de salud y la educación básica son dos de los modos más importantes de "invertir en la población". Sin embargo, de los 23 países en desarrollo con datos disponibles comparables, sólo tres gobiernos destinan más de una quinta parte de sus gastos a estos servicios básicos.

Gasto en atención primaria de salud y en enseñanza primaria y secundaria, como porcentaje del gasto total del gobierno central, países en desarrollo seleccionados, 1988.



Los datos representan sólo el gasto del gobierno central y pueden subestimar el gasto público total en los países con sistemas federales.

Fuente: PNUD, 1991

Una buena nueva a la que se ha prestado poca atención hasta el momento. En efecto, la inmensa mayoría de los países de Asia y de América Latina ya han superado las fases iniciales de la transición, en que las tasas de natalidad pueden o no verse afectadas, y se aproximan o están entrando en la fase en que cabe esperar que nuevas reducciones de la mortalidad infantil vayan asociadas a un descenso mucho más acusado de la natalidad. En otras palabras, la reducción de la mortalidad infantil está alcanzando el punto en que cualquier nuevo avance puede reportar dividendos significativos en términos del descenso de las tasas de natalidad. En África, donde las tasas de mortalidad de menores de cinco años continúan situadas en la franja de 150-200 por 1000 en la mayoría de países, es esencial acelerar la transición para cerrar cuanto antes el período de máximo crecimiento de la población.

Como ha declarado Maurice Strong, Secretario General de la primera *Conferencia General del Medio Ambiente* (Estocolmo, 1972) y de la *Conferencia Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo* que se celebrará en Río de Janeiro en 1992: «El esfuerzo para reducir las enfermedades y la desnutrición infantiles y alcanzar las metas de la Cumbre Mundial no sólo es crucial por lo que significa en sí mismo, sino también como medio para contribuir a frenar el crecimiento de la población y posibilitar un desarrollo ambientalmente sostenible en el siglo XXI y más allá».

Un renovado compromiso en favor de la protección de la salud y la vida de la infancia mundial tiene un efecto sinérgico y no se contrapone al esfuerzo para resolver los otros grandes problemas que deberá afrontar la humanidad en la década de los noventa: la desaceleración del crecimiento de la población y la protección del medio ambiente.

Inversión en la población

Proposición: Que el creciente consenso favorable a la economía de mercado debe ir acompañado del correspondiente consenso sobre la responsabilidad de los gobiernos de garantizar las inversiones básicas en la población.

Por motivos idealistas o interesados, en el siglo XX se han realizado amplias experiencias prácticas de control estatal monopolista de la vida económica. Pero en las postrimerías del siglo, esta idea ya es cosa del pasado. Su descrédito es particularmente grande entre los millones de personas que vieron alentar sus esperanzas pero no obtuvieron satisfacción de sus necesidades.

Las pruebas de este fracaso pueden observarse no sólo en la Europa del Este y en la Unión Soviética, sino también en zonas aún más amplias del mundo en desarrollo. Las economías de mercado, pese a los numerosos graves problemas que presentan, han conseguido en general mejores resultados en la elevación del nivel de vida de la mayoría de la población. En consecuencia, en estos momentos es una máxima casi universalmente aceptada que la energía y la iniciativa de los pueblos sólo se liberan cuando las personas pueden decidir y equivocarse libremente, cosechando luego frutos proporcionales a sus esfuerzos.

Los cismas ideológicos que tanta energía y compromisos consumieron en el período de posguerra comienzan a reducirse y la mayoría de países comparten un enfoque del desarrollo favorable a la economía de mercado. Por ejemplo, el *Informe sobre Desarrollo Mundial 1991* del Banco Mundial analiza cuatro décadas de experiencia en el ámbito de las inversiones que corroboran esta conclusión (recuadro 9). Análogamente, el propio análisis del mundo en desarrollo sobre sus progresos, publicado en el último informe de la *Comisión Sur*, presidida por el ex-Presidente Nyerere de Tanzania, seña-

la como conclusión: «Los ejemplos de desarrollo con éxito en el Sur indican claramente que el crecimiento sólo puede ser vigoroso en un marco en que el sector empresarial pueda prosperar»²⁵.

El papel del gobierno

Muchos países están revisando actualmente el papel que debe desempeñar el gobierno.

Este papel tiene algunos aspectos evidentes, pero que no deberían olvidarse. Las fuerzas del mercado no pueden generar el crecimiento económico en un contexto de vacío político. Es responsabilidad del gobierno asegurar una paz duradera y una estabilidad razonable, garantizar los derechos jurídicos y de propiedad, mantener un cuerpo de funcionarios competente, desarrollar la infraestructura, establecer políticas adecuadas en materia de oferta monetaria, de impuestos, de tipos de interés y de cambio; todas estas medidas forman parte del marco sin el cual se desperdicia la potencial aportación de las fuerzas del mercado.

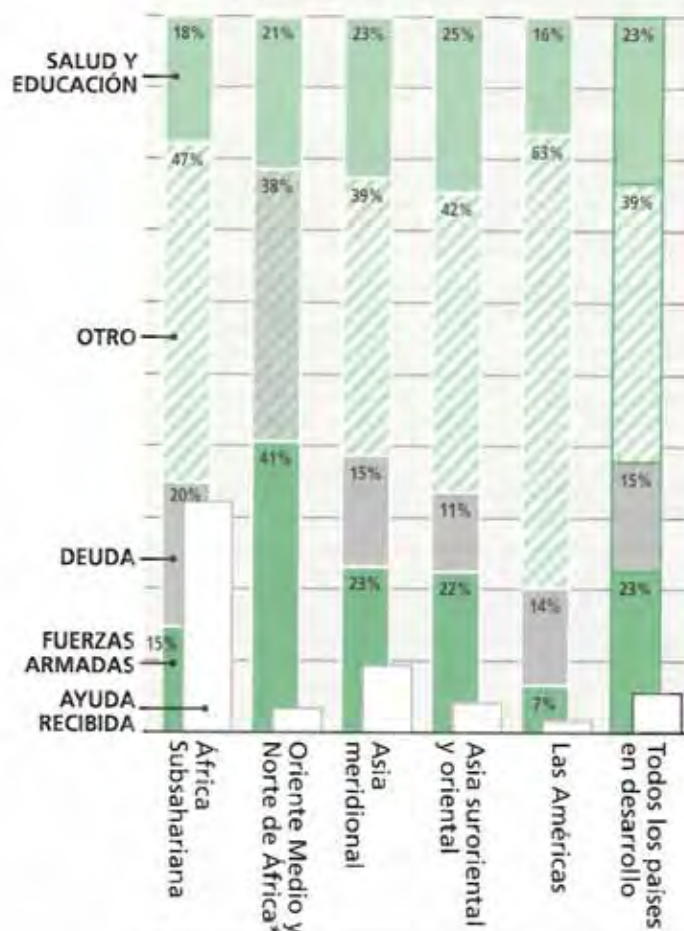
Pero también es importante tener en cuenta las lecciones de experiencias recientes, y en particular los éxitos de Hong Kong, Japón, Malasia, Singapur, la República de Corea, Taiwan y Tailandia²⁶. Dichas experiencias no indican que el gobierno debe retirarse del terreno económico para permitir la libre interacción de las fuerzas de mercado ni tampoco que es necesario buscar un supuesto «equilibrio adecuado» entre gobierno y mercado (lo cual implica una inevitable y permanente oposición entre ambos). Al contrario, la principal lección de estos países es que el progreso más rápido se consigue cuando gobierno y mercado mantienen una inteligente colaboración mutua.²⁷

En las reflexiones y replanteamientos promovidos por los acontecimientos de la Europa del Este y de la Unión Soviética también empieza a perfilarse un consenso igualmente cla-

Gráf. 8 Armas, deuda y personas

En el mundo en desarrollo, cerca del 40% del gasto gubernamental se dedica a las fuerzas armadas y al servicio de la deuda externa. En algunas regiones, esta proporción representa el doble del gasto gubernamental conjunto en salud y educación.

Proporción del gasto del gobierno central (GGC) destinado a las fuerzas armadas, servicio de la deuda, salud y educación, y ayuda externa recibida como porcentaje del GGC, por regiones, 1988.



* Incluido Irán

Fuente: Datos basados en Banco Mundial, *World Debt Tables, 1989/90 e Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1991*; IMF, *Government Finance Statistics Yearbook, 1990*; World Priorities Inc., *World Military and Social Expenditures, 1991*; OECD, *Development Cooperation, 1990 Report, and Financing and Central Debt of Developing Countries, 1989 Survey*.

ro, aunque menos difundido, sobre aquello que no pueden hacer las fuerzas del mercado y de lo que deben hacerse cargo, por tanto, los gobiernos.

Es responsabilidad del Estado:

- Construir redes de seguridad social para proteger a los miembros más vulnerables de la sociedad y establecer un nivel mínimo de bienestar que deberá mantenerse incluso en momentos de dificultades económicas.

- Garantizar las inversiones básicas en la población, sobre todo, en enseñanza básica y atención primaria de salud.

- Promover el pleno empleo a fin de que la inmensa mayoría de los ciudadanos puedan satisfacer sus necesidades y las de sus familias mediante su propio esfuerzo y con sus propios ingresos.

- Contrarrestar la tendencia de las fuerzas del mercado a conceder mayores oportunidades a los ya privilegiados, con lo cual fomentan una creciente desigualdad.

- Intervenir en aquellos casos en que la libre interacción de las fuerzas del mercado sea demostrablemente contraria al interés público. Por ejemplo, desde la perspectiva concreta del UNICEF, no favorece el interés público permitir que millones de niños padezcan desnutrición porque la libre interacción de las fuerzas del mercado ha convencido a millones de madres para que renuncien a la lactancia natural en favor de los preparados comerciales de leche en polvo (recuadro 12). Como tampoco favorece el interés público que en todo el mundo se induzca a las familias pobres a gastar 500 millones de dólares al año en medicamentos antidiarreicos inútiles, pues el bajo costo de la terapia de rehidratación oral —el tratamiento médicamente correcto— la hace muy poco interesante desde el punto de vista comercial.

Guerra contra la infancia: La vergüenza del siglo XX

La protección del desarrollo psíquico y físico de la infancia debería recibir la máxima prioridad social en los buenos y en los malos tiempos, en momentos de expansión o de recesión, en la paz o en la guerra. El desafío para la década de los noventa es implantar este principio de «máxima prioridad para la infancia». Y su necesidad es particularmente apremiante en las zonas del mundo afectadas por la guerra.

Más de un millón y medio de niños han muerto víctimas de la guerra en la última década¹⁴. Más de cuatro millones han quedado físicamente discapacitados —con miembros amputados, lesiones cerebrales, pérdidas de la visión o del oído— por efecto de los bombardeos, las minas terrestres, las armas de fuego y la tortura. Cinco millones de niños viven en campamentos de refugiados a causa de la guerra y otros 12 millones han perdido sus hogares.

Esta matanza de inocentes continúa en 1991 en las más de 40 guerras aún en curso.

Esta «guerra contra la infancia» es un invento del siglo XX. Sólo un 5% de las bajas de la Primera Guerra Mundial fueron civiles. En la Segunda Guerra Mundial, esta proporción se elevó al 50%. Y en los últimos años del siglo, las bajas civiles suelen rondar el 80%, con una mayoría de mujeres y niños.

Los efectos indirectos son casi igualmente devastadores. Se cierran o se destruyen escuelas y centros de salud. Quedan interrumpidos los canales de abastecimiento de alimentos. Dejan de funcionar los sistemas de suministro de agua y de saneamiento. Millones de personas huyen a los campamentos de refugiados. Y siempre, la más afectada es la infancia; una infancia que pierde su única oportunidad de desarrollo normal psíquico y físico, de instruirse y de adquirir los conocimientos y capacidades necesarios para ocupar un lugar en la sociedad.

Los daños psicológicos son menos visibles. En un estudio realizado en Mozambique, de un total de 50 niños desplazados, 42 habían perdido a su padre o a su madre de forma violenta, 11 habían visto u oído como mataban a su padre o a su madre, 29 habían presenciado un asesinato, 16 habían sido secuestrados, todos habían sufrido amenazas o palizas o se les había impedido recibir alimento. La muestra se describía como «representativa»¹⁵. En conjunto, se estima

en 10 millones el total de niños afectados por traumas psicológicos a causa de la guerra en todo el mundo.

Estos millones de niños, física y psíquicamente traumatizados por los conflictos de sus mayores, forman parte de la generación que sentará las bases para la construcción del futuro.

Ha llegado el momento de que la opinión pública manifieste en todo el mundo su rechazo de esta guerra contra la infancia, contra quienes hacen uso de las armas y contra quienes se las suministran. Si las guerras son inevitables, como mínimo debería protegerse a la infancia de sus peores consecuencias.

Existen algunos indicios esperanzadores. Con el final de la guerra fría parecen estar disminuyendo los conflictos armados. La *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* hizo un llamamiento específico para garantizar la satisfacción de las necesidades esenciales «*incluso en tiempos de guerra y en zonas socavadas por la violencia*». Más de 100 países han ratificado ya la nueva *Convención sobre los Derechos del Niño*, que exige explícitamente la adopción de «*todas las medidas factibles para garantizar la protección y cuidado de la infancia afectada por conflictos armados*».

Algunos países han empezado a poner en práctica este principio. En El Salvador, durante los últimos siete años se han suspendido las hostilidades bélicas durante tres días separados al año para permitir la vacunación infantil. En Líbano, la proclamación de «días de tregua» permitió vacunar a los niños incluso en los momentos de más graves enfrentamientos. En Sudán, ambos bandos acordaron finalmente establecer «corredores de tregua», que permiten hacer llegar productos esenciales a millones de civiles, en su mayoría mujeres y niños, atrapados en la zona de conflicto. Posteriormente se han negociado acuerdos análogos en Angola y Etiopía. En Iraq, la distribución de suministros médicos esenciales no se interrumpió ni en los momentos de mayor intensidad del conflicto del Golfo.

Para que los ejemplos citados dejen de ser una excepción y se conviertan en norma, es necesario que la opinión pública mundial adopte una postura más firme frente a la «guerra contra la infancia» e insista en exigir que esta terrible lacra del siglo XX no se prolongue más allá del umbral del siglo XXI.

○ Defender los elementos de una sociedad humana y sostenible cuyo valor es escaso o nulo según las leyes del mercado. Esta responsabilidad comprende la protección del medio ambiente, la protección del futuro y la defensa de cuantos carecen de influencia o poder adquisitivo suficientes para traducir sus necesidades humanas en demandas económicas o políticas.

Inversión en la población

La otra mitad del consenso en materia de desarrollo que se ha consolidado con la reducción de las diferencias ideológicas señala como responsabilidad de los gobiernos garantizar que prácticamente la totalidad de los miembros de la sociedad tengan acceso a una nutrición adecuada, atención primaria de salud, agua potable y sistemas adecuados de saneamiento, a servicios de planificación familiar y a la enseñanza primaria como mínimo. Estas inversiones básicas en la población no sólo son esenciales por motivos humanitarios y para crear sociedades civilizadas, también son el fundamento de un crecimiento económico sostenido. Como ha señalado el Presidente saliente del Banco Mundial, en una carta dirigida al Secretario General de las Naciones Unidas tras la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*: «La inversión en capital humano, incluidas, como elementos importantes, la atención básica de salud y la enseñanza primaria, constituye uno de los medios más eficaces para estimular el crecimiento económico a largo plazo y mejorar el nivel general de bienestar». A la misma conclusión llegó la *Comisión Sur* en su análisis de la experiencia reciente en materia de desarrollo: «Es preciso otorgar prioridad a la satisfacción de las necesidades básicas, tanto por razones de equidad como para mantener el ritmo acelerado del crecimiento económico».²⁸

Los estudios realizados en los últimos años han demostrado el potencial de esa inversión en muy diversos aspectos. Estudios del Banco Mundial revelan que el aumento del nivel medio de instrucción de la fuerza de trabajo en un año puede traducirse en incrementos de hasta el 9% en el PIB²⁹. Otros estudios demuestran que la diferencia entre cuatro años de instrucción o ninguno puede traducirse en un incremento del 10% en la productividad agrícola³⁰. Estudios realizados durante varios años en Australia, Brasil, Colombia, Etiopía, Guatemala, India, Indonesia, Kenya y Sierra Leona indican que una mejor nutrición puede incrementar hasta en un 20% la productividad del trabajo. Asimismo, se ha demostrado que un mejor estado de salud de la población adulta e infantil permite evitar la pérdida de millones de jornadas de trabajo. También se ha constatado que las medidas contra la desnutrición infantil y la anemia por carencia de hierro han reducido el absentismo y han mejorado la capacidad de atención y los resultados escolares³¹.

Pero citar estos estudios en el presente contexto es como encender cerillas en pleno día. La prueba de que la inversión en la población establece las bases para el crecimiento económico es bien visible en la experiencia de los países que han conseguido un crecimiento rápido y sostenido en el mundo de la postguerra. Liberar el potencial de la población mediante reformas agrarias y servicios universales de salud y de educación ha sido fundamental para el éxito de países y regiones como Japón, la República de Corea y Taiwan (recuadro 11). En todos los casos, ha quedado demostrado que la educación básica y la atención de salud para todos no son sólo gastos sociales sino también una inversión económica, no son lujos que únicamente pueden permitirse los países ya prósperos, sino los ci-

Ceara: Una prueba demostrativa

Ceara no es un país. Pero, con seis millones de habitantes, su población es más numerosa que la de Honduras o Nicaragua, El Salvador o Costa Rica, Dinamarca o Noruega.

En tres años, de 1986 a 1989, Ceara ha disminuido en un tercio su tasa de mortalidad infantil, ha logrado una reducción de un tercio en la mortalidad de menores de cinco años por enfermedades diarreicas, ha ampliado en más de un 40% su cobertura de inmunización y ha reducido la desnutrición infantil en un tercio. Este Estado empobrecido de la costa noreste del Brasil ha demostrado al mundo que es posible alcanzar las metas de salud infantil para el año 2000 (página 61).

Ceara no goza de ninguna ventaja especial. Casi dos tercios de su población viven por debajo del nivel de pobreza. Sin embargo, Ceara cuenta con algo esencial para mejorar la vida de los niños: el compromiso personal y político de sus dirigentes en favor de esta tarea. Si existe este compromiso, cualquier país dispone actualmente de los medios para lograr una revolución en la salud infantil a un costo asequible.

Con las elecciones de 1986, se incorporaron al Gobierno del Estado de Ceara varias personas que anteriormente habían colaborado con UNICEF en proyectos locales. Se abrió así la oportunidad para una colaboración en más amplia escala.

En primer lugar, se realizaron sondeos para obtener un cuadro de «la situación de los niños en Ceara» y se comprobó que las principales causas de mortalidad infantil eran las enfermedades diarreicas y la neumonía, y que el 28% de los niños padecían desnutrición. Más de la mitad de los niños fallecidos no habían sido visitados jamás por un agente de salud.

A continuación se estableció un sistema de seguimiento para medir los avances logrados y canalizar los recursos hacia las necesidades más acuciantes.

Obviamente, el objetivo prioritario era poner la información básica en materia de salud al alcance de todas las familias —en aspectos tales como la importancia de la lactancia natural, la necesidad de la inmunización y la prevención y tratamiento de las en-

fermedades comunes. Pero, como en muchas otras partes del mundo, los servicios de salud carecían de medios para mantener un contacto continuado con seis millones de personas. En consecuencia, el Gobierno del Estado decidió recurrir a la iglesia, a las organizaciones no gubernamentales, a los medios de comunicación de masas, a la comunidad empresarial (se incluyeron mensajes sobre la lactancia natural en los extractos bancarios) y a la Asociación de Pediatría de Ceara. La colaboración de la Iglesia católica fue esencial para lograr la aportación de miles de voluntarios y el contacto con cientos de miles de personas en las zonas más pobres del Estado.

Se aprovechó incluso la situación, inicialmente desfavorable, creada por la sequía de 1987. En vez de aplicar el programa habitual de empleo para situaciones de emergencia, el Gobierno ofreció 6.000 «empleos de emergencia» a mujeres pobres dispuestas a seguir un curso de formación como agentes comunitarios de salud. Finalizada la sequía, 1.700 entre las agentes más aventajadas siguieron un curso de capacitación. Desde entonces, su número se ha ampliado hasta 2.900, con unas 100 familias a su cargo cada una. Actualmente, el Gobierno de Brasil tiene previsto emplear 45.000 agentes de salud como las mujeres de Ceara para aplicar el mismo sistema en los nueve Estados del Nordeste.

El gráfico 9 muestra los resultados del programa. En medio de la recesión y la sequía, Ceara ha aplicado el principio de «máxima prioridad para la infancia». En vez de permitir que el mayor peso de la adversidad recaiga sobre los más jóvenes y los más vulnerables, ha mejorado la protección del desarrollo normal, tanto psíquico como físico, de la generación que ahora está creciendo.

Las condiciones de vida de los niños de Ceara no son perfectas. La mortalidad infantil sigue siendo alta. La atención primaria de salud está lejos de ser universal. Y la mitad de todos los niños abandonan la escuela sin haber recibido siquiera instrucción básica. Pero Ceara mantiene su compromiso. El Gobierno del Estado se ha propuesto alcanzar todas las metas para el 2000 adoptadas en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* de 1990¹⁶.

mientos sin los cuales será imposible alcanzar una prosperidad general.

En otras palabras, las lecciones de los últimos cuarenta años indican que el desarrollo es más firme cuando avanza con las dos piernas de una política económica favorable al mercado y un compromiso del gobierno para asegurar la inversión en la población. En estos momentos en que va ganando fuerza el consenso en torno a una política económica favorable al mercado, es aún más esencial que no deje de moverse también la otra pata del consenso en materia de desarrollo.

Lamentablemente, la «inversión en la población» ha sido el himno de batalla del esfuerzo internacional en favor del desarrollo desde hace quince años, sin que de momento se haya librado realmente ningún combate.

Todos para algunos

Los gobiernos de los países en desarrollo dedican, como media, alrededor de la cuarta parte de sus presupuestos a inversiones en la población a través de los servicios de salud y de educación (sin incluir el gasto gubernamental en la agricultura y en creación de empleo). Los gastos de salud y educación representan el 17% del gasto gubernamental en América Latina, el 21% en Oriente Medio y África del Norte, el 23% en Asia meridional y el 25% en Asia oriental y suroriental (gráficos 7 y 8).

En países donde los altos niveles de empleo y unos salarios razonables permiten a la mayoría de la población satisfacer sus necesidades con sus propios ingresos, estos niveles de gasto social podrían ser adecuados si se distribuyen según las necesidades. Pero más de la mitad del total directamente destinado a salud y educación sufragaba servicios de costo relativamente alto para una minoría y menos de la mitad se destina a servicios de bajo costo para la mayoría

(gráfico 7). En otras palabras, sólo alrededor del 12% del gasto gubernamental total del mundo en desarrollo se destina a inversiones en la salud y la educación de la mayoría pobre.

Por ejemplo, se estima que el 80% de los 12.000 millones de dólares destinados cada año a sistemas de suministro de agua potable

Gráf. 9 Puede conseguirse

La Cumbre Mundial en favor de la Infancia estableció unas metas ambiciosas para el año 2000. Pero el Estado brasileño de Ceara (seis millones de habitantes) ha alcanzado algunas de las metas más básicas en tan sólo tres años (véase recuadro 7)

Cambios en indicadores de salud materna e infantil, Ceara, 1986-1989

Indicador	Oct/Dic 1986	Jun/Ago 1989	% Variación
Mortalidad infantil por diarrea (%)	48	32	-33%
Niños tratados con sales de rehidratación oral en el último episodio de diarrea (%)	23	32	+39%
Niños de 12-23 meses vacunados con BCG (%)	58	81	+40%
Niños de 12-23 meses vacunados con tres dosis de la vacuna DPT (%)	50	63	+26%
Desnutrición de 2.º y 3.º grado según la clasificación Gomez (%)	8.0	5.4	-33%

A menos que se señale lo contrario, los datos se refieren a niños de 0-36 meses de edad.

Fuente: Ceara, north east Brazil: giving priority to the child at the state level. UNICEF, Brasil, Mayo 1991.

Reajuste de posiciones: El Informe sobre Desarrollo Humano

El contenido del *Informe sobre Desarrollo Humano 1991* del PNUD queda resumido en la paráfrasis de las palabras de Abraham Lincoln citadas en su texto: «*desarrollo del pueblo, por el pueblo, para el pueblo*». El objetivo del desarrollo debe consistir en la liberación de la capacidad potencial de las personas y en la ampliación de su participación y sus alternativas de elección social. Esto estimulará a su vez el desarrollo económico. Pero este último no representa un fin en sí mismo; sólo es un medio para seguir impulsando el desarrollo humano. El crecimiento del ingreso es una condición necesaria pero no suficiente. También es significativo el tipo de crecimiento logrado: en qué consiste, cómo se alcanza, a quién beneficia.

Para medir los avances en este tipo de desarrollo, el PNUD propone utilizar el Índice de Desarrollo Humano (IDH), que clasifica a los países de acuerdo con una compleja escala compuesta que, además de los resultados económicos y sociales, también tiene en cuenta las variaciones en el PIB per cápita, la esperanza media de vida y los años de escolaridad.

La medición de los resultados según estos criterios más humanos obliga a reajustar las posiciones en el escalafón de los países en desarrollo. Por ejemplo, Argelia ocupa el puesto 66 en las tablas del Banco Mundial (que clasifican a los países según su PNB per cápita), pero retrocede al lugar 102 en las tablas del PNUD, que clasifican a los países según su IDH. En cambio, Sri Lanka ocupa el lugar 102 por su PNB per cápita, pero sus logros en el ámbito de la salud y la educación le sitúan en el puesto 75 en términos del IDH.

Los complejos procesos del desarrollo humano, que también deben incluir un creciente respeto por los derechos humanos y las libertades políticas, no son de la exclusiva responsabilidad de los gobiernos. Pero la asignación de los ingresos públicos nacionales por parte del gobierno puede contribuir a ampliar o restringir los derechos y opciones de la mayoría de la población. En consecuencia, el PNUD propone evaluar la acción de los gobiernos en base a un conjunto de índices interdependientes:

○ *Índice de gasto público*: proporción del ingreso nacional destinado a gasto público (el PNUD sugiere una proporción de un 25% aproximadamente).

○ *Índice de asignación social*: proporción del gasto público destinada a servicios sociales como la aten-

ción de salud y la educación (se sugiere una proporción del 40%).

○ *Índice de prioridad social*: proporción del gasto social dedicada a necesidades humanas prioritarias, como la atención primaria de salud y la enseñanza primaria (se sugiere una proporción del 50%).

Las tres proporciones pueden combinarse en un solo *índice de gasto en desarrollo humano*: el porcentaje del ingreso nacional destinado a fines sociales prioritarios.

Al aplicar estos índices a los países concretos se obtienen interesantes resultados. Por ejemplo, el coeficiente de gasto público en desarrollo humano de Zimbabwe es igual a 12,7 y el de Pakistán sólo es de 0,8. Pero incluso países con el mismo coeficiente global pueden alcanzarlo por vías distintas. Tanto la India como Tailandia presentan *índices de gasto en desarrollo humano* del 2,5%, con coeficientes de gasto público muy distintos: del 37% y el 16%, respectivamente. Tailandia compensa el menor coeficiente de gasto público con coeficientes más altos de asignación social y de prioridad social.

El informe propone un *índice de ayuda en desarrollo humano* (proporción del PNB de un país donante destinada a satisfacer necesidades humanas prioritarias en el mundo en desarrollo). Para los actuales programas de ayuda externa, esta proporción variaría entre el 0,128% de los Países Bajos y el 0,110% de Dinamarca, como niveles más altos, y el 0,012% de los Estados Unidos y el 0,017% de Italia, como niveles más bajos.

Durante los últimos años, el UNICEF ha aplicado criterios ligeramente distintos, basados en (a) la proporción del gasto público destinado a satisfacer necesidades humanas básicas, como la atención primaria de salud, la enseñanza primaria y el suministro de agua a bajo costo, y (b) la proporción de la ayuda externa destinada a satisfacer directamente estas necesidades (gráficos 11 y 12).

Estos análisis revelan que muchos países tienen mayores posibilidades de acelerar su desarrollo humano de lo que parece indicar su situación económica. Es evidente que algunos han conseguido mucho más a partir de mucho menos. Otros han demostrado que un cambio en el orden de prioridades permite seguir avanzando incluso cuando es necesario reducir el gasto público.

se dedican a instalar tomas privadas de agua en hogares relativamente acomodados, con un costo aproximado de 600 dólares por persona servida, mientras sólo un 20% se dedica a financiar pozos y fuentes públicas, que pueden abastecer de agua limpia a la mayoría pobre con un costo de 30 a 50 dólares por persona³². Por tanto, bastaría reasignar una parte del gasto total en favor de los pobres para liberar recursos suficientes para hacer realidad el objetivo de agua potable para todos en casi todas las comunidades de casi todos los países antes del año 2000.

Un razonamiento análogo, con cifras parecidas, podría aplicarse al tema de la atención de salud. En efecto, la norma es que el gasto en atención curativa es varias veces más alto que el destinado a atención preventiva; no es raro que el 75% del gasto público en salud beneficie sólo al 25% más rico de la población³³; no es desusado que se gaste más en complejas operaciones quirúrgicas que en medidas de bajo costo para el control de las enfermedades comunes³⁴; no faltan casos en los que se ha gastado el 30% del presupuesto de salud para enviar a una minoría privilegiada a recibir tratamiento en el extranjero³⁵.

Aunque puede resultar difícil, la necesaria reestructuración de estos gastos no es imposible. Por ejemplo, en el momento de su independencia, Bangladesh se encontró con un sistema de salud que sólo dedicaba el 10% de su presupuesto a los centros rurales de salud que atendían a la inmensa mayoría de la población. Actualmente, esta proporción se ha elevado hasta el 60%³⁶.

Educación

Tales distorsiones del gasto público en favor de los más privilegiados también se aprecian en los sistemas nacionales de educación.

Pese a varias décadas de investigaciones que periódicamente demuestran que la inversión en enseñanza *primaria* es significativamente más rentable en términos de progreso social y de crecimiento económico³⁷, el gasto gubernamental de casi todos los países en desarrollo presenta un marcado sesgo en favor de la educación superior para una minoría, en detrimento de la enseñanza básica para la mayoría.

No han seguido este camino los países que alcanzaron los objetivos de educación universal y crecimiento económico sostenido en un proceso de interacción mutua. Por ejemplo, tanto en Japón como en la República de Corea, la universalización de la educación *primaria* precedió al despegue económico. Y en ambos países, esta inversión básica en la población se efectuó con unos ingresos per cápita más bajos, en términos reales, que los de la mayoría de países en desarrollo en la actualidad. Japón avanzó rápidamente hacia la universalización de la educación *primaria* a finales del pasado siglo. La República de Corea aseguró la escolarización de la mayoría de sus niños en la enseñanza *primaria* en un momento en que su PNB per cápita apenas superaba los 100 dólares anuales (recuadro 11). Sólo más adelante se puso el acento en la enseñanza *secundaria* y superior, sin promoverlas a expensas de la educación *primaria* para la gran mayoría. El proceso de expansión educativa tampoco fue demasiado por delante de la capacidad de la economía para permitir absorber un número creciente de personas con mayores niveles de instrucción.

Muchos otros países han seguido el camino contrario, con una financiación desproporcionada de la enseñanza superior, de manera que casi la mitad de los niños no llegan a completar cuatro años de enseñanza *primaria*, mientras la enseñanza *secundaria* y *terciaria* absorbe una parte exagerada del presupuesto y

produce muchos más graduados de los que puede absorber el sistema. En la India, donde entre 60 y 70 niños podrían recibir educación primaria por el costo que representa la formación de un estudiante universitario³⁸, aproximadamente la mitad de todos los niños no logra completar la enseñanza primaria, mientras el país genera un número de licenciados muy superior al que es capaz de emplear productivamente. Una consecuencia inevitable de este hecho es la «fuga de cerebros», con la emigración a los países industrializados de personas sin empleo pero altamente cualificadas. En resumen, una parte significativa del gasto gubernamental en educación acaba revirtiendo en los países ricos, en vez de servir para alcanzar la educación básica para todos, una de las piedras angulares del desarrollo, según se desprende de otras experiencias.

Por razones de justicia y de eficiencia, el gasto en educación debería traducirse globalmente en una redistribución de los ingresos y una igualación de las oportunidades. Sin embargo, en la mayoría de países en desarrollo tiene un efecto casi inverso. La mayor parte del gasto público en enseñanza superior beneficia a los ya privilegiados; en Chile, la República Dominicana y Uruguay, por ejemplo, más del 50% del gasto público en educación superior beneficia a los hijos de familias que forman parte del 20% más rico de la población. En la India, el 50% del gasto público en educación subvenciona la formación del 10% más instruido³⁹.

Estas desigualdades encierran un potencial para una cierta reestructuración del gasto educativo que podría financiar un avance hacia la meta de acceso a la educación básica para todos los niños (y que al menos el 80% termine la enseñanza primaria) antes del año 2000.

Para alcanzar esta meta será preciso realizar un extraordinario esfuerzo en la primera mi-

tad de la década de los noventa. En particular, tendrán que encontrarse métodos de bajo costo para retener en la escuela o propiciar el retorno de los que ahora la abandonan tras uno o dos años de educación formal. Se ha avanzado bastante en la matriculación escolar de los niños; el problema más difícil está en que casi la mitad de los matriculados abandonan la escuela sin haber aprendido a leer y escribir (gráfico 10 y recuadro 10). Son niños que quedarán básicamente excluidos del siglo XXI.

En los últimos años se han desarrollado esfuerzos innovadores en Bangladesh⁴⁰, en Colombia, en Zimbabwe y en muchos otros países que indican que es posible lograr, con un costo asequible, el acceso de todos los niños a la educación básica y que la gran mayoría termine la enseñanza primaria. El costo financiero adicional que supondría alcanzar estos objetivos con los nuevos métodos puede estimarse en unos 5000 millones de dólares anuales durante la década de los noventa. No alcanzarlos supondría unos costos mucho más elevados. Estudios realizados por el Banco Mundial en los últimos 10 años han demostrado repetidamente que *«la productividad de una fuerza de trabajo instruida constituye el motor más seguro del crecimiento económico»*⁴¹. Pero la inversión en educación también es rentable en muchos otros aspectos. Proporciona la capacidad para seguir aprendiendo de una amplia variedad de fuentes durante toda la vida adulta. Moderniza comportamientos⁴² y desarrolla la confianza en los cambios. Fomenta una más amplia participación en la vida política. Respalda el proceso de sustitución de lo malo de lo viejo por lo bueno de lo nuevo. Ayuda a conocer nuevas ideas y nuevas alternativas. Retrasa la edad media de matrimonio, favorece el uso de la planificación familiar y reduce las tasas de natalidad. En palabras del Primer Ministro de Japón, Toshiaki Kaifu, ante la

Gráf. 10 Abandono escolar

En el mundo en desarrollo más del 90 por ciento de los niños comienzan la escuela. Pero millones de niños no completan siquiera la enseñanza primaria. Muchos abandonan la escuela en el primero o segundo año.

Tasas de supervivencia escolar en enseñanza primaria, por regiones, 1986-1989

Proporción de alumnos de enseñanza primaria que llegan a los grados 2, 3 y 4



ÁFRICA SUBSAHARIANA

Grado alcanzado: 2 = 79% 3 = 72% 4 = 66%



ESTADOS ÁRABES

Grado alcanzado: 2 = 99% 3 = 95% 4 = 93%



AMÉRICA LATINA Y CARIBE

Grado alcanzado: 2 = 70% 3 = 61% 4 = 55%



ASIA ORIENTAL

Grado alcanzado: 2 = 87% 3 = 83% 4 = 78%



ASIA MERIDIONAL

Grado alcanzado: 2 = 69% 3 = 65% 4 = 59%

Fuente: Educación básica y alfabetización, indicadores estadísticos mundiales, UNESCO, 1990.

asamblea de Jefes de Estado reunidos en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*: «No es una exageración decir que la política de fomento de la educación puso los cimientos del desarrollo de Japón. La prioridad principal de los países en desarrollo debería ser instituir y mejorar la enseñanza básica e incrementar las tasas de alfabetización de los niños abriéndole las puertas de una vida digna. El desarrollo nacional sólo es posible cuando toda la población tiene oportunidad de acceso a la educación».

Reducción de costos

Además del crecimiento económico del mundo en desarrollo o de un incremento de la ayuda de los países industrializados, dos hechos que cabe esperar se produzcan en los años noventa, los recursos para invertir en la población podrían obtenerse por otras tres vías. La primera es una cierta reestructuración del gasto público en el mundo en desarrollo para canalizar los recursos hacia los servicios de bajo costo para la mayoría, en vez de dedicarlos a servicios de alto costo para la minoría. Por ejemplo, en muchos países bastaría una reasignación relativamente modesta en este sentido para financiar la inversión en educación básica para todos. La segunda vía posible es una reestructuración análoga de los programas de ayuda externa ya existentes, a fin de dedicar una mayor proporción de la misma a la inversión en la salud y educación de la población. Esta propuesta se examina en el siguiente capítulo de este informe. La tercera posibilidad sería sacar el máximo partido de las claras posibilidades que ofrecen los mayores conocimientos, tecnología y capacidad de comunicación disponibles para invertir en la salud, la nutrición y la educación de la generación más joven, con un costo mucho más bajo de lo que hasta ahora se imaginaba (véanse,

Reducción de la pobreza: El Informe sobre el Desarrollo Mundial

El *Informe sobre el Desarrollo Mundial* de 1980 marcó un hito. El Banco Mundial demostró en sus páginas que una acción gubernamental directa podía acabar con los peores síntomas de la pobreza —la desnutrición, el analfabetismo y un deficiente estado de salud a escala masiva— y que los países que lo habían logrado tenían mejores perspectivas de alcanzar tasas de crecimiento económico más altas.

Durante la década siguiente, el *Informe sobre el Desarrollo Mundial*, se ha ocupado sobre todo de las políticas económicas que el Banco considera favorables o obstaculizadoras para el crecimiento.

En su informe de 1991, el Banco Mundial vuelve sobre el tema de la reducción directa de la pobreza y propugna la inversión en servicios de educación y de salud y en programas de creación de empleo. «*Invertir en la población es una medida acertada no sólo por consideraciones humanas, sino también en puros términos económicos*», dice el Informe y cita los ya conocidos ejemplos de Japón y la República de Corea. En el Informe de 1991 —al igual que en 1980, cuando el Banco Mundial demostró que sólo cuatro años de educación primaria elevaban significativamente la productividad de los agricultores—, también se citan estudios concretos realizados en la India y en Filipinas como prueba de que los niños que reciben una nutrición más adecuada no sólo son más sanos en la edad adulta, sino que también obtienen ingresos más altos.

El *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1991* se suma, por tanto, a la confluencia de opiniones que insisten en la importancia de impulsar simultáneamente el crecimiento económico y el bienestar humano y subrayan que ambos aspectos se refuerzan mutuamente. Pero el Informe sostiene firmemente que la actuación gubernamental debe situarse en el ámbito de la inversión social más que en el de la gestión económica. «Máxima inversión en la población y mínima intervención en los mercados» es el mensaje central de las actuales recomendaciones del Banco Mundial.

Para demostrar el sinergismo entre ambas directrices, el Informe compara el crecimiento logrado por los diferentes países en desarrollo con el respectivo cumplimiento de las citadas recomendaciones en los últimos veinte años. Utilizando las distorsiones en los precios como medida de la «interferencia en el merca-

do» y la educación como medida de la «inversión en la población», el Banco Mundial establece que los países con un historial desfavorable en ambos aspectos registraron un crecimiento medio del 3,1% anual. Los países con un historial favorable en sólo uno de los aspectos citados (no importa cuál) registraron un crecimiento del 3,8% anual. En cambio, los que se anticiparon a las recomendaciones del Banco Mundial y tuvieron una actuación acertada por ambos conceptos, registraron una tasa de crecimiento mucho más alta, con un 5,5% anual. En otras palabras, el conjunto resulta considerablemente más eficaz que la suma de sus partes.

Sin embargo, el Banco Mundial no valora en los mismos términos ambos aspectos de la política de desarrollo y sigue dando a entender que los mercados pueden cometer pocos errores y que todo crecimiento económico es necesariamente favorable (incluido el tipo de crecimiento respaldado por el Banco Mundial en la región amazónica y que no ha beneficiado a la mayoría más pobre de la población ni tampoco al medio ambiente). Al mismo tiempo, la intervención gubernamental en la economía se considera invariablemente culpable mientras no se demuestre su inocencia.

Esta postura no concuerda con el pragmatismo que en estos momentos propugna el Banco Mundial, lo cual genera en ocasiones visibles contradicciones. Como señala un nuevo estudio¹⁷, y según reconoce el propio Banco Mundial, el Estado ha tenido una importante intervención en las economías que han logrado mejores resultados en los últimos cuarenta años. En Japón, en Hong Kong, en la República de Corea, en Singapur y en Taiwan, los gobiernos se han servido de la empresa privada para impulsar una estrategia global de desarrollo. Así, por ejemplo, han promulgado reformas agrarias fundamentales, han protegido a los productores nacionales, han fomentado industrias seleccionadas y han adoptado medidas discriminatorias contra las sociedades inmobiliarias y financieras y en favor de los activos industriales. Pero, como señala acertadamente el Banco Mundial, los gobiernos citados han evitado, en general, dos errores cruciales: no han permitido la aparición de fuertes distorsiones en los precios y los tipos de cambio, y no han permitido que las políticas intervencionistas sirvieran y quedaran subordinadas a intereses creados.

por ejemplo, los recuadros 7 y 16). Dicho en otras palabras, la brecha entre la experiencia y la tecnología disponibles y su aplicación en gran escala ofrece una gran oportunidad para obtener un considerable rendimiento social y económico con inversiones relativamente reducidas.

Las metas para el 2000 aprobadas en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* refle-

jan estas oportunidades asequibles y constituyen un programa práctico, respaldado por un significativo compromiso político, de «inversión en la población» para la próxima década. Este programa, adaptado a las necesidades nacionales y apoyado por la comunidad internacional, debería convertirse en el complemento esencial de las reformas económicas iniciadas por muchos países del mundo en desarrollo.

Ayuda y necesidad

Proposición: Que los incrementos de la ayuda internacional deben ir unidos al compromiso continuado y mensurable de satisfacer las necesidades humanas mínimas y de mantener, en los momentos difíciles, el principio de máxima prioridad para la infancia.

La opinión pública del mundo industrializado ha creído durante mucho tiempo que la mayor parte de la ayuda destinada al mundo en desarrollo se dedica a satisfacer directamente las necesidades de los pobres. De hecho, sólo del 10% al 15% de la ayuda del mundo industrializado se utiliza para esos fines (gráficos 11 y 12).

Si se excluye la enseñanza secundaria, como nivel diferenciado de la enseñanza primaria, la proporción de la ayuda no alcanza el 5%. Sólo alrededor del 1% de la ayuda internacional se asigna a los sistemas de atención primaria de salud que podrían prevenir o tratar el 80% de los casos de enfermedad, desnutrición y muertes prematuras que se producen en el mundo en desarrollo. Apenas un 1% se destina a los servicios de planificación fami-

liar que tanto podrían contribuir a mejorar las condiciones de vida de millones de mujeres y de niños (véanse las páginas 58-60). Y bastante menos del 1% se dedica a la enseñanza primaria⁴⁵ que, según se ha visto, además de una necesidad humana básica, también es una de las mejores inversiones que puede hacer cualquier país en su propio futuro.

Para que la erradicación de la pobreza absoluta sea una de las prioridades del nuevo orden mundial emergente, es preciso aumentar de forma sustancial durante los próximos años la proporción de la ayuda internacional destinada directamente a este objetivo.

La declaración final aprobada en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* instó a los países industrializados a revisar sus actuales presupuestos de ayuda externa en función de las metas aprobadas. Este informe se publicará antes de que pueda disponerse de los programas nacionales de acción que están elaborando la mayoría de países industrializados como respuesta a la *Cumbre*, pero ya se sabe que varios países donantes intentarán incrementar

las asignaciones de fondos para los programas que contribuyan a alcanzar las metas para el 2000. El Congreso de los Estados Unidos ha asignado para el año fiscal 1992 fondos por un total de 500 millones de dólares para cumplir con los compromisos internacionales suscritos en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* y sumas muy superiores para los programas nacionales. En Australia, se están examinando las asignaciones de la ayuda externa para modificar su distribución en favor de programas que promuevan las metas de la *Cumbre*. En Noruega, a finales de 1991 se presentará ante el Parlamento un libro blanco sobre esta cuestión. En Alemania, el *Bundestag* ha acordado por unanimidad de todos los partidos que el ministerio de Desarrollo debe considerar el alivio de la pobreza, con la participación de los propios afectados, como objetivo central del programa de ayuda externa. Suiza, Canadá y los Países Bajos han aprobado iniciativas de alivio de la deuda para la financiación específica de programas en favor de la infancia y para acelerar la consecución de las metas adoptadas en la *Cumbre*.

Destino de la ayuda externa

La ayuda externa destinada a satisfacer las necesidades básicas de los pobres y, en particular, las necesidades de nutrición, atención de salud y educación de la infancia, contará posiblemente con un creciente apoyo de la opinión pública de los países industrializados. Todos los datos, entre ellos los recientes resultados de un importante sondeo de opinión realizado en Australia⁴⁴, indican que muchos ciudadanos estarían dispuestos a apoyar la causa de la eliminación de la desnutrición masiva, las enfermedades prevenibles y los altos niveles de analfabetismo de la infancia mundial.

En estos momentos es particularmente importante que esta preocupación salga a la luz y que las organizaciones no gubernamentales y la opinión pública interesada de los países industrializados también se movilicen en favor de los compromisos y de las metas establecidas en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*. Una de las aportaciones más decisivas de la opinión pública a la consecución de estas metas sería aumentar las presiones para que la ayuda externa se destine a inversiones en favor de la infancia.

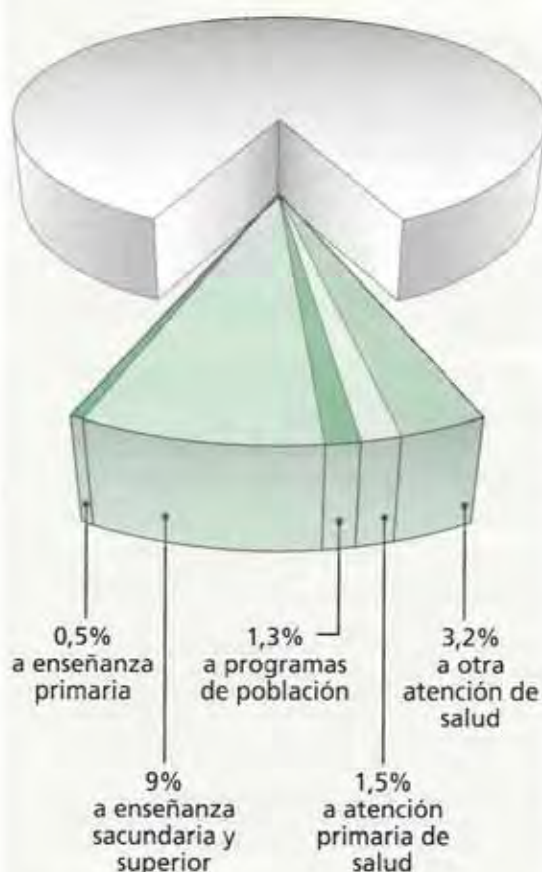
Esta posible contribución del mundo industrializado resulta especialmente importante por el hecho de que muchas de las propuestas examinadas en este informe, y muchas de las metas adoptadas en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*, topan con una dificultad política fundamental. En muchos casos, se pide a los gobiernos que den prioridad a las necesidades a largo plazo o a los sectores más pobres y menos influyentes de la sociedad. Pero a los gobiernos, enfrentados con presiones políticas inmediatas y con poderosos intereses creados, a menudo les resulta difícil introducir cambios cuyos beneficios políticos o económicos muchas veces no se vislumbran en el horizonte electoral. La concesión de ayuda internacional específicamente destinada a financiar dichos cambios es uno de los pocos medios que permitiría contrarrestar esa dificultad inherente. Un compromiso suficiente de la opinión pública de los países industrializados permitiría que la ayuda externa cumpliera la función específica de hacer políticamente más atractivos los programas destinados a beneficiar sobre todo a las personas y las causas con menos impacto político: los pobres, los que carecen de influencia, el futuro y el medio ambiente.

La ayuda externa podría contribuir, por ejemplo, a mitigar las fricciones que inevita-

Gráf. 11 Destino de la ayuda

Apenas el 15 por ciento de la ayuda total se destina a salud y educación (todos los niveles) y a programas de población. Sólo el 2 por ciento va a atención primaria de salud y enseñanza primaria que son los servicios más fundamentales para la mayoría pobre del mundo en desarrollo.

*Proporción de la ayuda total, bilateral y multilateral, destinada a servicios de salud y educación, 1988**



* A diferencia del gráfico 12, este gráfico incluye todos los países donantes, todos los niveles de atención de salud, los programas de ayuda bilateral y multilateral, y combina los datos procedentes del Banco Mundial y de la OCDE referidos a 1988. Los datos son sólo aproximados debido a problemas de definición e incompatibilidades de los métodos de información básicos.

Fuente: Datos basados en OCDE (1989) y Banco Mundial (1991).

blemente acompañarán una reestructuración del gasto gubernamental en los términos expuestos en el capítulo anterior. La principal dificultad para reasignar el gasto social en favor de la mayoría pobre suele ser de orden político; en efecto, un aumento de la proporción del presupuesto dedicada a atención primaria de salud o a enseñanza primaria representa una transferencia de recursos de los grupos más acomodados y con mayor influencia política a los grupos pobres y que carecen de poder. Una transición realmente muy difícil allí donde la opulencia es inseparable de la influencia. Más sencilla será la transición en el número creciente de países democráticos, donde los electores pobres gozan de una cierta influencia política al ser más numerosos. Pero incluso los gobiernos dispuestos a reestructurar sus presupuestos en favor de la mayoría pobre, a menudo se ven frenados en sus propósitos por las presiones de grupos de intereses firmemente arraigados. La concesión de ayuda externa específicamente destinada a inversiones en atención primaria de salud o en enseñanza primaria, por ejemplo, podría contribuir a reducir las dificultades políticas que plantea la reasignación interna de los presupuestos. El apoyo de la comunidad internacional podría tener una especial y vital influencia en los próximos años para superar esos obstáculos políticos.

Análogamente, la ayuda externa también puede contribuir a que se mantenga el principio de máxima prioridad para la infancia (página 15). Un principio que supone proteger los intereses a largo plazo de la infancia por intensas que sean las presiones a corto plazo para recortar el presupuesto de los programas de nutrición, los servicios de atención primaria de salud o la enseñanza primaria. De igual modo, muchas de las actuaciones necesarias para proteger el medio ambiente y alcanzar un

Educación: Permanencia en la escuela

La década de los ochenta fue desastrosa para la educación. Dos terceras partes de los más de 100 países en desarrollo estudiados por la UNESCO registraron un descenso en el gasto por alumno y en la mitad de ellos disminuyó la proporción de niños matriculados en enseñanza primaria¹⁸.

En la mayoría de los casos, las causas fueron las reducciones en el gasto público que se vieron obligados a introducir muchos países para hacer frente a la crisis de la deuda externa. La consecuencia es que millones de niños, sobre todo de África y América Latina, han perdido la oportunidad de aprender a leer y escribir y de adquirir las capacidades básicas que ellos y sus sociedades necesitarán en el futuro.

Las repercusiones han sido particularmente graves en África. El gasto total en educación se redujo casi en un 30% en la primera mitad de los ochenta. A consecuencia de ello, la proporción de niños africanos matriculados en el primer curso de la enseñanza primaria descendió de un 84% en 1980 a aproximadamente un 70% en 1990¹⁹.

El endeudamiento externo no fue la única causa. Las políticas educativas y los programas de ayuda internacional podrían haber contribuido a proteger mejor la enseñanza primaria. Pero con demasiada frecuencia se ha optado por dedicar los recursos disponibles a la educación superior para una minoría, en vez de destinarlos a la enseñanza básica para la mayoría.

A pesar de que puede proporcionarse educación primaria a 50 niños o más con el mismo costo que representa un estudiante universitario²⁰, y a pesar de que miles de titulados universitarios se enfrentan con la disyuntiva del desempleo o la emigración, muchos países siguen dedicando una parte desproporcionada de sus recursos a la enseñanza superior²¹. En muchos casos, bastaría una reasignación del gasto relativamente reducida para lograr el acceso universal a la enseñanza primaria y obtener mucho mayores ventajas para el país, tanto en términos de crecimiento económico como de progreso social.

Los programas de ayuda han reforzado este sesgo. Menos de un 10% de la ayuda externa se destina a educación y menos del 5% de esa proporción se dedica a la enseñanza primaria²².

La *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* de 1990 estableció la meta de alcanzar un nivel básico de educación para el 80% de la infancia, como mínimo, antes del año 2000. Una meta posible, como indican los extraordinarios éxitos logrados por Tanzania en la década de los setenta y por Zimbabwe en los años ochenta. El ejemplo de las escuelas BRAC de Bangladesh también demuestra que es posible ofrecer educación básica, con un costo muy bajo, a los niños (y sobre todo a las niñas) que han abandonado el sistema oficial de enseñanza primaria o que nunca llegaron a ingresar en él. La mayoría de los alumnos de estas escuelas BRAC se incorporan luego al sistema formal de enseñanza²³.

Pero para alcanzar la meta fijada para el 2000, será preciso conceder una nueva prioridad a la enseñanza primaria en los próximos años.

Lo primordial no es construir nuevas escuelas ni formar a nuevos maestros. El éxito o el fracaso de los noventa dependerá de la *calidad* de la educación ofrecida²⁴.

La matriculación en el primer curso de la enseñanza primaria ya ha alcanzado niveles elevados en todas las regiones del mundo en desarrollo, excepto en África²⁵. El principal problema no está, por tanto, en la capacidad física para dar cabida a todos los niños. Lo importante es la tasa de escolarización en el *último curso* de la enseñanza primaria. Para el grupo de edad relevante en cada continente, la escolarización sigue siendo sólo del 47% en África, del 53% en Asia (sin incluir a China) y del 64% en América Latina²⁶.

En otras palabras, en la década de los noventa, la gran mayoría de los niños sin instrucción carecerán de ella no por no haber ingresado en la escuela, sino por no haber permanecido en ella.

Aparte de la pobreza y de la necesidad de que las niñas y los niños colaboren en las tareas domésticas y en otros trabajos, la causa principal de estas debilitantes tasas de abandono es la baja calidad de la enseñanza ofrecida. Con demasiada frecuencia, la relevancia y nivel de la educación ofrecida son tan visiblemente deficientes que, en palabras de un reciente informe de la UNESCO, «la única opción racional para los padres y los alumnos es votar con los pies»²⁷.

desarrollo sostenible requieren un compromiso a largo plazo que a muchos gobiernos, presionados por consideraciones a corto plazo, les cuesta adoptar. La ayuda externa puede hacer políticamente más factible este compromiso. Argumentos parecidos pueden citarse, en mayor o menor medida, en el caso de inversiones esenciales en la población, como los servicios de atención básica de salud, la educación básica, la reforma agraria, las medidas en favor de la igualdad de la mujer o la reestructuración de los presupuestos gubernamentales destinada a los servicios básicos para los pobres.

En otras palabras, en esencia esta propuesta implica que, en un nuevo orden mundial, la ayuda internacional debería utilizarse de forma deliberada y específica para evitar que lo importante quede relegado en favor de lo inmediato.

Respaldo social

La aplicación de la ayuda externa para este fin debería decidirse en colaboración con los

países receptores. Su potencial no debería desperdiciarse a causa de actitudes intransigentes en relación con las «condiciones» por ninguna de las partes. La ayuda externa no se incrementará significativamente en los próximos años sin un apoyo de los políticos, de los medios de comunicación y de la opinión pública del mundo industrializado. Este apoyo sólo se logrará si se definen claramente los objetivos de la ayuda. En consecuencia, el necesario aumento de la ayuda internacional estará vinculado a un compromiso sostenido y demostrable, tanto por parte de los donantes como por parte de los receptores, en favor de la capacitación de los más pobres, de la mejora de su estado de salud y de nutrición, su educación y su formación, de su capacidad para ejercer mayor control sobre sus vidas y para obtener una remuneración justa por su trabajo, así como para satisfacer sus propias necesidades y las de sus familias. La ayuda externa que cumple esta finalidad es precisamente el tipo de ayuda que desea recibir la mayoría de la población del mundo en desarrollo y la que quisiera dar la mayoría de la población del mundo industrializado.

El entorno económico

Proposición: Que la acción internacional respecto a la deuda, la ayuda y las relaciones comerciales debe crear un entorno favorable para que la reforma económica en el mundo en desarrollo permita que su población acceda a un nivel de vida digno.

Aunque los ingresos medios han experimentado un incremento apreciable en Asia (incluidas China y la India), la década de los ochenta fue a pesar de todo un período desastroso para la mayoría de países del mundo en desarrollo. Los ingresos medios se redujeron aproximadamente un 10% en América Latina (y mucho más entre la población más pobre) y un 25% en África (donde ya se percibían los ingresos más bajos del mundo)⁴⁵.

En 1990 se han mantenido estas diferencias. En los 18 países de Asia oriental, los ingresos per cápita aumentaron más de un 4% en 1990; en los ocho países de Asia meridional (incluidos Bangladesh, la India y Pakistán) crecieron algo más del 2%. En cambio, en los dos continentes más afectados por la deuda externa, se ha mantenido la tendencia descendente de los años ochenta; los ingresos per cápita volvieron a disminuir más de un 2% en África y más de un 2,5% en América Latina (y aún de forma más acusada en países como Argentina, Brasil y Perú, con niveles sumamente altos de endeudamiento)⁴⁶.

El entorno económico en que debe vivir el mundo en desarrollo no entra dentro de las responsabilidades primordiales de las organizaciones y personas que se ocupan directamente de los problemas de la infancia. Sin embargo, el UNICEF ha venido observando durante una década que el deterioro del entorno económico se traduce, en muchos países, en una creciente desnutrición, un aumento de las enfermedades prevenibles y un descenso

de la escolarización. Por tanto, las propuestas para remediar este deterioro sonarían irreales si no reconociesen también las enormes dificultades en que todavía se encuentran muchos países.

En estos momentos es particularmente importante encararse con estas dificultades. Impulsados por un nuevo realismo nacido del sobresalto de las conmociones económicas de los años ochenta y conscientes de la experiencia de la Europa Central y del Este, muchos sino la mayoría de los países en desarrollo han empezado a introducir reformas económicas capaces de aportar creciente prosperidad a sus pueblos en los próximos años. Este cambio de actitud y de planteamientos económicos ha pasado prácticamente desapercibido en un mundo atento a otros acontecimientos más deslumbrantes (aunque algunos han señalado que estos cambios representan una «*revolución silenciosa*» cuyo «*potencial para promover el bienestar humano sería difícil exagerar*»⁴⁷). Se trata, en definitiva, de una oportunidad que no puede perderse.

Por ahora, es poco probable que este potencial llegue a hacerse realidad, pues en la década de los noventa aún siguen presentes demasiados de los factores causantes del desastre de los años ochenta. Aunque la política y la gestión económicas puedan ser más adecuadas, subsisten los problemas de la deuda externa, del deterioro de las relaciones de intercambio, del proteccionismo de los mercados del mundo rico y de un gasto militar excesivo. En otras palabras, el mundo en desarrollo tendrá dificultades para situarse dentro de un nuevo orden mundial porque todavía sigue encadenado a los errores del viejo orden.

Los precios mundiales de las materias primas, de las que dependen tantos países en desarrollo, continúan siendo los más bajos registrados desde la depresión de los años treinta.

Sólo en la última década, África ha visto caer alrededor de un 30% los precios que percibe por sus productos primarios respecto a los que tiene que pagar por sus importaciones.

El grado de dependencia de muchos países de unos pocos productos básicos, y el continuo deterioro de su valor real, constituyen uno de los problemas más irreconciliables del desarrollo. Y esta situación seguirá agravándose. La mayor eficiencia manufacturera gracias a las nuevas tecnologías, productos sintéticos y sistemas de gestión reducirá progresivamente la necesidad de materias primas. Además, el creciente uso de la biotecnología podría socavar en los próximos años la posición de las materias primas agrícolas.

Aparentemente poco puede hacer el mundo en desarrollo para evitar esta continua erosión de sus precios y de sus mercados. Puede intentar coordinar la producción, al menos a escala regional, para evitar un descenso adicional de los precios por una sobreproducción. También puede intentar mejorar su propia capacidad de investigación con objeto de transformar una parte mayor de sus materias primas en productos semimanufacturados o manufacturados. Pero al mismo tiempo, tiene que procurar diversificar sus exportaciones a fin de reducir su dependencia de una base económica en proceso de desmoronamiento.

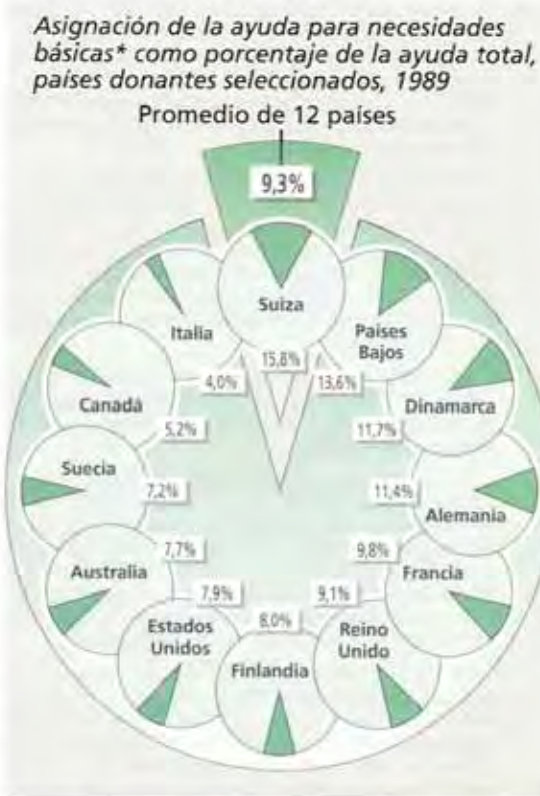
Pero la diversificación de las exportaciones topa con el problema de la protección que el mundo industrializado —tan entusiasta defensor de las políticas de liberalización de los mercados en el mundo en desarrollo— ofrece a sus propios productores, con una barrera de aranceles, cupos y subsidios que en la práctica cierran los mercados del mundo rico para toda una serie de posibles exportaciones del mundo en desarrollo (incluida una amplia gama de productos agrícolas y tropicales, acero, teji-

dos, prendas de vestir, artículos de cuero y calzado).

Las estimaciones sobre el costo que supone este proteccionismo para el mundo en desarrollo varían mucho, pero el total en ningún caso es inferior a los 55.000 millones de dólares anuales⁴⁸, superior al conjunto de la ayuda externa recibida. En palabras del director del FMI, Michael Camdessus, la supresión de

Gráf. 12 Ayuda básica

Los doce países industrializados con información disponible sólo destinan el 9% de su ayuda a la atención directa de las necesidades más básicas de la población de los países en desarrollo.



* El "gasto en necesidades básicas" se define como el gasto en atención primaria de salud, enseñanza primaria y secundaria, planificación familiar y abastecimiento de agua y saneamiento rural.

Fuente: OCDE y PNUD, 1991.

República de Corea: Más educación por dólar

El denominador común más obvio de los éxitos cosechados en Asia — en Hong Kong, Japón, Singapur, República de Corea, Taiwan — no es la abundancia de los recursos naturales de esos países, sino la calidad de sus recursos humanos. Todos realizaron una fuerte inversión en educación desde las etapas iniciales del desarrollo económico.

A principios de la década de los cincuenta, pocas personas habrían apostado en favor de la República de Corea como estrella en el campo de los éxitos económicos en la segunda mitad del siglo. Sus recursos naturales son escasos y su superficie cultivable reducida. Peor aún, su historia inmediata incluía 36 años de colonización japonesa, a la cual siguió la devastación de la guerra de Corea.

Sin embargo, a mediados de los cincuenta, los niveles de instrucción ya eran dos o tres veces más altos de lo que cabía esperar para un país con un PNB de apenas 90 dólares per cápita. Y en 1960, justo antes de iniciarse el despegue económico del país, el 90% de la población infantil completaba la enseñanza primaria y más de un tercio realizaba estudios secundarios a continuación.

En las tres décadas transcurridas desde entonces, la economía de la República de Corea ha registrado un crecimiento del 7% anual, más rápido que el de casi cualquier otro país.

El éxito logrado por la República de Corea presenta dos características singulares. En primer lugar, la universalización de la enseñanza primaria en las fases iniciales del desarrollo económico. En segundo lugar, que ésta se logró con una inversión pública relativamente reducida. Durante treinta años, el gasto en educación no superó en ningún momento el 3% del PNB, por debajo de la media del mundo en desarrollo.

En pocas palabras, la República de Corea consiguió más educación que ningún otro país por cada dólar de gasto público. ¿Cómo lo logró? Para empezar, el gobierno estimuló y aprovechó una demanda social masiva de educación, logrando que los padres estuvieran dispuestos a pagar por ella. Entre 1950 y 1975, los alumnos y sus familias sufragaron alrededor del 50% de los gastos de educación.

En parte, esta voluntad de hacer sacrificios tiene sus raíces en dos mil años de una tradición confuciana

de respeto hacia la persona instruida. Por otra parte, también nace de la conciencia más práctica de que la educación es el factor que más contribuye a determinar el estatus económico y social.

En segundo lugar, en la República de Corea se siguió la política de reducir progresivamente los subsidios a la educación en los sucesivos niveles, dedicando la mayor parte de los recursos a garantizar la enseñanza primaria para todos y dejando en manos del sector privado una parte creciente de los gastos en enseñanza secundaria y superior. Aun así, inicialmente los padres sufragaban el 25% de los costos de la enseñanza primaria a través de aportaciones «voluntarias» de la Asociación de padres y profesores.

En tercer lugar, un gran número de alumnos por clase y unos salarios bajos para los profesores han permitido mantener los costos de educación por debajo de los de casi la totalidad de los restantes países en desarrollo. Durante treinta años, el número medio de alumnos por clase en la enseñanza primaria se mantuvo en torno a 55. Para hacerlo viable se recurrió a la memorización mecánica de textos, rígidos planes de estudio y a rigurosos exámenes: la vida escolar tenía características casi paramilitares, con ejercicios gimnásticos masivos, marchas al compás de la música y reverencias ante los profesores. Estos no tenían problemas de disciplina y sus bajos salarios quedaban compensados por un alto estatus social.

En cuarto lugar, la República de Corea decidió aplicar un sistema de promoción automática de los alumnos de un nivel al siguiente. En muchos países en desarrollo, gran parte de la capacidad de las escuelas primarias se dedica a los «repetidores» y a alumnos que abandonan la escuela al cabo de uno o dos años. En la República de Corea, prácticamente no hay repetidores ni abandonos. Se espera que todos los alumnos hagan progresos. Si alguno no lo consigue, ello se achaca más a falta de aplicación que a su poca capacidad.

Finalmente, la presión paterna para que el alumno apruebe los exámenes ha difundido mucho la práctica del *yuksonghoe*, las clases suplementarias pagadas. Estas ayudan a mejorar los resultados escolares y complementan los salarios de los profesores, sin ningún costo para el Estado²⁸.

esas barreras arancelarias y no arancelarias incrementaría la tasa de crecimiento de los países en desarrollo en casi tres puntos porcentuales, con beneficios equivalentes al doble del importe de la ayuda externa que reciben⁴⁹.

Por consiguiente, el desmantelamiento de esas barreras comerciales, si se completa con éxito la presente ronda Uruguay bajo el auspicio del Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio (GATT), ofrecería un muy necesario balón de oxígeno al proceso de reforma económica del mundo en desarrollo.

La deuda externa

Además de estos problemas, muchos países en desarrollo no pueden avanzar y ocupar su lugar dentro de un nuevo orden internacional porque se lo impide la carga aparentemente inamovible de su deuda externa.

En total, el mundo en desarrollo debe aproximadamente 1,3 billones de dólares a los gobiernos y bancos de los países industrializados y a los organismos financieros internacionales. Cada año, la amortización del capital y el pago de intereses suman alrededor de 150.000 millones de dólares, cerca del triple del importe de la ayuda externa recibida por el mundo en desarrollo. Ante la imposibilidad de satisfacer completamente el pago de intereses, la cantidad no pagada pasa a incrementar el total adeudado. Así ha ido creciendo la carga de la deuda a un ritmo acelerado hasta un punto en que no sólo es imposible que jamás llegue a devolverse lo adeudado, sino que hasta el intento de satisfacer los intereses paraliza los avances hacia la reforma económica.

Hasta el momento, la actuación del mundo industrializado en la crisis de la deuda no ha sido demasiado encomiable. En primer lugar, la irresponsable concesión de créditos es tan

culpable de lo ocurrido como la irresponsable suscripción de los mismos. En segundo lugar, no obran de buena fe quienes instan a los países en desarrollo a salir de la crisis por sus propios medios diversificando y exportando más, al mismo tiempo que mantienen los aranceles y otras barreras comerciales que les impiden seguir con éxito esta recomendación. En tercer lugar, en la mayoría de países industrializados, las leyes que regulan la quiebra y la devolución de las deudas individuales imponen unos límites a los acreedores, que no les permiten resarcirse hasta el extremo de dejar al deudor sin medios para alimentar a su familia o incluso para ganarse la vida; ya va siendo hora de aplicar esta concepción a las transacciones internacionales.

Para avanzar, el mundo en desarrollo tiene una desesperada necesidad de invertir en su infraestructura, en su industrialización y en su población. Con unos ingresos decrecientes por la exportación de sus materias primas, con intereses sobre su deuda que absorben una cuarta parte de todos sus ingresos y con la imposibilidad de acceder a nuevos mercados de exportación debido al proteccionismo, simplemente resulta imposible hacer estas inversiones esenciales para el futuro.

Durante varias décadas, el mundo en desarrollo pudo contar con la ayuda externa y los créditos para financiar al menos una parte de las inversiones necesarias. Pero la crisis de la deuda ha alcanzado el límite del absurdo, con una situación que obliga a los países en desarrollo a transferir recursos financieros a los países industrializados en vez de ocurrir a la inversa. Una vez consideradas globalmente todas las transacciones —la cantidad que prestan a los países en desarrollo todas las fuentes de crédito de los países industrializados menos las cantidades pagadas por los créditos en concepto de amortizaciones e intereses—, el

Hospitales pro lactancia materna: Un millón de vidas por salvar

Hace ahora cinco años, se ofreció a miles de hospitales de todo el mundo la posibilidad de exhibir una placa en la entrada principal que los identificara como «hospital pro lactancia materna». La propuesta es la más reciente iniciativa de una campaña de diez años de duración para contrarrestar la tendencia mundial en favor de la lactancia artificial.

La leche materna es más nutritiva, más higiénica y más barata, inmuniza al niño contra las infecciones más comunes, protege a la madre del embarazo y reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovarios²⁹.

A pesar de todas estas ventajas, la lactancia natural ha experimentado un retroceso con el aumento del número de familias que emigran a las ciudades, de madres que trabajan fuera del hogar, de hospitales que desaconsejan la lactancia natural y de anuncios que presentan la lactancia artificial como el procedimiento más moderno.

Aparte de su inferior calidad, los preparados de leche en polvo se diluyen a menudo en exceso con agua no potable, en biberones no esterilizados. Esto supone que para un niño de una comunidad pobre alimentado con biberón las probabilidades de morir debido a una enfermedad diarreica o una neumonía sean, respectivamente, 15 y 4 veces más altas que para el niño alimentado exclusivamente con leche materna³⁰. Según estimaciones de la OMS, podrían salvarse en conjunto más de un millón de vidas infantiles cada año si todas las madres alimentasen sólo con leche materna a sus hijos durante los primeros cuatro a seis meses de vida.

La OMS y el UNICEF establecieron hace diez años un «código deontológico» para la comercialización de sucedáneos de la leche materna. La finalidad era conseguir la prohibición de todo tipo de publicidad y de distribución gratuita de preparados de leche en polvo destinadas a las madres.

Ahora, ambas organizaciones han redactado otras pautas de conducta aplicables a los propios hospitales. La actuación de las enfermeras en los hospitales constituye un importante ejemplo para millones de madres. Y lo que se haga en las primeras horas después del parto puede ser determinante para que una madre consiga dar el pecho a su hijo. Sin embargo, actualmente muchos hospitales mantienen a los recién nacidos en habitaciones separadas y les dan un biberón a base de algún preparado de leche en polvo poco después de nacer. Con frecuencia se ofrecen muestras gratuitas a los hospitales y a las madres para promocionar una marca concreta. Las nuevas pautas definen «Diez pasos hacia una feliz lactancia natural»³¹. Todo hospital que las aplique

será reconocido públicamente como «Hospital pro lactancia materna». Estos diez pasos son:

- 1 Adoptar una política por escrito relativa a la lactancia natural que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de salud.
- 2 Capacitar a todo el personal de atención de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esta política.
- 3 Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
- 4 Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
- 5 Enseñar a las madres como se debe dar de mamar al niño y como mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
- 6 No dar a los recién nacidos más que la leche materna sin ningún otro alimento o bebida a no ser que estén *medicamente* indicados.
- 7 Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
- 8 Fomentar la lactancia natural cada vez que se solicite.
- 9 No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes artificiales.
- 10 Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o la clínica.

Muchas mujeres del mundo en desarrollo no dan a luz en los hospitales y las que lo hacen no suelen prolongar su estancia más de 48 horas. En consecuencia, la campaña mundial en favor de los «hospitales pro lactancia materna», inaugurada por el UNICEF y la OMS en Ankara a mediados de 1991³², sólo puede constituir un primer paso de los muchos que será necesario dar para fomentar la lactancia natural. Las madres necesitan el apoyo de los hospitales para ofrecer a sus hijos las mejores condiciones en sus primeros días de vida; pero para poder continuar la lactancia materna, también necesitarán el apoyo de sus empleadores, de los sindicatos, de sus comunidades... y de los hombres.

A la vez que siguen promoviendo la iniciativa de los hospitales pro lactancia materna, el UNICEF y la OMS también han invitado a las empresas fabricantes de preparados de leche en polvo —cuya respuesta ha sido positiva— a interrumpir por completo la distribución gratuita o subvencionada en las maternidades y hospitales antes de finales de 1992.

resultado neto en estos momentos es una transferencia de 40.000 a 50.000 millones de dólares anuales del mundo en desarrollo al mundo industrializado (gráfico 13).

No será fácil invertir este flujo financiero en la primera mitad de los años noventa, pues probablemente escasearán los recursos financieros para inversión. La Unión Soviética, varias de sus repúblicas y los países de la Europa del Este absorberán todos enormes sumas de capital. Al mismo tiempo, los costos de reconstrucción de Kuwait e Iraq se estiman en 150.000 a 300.000 millones de dólares⁵⁰. Sólo una solución más drástica de la crisis de endeudamiento que cualquiera de las propuestas realizadas hasta la fecha y el cambio de sentido del flujo de transferencias financieras netas en favor del mundo en desarrollo puede abrir la esperanza de recuperar el terreno perdido en la última década.

Desarme

Proposición: Que en el mundo en desarrollo debe iniciarse un proceso de desmilitarización y, paralelamente, en los países industrializados la reducción de los gastos militares debe ir asociada a un incremento significativo de la ayuda internacional para el desarrollo y la resolución de los problemas globales comunes.

Aunque varía mucho de una región a otra, el gasto militar del mundo en desarrollo se acerca aproximadamente a los 150.000 millones de dólares anuales⁵². En África, un continente aún desesperadamente pobre y con una urgente necesidad de diversificar e industrializar sus economías, la tercera parte de la ma-

Si consiguen encontrarse los medios y recursos necesarios para liberar a esos países de tan pesada herencia, la confluencia de las reformas económicas ya visibles con otras circunstancias favorables podría permitir iniciar un período de crecimiento sin precedentes. Como señala el Banco Mundial en su informe sobre las perspectivas de desarrollo en la década de los noventa: «*La oportunidad de alcanzar un rápido desarrollo es mayor ahora que en ningún otro momento de la historia. Los vínculos internacionales, en forma de intercambios comerciales y flujos de información, inversiones y tecnología, son más fuertes que hace cuarenta años. La medicina, la ciencia y la ingeniería han dado enormes pasos adelante; sus beneficios están al alcance del mundo entero. Y quienes toman las decisiones políticas tienen una comprensión más clara de las opciones para impulsar el desarrollo*».⁵¹

quinaria importada cada año está destinada a usos militares. En el conjunto del mundo en desarrollo, la importación de armamento absorbe por sí sola el equivalente al 75% de toda la ayuda externa recibida⁵³. En general, los países más pobres son los que presentan gastos militares más altos (gráfico 14). Los 46 países menos desarrollados —el grupo de países más pobres del mundo— gastan tanto en capacidad militar como en salud y educación juntas.

El verdadero costo de este enorme gasto militar, acumulado año tras año, va más allá de la destrucción de la guerra (recuadro 6) y de la

China: Cómo alcanzar la meta del 90%

Tras un extraordinario esfuerzo durante la década de los ochenta, la mayoría de los países han alcanzado la meta de inmunizar al 80% de los niños del mundo en su primer año de vida. Pero con ello no basta. Es preciso ampliar todavía más los niveles de inmunización para interrumpir la transmisión de las enfermedades, para reducir en el 95% propuesto la mortalidad asociada al sarampión, erradicar la poliomielitis, eliminar el tétanos neonatal y proteger a los niños más pobres y más vulnerables. Por esto la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* adoptó como nueva meta para el 2000 una cobertura de inmunización del 90% en todos los países.

Alcanzar y mantener este 10% adicional representa una tarea de tanta envergadura en la década de los noventa como lo fue lograr una cobertura del 80% en los años ochenta. Pero la nación más poblada del mundo ya ha demostrado que ello es factible.

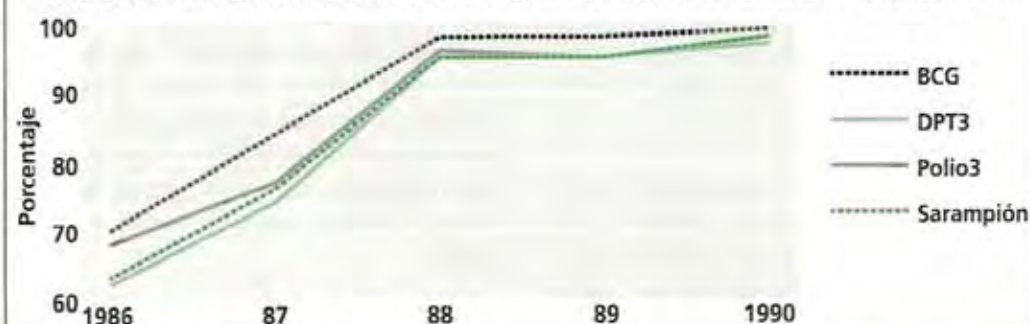
En 1985, China decidió ampliar la cobertura de inmunización al 85% de toda la población infantil, en el conjunto del país en 1988, en cada provincia en 1989 y en cada distrito en 1990. Actualmente, su cobertura de inmunización es del 99% para la vacuna BCG (tuberculosis), del 98% para las tres dosis de la vacuna contra la poliomielitis, del 97% para las tres dosis de la vacuna DPT (Difteria, Tos ferina y Tétanos) y del 98% para la dosis única contra el sarampión. Ya se

han obtenido resultados visibles con una marcada reducción de las enfermedades inmunoprevenibles. Por ejemplo, el número de casos de sarampión, ha disminuido de más de dos millones anuales a menos de 100.000. En 1995 se espera haber conseguido erradicar la poliomielitis³³.

La palanca para alcanzar esta cobertura del 90% ha sido el sistema de registro de los nacimientos: los médicos locales aprovechan esa ocasión para notificar, individualmente, a todos los padres cada una de las fechas en que deben llevar a vacunar a su hijo. Muchos países han conseguido una cobertura del 90% para la primera dosis de las vacunas DPT y contra la poliomielitis, pero han tenido un nuevo retroceso cuando los niños no vuelven para recibir la segunda o la tercera dosis o la vacuna única contra el sarampión, que se administra a los nueve meses de edad. En China, las tasas de abandono se han reducido a menos del 2% gracias al sistema de notificación individual.

Alrededor de una tercera parte de los distritos de China dispone de un «contrato de inmunización» que sirve para reforzar el sistema. Los padres pagan una tarifa única de inmunización al nacer el niño, a cambio de la garantía de que éste recibirá todas las vacunas necesarias. Si el niño contrae posteriormente una enfermedad inmunoprevenible, la familia cobra una indemnización económica³⁴.

Incremento en la cobertura de inmunización, niños menores de un año, China, 1986-1990



Fuente: OMS y UNICEF.

desviación de unos recursos escasos. En las últimas décadas, en muchos países en desarrollo ha llegado a imponerse una cultura militarista, estimulada y sustentada por las rivalidades entre las superpotencias. Esta cultura tiende a mostrarse desdeñosa hacia la democracia e indiferente en relación a los derechos humanos, y a verse amenazada por las libertades políticas, personales y de prensa. Por tanto, en el pasivo militar total del mundo en desarrollo deberían incluirse la destrucción directa de las guerras, la desviación de recursos en detrimento de la inversión en la población, el debilitamiento de la democracia, el aumento de la opresión interna y la pérdida de buena parte del apoyo en favor del desarrollo de la opinión pública del mundo industrializado.

El fin de la guerra fría permite abrigar mayores esperanzas de que pueda reducirse pronto esta partida de gastos.

El mundo industrializado puede contribuir mucho a que así sea. Puede convertir la ayuda militar en ayuda económica, favoreciendo tanto la paz como el desarrollo. Puede limitar las ventas de armamento y procurar impedir que los suministradores de armamento amplíen sus ventas en el mundo en desarrollo para compensar la reducción de los mercados de los países industrializados (el 90% de las ventas mundiales de armamento corresponde a los cinco miembros permanentes del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas)⁵⁴. También puede empezar a vincular el alivio de la deuda, la ayuda externa y los nuevos créditos a reducciones en el gasto militar, avances hacia la democracia e inversiones en infraestructura de atención de salud y educación, y no ya en infraestructura bélica.

Pero los desastrosos niveles actuales de gasto militar son un muro de la prisión económica que el mundo en desarrollo está en condi-

ciones de apartar por sí mismo. Y sólo un programa masivo de desmilitarización permitirá a muchos países en desarrollo realizar todo su potencial en los próximos años.

Es más fácil hablar de desmilitarización que llevarla a cabo, aunque sólo sea por la enorme importancia del empleo en el sector militar (en el mundo en desarrollo hay ocho veces más soldados que médicos)⁵⁵. Para facilitar la transición y reducir el conflicto entre gasto militar y social, podría considerarse más detenidamente la posible participación de las fuerzas armadas en la lucha contra la pobreza. No es desusado que el ejército, con su capacidad organizativa, su personal calificado, sus tecnologías y sus medios de transporte, preste ayuda a la población civil en casos de emergencia o de desastres naturales. Durante el proceso de desmovilización puede ser útil ampliar ese papel, transfiriendo a la sociedad la capacidad del ejército empleándolo en la construcción de infraestructura y en la formación de personal civil en ámbitos como la alfabetización, la ingeniería, la electrónica, la mecánica y las comunicaciones.

Es posible que todavía esté lejos la conversión para fines de desarrollo de la enorme inversión realizada en las fuerzas armadas y de sus recursos y capacidades. Pero muchos países, si se decidieran a emprender ese camino, podrían avanzar con mayor rapidez hacia un futuro más próspero y un lugar más digno dentro del nuevo orden mundial emergente.

Los países industrializados

En los últimos cuatro años, el gasto en armamento se ha reducido en torno a un 3% anual en los países industrializados, cuyo gasto militar es aproximadamente equivalente a la suma de los ingresos de la mitad más pobre

de la humanidad. Tras las espectaculares propuestas de desarme anunciadas o aprobadas en septiembre de 1991 por cuatro de los cinco miembros permanentes del Consejo de Seguridad, cabe esperar reducciones aún más importantes en los próximos años. Tres cuartas partes de los aproximadamente 800.000 millones de dólares anuales que suma el gasto militar total del mundo industrializado se dedican en estos momentos a la defensa de Europa, cuyo panorama militar se ha modificado. El potencial para nuevas reducciones en los años noventa es, por tanto, muy considerable.

Pero falta un plan coherente y concertado para vincular aunque sólo sea una pequeña parte de estos potencialmente grandes ahorros a la atención de la urgente necesidad de nueva ayuda e inversiones del mundo en desarrollo. Bastaría destinar a este fin sólo un 5% del gasto militar actual del mundo industrializado para duplicar los presupuestos de ayuda ex-

terna y alcanzar el objetivo del 0,7% del PNB, acordado por primera vez por las Naciones Unidas en la década de los sesenta.

En particular, debería destinarse una parte de los ahorros militares a la consecución de los objetivos humanos básicos acordados en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* del pasado año. Recordemos que los recursos adicionales necesarios para cubrir el costo financiero de todos esos objetivos —entre ellos, la reducción drástica de la desnutrición y las enfermedades comunes, y la instrucción básica para todos los niños— se elevarían aproximadamente a 20.000 millones de dólares anuales durante toda la década de los noventa. Para cubrir su aportación de dos terceras partes de esa cantidad, el mundo en desarrollo debería reasignar alrededor del 10% de su gasto militar actual. La tercera parte que debería cubrir el mundo industrializado equivaldría al 1% de su gasto militar.

Liberación de África

Proposición: Que se rompan las cadenas del endeudamiento de África y se preste al continente africano una ayuda externa suficiente para que las reformas internas puedan restablecer el proceso de desarrollo.

Por primera vez en la era moderna, un subcontinente entero está siendo socavado por el avance de la pobreza. En el África subsahariana se ha duplicado en el plazo de una década el número de familias que no pueden cubrir sus necesidades más elementales. Los ingresos medios se han reducido en un tercio. Ha aumentado la proporción de niños desnutridos y

se ha reducido la escolarización. Este año, la amenaza de la sequía se cierne de nuevo sobre 27 millones de personas en catorce países. Se estima que en la actualidad hay unos 40 millones de africanos «desplazados» por los conflictos militares o las catástrofes ambientales. Y como golpe final capaz de hundir a un continente, casi tres millones de mujeres africanas están infectadas con el virus del SIDA y han nacido un millón de niños con anticuerpos del VIH; se estima que dos millones de niños morirán debido a esta enfermedad y diez millones podrían quedar huérfanos en la presente década.

Factores internos

Además de las pérdidas económicas y los conflictos causados por el *apartheid*, los tres principales factores internos del declive de África son la mala gestión económica, la degradación del medio ambiente y los conflictos militares.

La autocracia de los gobiernos, la ineficiencia de las empresas estatales, la corrupción en gran escala, las inversiones improductivas de la ayuda y los créditos externos, la distorsión de los precios, los mercados y los tipos de cambio, la falta de inversiones en la producción de alimentos, se han pagado al precio de un deterioro del nivel de vida de millones de africanos. Y la mayoría de las víctimas no han tenido la menor posibilidad de intervenir en las decisiones políticas y económicas que han provocado el deterioro de sus ingresos, la subida del costo de los productos básicos de consumo, la falta de maestros en sus escuelas, los estantes vacíos en sus centros de salud y la creciente desnutrición de sus hijos.

Mientras tanto, las tierras más fértiles se han dedicado a incrementar las exportaciones agrícolas, desplazando a unas poblaciones desesperadamente pobres y cada vez más numerosas hacia tierras progresivamente más marginales. El resultado ha sido una sobreexplotación de las tierras de cultivo y de los pastos, que ha desembocado en las tragedias de la erosión del suelo, cosechas decrecientes, hambrunas masivas y migraciones en masa rumbo a los campamentos de refugiados, donde el problema por fin salta a la vista del mundo exterior.

Y como si estas dificultades no fuesen suficientes para poner a prueba la capacidad de los gobiernos, África también ha sido escenario de prolongadas guerras y frecuentes golpes de Estado, en parte causa y en parte conse-

cuencia de una situación en la cual el gasto militar conjunto del África subsahariana ha sido dos veces y media más alto que el destinado a sus servicios de salud.

Factores externos

Los tres principales factores externos del declive de África han sido la utilización del

Gráf. 13 Un flujo invertido

El gráfico muestra las transferencias financieras netas entre los países industrializados y los países en desarrollo, en la última década. Las "transferencias netas" son la diferencia entre los nuevos préstamos (a corto y largo plazo, públicos y privados) y los pagos de intereses y capital de los préstamos anteriores.



Fuente: Banco Mundial, World Debt Tables, 1990-91, Vol. 1 p. 126.

Un gran potencial: La Iniciativa pro vacuna infantil

La inmunización evita alrededor de tres millones de muertes infantiles cada año. Pero esta cifra apenas representa menos de una tercera parte del potencial de la inmunización para mejorar la salud a escala mundial.

Dos millones de niños mueren cada año debido a que forman parte del 20% todavía no inmunizado con las vacunas disponibles. Otros cinco a seis millones de personas mueren anualmente de enfermedades que casi con toda seguridad podrían prevenirse con ayuda de nuevas vacunas³⁵.

La *Iniciativa en pro de la vacuna infantil*, promovida desde septiembre de 1990 por la OMS, el PNUD y el UNICEF, se propone reducir esta brecha entre los beneficios presentes y potenciales de la tecnología inmunopreventiva³⁶.

Actualmente, los programas nacionales de inmunización infantil ofrecen vacunas contra la tuberculosis, la difteria, el tétanos, la poliomielitis, la tos ferina y el sarampión, y en algunos países también contra la fiebre amarilla y, más recientemente, contra la hepatitis B (recuadro 15). Uno de los desafíos que se plantea la *Iniciativa en pro de la vacuna infantil* es ampliar esta oferta con vacunas de costo asequible contra el paludismo (que actualmente mata más de un millón de niños cada año en África), las infecciones respiratorias (3 millones de muertes infantiles cada año), la meningitis (200.000 muertes anuales), algunas enfermedades diarreicas como el rotavirus (800.000 muertes anuales), y también contra la hepatitis A, la gripe de tipo B, la encefalitis japonesa, el dengue y el SIDA³⁷.

La producción de las vacunas representa sólo la mitad de la batalla. Luego se plantean los problemas logísticos que es necesario superar para garantizar un amplio uso. Por ejemplo, las actuales vacunas contra el sarampión, la poliomielitis y la tuberculosis deben mantenerse refrigeradas entre el punto de fabricación y el punto de inoculación. Una inmunización completa también requiere cuatro o cinco inoculaciones separadas a lo largo del primer año de vida. La tasa de abandonos entre la primera y la última inoculación representa el principal obstáculo para ampliar la cobertura de inmunización.

La *Iniciativa en pro de la vacuna infantil* también se propone aplicar los nuevos avances de la biotecnología a la resolución de algunos de estos problemas³⁸.

Actualmente, es posible incorporar varias vacunas

a un mismo soporte³⁹. Asimismo, las vacunas pueden administrarse en microcápsulas que liberan la dosis durante un período prolongado de tiempo, ya sea gradualmente o a intervalos periódicos. Y también debería ser posible reducir la dependencia de la refrigeración para la mayoría de las vacunas.

La mayor promesa en el campo de la investigación es una «supervacuna» en una sola dosis que podría administrarse a los niños poco después de nacer y permitiría protegerles con un costo muy bajo contra las principales infecciones infantiles.

Puede que se requieran todavía dos décadas o más para alcanzar este objetivo. Pero ya se cuenta con la tecnología para producir vacunas combinadas y de liberación lenta. A finales de esta década, podrían administrarse todas las vacunas actuales en una sola inyección.

A mediados de los años noventa, la tecnología de liberación lenta podría abrir el camino para el triunfo de la inmunización en el campo donde ha cosechado su mayor fracaso: la prevención del tétanos neonatal, que mata a un total estimado de 536.000 recién nacidos y un número desconocido de madres cada año. La inmunización de la madre permite proteger al recién nacido. Pero requiere varias inoculaciones separadas (o, como mínimo, dos inyecciones bastante espaciadas durante el embarazo); en estos momentos menos del 50% de las mujeres están protegidas contra el tétanos. Una nueva vacuna de liberación lenta actualmente en estudio ofrece protección con una sola inyección, lo cual permitiría ampliar rápidamente la cobertura de inmunización⁴⁰.

Aun contando con estas nuevas tecnologías todavía quedarán muchos problemas por resolver: ¿Cómo producir en gran escala y a bajo costo las nuevas vacunas? ¿Cómo simplificar la producción y el control de calidad? ¿Cómo acelerar las pruebas experimentales de campo y la obtención de licencias de fabricación? En todos estos aspectos se requerirá una colaboración dinámica entre los gobiernos y la capacidad de investigación y producción de las empresas.

Hasta la fecha, la investigación y producción de nuevas vacunas ha avanzado en gran parte por impulso de las necesidades y los mercados de los países ricos. Uno de los desafíos más difíciles de la década de los noventa será seguir avanzando por impulso de las mayores necesidades —pero más limitadas oportunidades comerciales— del mundo pobre.

continente como tablero de juego por las superpotencias, la caída relativa de los precios mundiales de sus materias primas y la carga insostenible de su deuda.

Gran parte de África accedió a la independencia justo a tiempo para ser cortejada por dos superpotencias, representantes de ideologías enfrentadas. Aunque durante largo tiempo muchos dirigentes africanos vieron en ello una ventaja, ahora salta a la vista que esta rivalidad entre las superpotencias contribuyó trágicamente a la supermilitarización del continente y a la aparición y perpetuación de los regímenes militares y autocráticos que han conducido a tantos países africanos al desastre.

La dependencia económica de las materias primas ha supuesto otra catástrofe más silenciosa. Se instó a la mayoría de países africanos a aumentar sus ingresos y pagar sus deudas ampliando sus exportaciones de productos primarios. La respuesta fue un incremento del 25% en el volumen de estas exportaciones durante la difícil década de los ochenta. Pero la continua caída de los precios de las materias primas africanas, en relación al costo de las importaciones, se ha traducido en una reducción de aproximadamente el 30% de sus ingresos en los últimos diez años⁵⁶.

Los intentos de salir del atolladero mediante una diversificación de las exportaciones no han tardado en quedar atascados en las arenas movedizas de los aranceles y cupos con que continúan protegiendo a sus productores las economías supuestamente de libre mercado de los Estados Unidos, Japón y la Comunidad Europea.

El tercer factor externo de la crisis africana representa uno de los mayores fracasos internacionales del siglo.

Una nueva esclavitud, llamada deuda externa, encadena a África. Los países del África subsahariana, entre ellos la mayoría de los países menos desarrollados del mundo, tienen una deuda actual de unos 150.000 millones de dólares. Cada año, África debe hacer grandes esfuerzos para pagar alrededor de una tercera parte de los intereses que vencen; el resto simplemente pasa a incrementar el montante cada vez más alto de la deuda que mantiene sepultadas las esperanzas de todo un continente.

La absoluta inhumanidad de la actual situación queda patente en el mero hecho de que la pequeña proporción de los intereses que logra pagar África ya absorbe una cuarta parte de todos sus ingresos por la cuenta de exportaciones⁵⁷ y cada año representa un costo *superior al gasto total del continente en salud y educación para su población* (gráfico 8).

Hasta la fecha, la renegociación de la deuda del Club de París y el Acuerdo de Toronto han resultado totalmente insuficientes⁵⁸. Excluido Egipto, la deuda africana condonada suma un total aproximado de 7000 millones de dólares, sobre los 280.000 millones adeudados. La correspondiente reducción en el pago de intereses viene a rebajar en unos 200 millones de dólares los 32.000 millones que deben pagarse, o los 12.000 millones que de hecho se pagan, cada año⁵⁹. Incluso la total aplicación de los Acuerdos de Toronto difícilmente podrá reducir más de un 5% el flujo de los intereses que deberá pagar África hasta finales de siglo⁶⁰.

Tampoco los Acuerdos de Trinidad, las propuestas más recientes en materia de reducción de la deuda, representan ni siquiera el inicio de una solución acorde con la magnitud del problema. La propuesta más generosa (todavía lejos de ser aceptada) reduciría el endeudamiento total de África en 20.000 a 30.000 millones de dólares. Lo cual supondría una

disminución de unos 3000 a 4000 millones de dólares en los intereses anuales, pero reduciría muy poco las cantidades que realmente se pagan por ese concepto. En consecuencia, por el momento lo máximo que cabe esperar es una ligera mejora sobre el papel de la situación de África, mientras la hemorragia financiera continúa imparable en la práctica.

En uno de los más recientes y completos análisis de la deuda externa de África y de los intentos de reducirla, el economista Percy Mistry llega a la *«conclusión ineludible de que estos esfuerzos no han resultado ni siquiera remotamente eficaces para alcanzar el objetivo de aliviar el gravamen [de la deuda] en la medida suficiente para que los países africanos tengan posibilidades razonables de lograr un ajuste estructural, la recuperación o el crecimiento en un futuro previsible, a menos que se abandonen los anteriores planteamientos engañosos en materia de alivio de la deuda para adoptar medidas más radicales, pero absolutamente necesarias y que deberían haberse introducido hace ya largo tiempo⁶¹»*.

Un riesgo ético

Es preciso adoptar sin dilación medidas extraordinarias para evitar que un continente quede rezagado, mientras el resto del mundo se esfuerza por alcanzar una nueva paz y prosperidad.

Diez años de equivocados planteamientos en torno a este problema han perjudicado no sólo al África de hoy sino también a la del mañana. Mientras este continente desesperadamente pobre sufre anualmente una sangría de 10.000 millones de dólares en concepto de pago de intereses, decenas de millones de niños están perdiendo su única oportunidad de desarrollo saludable, de ir a la escuela y apren-

der a leer y escribir y de adquirir las capacidades necesarias para su propio desarrollo futuro y el de sus países.

Se alega que el mundo industrializado hace cuanto puede en el momento presente. Sin embargo, se encontró la manera de reducir a la mitad la deuda de 40.000 millones de dólares de Egipto después de la guerra del Golfo y de hacer concesiones parecidas a Polonia tras la liberación de la Europa del Este.

Se alega que una reducción más drástica de las deudas de África supondría un «riesgo ético», al recompensar a quienes no pagan lo que deben. Pero el auténtico riesgo ético amenaza sin duda a un mundo que se muestra dispuesto a condenar a todo un continente a una permanente pobreza y a una generación de sus niños a la desnutrición, con el fin de cobrar los intereses sobre un dinero a menudo prestado de manera irresponsable y que en su mayor parte será imposible devolver.

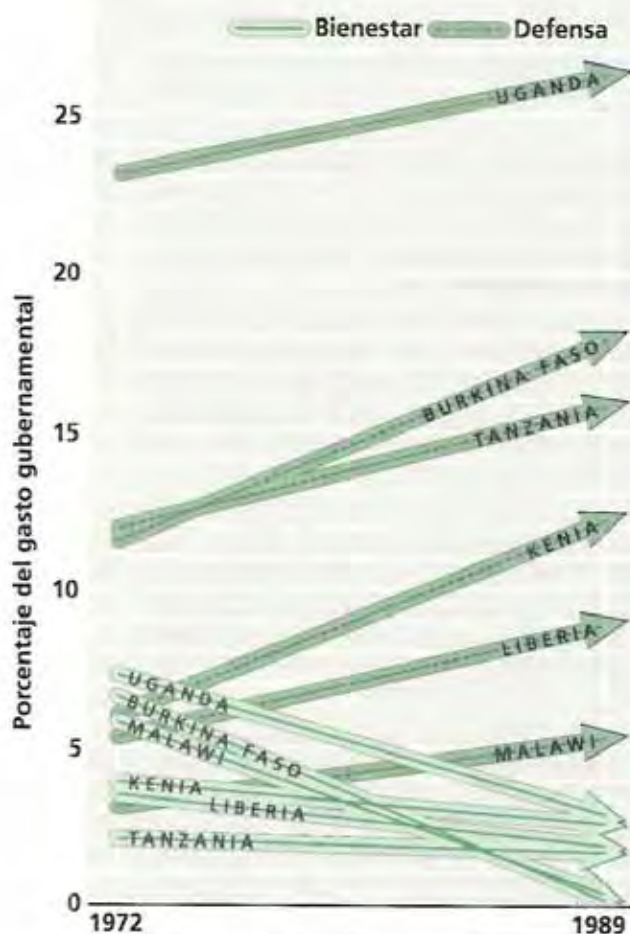
También se alega que la condonación de la deuda contribuiría a mantener unas políticas económicas fracasadas. No obstante, la mayoría de países africanos ya han empezado a introducir reformas económicas básicas.

Los acontecimientos de la Europa del Este y de la Unión Soviética, coincidentes con un visible «agotamiento» del tipo de sistemas políticos y económicos que han predominado en gran parte de África durante las últimas décadas, han tenido un fuerte impacto en el continente. La mayoría de los países africanos han dado los primeros pasos hacia la instauración de la democracia y el pluralismo y la introducción de reformas en favor de una economía de mercado. La década de los noventa podría ofrecer perspectivas de crecimiento económico y progreso social muy superiores a las de los últimos veinte años.

Gráf. 14 Guerra versus bienestar

El gráfico muestra el contraste entre el auge del gasto militar y el declive del gasto en bienestar, en algunos de los países más pobres de África durante las dos últimas décadas.

Proporción del gasto del gobierno central destinada a defensa y bienestar social, países seleccionados, 1972 y 1989



Los gastos de bienestar incluyen vivienda y acondicionamiento de terrenos; desarrollo comunitario; pagos por enfermedad, discapacidad, desempleo y a la tercera edad; subsidios familiares y atención maternoinfantil; servicios de bienestar para los ancianos, los discapacitados y los niños; disminución de la contaminación, abastecimiento de agua y saneamiento.

Fuente: Banco Mundial, Informes sobre el Desarrollo Mundial, 1989, 1990, 1991.

Estas transformaciones han reavivado las esperanzas del continente. Si estas esperanzas no logran evitar quedar aplastadas bajo el peso de las deudas del pasado, el resultado será un resurgir de la desesperación y las frustraciones, que constituyen el entorno natural para la proliferación de dictadores y demagogos. No puede desperdiciarse la presente oportunidad de que África llegue a evolucionar hacia un nuevo orden interno y encuentre digna cabida en el nuevo orden mundial. Es preciso encontrar los medios y recursos necesarios para condonar la mayor parte de las deudas bilaterales e internacionales de África.

La alternativa democrática

El presidente de Nigeria, Ibrahim Babangida sintetizó el nuevo espíritu que late actualmente en África en un reciente discurso dirigido a los Jefes de Estado africanos⁶²:

«Nada puede sustituir a largo plazo el profundo y doloroso compromiso nacional de reconstituir nuestras sociedades, reformar nuestros sistemas políticos y reestructurar nuestras economías ...

«Realmente nos arrebataron nuestra soberanía como pueblo. Es un hecho de nuestra historia. Pero también es un hecho innegable que al recuperar esa soberanía ... los dirigentes africanos en general se preocuparon poco de devolver esa soberanía a sus pueblos, como exigían la lógica y la justicia.

«La democracia no sólo es una opción atractiva, sino también racional e inevitable. Constituye una de las reparaciones internas que ya no pueden eludir por más tiempo los dirigentes de este continente.

«En África hay un clamor creciente en favor de la democratización y el pluralismo político. Como dirigentes, debemos aceptar y plegarnos a los de-

Hepatitis B: La séptima vacuna

El sistema global de inmunización establecido en la década de los ochenta para distribuir las vacunas contra la tuberculosis, la difteria, la poliomielitis, el tétanos, la tos ferina y el sarampión, podría utilizarse en los años noventa para controlar la hepatitis B, una de las mayores amenazas mundiales para la salud.

La hepatitis B mata a diario un número mayor de personas que el SIDA en todo un año. Es la causa de alrededor del 80% de todos los cánceres de hígado y provoca más casos de cirrosis hepática (60 millones en todo el mundo) que el consumo de alcohol⁴¹.

Uno de cada seis habitantes del mundo ha sufrido una infección del virus de esta enfermedad y existen aproximadamente 300 millones de portadores crónicos⁴². El contagio del virus es incurable (aunque el cuerpo puede superar la infección) y éste se transmite a través de diversos fluidos corporales, principalmente a través de la actividad sexual pero también por el contacto con sangre contaminada, por transmisión placentaria entre la madre y el niño antes de nacer, y a través de las lesiones cutáneas, que son las principales vías de transmisión en la infancia.

Alrededor de una tercera parte de las personas infectadas por el virus de la hepatitis B desarrollan síntomas crónicos. Una vez superada la fase aguda, del 6% al 10% de estas víctimas se convierten en portadoras de la enfermedad. Aunque no necesariamente manifiesten ningún síntoma —pese al progresivo y posiblemente fatal deterioro del hígado—, pasan a engrosar la reserva de 300 millones de portadores crónicos que diseminan el virus y lo perpetúan de generación en generación.

Desde hace algún tiempo, es posible la inmunización contra la hepatitis B. Pero debido a que la vacuna se obtenía a partir de la sangre de un portador del virus, sólo podía producirse en pequeñas cantidades. Hasta finales de los ochenta, su costo era de 110 dólares por cada serie de tres inyecciones⁴³. Actualmente, gracias a la ingeniería genética pueden producirse mayores cantidades de esta vacuna, con un costo de 2,80 dólares por cada serie de inyecciones. La introducción de la nueva vacuna a escala mundial a través de los servicios de inmunización infantil (que

actualmente cubren al 80% de todos los menores de un año), permitiría reducir su costo a sólo 1,50 dólares.

La inmunización contra el VHB es particularmente importante para la infancia. Además de una mayor propensión a desarrollar la hepatitis B sintomática y a una probabilidad casi cuatro veces superior de sufrir cáncer de hígado, los niños infectados también son mucho más propensos que los adultos a convertirse en portadores de la enfermedad. Una cuarta parte de los niños infectados antes de los siete años (y del 70% al 90% de los infectados por transmisión placentaria antes de nacer⁴⁴) se convierten en portadores. La causa principal de la hepatitis B en la infancia es el contagio entre niños, que puede producirse al jugar o cuando comparten una misma cama, a través de lesiones cutáneas como el impétigo, la sarna, cortes y picaduras de insecto infectadas.

Con la reducción del costo de la vacuna y vista la importancia de una temprana inmunización, la OMS recomienda la inclusión de la hepatitis B, como «séptima vacuna», en todos los programas nacionales de vacunación infantil. Hasta la fecha, 22 países, sobre todo de Asia suroriental y de Oriente Medio, han adoptado la vacunación rutinaria contra el VHB. Otros 50 países han iniciado proyectos piloto o tienen prevista su introducción.

Hasta el momento, se han administrado VHB obtenidos por medio de la ingeniería genética a más de 50 millones de personas en todo el mundo y la vacuna ha demostrado ser una de las más seguras y eficaces. Por otro lado, toda vez que la hepatitis B es una de las principales causas del cáncer de hígado, las nuevas vacunas representan de hecho la primera inmunización contra el cáncer obtenida mediante la ingeniería genética.

En resumen, la erradicación de la hepatitis B es técnicamente factible. El costo mundial probablemente será algo superior a los 100 millones de dólares anuales. Ahora que ya se cuenta con lo más costoso —el sistema de distribución— y visto lo mucho que está en juego para la salud humana, parece ciertamente impensable que no logren encontrarse los recursos necesarios.

seos de los pueblos que representamos. Ningún ejercicio de la fuerza puede reprimir permanentemente el derecho de los gobernados a decidir, mediante elecciones periódicas libres y justas, la suerte de cualquier gobierno.

«Los estragos de los conflictos civiles en todo nuestro continente, el consiguiente retraso en el desarrollo de la creatividad de nuestro potencial humano, el intolerable desplazamiento de millones de nuestras gentes, convertidas en refugiados en sus propias tierras ... constituyen un permanente reproche contra nuestra sensatez y voluntad política ... La única alternativa viable es asumir con sinceridad la opción democrática. Tomemos hoy mismo la decisión y comprometámonos a dismantelar todos los aparatos de poder no representativo, fijando un plazo para completar la tarea antes de finales de siglo.»

El llamamiento del Presidente Babangida en favor de las «reparaciones internas» constituye la contrapartida de su llamamiento para que *«toda África emprenda por todos los medios posibles la justa batalla para obtener reparaciones internacionales por los siglos de humillación y explotación que ha sufrido ... Este sería el punto de partida adecuado para un Nuevo Orden Mundial significativo para África»*, señaló a modo de conclusión.

En respuesta a estos llamamientos y al nuevo espíritu presente en África, y como gesto de reparación por la explotación del pasado y paso previo para una nueva colaboración futura, es preciso condonar la mayor parte de las deudas del continente.

El costo no sería en modo alguno paralizante para el mundo industrializado. La deuda total del África subsahariana sólo representa alrededor del 12% de la deuda total del mundo en desarrollo. Pero en estos momentos, el

peso de la bola y la cadena de la deuda y el pago de intereses impide a África toda posibilidad realista de avanzar si no se la libera de sus grilletes financieros.

Una conferencia en favor de la infancia africana

Mientras intentan resolver estos problemas fundamentales, la mayoría de países africanos ya han empezado a elaborar Programas Nacionales de Acción con la específica finalidad de alcanzar las metas aprobadas en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*. La obtención de los fondos necesarios para avanzar hacia metas tales como la reducción de la desnutrición a la mitad, la disminución de las enfermedades más comunes, el suministro de agua potable a todas las comunidades y el acceso de todos los niños a la enseñanza básica, resultará particularmente difícil en la región del África subsahariana. La Organización de la Unidad Africana tiene previsto convocar a finales de 1992 una conferencia internacional destinada a resaltar las acciones ya iniciadas en África para alcanzar tales metas y a recabar el apoyo de la comunidad internacional para mantener los esfuerzos durante la década de los noventa. África deberá reordenar sus prioridades internas para obtener al menos 1500 millones de dólares anuales de sus propios recursos, pero también necesitará ayuda internacional por un importe equivalente para seguir avanzando en la consecución de las metas en favor de su infancia y de su futuro. La respuesta a esta demanda será una de las primeras oportunidades para que el mundo tienda la mano en señal de una nueva colaboración con África y le demuestre que también tiene cabida en un nuevo orden mundial.

Para la Vida: Mensajes para millones de personas

Actualmente se dispone de un cuerpo básico de información en materia de salud infantil —en relación a la maternidad sin riesgos, el espaciamiento de los nacimientos, el desarrollo infantil, la prevención de las enfermedades, la rehidratación oral, la inmunización y el SIDA— que la mayoría de los padres podrían aplicar y que permitiría proteger a millones de niños. Una información, por tanto, que todas las familias tienen derecho a conocer.

Para contribuir a hacer realidad este derecho, en 1989 se publicó *Para la Vida*, editado por el UNICEF, la UNESCO y la OMS en colaboración con 100 destacadas organizaciones que trabajan en favor de la infancia en todo el mundo⁴⁵. La publicación presenta —en un compendio de 55 mensajes básicos— el resultado del consenso científico actual sobre medidas prácticas, de bajo costo y de aplicación familiar para la protección de la vida y la salud infantiles.

En los dos primeros años, *Para la Vida* ha tenido una gran acogida a escala mundial. Se han editado más de tres millones y medio de ejemplares en 120 lenguas y en 90 países.

Veáanse algunos ejemplos de los medios empleados para su difusión:

En la actualidad, *Para la Vida* forma parte del programa escolar y/o de alfabetización en Argelia, Bangladesh, Bután, Burundi, Cabo Verde, Djibuti, Ecuador, Egipto, Etiopía, Filipinas, Irán, Jamaica, Kenya, Madagascar, Mauricio, México, Nepal, Nicaragua, Pakistán, Rwanda, Sierra Leona, Sudán, Swazilandia, Tailandia, Tanzania, Turquía, Viet Nam y Yemen.

Para la Vida empieza a ser utilizado por los servicios de salud de la mayoría de países. En Turquía, se han distribuido un millón de ejemplares de *Para la Vida* y decenas de miles de carteles con mensajes para ayudar a las comadronas, enfermeras y médicos a establecer contacto con las familias. En Jamaica, la publicación es utilizada en todos los centros de salud. En Ecuador, las enfermeras y los estudiantes de medicina utilizan *Para la Vida* en el servicio comunitario obligatorio. En Sierra Leona, el servicio de salud está formando a 1.400 maestros, agentes de salud y agentes de extensión agrícola en la utilización de *Para la Vida*. En Viet Nam, el Ministerio de Salud está formando a 25.000 comunicadores de *Para la Vida*.

En casi todos los países, los medios de comunicación de masas han contribuido con la difusión regular

de anuncios por la televisión y la radio, con la realización de concursos basados en la publicación, y con la incorporación de sus mensajes a centenares de telenovelas y programas populares de radio.

Los dirigentes políticos también han colaborado. La edición tailandesa fue presentada por el Vice-Primer Ministro con las siguientes palabras: «*Para la Vida es un regalo práctico de perdurable sabiduría para todos los padres*». La Presidenta Corazón Aquino de Filipinas ordenó su traducción a los diez principales dialectos del país; hasta la fecha se han completado cinco de ellas. El Presidente Joaquim Chissano de Mozambique presentó la edición nacional y dirigió un llamamiento a todos los comunicadores del país invitándoles a promover sus mensajes. En Viet Nam, el Vicepresidente del Consejo de Ministros anunció que: «*El Gobierno y el pueblo de Viet Nam, aceptan el desafío de difundir Para la Vida para promover la felicidad de todas las madres y de sus hijos.*»

En China se han publicado un millón de ejemplares en 12 lenguas.

En Brasil, una importante cadena de supermercados ha impreso mensajes de *Para la Vida* en 120 millones de bolsas de plástico. En Kenya, diez millones de cajas de cerillas difunden los mensajes. En Turquía, éstos han aparecido reproducidos en dos millones de envases de leche.

En Irán, se ha adaptado *Para la Vida* para su uso en la Campaña Nacional de Alfabetización, que abarca a dos millones de personas, principalmente mujeres.

En México, se han distribuido 380.000 ejemplares de la edición nacional y se prevé elevar esta cifra hasta un millón.

En Myanmar, se han editado 200.000 ejemplares de la versión nacional con destino a las escuelas, centros de salud, agentes de los servicios de suministro de agua y saneamiento y organizaciones religiosas. En Sri Lanka, la Corporación de Radiodifusión ha organizado un concurso nacional basado en *Para la Vida* con la participación de 10.000 colegios.

En Turquía, se hará llegar los mensajes de *Para la Vida* a todos los escolares mediante la formación de 250.000 profesores y 1.500 inspectores escolares. Más de un millón de folletos basados en *Para la Vida* han sido distribuidos por 65.000 imanes aprovechando los sermones de los viernes.

Apartheid de géneros

Proposición: Que el nuevo orden mundial se oponga al apartheid de géneros con la misma energía empleada contra el apartheid racial.

Una constante del mundo en desarrollo, ya se trate de África, Asia o América Latina, de los suburbios urbanos o de las aldeas rurales, de situaciones de profunda penuria o de máxima actividad económica, es que las mujeres siempre trabajan de sol a sol para satisfacer las múltiples necesidades de sus familias.

Es un hecho conocido que sobre las mujeres del mundo en desarrollo recae la procreación y cuidado de los hijos, así como las tareas de buscar y acarrear el agua y el combustible necesarios, de preparar la comida y hacer las compras, de lavar la ropa y limpiar la casa, y de atender a los ancianos y los enfermos. Menos sabido es que en el mundo en desarrollo las mujeres también cultivan y comercializan la mayor parte de los alimentos, ganan una parte creciente de los ingresos y trabajan, en promedio, el doble de horas diarias que los hombres⁶³.

Como recompensa por esta aportación más que proporcional, las mujeres del mundo en desarrollo suelen recibir menos alimentos, menor atención de salud, menos educación, menos formación, menos tiempo libre, ingresos más bajos, menos derechos y menos protección.

La discriminación es tan grande que incluso merma las posibilidades de supervivencia de las niñas. En igualdad de las restantes condiciones, las niñas tienen por naturaleza mayores posibilidades de superar los vulnerables primeros años de vida. Pero las restantes condiciones no son iguales. En varios países de Asia meridional sobreviven menos niñas que niños⁶⁴. Y esta brecha entre las tasas naturales y reales de supervivencia constituye una me-

didia de la discriminación. En Bangladesh, India y Pakistán, esa brecha representa más de un millón de muertes anuales. En otras palabras, cada año muere un millón de niñas por haber nacido hembras.

Un nuevo orden mundial dispuesto a enmendar las más notorias insuficiencias del viejo orden no puede dejar de ocuparse del problema de la discriminación de la mujer. Pero todavía no se reconoce suficientemente la gravedad y el alcance de esta injusticia. Una injusticia mucho más extendida, por ejemplo, que el sistema del *apartheid* que ha provocado la ferviente y continuada oposición de la comunidad internacional en las últimas décadas. La repulsa que ha despertado justificadamente el *apartheid* en todo el mundo nace del simple postulado ético de que los derechos y oportunidades de las personas —el lugar donde pueden vivir, la educación y atención de salud que reciben, el trabajo que pueden desarrollar, los ingresos que pueden obtener, y su estatuto jurídico— no deben depender de que hayan nacido negras o blancas. Sin embargo, el mundo parece estar dispuesto a aceptar, sin la amplia y profunda oposición manifestada frente al *apartheid*, que todo ello puede depender del accidente de haber nacido hombre o mujer.

La comparación no es exagerada. Actualmente, en el mundo en desarrollo aprenden a leer y escribir muchos más niños que niñas. En algunos países, dos veces más niños que niñas son llevados a los centros de salud para recibir tratamiento. Los derechos laborales, los derechos en materia de seguridad social, los derechos jurídicos, los derechos de propiedad y hasta las libertades civiles y políticas tienden a depender de un solo, cruel cromosoma.

El costo práctico de este sesgo desfavorable para la mujer es una menor eficiencia en casi todos los demás aspectos del desarrollo.

Pero tal vez el más grave error práctico sea la discriminación de las niñas en cuanto a las oportunidades educativas. Durante varios años y en muchos países, se ha constatado la correlación entre el nivel de instrucción de las mujeres y la confianza para adoptar nuevos comportamientos, la propensión a utilizar los servicios sociales, la capacidad para obtener mayores ingresos, los avances en la atención y nutrición infantiles, la reducción de la mortalidad infantil, la aceptación de la planificación

familiar, la reducción del tamaño medio de las familias y la alfabetización de la generación siguiente⁶⁵.

La educación de las niñas constituye, por tanto, otra de esas extraordinarias palancas capaces de ayudar a avanzar al mundo hacia muchos de los restantes objetivos examinados en este informe. También es el medio principal para enmendar una de las injusticias más evidentes del orden mundial existente.

Planificación de los nacimientos

Proposición: Que la planificación responsable de los nacimientos es uno de los medios más eficaces y menos costosos para mejorar la calidad de vida en el mundo presente y futuro, y uno de los mayores errores de nuestro tiempo es no hacer realidad ese potencial.

La planificación familiar podría beneficiar a un mayor número de personas y con un costo más bajo que ninguna otra «tecnología» al alcance del género humano. Pero todavía no se comprende suficientemente que esto sería así aún en ausencia de cualquier problema relacionado con el crecimiento acelerado de la población.

La amplia gama de beneficios que puede reportar la planificación responsable de la familia ha escapado en parte a la atención de la opinión pública, ocultada por las nubes de la controversia que durante largo tiempo ha rodeado esta cuestión. Sin embargo, en estos momentos, la diversidad de métodos disponibles y la experiencia acumulada en los últimos años permiten promover y practicar la

planificación familiar de una manera que respete los perfiles religiosos y culturales de casi todas las sociedades. No hay razones para negar a nadie los beneficios de la planificación familiar.

Brevemente sintetizados, esos beneficios son los siguientes:

Primero: la planificación familiar permitiría salvar la vida de entre una cuarta y una tercera parte de las 500.000 mujeres que mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo y el parto⁶⁶. También permitiría evitar incontables millones de casos de discapacidad —muchas veces dolorosa, permanente, turbadora y secreta— que son una consecuencia habitual de los nacimientos de alto riesgo, a menudo no descados⁶⁷.

Segundo: la planificación familiar permitiría evitar muchos, y tal vez la mayoría, de los 50.000 abortos ilegales *diarios* que actualmente se realizan y que provocan la muerte de 150.000 mujeres jóvenes cada año⁶⁸.

Tercero: la planificación familiar puede mejorar drásticamente la calidad de vida de las mujeres —a corto y a largo plazo—, al reducir los problemas físicos y psíquicos asociados a los embarazos demasiado frecuentes, demasiado seguidos, o a una edad demasiado precoz o demasiado madura. Asimismo, puede ampliar el tiempo que dedican las mujeres a su educación, a su formación profesional, a obtener ingresos, a mejorar la atención infantil, a participar en actividades comunitarias, a su desarrollo personal y al descanso y el ocio, dos conceptos prácticamente desconocidos para millones de mujeres del mundo en desarrollo en la actualidad.

Cuarto: la planificación familiar permitiría salvar varios millones de vidas infantiles cada año. La planificación familiar permitiría evitar, sobre todo, los nacimientos de reconocido «alto riesgo», a saber: cuando han transcurrido menos de dos años desde otro nacimiento anterior o cuando la madre es menor de 18 años o mayor de 35 o ya tiene tres o cuatro o más hijos⁶⁹. Habida cuenta de que la gran mayoría de muertes infantiles están asociadas a estos factores de riesgo, la planificación y espaciamiento bien informado de los nacimientos se traduciría en una reducción más que proporcional de la mortalidad infantil.

Quinto: la planificación familiar puede mejorar significativamente el estado de nutrición de los niños en todo el mundo en desarrollo. Un menor número de nacimientos, más espaciados, permite a las madres disponer de más tiempo para la lactancia y el destete, y contribuye a prevenir el bajo peso al nacer, fuertemente asociado a la desnutrición de la mujer durante los primeros años de vida⁷⁰.

Sexto: la planificación familiar mejora la calidad de vida de los niños. La atención infantil —incluidos el juego y la estimulación, además

de la salud y la educación— mejora inevitablemente cuando los padres pueden dedicar una mayor proporción de su tiempo, energía y dinero a criar un número más reducido de hijos.

Por todos estos motivos, la realización de un renovado esfuerzo para poner la planificación familiar al alcance de todos ayudaría a avanzar, no sólo hacia una, sino hacia varias de las metas humanas básicas para el año 2000 acordadas en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*.

Estos beneficios por sí solos serían motivo suficiente para conceder especial prioridad a la «planificación familiar para todos» dentro de un nuevo orden mundial. Pero con ello, evidentemente, también se contribuiría a resolver otro de los grandes problemas de la humanidad: el problema del rápido crecimiento de la población.

Aproximadamente, uno de cada tres embarazos que han tenido lugar este año en el mundo en desarrollo, no sólo no fueron planificados, sino tampoco descados⁷¹. Existe, por tanto, una amplia demanda no satisfecha de conocimientos y medios de planificación familiar.

Los datos de la *Encuesta Mundial de Fecundidad* indican que si todas las mujeres del mundo en desarrollo que no desean quedar embarazadas dispusiesen de la posibilidad de elegir, la tasa de crecimiento de la población disminuiría aproximadamente un 30%⁷². Con esa reducción, en el año 2025 el mundo tendría 1.300 millones de habitantes menos, aproximadamente el equivalente de la población actual de China⁷³.

Ni siquiera esta larga lista de beneficios describe todo el potencial de la planificación familiar para mejorar la condición humana. En efecto, no refleja los sinergismos en virtud de

los cuales los beneficios totales serían muy superiores a la suma de las partes. En el ámbito de la salud humana, la planificación familiar refuerza los avances en casi todos los demás aspectos de la salud y el bienestar materno e infantil, y viceversa. Por ejemplo, la planificación y espaciamiento de los nacimientos mejora el estado de salud y de nutrición, lo cual a su vez reduce la mortalidad; esto fomenta la confianza en la planificación familiar y la tendencia a espaciar más los nacimientos. Se genera, por tanto, una espiral ascendente. Pero también existe otra cadena más amplia de sinergismos en la que ocupan un lugar casi central el espaciamiento de los nacimientos y la planificación familiar. La reducción del número de nacimientos y su espaciamiento mejora la calidad de vida de las mujeres, la atención infantil, la vida familiar y la educación, todos ellos factores impulsores del progreso social y económico, que a su vez favorece una más amplia aceptación de la planificación familiar.

Las permutaciones posibles entre estos sinergismos son casi ilimitadas. Y como denominador común a todos ellos aparece el hecho

de que la planificación familiar permite a las personas ejercer un mayor control sobre su vida y las capacita para mejorar casi todos los demás aspectos de la misma. Significa un mejor estado de salud y mayores oportunidades para centenares de millones de mujeres. Significa una reducción de la mortalidad y un desarrollo físico y psíquico más saludable para centenares de millones de niños. Significa una mejora del nivel de vida y una reducción de la demanda de servicios sociales. También significa una reducción del crecimiento de la población y de la futura presión sobre el medio ambiente. Comparados con estos beneficios, sus costos son casi absurdamente bajos.

Cuando puede conseguirse tanto con la satisfacción de una demanda ya existente y a tan bajo costo, parece razonable proponer que en la agenda de cualquier nuevo orden mundial debe figurar el compromiso de hacer un esfuerzo, en una escala sin precedentes, para poner los conocimientos y los medios de planificación familiar al alcance de todas las parejas en edad de procrear antes de finales de este siglo.

Metas para el año 2000

A continuación se enumera la lista completa de metas para el año 2000 adoptada por la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*, celebrada el 30 de septiembre de 1990. Después de una amplia consulta con los gobiernos y con las agencias de las Naciones Unidas, se considera que estos objetivos son factibles y financieramente asequibles durante el curso de la presente década.

Metas globales 1990-2000

- Reducción en 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, si ello representa una mayor reducción).
- Reducción a la mitad de las tasas de mortalidad materna.
- Reducción a la mitad de la desnutrición moderada y grave de los menores de cinco años.
- Agua potable y servicios de saneamiento para todas las familias.
- Educación básica para todos los niños y terminación de la enseñanza primaria por al menos el 80%.
- 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*. En particular, los años noventa deberían ser testigo de una rápida aceptación de que los niños merecen una especial protección en tiempos de guerra.

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, los nacimientos «demasiado numerosos o demasiado seguidos» y los embarazos de mujeres «demasiado jóvenes o demasiado mayores».
- Acceso de todas las mujeres a la atención prenatal, a una atención calificada durante el parto y a servicios especializados 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

- Reducción hasta un nivel inferior al 10% de la incidencia del bajo peso al nacer (menos de 2,5 kilogramos).
- Reducción en un tercio de los casos de anemia femenina por carencia de hierro.
- Eliminación virtual de los trastornos por carencia de yodo y de vitamina A.
- Mayor información para todas las familias sobre la importancia de apoyar a las mujeres en la lactancia natural 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.
- Institucionalización de la vigilancia y promoción del desarrollo infantil en todos los países.
- Difusión de los conocimientos básicos para capacitar a las familias en la seguridad alimentaria doméstica.

Salud infantil

- Erradicación de la poliomielitis.
- 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.
- Consecución y mantenimiento de al menos una cobertura de inmunización del 90% 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 por diarrea y de un 25% en la incidencia de las enfermedades diarreicas.
- Reducción de un tercio de la mortalidad infantil causada por las infecciones respiratorias agudas.
- Eliminación de la dracunculiasis (gusano de Guinea).

Educación

- Además de la expansión de la enseñanza primaria y de otros niveles educativos equivalentes, facilitar el acceso de todas las familias a los conocimientos básicos para la mejora de la vida cotidiana mediante la movilización de la gran capacidad actual en materia de comunicación.

Referencias

- 1 Causes of Deaths Among Children Under 5 Years, Developing Countries, 1985 and 1990 Estimates, OMS, Ginebra, septiembre de 1991.
- 2 Organización Mundial de la Salud, *Programa Ampliado de Inmunización, Perspectiva global*, Grupo Asesor Global del PAI, OMS, Ginebra, 1991, EPI/GAG/91 WP.1, pág. 2.
- 3 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, «Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño» y «Plan de acción para la aplicación de la Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño en el decenio de 1990», *Estado Mundial de la Infancia 1991*, UNICEF, Nueva York, 1990.
- 4 Grant, James P., *Estado Mundial de la Infancia 1991*, UNICEF, Nueva York, 1990.
- 5 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Infancia y desarrollo en el decenio de 1990, manual de recursos elaborado por el UNICEF con motivo de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, 29-30 de septiembre de 1990*, Naciones Unidas, UNICEF, Nueva York, 1990.
- 6 Sivard, Ruth Leger, *World Military and Social Expenditures, 1990*.
- 7 Organización Mundial de la Salud, PAI para el decenio de 1990, Primera Fase: 1991-1994, *Targeting Diseases to Strengthen National Immunization Programmes*, documento informativo, OMS, Programa Ampliado de Inmunización, Ginebra, OMS/EPI/GEN/91.4, 24 de enero de 1991.
- 8 Rosero-Bixby, Luis, «Infant Mortality in Costa Rica: Explaining the Recent Decline», *Studies in Family Planning*, Vol. 17, N° 2, págs. 57-65, marzo/abril 1986.
- Khan, Moslem Uddin y Ahmad, Kamal, «Withdrawal of Food During Diarrhoea: Major Mechanism of Malnutrition Following Diarrhoea in Bangladesh Children», *Journal of Tropical Pediatrics*, Vol. 32, págs. 57-61, abril 1986, Oxford University Press, 1986.
- Population Immunization Program, «Immunizing the World's Children», *Population Reports*, Vol. XIV, N° 1, John Hopkins University, Baltimore, marzo/abril 1986.
- Payne, Philip, «Appropriate Indicators for Project Design and Evaluation», *Food Aid and the Well-Being of Children in the Developing World*, págs. 109-141, UNICEF, World Food Programme, 1986.
- Appropriate uses of anthropometric indices in children, a report based on ACC/SCN Workshop, Nutrition Policy Discussion Paper n° 7, United Nations, ACC/SCN, diciembre 1989.
- 9 Organización Mundial de la Salud, *Programa para el Control de las Enfermedades Diarreicas, Informe provisional*, OMS, Ginebra, 1990, CDD/91.36, pág. 17.
- 10 Rotary International, «PolioPlus Program Statement of Purpose», *Report on Operations 1989-90*, junio 1990.
- 11 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Declaración mundial sobre la supervivencia*, op. cit.
- 12 UNICEF, *Children on the Front Line. The impact of apartheid, destabilization and warfare on children in southern and South Africa*, UNICEF, Nueva York, 1989 (edición actualizada).
- 13 El primer estudio especial del UNICEF sobre este tema: *Efectos de la recesión mundial sobre la infancia*, Siglo XXI Editores, Madrid 1984. Posteriormente se ha publicado un estudio complementario más detallado, *Ajuste con rostro humano*, compilado por Giovanni Cornia, Richard Jolly y Frances Stewart, Siglo XXI Editores, Madrid 1987.
- 14 Albáñez, T., Bustelo, E., Cornia, G.A. y Jespersen E., *Economic Decline and Child Survival: The Plight of Latin America in the Eighties*, UNICEF, International Child Development Center, Florencia, Innocenti Occasional Papers n° 1, marzo de 1989.
- 15 Berstecher, Dieter y Carr-Hill, Roy, «Primary Education and Economic Recession in the Developing World Since 1980», estudio especial para la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos, Tailandia, 5-9 de marzo de 1990, UNESCO, Nueva York, 1990.
- 16 Health and Welfare in Iraq after the Gulf Crisis, an in-depth assesment, International Study Team, octubre 1991.
- 17 Cornia, Giovanni Andrea y Sipos, Sándor, *Children and the Transition to the Market Economy: Safety Nets and Social Policies in Central and Eastern Europe*, UNICEF, International Child Development Center, Florencia, 1991.
- 18 Informe interno sobre la misión del UNICEF en Albania, julio de 1991.
- 19 Cornia, Giovanni Andrea, *Child Poverty and Deprivation in Industrialized Countries: Recent Trends and Policy Options*, UNICEF, International Child Development Center, Florencia, Innocenti Occasional Papers n° 2, marzo de 1990.
- Bradshaw, Jonathan, *Child Poverty and Deprivation in the UK*, UNICEF, International Child Development Center, Florencia, Innocenti Occasional Papers n° 8, octubre de 1990.
- Danziger, Sheldon y Stern, Jonathan, *The Causes and Consequences of Child Poverty in the United States*, UNICEF, International Child Development Center, Florencia, Innocenti Occasional Papers n° 10, noviembre de 1990.
- 20 Johnson, C.M., Miranda, L., Sherman, A. y Weill, J.D., *Child Poverty in America*, Children's Defense Fund, 122 C Street, N.W., Washington, DC 20001.

- 21 Griffin, Keith y Knight, John, «Human Development: The Case for Renewed Emphasis», *Human Development in the 1980s and Beyond*, pág. 22, Naciones Unidas, 1989.

«Unequal Gains», *The Economist*, pág. 52, 10 de agosto de 1991.
- 22 Raczynski, D., «Política social, pobreza y grupos vulnerables: La infancia en Chile», en Cornia, G.A., Jolly, R. y Steward, F. (comps.), *Ajuste con Rostro Humano*, Volumen II: *Estudio de países*, pág. 69-118, Siglo XXI, Editores, Madrid, 1987.
- 23 Mohs, doctor Edgar, *General Theory of Paradigms in Health*, Hospital Nacional de Niños, San José, Costa Rica.
- 24 Lloyd, Cynthia B. e Ivanov, Serguey, «The Effects of Improved Child Survival on Family Planning Practice and Fertility», *Studies in Family Planning*, Vol. 19, N° 3, mayo/junio, 1988, págs. 141-161.

United Nations, *Family Building by Fate or Design, A Study on Relationships between Child Survival and Fertility*, Department of International Economic and Social Affairs, United Nations, Nueva York, 1987, ST/ESA/SER/R/74.
- 25 Comisión Sur, *Desafío para el Sur, Panorama general y Resumen del Informe de la Comisión del Sur*, 1990, p. 27.
- 26 Wade, Robert, *Governing the Market: Economic Theory and the Role of Government in East Asian Industrialisation*, Princeton University Press, 1991.
- 27 Véase, por ejemplo, Lewis, John P., y Kallab, V., *Development Strategies Reconsidered*, Overseas Development Council, Washington D.C.
- 28 Comisión Sur, *op. cit.*, pág. 17.
- 29 Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1991*, pág. 43, Banco Mundial, Washington D.C., 1991.
- 30 Jamison, D., y Lau, L., *Farmer Education and Farm Efficiency*, Baltimore, MD.: John Hopkins University Press, 1982.
- 31 Véase Scrimshaw 1986 y McGuire y Austin 1987 en Cornia, Giovanni Andrea, «Investing in Human Resources: Health, Nutrition and Development for the 1990s», *Human Development in the 1980s and Beyond*, pág. 187, Naciones Unidas, 1989.
También, Banco Mundial, *op. cit.*, pág. 43.
- 32 Organización Mundial de la Salud, *Decenio Internacional del Agua Potable y el Saneamiento 1981-1990: Evaluación del Decenio*, OMS, Ginebra, 1990.
- 33 Cornia, *op. cit.*, págs. 175-176.
- 34 Banco Mundial, *op. cit.*, pág. 66.
- 35 Entrevista con el doctor Hiroshi Nakajima, Director General de la Organización Mundial de la Salud, en *Development Forum*, Vol. XVIII, N° 2, marzo-abril, 1990, Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas.
- 36 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *Informe sobre Desarrollo Humano 1991*, pág. 51, PNUD, Nueva York, 1991.
- 37 Psacharopoulos, George, *Critical Issues in Education. A World Agenda*, Education and Training Department, Banco Mundial, Washington, D.C., junio 1987.
- 38 Oxenham, J. y de Jong, J., «Improving the quality of education in developing countries», *Human Development in the 1990s and Beyond*, pág. 121, United Nations, Nueva York, 1989.
- 39 Banco Mundial, *op. cit.*, págs. 64-66.
- 40 *The BRAC non-formal primary education programme in Bangladesh*, UNICEF, Nueva York, 1990.
- 41 Discurso de Barber B. Conable, Presidente del Banco Mundial ante el Consejo de Administración del Grupo Banco Mundial, Berlín, 27 de septiembre de 1988.
- 42 Véase, por ejemplo, McGinn, Noel F., Snodgrass, R., Kim, Yung Bong, y Kim, Shin-Bok, *Education and Development in Korea*, capítulo 5, pág. 185, Harvard University Press, 1980.
- 43 Fredriksen, Birger, *Increasing Foreign Aid for Primary Education: The Challenge to Donors*, Education and Employment Division, Population and Human Resources Department, Banco Mundial, Washington D.C., 1990 PHREE/90/30.
- 44 *Australians' attitudes to overseas aid and development*, Australian International Development Issues N° 8, Report from the National Social Science Survey, Institute of Advanced Studies, Australian National University.
- 45 Cornia, Giovanni Andrea, «Global Socioeconomic Changes and Child Welfare: What will the 21st Century bring us?», en Chan, Betty Po-King (comp.), *Early Childhood Toward the 21st Century: A Worldwide Perspective*, Yew Chung Education Publishing Company, Hong Kong, 1990.
- 46 Banco Mundial, *Informe Anual 1991*, Banco Mundial, Washington, D.C.
- 47 «A Prospect of Growth», *The Economist*, 13 de julio de 1991, pág. 15.
- 48 Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1991*, pág. 11, Banco Mundial, Washington D.C., 1991.

- 49 Discurso pronunciado por Michael Camdessus, director del Fondo Monetario Internacional en un encuentro mundial de Ministros de Comercio, Bruselas, diciembre de 1990.
- 50 «Reconstructing Kuwait and Iraq: picking up the pieces», *The Economist*, 2 de marzo de 1991, pág. 28.
Fracassi, Franco y Petrucci, Paolo, «Il Costo Della Guerra», *Avvenimenti*, 20 de marzo de 1991, págs. 10-11.
- 51 Banco Mundial, *op. cit.*, págs. 10-11.
- 52 Sivard, R.L. *op. cit.*
- 53 SIPRI Yearbook 1990: World Armaments and Disarmament, International Peace Research Institute, Estocolmo, 1990.
- 54 *Ibidem*.
- 55 Sivard, R.L. *op. cit.*
- 56 Faini, R., de Melo, J., Senhadji-Semlali, A. y Stanton, J., «Growth-Oriented Adjustment Programs: A statistical Analysis», *Development Studies Working Paper*, N° 14, Turin y Oxford, Centro Studi Luca d'Agliano-Queen Elizabeth House.
Mistry, Percy S., Senior Fellow, International Finance, Queen Elizabeth House, University of Oxford, *African Debt Revisited: Procrastination or Progress?*, ponencia preparada para la Mesa redonda Norte-Sur sobre Alivio de la Deuda, Recuperación y Democracia para África, Abidjan, 8-9 de julio de 1991.
- 57 Discurso del General Ibrahim Badamasi Babangida, Presidente de la República Federal de Nigeria en la 27ª asamblea ordinaria de Jefes de Estado y de Gobierno de la OUA, Abuja, Nigeria, 3 de junio de 1991.
- 58 Helleiner, G.K., *The IMF, the World Bank and Africa's adjustment and external debt problems: an unofficial view*, University of Toronto, Department of Economics, 1991.
- 59 *Ibidem*. Mistry, P.S. *op. cit.*
- 60 Helleiner, G.K. *op. cit.*
- 61 Mistry, P.S. *op. cit.*
- 62 Discurso del General Babangida, *op. cit.*
- 63 44ª Asamblea Mundial de la Salud, punto 20 del orden del día provisional, «La Mujer, la Salud y el Desarrollo», informe del Director General sobre los progresos realizados, A44/15, 4 de abril de 1991, pág. 4.
- 64 Banco Mundial, *op. cit.*, cuadro 32, «Las mujeres y el desarrollo», p. 226.
- 65 Banco Mundial, *op. cit.*, pág. 49.
- 66 44ª Asamblea Mundial de la Salud, *op. cit.*
- Rosenfield, Alan, y Maine, Deborah, «Maternal Mortality — A Neglected Tragedy», *The Lancet*, 13 de julio de 1985, págs. 83-85.
- Fauveau, Vincent, Koenig, Michael A., Woytyniak, Bogdan, y Chakraborty, J., «Impact of a family planning and health service programme on adult female mortality», *Health Policy and Planning*, 3(4), págs. 271-279.
- Winikoff, B., Carignan, C., Bernardik, E., y Semeraro, P., «Medical services to save mothers' lives: feasible approaches to reducing maternal mortality», ponencia para la Conferencia Internacional en favor de una Maternidad sin riesgos, Banco Mundial, Nairobi, 10-13 de febrero de 1987.
- 67 «The Status y Women, Maternal Health and Maternal Mortality», ponencia presentada en la Conferencia Internacional en favor de una Maternidad sin riesgos, OMS Nairobi, 10-13 de febrero de 1987.
- 68 Wallace, Helen M., y Giri, Kanti, *Health Care of Women and Children in Developing Countries*, págs. 199-200, Third Party Publishing, California.
Safe Motherhood, número 5, pág. 8, marzo-junio 1991, OMS, Ginebra.
- 69 Population Immunization Program, «Healthier Mothers and Children through Family Planning», *Population Reports*, vol. XII, N° 3, Johns Hopkins University, Baltimore, mayo/junio 1984.
Trussell, James, y Pebley, Anne R., «The Potential Impact of Changes in Fertility and Infant, Child and Maternal Mortality», *Studies in Family Planning*, Vol. 15, N° 6, noviembre/diciembre, 1984, págs. 267-280.
- 70 Rohde, Jon, *Strategies for Reducing Perinatal Mortality: A View from the Community*, UNICEF, Nueva Delhi, 1991.
Oduntan, S. Olu, «Low Birth Weight», en Wallace y Giri, *op. cit.*, págs. 292-300.
- 71 Wallace y Giri, *op. cit.*, págs. 196-197.
Cleland, John, y Hobcraft, John, (comps.), *Reproductive Change in Developing Countries, Insights from the World Fertility Survey*, pág. 128, Oxford University Press, 1985.
- 72 Lightbourne, Robert, y Singh, Susheela, Green, Cynthia P., «The World Fertility Survey: Charting Global Childbearing», *Population Bulletin*, Vol. 37, N° 1, Population Reference Bureau, Washington, D.C., 1982.
- 73 Hill, Ken, Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, según los modelos de proyección de la población establecidos por las Naciones Unidas y el Banco Mundial.

Referencias a los recuadros

- 1 El texto completo de la *Declaración y del Plan de acción de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia* (con las metas para el 2000) y de la *Convención sobre los Derechos del Niño*, está publicado conjuntamente con el informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia 1991*, que puede obtenerse en las oficinas del UNICEF.
- 2 OMS, Ginebra, agosto de 1991.
- 3 Universal Child Immunization 1990, progress report to the Economic and Social Council of the United Nations, UNICEF, Nueva York, 20 de marzo de 1991.
- 4 Division of Immunization, Centers for Disease Control, U.S. Public Health Service, 1991.
- 5 Doctor Robert Kim-Farley, Director del Programa Ampliado de Inmunización, OMS, Ginebra.
- 6 UNICEF, Nairobi, 1991.
- 7 Asesor Global 1991, OMS, Ginebra, WHO/EPI/Gen/91.3.
- 8 R.M. Henderson, R. Kim-Farley y C. Chan, *Reaping the Benefits: disease control through immunization in the 1990*, OMS, Ginebra, 1990.
- 9 Jon Rohde, *Measuring Universal Child Immunization*, UNICEF, Nueva Delhi, agosto de 1990.
- 10 La mayor parte de la información para este recuadro procede de *Children and the Transition to the Market Economy: Safety Nets and Social Policies in Central and Eastern Europe*, Giovanni Andrea Cornia y Sándor Sipos, International Child Development Center, UNICEF, Florencia, 1991.
- 11 Informe interno en relación con la visita a Albania de la misión del UNICEF en agosto de 1991.
- 12 Por efecto de la recesión, la cifra para 1990 (que se hará pública después de entrar en prensa este informe) puede elevarse hasta el 23% o el 24%.
- 13 *Child Poverty in America*, C.M. Johnson, L. Miranda, A. Sherman, J.D. Weill, Children's Defense Fund, 122 C Street, N.W., Washington, D.C., 20001, USA.
- 14 Gran parte de los datos citados en este recuadro proceden de *Effects of Armed Conflict on Women and Children: Relief and Rehabilitation in War Situations*, Vol. 10, n° 2-3, 1991, Rehabilitation International y UNICEF, Technical Support Programme to Prevent Childhood Disabilities and to Help Disabled Children, United Nations Decade of Disabled Persons (1983-1992).
- 15 UNICEF, Nairobi.
- 16 La información para este recuadro procede de *Ceara, North-East Brasil: giving priority to the child at state level*, publicado por UNICEF, Brasil, mayo de 1991.
- 17 Wade, Robert, *Governing the Market: Economic Theory and Role of Governments in East Asian Industrialisation*, Princeton University Press, 1991.
- 18 «Primary education and economic recession in the developing world since 1980», D. Berstecher y R. Carr-Hill, documento preparado para la Conferencia mundial sobre Educación para Todos, Tailandia 5-9 de marzo de 1990, UNESCO, Nueva York, 1990.
- 19 «Increasing foreign aid for primary education: the challenge for donors», Birger Fredriksen, Education and Employment Division, Population and Human Resources Department, Banco Mundial, Washington, DC, 1990.
- 20 «Improving the quality of education in developing countries», J. Oxenham con J. de Jong y S. Treagust, en *Human Development in the 1990s and beyond*, págs. 115-145, Naciones Unidas, Nueva York, 1989.
- 21 *Educating all the children: the economic challenge for the 1990s*, Christopher Coclough y Keith Lewin, documento preparado para la Conferencia mundial sobre Educación para Todos, Tailandia, 5-9 de marzo de 1990, UNESCO, Nueva York, 1990.
- 22 Fredriksen, *op. cit.*
- 23 «Educación: nuevo avance en Bangladesh», en *Estado Mundial de la Infancia 1990*, UNICEF, Nueva York, 1989.
- 24 Oxenham, *op. cit.*
- 25 *Basic education and literacy: World statistical indicators*, UNESCO, París, 1990.
- 26 *Ibid.*
- 27 Berstecher y Carr-Hill, *op. cit.*
- 28 La mayor parte de la información para este recuadro procede de Noel F. McGinn, Donald R. Snodgrass, Yung Bong Kim, Shin-Bok Kim y Quee-Young Kim, *Education and Development in Korea*, capítulo 5, pág. 185, Harvard University Press, 1980.
- 29 *Declaración de Innocenti*, suscrita por los participantes en el encuentro convocado por la OMS y el UNICEF sobre *Lactancia materna en los Noventa: Una Iniciativa Global*, Spedale degli Innocenti, Florencia, Italia, 30 julio-1 de agosto de 1990.
- 30 «Evidence for protection by breastfeeding against deaths from infectious diseases in Brazil», C.G. Victora, P.G. Smith, J.P. Vaughan, y otros, *The Lancet*, 1987, 8 de agosto, n° 8554, págs. 319-322.

- 31 Fuente: «Protección, fomento y apoyo de la lactancia materna: papel especial de los servicios de maternidad.» Declaración conjunta de la OMS y el UNICEF, editada por la Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- 32 El lanzamiento mundial de la campaña tuvo lugar el 28 de junio de 1991 en la Conferencia Internacional sobre Lactancia Materna patrocinada por el UNICEF, la OMS y la Asociación Internacional de Pediatría.
- 33 «China: Putting Prevention First» *World Immunization News*, Vol. 5, N° 4, julio-agosto, 1989.
- 34 «Financing Child Immunization in China», *World Immunization News*, Vol. 4, n° 3, mayo-junio, 1988.
- 35 Declaración de Nueva York: *Iniciativa en pro de la Vacuna Infantil*, 10 de septiembre de 1990, OMS, Ginebra.
- 36 Declaración, *op.cit.*
- 37 Actualización del Programa Ampliado de Inmunización, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, agosto de 1991.
- 38 Programa Ampliado de Inmunización, Informe del Grupo asesor Global 1991, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, WHO/EPI/Gen/91.3.
- 39 Participación en la Iniciativa en pro de la Vacuna Infantil, recomendación de la Junta Ejecutiva del UNICEF, UNICEF, Nueva York, 15 de febrero de 1991, E/ICEF/1991/P/L.31.
- 40 Programa de acción para alcanzar las metas en favor de la infancia y del desarrollo durante la década de los noventa, UNICEF, Nueva York, 22 de marzo de 1991 E/ICEF/1991/12.
- 41 *Glimpse*, boletín del International Centre for Diarrhoeal Disease Research (Bangladesh), Vol. 11, N° 3, mayo-junio 1989.
- 42 «Integration of Hepatitis B Vaccine into the EPI», Dr. M.A. Kane, Dr. C.J. Clements, Dr. D.J. Hu, reunión del Grupo Asesor Global para el PAI de la OMS, El Cairo, Egipto, 14-18 de octubre, 1990.
- 43 *World Immunization News*, Vol. 6, N° 5, septiembre-octubre, 1990.
- 44 «Hepatitis B Vaccine: Attacking and Epidemic». EPI, OMS, noviembre 1989.
- 45 Para obtener ejemplares gratuitos de *Para la Vida* y de la publicación complementaria *Todos por la salud*, dirigirse a UNICEF House, H11F, *Facts for Life* Unit, 3 U.N. Plaza, Nueva York, NY10017, Estados Unidos.

II

ESTADÍSTICAS

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

Notas a los datos Signos y anotaciones

ÍNDICE DE PAÍSES

TABLAS

1: Indicadores básicos

TMM5 ☐ TMI ☐ población ☐ nacimientos y mortalidad de menores de cinco años
☐ PNB per cápita ☐ esperanza de vida ☐ alfabetización de adultos
☐ escolarización ☐ distribución del ingreso

2: Nutrición

Bajo peso al nacer ☐ lactancia materna ☐ desnutrición
☐ producción de alimentos ☐ ingesta de calorías
☐ gastos de alimentación

3: Salud

Acceso a agua ☐ acceso a servicios de salud
☐ inmunización infantil y de mujeres embarazadas ☐ uso de TRO

4: Educación

Alfabetización masculina y femenina ☐ receptores de radio y televisión
☐ escolarización primaria y terminación ☐ escolarización secundaria

5: Indicadores demográficos

Población infantil ☐ tasa de crecimiento de la población
☐ tasa bruta de mortalidad ☐ tasa bruta de natalidad
☐ esperanza de vida ☐ tasa de fecundidad ☐ urbanización

6: Indicadores económicos

PNB per cápita ☐ tasa anual de crecimiento ☐ inflación
☐ pobreza ☐ gasto gubernamental ☐ ayuda ☐ deuda

7: Situación de la mujer

Esperanza de vida ☐ alfabetización ☐ escolarización
☐ uso de anticonceptivos ☐ inmunización ☐ atención calificada del parto
☐ mortalidad materna

8: Indicadores básicos de los países menos poblados

9: Ritmo de progreso

Tasa de reducción de la mortalidad infantil TMM5
☐ tasa de crecimiento del PNB ☐ tasa de reducción de la fecundidad

Notas a las tablas 1 - 9 Definiciones Fuentes estadísticas principales

Notas a los datos

Los datos presentados en las tablas están acompañados de las correspondientes definiciones, fuentes, signos y notas a pie de página cuando la definición es diferente a la definición general. Dada la heterogeneidad y número de fuentes utilizadas —de las cuales aparecen citadas las once principales—, las tablas presentan inevitablemente una amplia gradación de fiabilidad. Siempre que ha sido posible, se han utilizado datos oficiales nacionales recibidos por las agencias de las Naciones Unidas. En los numerosos casos en que no se disponía de fuentes oficiales fiables se ha recurrido a estimaciones efectuadas por diversas agencias especializadas de las Naciones Unidas. Cuando no se ha dispuesto de tales estimaciones normalizadas, se han utilizado las estimaciones más fiables de las oficinas de área del UNICEF. Todos los datos procedentes de las oficinas de área del UNICEF aparecen señalados con asterisco * o Y, excepto en los indicadores de mortalidad de menores de cinco años (TMM5), acceso a servicios de salud y cobertura de inmunización, donde el UNICEF aparece citado como fuente principal.

Siempre que ha sido posible se han utilizado datos globales o muestrales a escala nacional. Cuando las cifras se refieren sólo a una parte del país se señala en una nota a pie de página.

Los datos relativos a la tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5), esperanza de vida, tasa bruta

de natalidad, tasa bruta de mortalidad, etc., proceden de las estimaciones y proyecciones de la División de Población de las Naciones Unidas. Éstas y otras estimaciones internacionales se revisan periódicamente, lo que explica las posibles diferencias con los datos de anteriores publicaciones del UNICEF. En el caso del PNB per cápita y de la ayuda oficial al desarrollo, los datos primarios son objeto de una revisión y actualización continuada por parte del Banco Mundial y de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Las tablas de este año contienen una extensa revisión de los datos de alfabetización, insuficiencia ponderal, emaciación, corteidad de talla, acceso a agua y mortalidad materna.

La cifra de 70 defunciones de menores de cinco años por 1000 nacidos vivos se utiliza como referencia para delimitar los dos grupos de países con las TMM5 más altas respecto a los dos grupos con tasas más bajas. La meta para el año 2000 establecida en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia señala una reducción de la TMM5 en todos los países en un tercio o a un nivel del 70 por 1000 nacidos vivos, si ello supone una reducción menor. Así pues, si todos los países consiguieran alcanzar el objetivo de reducción de la mortalidad de menores de cinco años, hacia finales de la década de 1990 todos los países pertenecerían a los dos grupos con menores TMM5.

Signos y anotaciones

A menos que se señale lo contrario, las cifras indicadas para los cuatro grupos de países según la TMM5 (tasa de mortalidad de menores de cinco años) representan la mediana de cada grupo. La mediana es el valor central de una serie de datos clasificados en orden de magnitud. La mediana suele ser el indicador prome-

dio utilizado cuando se trata de un gran número de datos con una amplia dispersión en sus valores respectivos, como ocurre en las tablas adjuntas, y tiene la ventaja de no estar distorsionada por los países muy pequeños o los países muy grandes.

Por razones técnicas de edición se ha seguido la notación anglosajona: los decimales están indicados por un punto (14.2 = 14,2) y los millares por una coma (1,683 = 1.683).

—	Datos no disponibles
*	Estimaciones del UNICEF
T	Total (en contraposición a la mediana)

X	Véase nota al final de las tablas
Y	Estimaciones del UNICEF, véase nota al final de las tablas

Los datos relativos a las TMM5 de algunos países proceden de estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas, basadas en criterios comparativos a nivel internacional a partir de diversas fuentes. En ciertos casos estas estimaciones pueden diferir de las estadísticas nacionales más recientes. En general, los datos publicados durante los dos últimos años no están incluidos en tales estimaciones.

Si se desea obtener más información sobre los datos relativos a la TMM5 dirigirse a: G. Jones, Estadísticas y Seguimiento, UNICEF, 3 U.N. Plaza, Nueva York, NY 10017, Estados Unidos.

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 1990, expresada en cifras redondeadas al número entero más próximo. En la lista alfabética adjunta se indica el número de referencia de acuerdo con la clasificación establecida.

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

TABLA 1: INDICADORES BÁSICOS

	Tasa de mortalidad menores de 5 años		Tasa de mortalidad infantil (0-1 años)		Población total (millones) 1990	Nacimientos anuales (millones) 1990	Muertes anuales (0-5 años) (miles) 1990	PNH per cápita (dólares) 1989	Esperanza de vida al nacer (años) 1990	Tasa de alfabetización de adultos 1990	Tasa de escolarización primaria 1985-1989	Distribución del ingreso 1980-1988	
	1980	1990	1980	1990								40 % más bajos	20 % más altos
Países con muy alta mortalidad infantil (TMM5 mayor de 140)													
Mediana	302	189	184	116	1536T	58458T	9774T	290	50	35	63	...	...
1 Mozambique	331	297	190	173	15.7	699	208	80	48	33	68	...	...
2 Afganistán	381	292	215	167	16.6	888	260	280*	43	29	25	...	...
3 Angola	344	292	208	173	10.0	472	138	610	46	42	93	...	...
4 Mali	369	284	210	164	9.2	472	134	270	45	32	23	...	...
5 Sierra Leona	385	257	219	149	4.2	201	52	220	42	21	53	...	...
6 Malawi	366	253	207	144	8.8	494	125	180	48	...	72	...	...
7 Guinea-Bissau	336	246	200	146	1.0	41	10	180	43	...	53	...	...
8 Guinea	336	237	203	140	5.8	294	70	430	44	24	30	...	...
9 Burkina Faso	363	228	205	133	9.0	426	97	320	48	18	32	...	...
10 Níger	321	221	191	130	7.7	401	89	290	46	28	30	...	...
11 Etiopía	294	220	175	130	49.2	2424	534	120	46	...	36	...	...
12 Chad	325	216	195	127	5.7	249	54	190	47	30	51	...	...
13 Somalia	294	215	175	127	7.5	360	77	170	46	17*	15	...	...
14 Mauritania	321	214	191	122	2.0	94	20	500	47	34	52	...	...
15 Liberia	310	205	184	134	2.6	122	25	450*	54	40	34	...	...
16 Rwanda	248	198	146	117	7.2	368	73	320	50	50	67	...	...
17 Camboya	218	193	146	123	8.2	322	62	...	50	35	...	...	...
18 Burundi	260	192	153	115	5.5	261	50	220	49	50	59	...	...
19 Bután	298	189	187	123	1.5	58	11	190*	49	38	26	...	...
20 Nepal	298	189	187	123	19.1	725	137	180	52	26	86	13*	59*
21 Yemen	378	187	214	114	11.7	602	113	650	51	32*	87	...	...
22 Senegal	299	185	172	84	7.3	328	61	650	48	38	59	...	...
23 Bangladesh	262	180	156	114	115.6	4796	866	180	52	35	70	24	37
24 Madagascar	364	176	220	115	12.0	547	96	230	55	80	97	...	...
25 Sudán	292	172	170	104	25.2	1111	191	420*	51	27	49	...	...
26 Tanzania	249	170	147	102	27.3	1387	235	130	54	91*	66	...	...
27 Rep. Centroafricana	08	169	183	100	3.0	138	23	390	50	38	67	...	...
28 Namibia	263	167	155	102	1.8	76	13	1030	58	...	...	...	...
29 Nigeria	316	167	190	101	108.5	5183	865	250	52	51	66	...	...
30 Gabón	287	164	171	99	1.2	49	8	2960	53	61	...	...	...
31 Uganda	223	164	133	99	18.8	985	161	250	52	48	77	...	...
32 Bolivia	282	160	167	102	7.3	309	50	620	55	78	91	12*	58*
33 Pakistán	276	158	163	104	122.6	5451	863	370	58	35	40	19	46
34 Lao, R.D.P.	233	152	155	104	4.1	187	28	180	50	...	110	...	...
35 Camerún	275	148	163	90	11.8	566	83	1000	54	54	111	...	...
36 Benín	310	147	185	88	4.6	229	34	380	47	23	63	...	...
37 Togo	305	147	182	90	3.5	158	23	390	54	43	101	...	...
38 India	282	142	165	94	853.1	26985	3835	340	59	48	99	20	41
Países con alta mortalidad infantil (TMM5 de 71 a 140)													
Mediana	229	90	143	66	793T	25837T	2510T	885	62	68	97	12	55
39 Ghana	224	140	132	86	15.0	665	93	390	55	60	73	17	45
40 Côte d'Ivoire	264	136	165	92	12.0	603	82	790	53	54	70	13	53
41 Haití	270	130	182	92	6.5	233	30	360	56	53	83	6*	48*
42 Zaire	269	130	158	79	35.6	1626	211	260	53	72	76	...	...
43 Lesotho	208	129	149	95	1.8	72	9	470	57	...	112	...	...
44 Zambia	228	122	135	76	8.5	433	53	390	54	73	97	11*	61*
45 Perú	233	116	142	82	21.6	647	75	1010	63	85	122	13	52
46 Libia, Jamahiriya Árabe	269	112	160	75	4.5	199	22	5310	62	64	...	...	...
47 Marruecos	265	112	163	75	25.1	858	96	880	62	50	67	23	39
48 Congo	241	110	143	69	2.3	105	12	940	54	57	...	...	...
49 Kenia	208	108	124	68	24.0	1132	122	360	60	69	93	9*	60*
50 Argelia	270	98	168	68	25.0	877	86	2230	65	57	96	...	...
51 Indonesia	225	97	139	71	184.3	5091	494	500	61	77	119	21	41
52 Guatemala	230	94	125	54	9.2	367	34	910	63	55	77	14	55
53 Arabia Saudita	292	91	170	65	14.1	594	54	6020	65	62	71	...	...
54 Sudáfrica	192	88	135	67	35.3	1108	98	2470	62	...	...	...	...
55 Myanmar	230	88	153	65	41.7	1252	111	220*	61	81	103	...	...
56 El Salvador	207	87	143	59	5.3	191	17	1070	64	73	80	8*	66*
57 Zimbabue	181	87	110	61	9.7	399	35	650	60	67	128	...	...
58 Iraq	222	86	139	63	18.9	789	68	2340*	65	60	96	...	...
59 Egipto	301	85	179	61	52.4	1727	148	640	60	48	90	21*	41*
60 Botswana	173	85	119	63	1.3	61	5	1600	60	74	117	9	59
61 Turquía	258	80	190	69	55.9	1579	134	1370	65	81	117	11*	55*
62 Mongolia	185	84	128	64	2.2	77	7	780*	63	...	102	...	...
63 Honduras	232	84	144	63	5.1	198	17	900	65	73	106	12*	59*

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1990 (columna en negritas).

		Tasa de mortalidad menores de 5 años		Tasa de mortalidad infantil (0-1 años)		Población total (millones) 1990	Nacimientos anuales (miles) 1990	Muertes anuales (0-5 años) (miles) 1990	PIB per cápita (dólares) 1989	Esperanza de vida al nacer (años) 1990	Tasa de alfabetización de adultos 1990	Tasa de escolarización primaria 1986-1989	Distribución familiar del ingreso 1980-1988	
		1980	1990	1980	1990								40 % más bajos	20 % más altos
64	Ecuador	184	83	124	60	10.6	338	28	1020	66	86	117		
65	Brasil	159	83	116	60	150.4	4115	341	2540	66	81	104	8	63
66	Papúa Nueva Guinea	248	80	165	56	3.9	131	10	890	55	52	73		
67	Nicaragua	209	78	140	56	3.9	156	1	830 ^a	65		99	12*	58*
68	Rep. Dominicana	199	78	125	61	7.2	214	17	790	67	83	101		
Países con mortalidad infantil media (TMM5 de 21 a 70)														
Mediana		134	35	86	30	2048T	45680T	1909T	1775	70	88	105	14	51
69	Filipinas	134	69	80	43	62.4	1988	138	710	64	90	110	14*	52*
70	Viet Nam	232	65	156	49	66.7	2076	134	240 ^a	63	88	101		
71	Tuniz	254	62	159	48	8.2	239	15	1260	67	65	113		
72	Paraguay	134	60	86	41	4.3	146	9	1030	67	90	104		
73	Siria	217	59	135	44	12.5	550	33	980	66	65	110		
74	Irán, Rep. Islámica de	254	59	169	46	54.6	1830	36	3200	66	54	116		
75	Libano	91	56	68	44	2.7	85	5	2150 ^a	66	80	125		
76	Jordania	217	52	135	40	4.0	157	8	1640	67	80	99		
77	Colombia	157	50	99	39	33.0	878	44	1200	69	87	114	13	53
78	México	140	49	92	40	88.6	2466	122	2010	70	87	117	13*	
79	Oman	378	49	214	37	1.5	67	3	5220	66		100		
80	Venezuela	114	43	81	35	19.7	582	25	2450	70	88	106	14	51
81	China	203	42	150	30	1139.1	24288	1010	350	70	73	134	22*	38*
82	Albania	151	37	112	31	3.2	74	3		72		100		
83	Argentina	75	35	61	31	32.3	670	24	2180	71	95	111		
84	Corea Rep. Pop. Dem. de	120	35	85	26	21.8	530	18	970 ^a	70		100		
85	Sri Lanka	114	35	71	26	17.2	369	13	430	71	88	107	13	56
86	Tailandia	149	34	103	26	55.7	1158	39	1220	66	93	96	15*	50*
87	Rumania	82	34	69	27	23.3	358	12	1620 ^a	71		97		
88	URSS	53	31	38	23	288.6	5065	159	4550 ^a	71		105		
89	Panamá	105	31	69	22	2.4	63	2	1760	72	88	106		
90	Emiratos Árabes Unidos	239	30	145	24	1.6	34	1	18430	70	48*	104		
91	Corea, Rep. de	120	30	85	23	42.8	670	20	4400	70	96	108	20*	42*
92	Malasia	105	29	73	22	17.9	538	16	2160	70	78	102	14	51
93	Mauricio	104	28	70	22	1.1	19	1	1990	70		105	12*	46*
94	Chile	143	27	114	20	13.2	306	8	1770	72	93	100	13*	54*
95	Uruguay	57	25	51	22	3.1	54	1	2620	72	96	109	18*	44*
96	Yugoslavia	113	23	92	20	23.8	339	8	2920	73	93	95	17	43
97	Costa Rica	121	22	84	18	3.0	81	2	1780	75	93	100	12	55
Países con baja mortalidad infantil (TMM5 menor de 20)														
Mediana		39	10	32	8	896T	11829T	126T	14485	76	--	102	18	40
98	Jamaica	89	20	63	16	2.5	58	1	1280	73	98	103	15	49
99	Kuwait	128	19	89	17	2.0	55	1	16150	73	73	93		
100	Polonia	70	18	62	16	38.4	588	11	1790	72		101	24	35
101	Bulgaria	69	18	49	14	9.0	112	2	2320	73		104		
102	Trinidad y Tabago	67	17	54	15	1.3	32	1	3230	72		100	13*	50*
103	Hungría	57	16	51	15	10.6	123	2	2590	71		97	26	32
104	Portugal	112	16	81	13	10.3	137	2	4250	74	85	127		
105	Cuba	87	14	62	11	10.6	188	3	1170 ^a	75	94	104		
106	Checoslovaquia	33	13	27	11	15.7	217	3	3450	72		96		
107	Nueva Zelanda	26	12	23	10	3.4	55	1	12070	75		107	16	45
108	Israel	39	11	33	10	4.6	99	1	9790	76		95	18*	40*
109	Grecia	64	11	53	10	10.0	117	1	5350	76	93	106		
110	EE.UU.	29	11	26	9	249.2	3634	40	20910	76		100	16	42
111	Italia	50	10	44	9	57.1	587	6	15120	76	97	95	19	41
112	Noruega	22	10	19	8	4.2	53	1	22290	77		95	19	38
113	Australia	24	10	21	8	16.9	246	2	14360	77		106	16	42
114	España	57	10	47	8	39.2	486	5	9330	77	95	113	19	40
115	Bélgica	35	9	31	8	9.8	118	1	16220	75		100	22*	36*
116	Austria	43	9	37	8	7.6	88	1	17300	75		101		
117	Reino Unido	27	9	23	8	57.2	786	7	14610	76		106	17*	40*
118	Singapur	49	9	36	8	2.7	47	0	10450	74	--	109	15	49
119	Francia	34	9	29	8	56.1	761	7	17820	76	--	113	18*	41*
120	Suiza	26	9	22	7	6.6	78	1	29680	77	--		17	45
121	Dinamarca	25	9	22	8	5.1	57	1	20450	76	--	99	17	39
122	Irlanda	36	9	31	8	3.7	67	1	8710	75	--	100		
123	Alemania	40	9	34	7	77.6	863	8	20440 ^a	75	--	105	20*	39*
124	Canadá	33	9	28	7	26.5	356	3	19030	77	--	106	18	40
125	Países Bajos	21	9	18	7	15.0	192	2	15920	77	--	115	20	38
126	Hong Kong	64	7	44	7	5.9	72	1	10350	77	--	106	16	47
127	Finlandia	28	7	22	6	5.0	60	0	22120	75	--	101	18	38
128	Suecia	20	7	16	6	8.4	109	1	21570	77	--	100	21	37
129	Japón	39	6	31	5	123.5	1390	9	23810	79	--	102	22*	38*

TABLA 2: NUTRICIÓN

	Recién nacidos con bajo peso % 1980-1988	Mujeres lactantes % 1980-1991			Puntuación infantil (%) 1980-1991				Índice medio producción de alimentos per cápita (1979-1981-100) 1990	Consumo diario calorías per cápita en % nivel requerido 1988	% Ingreso familiar (1980-85) gastado en:		
		3 meses	6 meses	12 meses	Insuficiencia ponderal (0-4 años)		Emaciación moderada- grave (12-23 meses)	Conexión de talla moderada- grave (24-59 meses)			Total alimentos	cereales	
					moderada- grave	grave							
Países con muy alta mortalidad infantil (TMM5 mayor de 140)													
Mediana	17	93	90	82	33	6	14	43	90	92	54	22	
1 Mozambique	20*	99*	96*	96*	24*	6	14	43	85	70	55	28	
2 Afganistán	20	74*	61*	23*	23*	2*	14*	34*	77	94*	57	22	
3 Angola	17	91	95	82	31*	9*	16	34*	96	93	56	22	
4 Mali	17*	99*	98*	92*	23*	2*	14*	34*	88	79	56	22	
5 Sierra Leona	17*	99*	98*	92*	23*	2*	14*	34*	88	79	56	22	
6 Malawi	20*	100	100	96*	24*	8	61	80	87	55	28		
7 Guinea-Bissau	13	100	100	98	23*	8	61	101	92	55	28		
8 Guinea	25*	100*	90*	85*	23*	8	61	87	88	55	28		
9 Burkina Faso	21*	98*	98*	97*	23*	8	61	108	87	55	28		
10 Níger	15	65	30	15	49	23*	38*	73	100	55	28		
11 Etiopía	8	97*	95*	38*	19*	43*	85	71	50	24			
12 Chad	92*	78*	54*	94	78	75	96	75	96	75	96	75	
13 Somalia	92*	78*	54*	94	78	75	96	75	96	75	96	75	
14 Mauritania	11	91	86	67	31	24*	37*	85	109	87	55	28	
15 Liberia	87	75	61	72	98	50	24	85	109	87	55	28	
16 Rwanda	97*	97*	74*	33*	4*	1*	34*	73	77	30	11		
17 Camboya	100*	93*	72*	33*	4*	1*	34*	160	98*	30	11		
18 Burundi	9*	95*	90*	38*	10*	10	60*	89	97	30	11		
19 Bhután	92*	92*	82*	38*	4*	56*	86	109	94	57	38		
20 Nepal	92*	92*	82*	38*	4*	56*	86	109	94	57	38		
21 Yemen	74*	66*	34*	53*	15*	61*	79	92	50	24			
22 Senegal	11	95	91	86	22*	6*	8	28*	100	84	50	15	
23 Bangladesh	47	91*	86*	82*	66*	27*	28	66	99	83	59	36	
24 Madagascar	10*	95	95	85	33*	8*	17	56*	90	93	59	26	
25 Sudán	15*	93	90	79	13*	32*	67	85	60	60	60	60	
26 Tanzania	14	100*	90*	70*	48*	6*	85	93	64	32			
27 Rep. Centroafricana	15*	98*	88*	73*	29*	6*	9*	30*	95	83	52	18	
28 Namibia	98*	88*	73*	29*	6*	9*	30*	95	83	52	18		
29 Nigeria	20*	98	97	92	36	12	16	60	113	86	52	18	
30 Gabón	92*	92*	82*	38*	4*	56*	86	109	94	57	38		
31 Uganda	92	88	85	23	5	4	25*	90	86	33	17		
32 Bolivia	12*	92	84	67	13*	3*	2	51*	105	87	33	17	
33 Pakistán	25*	87*	74*	70*	52*	10*	17*	42*	105	95	54	17	
34 Lao, R.D.P.	39	99*	93*	37	20	44	130	119	93	24	8		
35 Camerún	13*	92*	90*	77*	17*	43*	88	93	24	8			
36 Benin	8*	90	90	76	24	6	10	37*	115	93	37	12	
37 Togo	20*	95	87	84	24	6	10	37*	96	93	37	12	
38 India	30	61*	9*	118	95	52	18						
Países con alta mortalidad infantil (TMM5 de 71 a 140)													
Mediana	14	90	82	76	16	2	4	34	94	105	40	12	
39 Ghana	17*	90	92	87	27	6	15	39	102	96	66	14	
40 Côte d'Ivoire	14*	87	84	78	12	2	17	20	92	102	40	14	
41 Haití	17*	92*	80*	37*	3*	17*	51*	89	85	55	15		
42 Zaire	13	100*	100*	86*	16	2	7	23	95	92	55	15	
43 Lesotho	11	93*	89*	76*	16	2	7	23	76	101	55	15	
44 Zambia	93*	25*	5*	10*	59*	86	88	37	8				
45 Perú	9*	85	76	58	13*	2*	3	43	90	97	35	8	
46 Libia, Jamahiriya Árabe	87	77	59	16*	4*	6	34*	124	117	40	12		
47 Marruecos	16*	100*	98*	90*	24	13	33	92	113	42	19		
48 Congo	16*	100*	98*	90*	24	13	33	92	113	42	19		
49 Kenia	15	94	92	82	10*	41*	108	85	39	16			
50 Argelia	9*	95	87	79	51*	1*	132	124	61	18			
51 Indonesia	14	95	87	79	51*	1*	132	124	61	18			
52 Guatemala	14*	95	79	80	34*	8*	3	68*	95	107	36	10	
53 Arabia Saudita	6	91*	52*	252	117	117	117	117	117	117	117	117	
54 Sudafrica	12	90	90	90	38*	17	75*	96	119	55	28		
55 Myanmar	16*	90	90	90	38*	17	75*	96	119	55	28		
56 El Salvador	15*	85	77	55	15	3	36	94	105	33	12		
57 Zimbabue	95	92	88	12*	2*	2	31*	92	93	40	9		
58 Iraq	9*	76	45	19	21	4	2*	34*	89	96	39	12	
59 Egipto	5	90	83	68	13*	3*	2	32*	123	128	50	10	
60 Botswana	8*	97	90	73	15	51*	75	98	35	13			
61 Turquía	7*	98*	72*	63*	98	122	40	8					
62 Mongolia	10	70*	88	12*	2*	2	31*	92	93	40	9		
63 Honduras	20*	73*	55*	21	4	2*	34*	89	96	39	12		
64 Egipto	5	90	83	68	13*	3*	2	32*	123	128	50	10	
65 Botswana	8*	97	90	73	15	51*	75	98	35	13			
66 Turquía	7*	98*	72*	63*	98	122	40	8					
67 Mongolia	10	70*	88	12*	2*	2	31*	92	93	40	9		
68 Honduras	20*	73*	55*	21	4	2*	34*	89	96	39	12		

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1990 (véase tabla 1)

		Recien nacidos con bajo peso % 1980-1988	Madres lactantes % 1980-1991			Poblacion infantil (%) 1980-1991				Índice medio producción de alimentos per cápita (1979-1981-100) 1990	Consumo diario calorías per cápita en % nivel requerido 1988	% ingreso familiar (1980-88) gastado en:	
			3 meses	6 meses	12 meses	Insuficiencia ponderal (0-4 años)		Emaciación moderada- grave (12-23 meses)	Cantidad de leche moderada- grave (24-59 meses)			Total alimentos	cereales
						moderada- grave	grave						
64	Ecuador	11*	84	73	57	17	0	4	39	107	102	30	1
65	Brasil	8*	66*	37*	34*	7	1	3	16	105	113	35	9
66	Papua Nueva Guinea	25*	..	..	..	35	..	..	..	105	98	..	..
67	Nicaragua	15	..	..	..	11	1	0	22	82	105	..	..
68	Rep. Dominicana	16*	70	47	25	13*	2*	3	26*	91	104	46	13
Países con mortalidad infantil media (TMM5 de 21 a 70)													
Mediana		8	81	57	38	19	3	7	23	99	120	35	7
69	Filipinas	18*	..	74*	..	34	5	14	45	88	100	51	20
70	Viet Nam	17*	96*	93*	49*	42	14	12*	49*	123	103	..	..
71	Tunez	8*	92	76	58	10*	2*	4	23*	102	124	37	7
72	Paraguay	7	85	69	45	4	1	0	17	120	122	30	6
73	Siria	11*	81*	72*	..	..	..	..	..	82	128	..	..
74	Irán Rep. Islámica de	5	91*	73*	51*	43*	..	23*	55*	97	129	37	10
75	Libano	10	50*	40*	15*	..	..	..	..	..	125	..	..
76	Jordania	5*	93	80	61	..	..	..	..	108	118	35	..
77	Colombia	8*	80	56	36	10	2	5	18	111	110	29	..
78	México	12*	71	50	33	14	..	6*	22*	97	135	35	..
79	Omán	7*	75*	55*	20*	..	..	..	..	..	..	..	..
80	Venezuela	9	50*	40*	30*	6*	..	4*	7*	92	103	38	..
81	China	9*	65*	55*	..	21*	3*	8*	41*	138	112	61	..
82	Albania	7	..	..	..	..	..	..	..	93	114*	..	..
83	Argentina	..	66	36	14	..	..	..	..	92	133	35	4
84	Corea Rep. Pop. Dem. de	..	..	..	..	..	..	..	..	107	135	..	..
85	Sri Lanka	25*	94	80	72	38*	9*	19	34*	89	104	43	18
86	Tailandia	12	89	69	67	26*	4*	10	28*	101	103	30	7
87	Rumania	6	..	..	..	..	..	..	..	91	127	..	..
88	URSS	6	..	..	..	..	..	..	..	112	133*	..	..
89	Panamá	8	62	53	55	16	..	7	24	90	107	38	7
90	Emiratos Árabes Unidos	6*	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
91	Corea, Rep. de	9	58*	40*	27*	..	..	..	..	89	122	35	14
92	Malasia	10	88	..	..	..	..	..	..	159	120	30	..
93	Mauricio	9*	79	55	40	24	..	16*	22*	105	118	24	7
94	Chile	7	81*	57*	20*	3*	..	1	10*	118	106	29	7
95	Uruguay	8*	50*	43*	..	7*	2*	..	16*	113	104	31	7
96	Yugoslavia	7	..	..	..	..	..	..	..	88	138	27	..
97	Costa Rica	6*	85*	60*	24*	6	..	3	8	92	124	33	8
Países con baja mortalidad infantil (TMM5 menor de 20)													
Mediana		6	47	25	..	..	..	..	..	103	132	16	2
98	Jamaica	8*	95	82	43	7	1	6	7	89	115	39	..
99	Kuwait	5*	47*	32*	12*	6	..	2	14	..	..	..	..
100	Polonia	8	32*	25*	..	..	..	..	..	108	132	29	..
101	Bulgaria	6	..	..	..	..	..	..	..	95	145	..	..
102	Trinidad y Tabago	..	84	49	27	7*	0*	5	4*	69	122	..	..
103	Hungría	10	86	..	..	..	..	..	..	107	137	25	..
104	Portugal	5	29	12	7	..	..	..	..	121	138	34	..
105	Cuba	8	..	..	..	..	..	1*	..	98	135	..	..
106	Checoslovaquia	6	..	..	..	..	..	..	..	122	144	..	..
107	Nueva Zelanda	5	..	..	..	..	..	..	..	99	131	12	2
108	Israel	7	..	..	..	..	..	..	..	99	122	22	..
109	Grecia	6	..	..	..	..	..	..	..	95	148	30	..
110	EE.UU.	7	33	24	..	..	..	..	..	96	139	13	2
111	Italia	..	..	..	..	..	..	..	..	94	142	19	2
112	Noruega	4	..	..	..	..	..	..	..	100	121	15	2
113	Australia	6*	56	40	10	..	..	..	..	95	125	13	2
114	España	1	..	..	..	..	..	..	..	114	144	24	3
115	Belgica	5	..	..	..	..	..	..	..	119	146*	15	2
116	Austria	6	41	..	..	..	..	..	..	105	132	16	2
117	Reino Unido	7	26	22	..	..	..	..	..	109	129	12	2
118	Singapur	6	..	..	..	14*	..	..	..	94	126	19	..
119	Francia	5	..	..	..	..	..	..	..	99	131	16	2
120	Suiza	5*	..	..	..	..	..	..	..	103	132	17	..
121	Dinamarca	6	..	..	..	..	..	..	..	138	133	13	2
122	Irlanda	4	..	..	..	..	..	..	..	114	147	22	4
123	Alemania	6	..	..	..	..	..	..	..	114	..	..	..
124	Canadá	6	53	30	..	..	..	..	..	115	130	11	2
125	Países Bajos	..	33*	..	..	..	..	..	..	119	125	13	2
126	Hong Kong	5	..	..	..	..	..	..	..	67	127	12	1
127	Finlandia	4	..	7*	..	..	..	..	..	115	117	16	3
128	Suecia	4	47	23	..	..	..	..	..	104	112	13	2
129	Japón	5	..	..	..	..	..	..	..	95	122	16	4

TABLA 3: SALUD

	Población con acceso a agua potable % 1985-1990			Población con acceso a servicios de salud % 1985-1990			Población con inmunización completa 1981/1989-1990				Mujeres embarazadas Tétanos	Uso de la TRQ % 1987-89	
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Inicio de un año						
							TB	DPT	Polio	Sarampión			
Países con muy alta mortalidad infantil (TMM5 mayor de 140)													
Mediana	42	66	34	46	88	38	24/85	14/55	8/54	23/55	5/44	27	
1	Mozambique	24	44	17	39	100	30	46/59	56/46	32/46	32/58	1/25	30
2	Afganistán	21	39	17	29	80	17	8/30	3/25	3/25	6/20	3/ 3	11
3	Angola	35	75	19	30*	...	...	1/47	1/23	1/23	1/38	1/26	12
4	Mali	41	53	38	15	...	...	19/82	1/42	1/42	1/43	1/31	41
5	Sierra Leona	42	83	22	...	...	...	35/98	15/83	13/83	28/75	10/77	55
6	Malawi	56*	97*	50*	80	...	...	86/97	66/81	68/79	65/80	1/82	14
7	Guinea-Bissau	25	18	27	...	...	...	1/90	1/38	1/38	1/42	1/44	5
8	Guinea	32	55	24	47	100	40	4/53	1/17	1/17	15/18	5/10	63
9	Burkina Faso	69	44	72	49*	51*	48*	16/84	2/37	2/37	23/42	11/76	16
10	Níger	61	100	52	41	99	30	28/50	6/13	6/13	19/21	3/44	54
11	Etiopía	19	70	11	46	...	...	10/57	6/44	7/44	7/37	1/43	32
12	Chad	...	...	...	30	...	...	1/59	1/20	1/20	1/32	1/42	10
13	Somalia	37	50	29	27*	50*	15*	3/31	2/18	2/18	3/30	5/ 5	38
14	Mauritania	66	67	65	40	...	...	57/75	18/28	18/28	45/33	1/40	54
15	Liberia	55	93	22	39	50	30	87/62*	39/28*	26/28*	99/55*	60/20*	9
16	Rwanda	50*	79*	48*	27*	40*	25*	51/92	17/84	15/83	42/83	5/87	24
17	Camboya	3*	10*	2*	53	80	50	1/54	1/40	1/40	1/34	1/...	6
18	Burundi	38	100	34	61	...	...	65/97	38/86	6/86	30/75	25/56	30
19	Bhután	32	60	30	65	...	...	36/99	13/95	11/95	21/89	1/63	40
20	Nepal	37	66	34	...	...	...	32/97	16/79	1/78	2/67	4/28	14
21	Yemen	38*	56*	30*	38	...	...	14/71	21/53	21/53	33/45	1/ 8	7
22	Senegal	54*	79*	38*	40	...	...	1/92	1/60	1/66	1/59	1/45	27
23	Bangladesh	81	39	89	45	...	...	1/86	1/62	1/62	1/54	1/74	26
24	Madagascar	22	62	10	56	...	...	25/67	40/46	1/46	1/33	1/60	11
25	Sudán	46	56	43	51	90	40	3/73	1/62	1/62	1/57	1/14	36
26	Tanzania	56	75	46	76*	99*	72*	70/93	58/85	49/82	76/83	36/42	37
27	Rep. Centroafricana	12	13	11	45	...	...	1/96	1/82	1/82	1/82	1/87	20
28	Namibia	...	...	...	...	...	...	1/85	1/53	1/53	1/41	1/50	...
29	Nigeria	...	...	54	66	85	62	23/96	24/57	24/57	55/54	11/58	35
30	Gabón	68	90	50	90*	...	...	1/96	1/78	1/78	1/76	1/86	10
31	Uganda	21	43	18	61*	90*	57*	18/99	9/77	8/77	22/74	20/31	15
32	Bolivia	53	77	27	63	90	36	30/48	13/41	15/50	17/53	1/20	60
33	Pakistán	56	80	45	55	99	35	11/98	3/96	3/96	2/97	1/87	42
34	Lao, R.D.P.	29	47	25	67	...	...	4/26	7/18	7/26	7/13	2/10	30
35	Camerún	44	50	39	41	44	39	8/76	5/56	5/54	16/56	1/63	22
36	Benín	54	66	46	18	...	...	1/92	1/67	1/67	1/70	1/83	45
37	Togo	71	100	61	61	...	...	44/94	9/61	9/61	47/57	57/81	33
38	India	75	79	73	...	...	...	12/97	31/92	7/93	1/87	24/77	13
Países con alta mortalidad infantil (TMM5 de 71 a 140)													
Mediana	61	85	41	75	97	50	61/83	42/75	42/76	33/73	10/48	45	
39	Ghana	57	93	39	60	92	45	67/81	22/57	25/56	23/60	11/33	21
40	Côte d'Ivoire	...	...	...	30*	61*	11*	70/63	42/48	34/48	28/42	25/63	16
41	Haití	36	59	27	50	...	...	60/72	14/41	3/40	1/31	1/23	24
42	Zaire	33	59	17	26	40	17	34/65	18/32	18/31	23/31	1/29	40
43	Lesoto	48	59	45	80	...	...	81/97	56/76	54/75	49/76	1/...	68
44	Zambia	60	76	43	75*	100*	50*	72/97	44/79	77/78	21/76	1/68	87
45	Perú	61	78	22	75*	...	...	63/83	18/72	18/73	24/64	4/ 9	25
46	Libia, Jamahiriya Árabe	94	100	80	...	...	...	55/90	55/84	55/84	57/70	6/ 6	60
47	Marruecos	61	100	25	70	100	50	1/96	43/81	45/81	1/79	1/64	14
48	Congo	38	92	2	83	97	70	92/90	42/79	42/79	49/75	1/60	13
49	Kenia	31*	61*	21*	...	...	...	1/80	1/74	1/71	1/59	1/37	80
50	Argelia	71*	85*	55*	88	100	80	59/99	33/89	30/89	17/83	1/27	26
51	Indonesia	46	60	40	80	...	...	55/93	1/87	1/91	1/86	10/41	39
52	Guatemala	61	91	41	34	47	25	29/62	42/66	42/74	8/68	1/48	24
53	Arabia Saudita	94	100	74	97	100	88	49/99	53/94	52/94	12/90	1/62	45
54	Sudafrica	...	...	...	...	...	...	1/85	1/67	1/69	1/63	1/...	...
55	Myanmar	33	43	29	33	100	11	15/66	5/61	1/61	1/44	6/56	19
56	El Salvador	48	84	19	56	80	40	47/60	42/76	38/76	44/75	20/12	45
57	Zimbabwe	66	31	80	71	100	62	64/71	39/73	38/72	56/69	1/60	77
58	Iraq	92	100	72	93	97	78	76/96	13/75	16/75	33/62	4/67	70
59	Egipto	73*	92*	56*	...	...	...	71/88	82/87	84/87	65/86	10/63	83
60	Botswana	54*	84*	46*	89*	100*	85*	80/92	64/86	71/82	68/78	32/62	66
61	Turquía	78*	95*	63*	...	...	...	42/...	64/74	69/74	52/67	1/15	...
62	Mongolia	65	78	50	...	...	...	53/92	99/84	99/85	1/86	1/...	59
63	Honduras	73	89	60	66	80	56	46/71	38/84	37/87	38/90	11/51	66

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1990 (véase tabla 1)

		Población con acceso a agua potable %			Población con acceso a servicios de salud %			Población con inmunización completa 1981/1985-1990				Mujeres embarazadas Tercera Trimestre	Uso de la TRO % 1987-89
		1985-1990			1985-1990			Niños de un año					
		Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	TB	DPT	Polio	Sarampión		
64	Ecuador	58	75	37	75	92	40	82/88	26/68	19/67	31/61	4/ 8	70
65	Brasil	97	100	86	-	-	-	62/78	47/81	99/93	73/78	1/62	45
66	Papua Nueva Guinea	34	93	23	96	-	-	64/89	50/69	32/69	1/67	1/70	46
67	Nicaragua	54	78	19	83	100	60	65/81	23/65	52/86	20/82	1/25	38
68	Rep. Dominicana	63	86	28	80	-	-	34/68	27/69	42/90	17/96	26/24	22
Países con mortalidad infantil media (TMM5 de 21 a 70)													
Mediana		77	91	60	81	98	78	65/95	52/90	51/90	46/87	6/53	51
69	Filipinas	81	93	72	-	-	-	61/97	51/89	44/88	1/85	37/47	25
70	Viet Nam	42	50	40	80	100	75	1/90	1/87	1/87	1/87	1/18	65
71	Tunés	68	100	31	90*	100*	80*	65/99	36/90	37/90	65/87	2/40	63
72	Paraguay	34	65	7	61	-	-	42/90	28/78	26/76	16/69	6/58	52
73	Siria	70	90	50	75*	92*	60*	36/92	14/90	14/90	14/87	3/84	67
74	Irán, Rep. Islámica de	89	98	76	80	95	65	6/95	29/93	47/91	48/83	2/47	71
75	Líbano	-	-	-	-	-	-	1/82	1/82	1/82	1/39	1/10	10
76	Jordania	99	100	98	97	98	95	81/92	87/92	87/92	40/87	2/23	68
77	Colombia	88	88	87	60	-	-	57/95	20/87	22/93	26/82	6/40	40
78	México	71	79	49	78	80	60	41/70	41/66	85/96	33/78	1/42	72
79	Omán	47	87	42	91	100	90	49/93	9/96	9/96	6/96	27/97	19
80	Venezuela	90*	93*	65*	-	-	-	77/63	54/63	75/72	43/62	1/49	49
81	China	74	87	68	90	100	80	1/99	1/97	1/98	1/98	1/40	40
82	Albania	-	-	-	-	-	-	93/94	94/94	92/96	90/96	1/10	10
83	Argentina	65	73	17	71	80	21	63/99	46/85	38/89	73/95	1/10	70
84	Corea Rep. Pop. Dem. de	-	-	-	-	-	-	52/99	52/98	51/99	31/99	1/99	52
85	Sri Lanka	60	80	55	93*	-	-	58/88	45/90	49/90	1/83	48/60	58
86	Tailandia	74	67	76	70	85	80	71/99	52/92	22/92	1/80	27/79	40
87	Rumania	-	-	-	-	-	-	1/96	1/96	1/95	1/79	1/10	10
88	URSS	-	-	-	-	-	-	1/92	95/68	95/75	95/85	1/10	10
89	Panamá	84	100	66	80*	95*	64*	77/97	49/86	50/86	53/99	1/27	29
90	Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	90*	-	-	18/96	45/85	45/85	42/75	1/24	24
91	Corea, Rep. de	79	91	49	93	97	86	42/72	61/74	62/74	5/95	1/10	10
92	Malasia	79	96	66	-	-	-	91/99	54/91	61/90	1/90	20/71	20
93	Mauricio	95	100	92	100	100	100	87/94	82/90	82/90	1/84	1/94	7
94	Chile	89	100	21	97	-	-	100/97	97/99	96/99	93/98	1/10	10
95	Uruguay	73	85	5	82	-	-	76/99	57/88	58/88	95/82	18/13	86
96	Yugoslavia	-	-	-	-	-	-	99/89*	90/91*	95/92*	95/93*	1/10	10
97	Costa Rica	92	100	84	80*	100*	63*	81/92	83/95	85/95	71/90	1/90	78
Países con baja mortalidad infantil (TMM5 menor de 20)													
Mediana		99	100	99	99	100	100	95/91	85/90	90/94	70/85	1/10	10
98	Jamaica	71	95	46	90	-	-	1/98	39/86	37/87	1/74	50/10	15
99	Kuwait	100	100	-	100	-	-	1/10	54/84	76/94	66/98	30/22	3
100	Polonia	11	31	33	99	99	99	95/95	95/96	95/96	65/95	1/10	10
101	Bulgaria	-	-	-	-	-	-	97/99*	97/99*	98/99*	98/99*	98/10	10
102	Trinidad y Tabago	98*	100*	95*	99	-	-	52/82	52/82	55/87	1/70	1/10	60
103	Hungría	-	-	-	-	-	-	99/99	99/99	98/99	99/99	1/10	10
104	Portugal	-	-	-	-	-	-	74/87	75/92	16/92	70/100	1/10	10
105	Cuba	-	-	-	-	-	-	97/98	67/92	82/94	49/94	1/88	75
106	República Checa	-	-	-	-	-	-	95/99	95/99	95/99	95/91	1/10	10
107	Nueva Zelanda	97	100	82	-	-	-	1/10*	72/69*	1/75*	1/67*	1/10	10
108	Israel	-	-	-	-	-	-	70/10	84/87*	91/93*	69/86*	1/10	10
109	Grecia	-	-	-	-	-	-	95/10	95/83*	95/98*	1/82*	1/10	10
110	EE.UU.	-	-	-	-	-	-	1/97*	1/97*	1/97*	96/98*	1/10	10
111	Italia	-	-	-	-	-	-	1/85*	1/85*	1/85*	1/50	1/10	10
112	Noruega	-	-	-	-	-	-	1/87	1/87	1/84	1/84	1/10	10
113	Australia	-	-	-	-	-	-	1/93	1/93	1/95	1/85	1/10	10
114	España	-	-	-	-	-	-	1/73*	1/73*	1/73*	1/84*	1/10	10
115	Bélgica	-	-	-	-	-	-	1/95	95/80	99/95	50/75	1/10	10
116	Austria	-	-	-	-	-	-	90/90*	90/90*	90/90*	90/90*	1/10	10
117	Reino Unido	-	-	-	-	-	-	1/75	44/75	71/87	52/80	1/10	10
118	Singapur	100	100	-	100	100	-	83/99	87/85	88/85	57/87	1/10	10
119	Francia	-	-	-	-	-	-	80/80	79/95	80/95	1/60	1/10	10
120	Suiza	-	-	-	-	-	-	1/90	1/90	1/98	1/90	1/10	10
121	Dinamarca	-	-	-	-	-	-	95/10	85/99	97/100	1/80	1/10	10
122	Irlanda	-	-	-	-	-	-	1/80	36/77	76/72	1/68	1/10	10
123	Alemania	-	-	-	-	-	-	54/84	58/95	83/95	50/60	1/10	10
124	Canadá	-	-	-	-	-	-	1/85*	1/85*	1/85*	1/85*	1/10	10
125	Países Bajos	-	-	-	-	-	-	1/97	97/94	97/94	93/93	1/10	10
126	Hong Kong	100	100	96	99*	-	-	99/99	84/88	94/96	1/41	1/10	10
127	Finlandia	-	-	-	-	-	-	90/91	92/90	90/90	70/95	1/10	10
128	Suecia	-	-	-	-	-	-	1/14*	99/99*	99/98*	56/94*	1/10	10
129	Japón	-	-	-	-	-	-	85/85	1/87	1/93	1/77	1/10	10

TABLA 4: EDUCACIÓN

		Tasa alfabetización adultos				N° de receptores (1000 hab.)		Tasa escolarización enseñanza primaria				Alumnos que terminan con éxito enseñanza primaria %		Tasa bruta escolarización secundaria 1985-1989	
		1970		1990		radio		1980 (bruta)		1986-89 (bruta)		1986-89 (neta)		1985-1987	
		hombres	mujeres	hombres	mujeres	radio	televisión	mascul.	femen.	mascul.	femen.	mascul.	femen.	mascul.	femen.
Países con muy alta mortalidad infantil (TMM5 mayor de 140)															
Mediana		27	8	49	24	93	6	35	16	70	50	52	38	50	19
1	Mozambique	29	14	45	21	39	1	60	36	76	59	49	41	34	7
2	Albanistan	13	2	44	14	102	8	15	2	33	17	..	..	78	10
3	Angola	16	7	56	29	50	6	..	..	101	85	..	..	24	17
4	Mali	11	4	41	24	38	..	14	6	29	17	23	14	40	9
5	Sierra Leona	18	8	31	11	218	9	30	..	65	40	..	..	..	23
6	Malawi	42	18	..	..	242	..	..	45	79	65	56	47	31	5
7	Guinea-Bissau	13	6	50	24	38	..	..	..	69	37	52	29	19	9
8	Guinea	21	7	35	13	34	3	44	16	42	19	31	15	43	13
9	Burkina Faso	13	3	28	9	25	5	12	5	41	24	34	20	68	8
10	Niger	6	2	40	17	63	4	7	3	38	21	..	..	75	8
11	Etiopia	8	..	..	..	193	2	11	3	44	28	31	22	50	18
12	Chad	20	2	42	18	235	1	29	4	73	29	52	23	78	10
13	Somalia	5	1	27*	9*	40	0	13	13	20	10	14	8	33*	..
14	Mauritania	..	..	47	21	143	1	13	3	61	43	..	..	78	23
15	Liberia	27	8	50	29	225	18	45	18	43	24	..	..	..	..
16	Rwanda	43	21	64	37	57	..	..	..	67	64	63	63	46	7
17	Camboya	..	..	48	22	107	8	..	..	..	..	..	..	50*	45
18	Burundi	29	10	61	40	56	0	27	9	68	50	52	37	87	6
19	Bhután	..	..	51	25	15	..	5	..	31	20	..	..	7	2
20	Nepal	23	3	38	13	33	2	19	1	112	57	84	35	27*	35
21	Yemen	14	3	47*	21*	44	12	..	..	132	39	..	..	31*	42
22	Senegal	18	5	52	25	111	34	36	..	70	49	59	41	85	19
23	Bangladesh	36	12	47	22	41	4	66	26	76	64	67	44	20	24
24	Madagascar	56	43	88	73	196	6	58	45	99	95	67	65	48*	23
25	Sudan	28	6	43	12	233	53	35	14	58*	41*	23*	17*	76	23
26	Tanzania	48	18	93*	88*	20	1	33	18	67	66	50	51	71	5
27	Rep. Centroafricana	26	6	52	25	62	3	53	12	83	51	59	39	56	17
28	Namibia	..	..	..	..	125	11	..	..	..	..	..	..	..	..
29	Nigeria	35	14	62	40	164	6	46	27	68	63	..	..	63*	28
30	Gabón	43	22	74	49	135	23	..	..	..	..	..	..	44	..
31	Uganda	52	30	62	35	99	6	..	32	76	63	43	38	76	16
32	Bolivia	68	46	85	71	574	77	78	50	97	85	88	78	60	40
33	Pakistán	30	11	47	21	86	13	46	13	51	28	..	..	49*	26
34	Lao, R.D.P.	37	28	..	..	124	3	34	16	122	98	..	..	38*	23
35	Camerún	47	19	66	43	126	12	87	43	119	102	85	74	70	32
36	Benin	23	8	32	16	76	4	38	15	83	43	66	34	36	23
37	Togo	27	7	56	31	179	6	63	24	124	78	87	59	52	36
38	India	47	20	62	34	78	7*	80	40	114	83	..	..	40*	50
Países con alta mortalidad infantil (TMM5 de 71 a 140)															
Mediana		55	37	76	60	164	55	68	52	100	92	84	80	67	35
39	Ghana	43	18	70	51	294	13	52	25	81	66	..	..	..	49
40	Côte d'Ivoire	26	10	67	40	128	54	68	24	82	58	..	..	73	26
41	Haití	26*	17*	59	47	40	4	50	42	86	80	44	42	32	20
42	Zaire	61	22	84	61	99	1	88	32	86	85	..	..	60	32
43	Lesotho	49	74	..	..	68	1	63	102	101	123	..	..	52	20
44	Zambia	66	37	81	65	74	15	51	34	102	92	..	..	80	..
45	Perú	81	60	92	79	241	85	95	71	125	120	..	..	70	68
46	Libia, Jamahiriya Árabe	60	13	75	50	223	70	92	24	..	..	..	..	82	..
47	Marruecos	34	10	61	38	207	55*	67	27	80	53	65	46	67	43
48	Congo	50	19	70	44	122	3	103	53	..	..	..	..	71	37*
49	Kenya	44	19	80	59	91	6	84	30	95	91	..	..	51	27
50	Argelia	39	11	70	46	229	71	55	37	106	87	97	81	90	61
51	Indonesia	66	42	84	62	146	41	86	58	121	117	100	97	80	53
52	Guatemala	51	37	63	47	63	37	50	39	82	70	..	..	36	21
53	Arabia Saudita	15	2	73	48	280	269	22	..	78	85	64	48	90	52
54	Sudáfrica	..	..	..	..	323	98	94	85	..	..	..	..	..	..
55	Myanmar	85	57	89	72	79	2	61	..	106	100	..	..	33*	25
56	El Salvador	61	53	76	70	402	84	..	..	79	81	71	62	31	27
57	Zimbabwe	63	47	74	60	85	22	..	..	130	126	100	100	74	49
58	Iraq	50	18	70	49	200	68	94	36	104	87	90	82	73	60
59	Egipto	50	20	63	34	312	84	80	52	100	79	..	..	95	79
60	Botswana	37	44	84	65	134	7	35	48	114	120	94	100	89	31
61	Turquia	69	34	90	71	161	172	90	58	121	113	..	..	97	57
62	Mongolia	87	74	..	..	130	32	79	78	100	103	..	..	..	88
63	Honduras	55	50	76	71	383	68	68	67	104	108	89	94	43	28

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1990 (véase tabla 1)

		Tasa alfabetización adultos				N° de receptores (1000 hab.) 1988		Tasa escolarización enseñanza primaria						Alumnos que terminan con éxito enseñanza primaria % 1985-1987	Tasa bruta escolarización enseñanza secundaria 1986-1989	
		1970		1990		radio	televisión	1960 (bruta)		1986-89 (bruta)		1986-89 (neta)			mascul	femen
		hombres	mujeres	hombres	mujeres			mascul	femen	mascul	femen	mascul	femen			
64	Ecuador	75	68	88	84	293	81	87	79	118	116	..	..	63	55	57
65	Brasil	69	63	83	80	371	194	97	93	..	..	..	..	22	32	42
66	Papua Nueva Guinea	39	24	65	38	84	2	59	7	79	67	78	..	62	16	10
67	Nicaragua	58	57	..	..	246	61	65	66	94	104	74	79	35	29	58
68	Rep. Dominicana	69	65	85	82	166	81	99	98	99	103	..	78	35	..	..
Países con mortalidad infantil media (TMM5 de 21 a 70)																
Mediana		83	74	90	86	241	110	100	92	106	104	96	89	87	57	58
69	Filipinas	84	81	90	90	135	37	98	93	109	111	97	94	75	66	71
70	Viet Nam	..	..	92	84	103	34	..	..	107	94	..	..	57*	44	41
71	Túnez	44	17	74	56	180	69	88	43	121	105	100	89	72	46	38
72	Paraguay	85*	75*	92	88	166	24	105	90	106	102	91	84	50	30	29
73	Siria	60	20	78	51	244	59	89	39	115	104	100	94	89	69	47
74	Iran, Rep. Islámica de	40	17	65	43	237	53	56	27	123	109	99	89	87	57	44
75	Líbano	79*	58*	88	73	773	302	105	99	105	95	..	..	..	57	56
76	Jordania	64	29	89	70	238	70	94	59	98	99	88	88	96	80	78
77	Colombia	79	76	88	86	170	110	77	77	112	115	72	74	57	55	56
78	México	78	69	90	85	241	124	82	77	118	115	..	..	69	54	53
79	Omán	..	..	..	..	649	740	..	..	105	95	85	77	92	46	34
80	Venezuela	79	71	87	90	428	147	100	100	..	107	107	88	90	48	59
81	China	..	..	84	62	184	24	..	..	142	126	100	95	77*	50	37
82	Albania	..	..	..	..	168	83	102	86	100	99	..	..	..	80	71
83	Argentina	94	92	96	95	666	217	98	99	107	114	..	..	..	69	78
84	Corea Rep. Pop. Dem. de	..	..	..	..	111	12	..	..	100	100	..	..	99	100	100
85	Sri Lanka	85	69	93	84	191	32	100	90	108	105	100	100	94	63	74
86	Tailandia	86	72	96	90	177	104	88	79	98	94	..	..	64*	32	28
87	Rumania	96	91	..	..	291	174*	101	95	..	..	..	..	..	79	80
88	URSS	98	97	..	..	686	319	100	100	106	104	..	..	98	..	..
89	Panamá	81	81	88	88	222	164	98	94	108	104	90	89	82	56	63
90	Emiratos Árabes Unidos	24	7	58*	38*	321	107	..	..	104	104	93	89	88	55	68
91	Corea, Rep. de	94	81	99	94	986	203	99	89	107	108	100	99	99	91	83
92	Malasia	71	48	87	70	438	142	108	83	102	102	..	..	99	59	57
93	Mauricio	77	59	..	..	264*	188*	103	93	104	105	94	95	98	53	53
94	Chile	90	88	94	93	338	183	111	107	101	99	..	..	85	72	78
95	Uruguay	93*	93*	97	96	595	173	111	111	110	108	..	..	86	68	76
96	Yugoslavia	92	76	97	88	195*	179*	113	108	95	94	..	..	98	82	79
97	Costa Rica	88	87	93	93	259	80	97	95	100	97	85	85	76	40	43
Países con baja mortalidad infantil (TMM5 menor de 20)																
Mediana		95	89	..	..	586	379	105	103	102	102	97	97	95	86	87
98	Jamaica	96	97	98	99	401	110	92	93	102	105	96	99	82	62	68
99	Kuwait	65	42	77	67	329	262	131	102	94	91	..	77	90	86	79
100	Polonia	98	97	..	..	294*	263*	110	107	101	101	99	99	93	78	82
101	Bulgaria	94	89	..	..	224*	189*	94	92	105	103	..	..	86	75	76
102	Trinidad y Tabago	95	89	..	..	458	297	..	..	99	100	87	88	84	80	85
103	Hungría	98	98	..	..	590	404	103	100	97	97	94	96	92	69	70
104	Portugal	78	65	89	82	215	160*	132	129	131	123	..	..	..	47	56
105	Cuba	86	87	95	93	337	203	109	109	107	101	97	94	91	85	96
106	Checoslovaquia	..	..	..	..	274*	395	93	93	95	96	..	..	93	27	49
107	Nueva Zelanda	..	..	..	..	917	372	110	106	107	106	100	100	..	84	86
108	Israel	93	83	..	..	468	265	99	97	94	97	..	..	..	79	87
109	Grecia	93	76	98	89	415	175*	104	101	106	106	91	92	99	89	80
110	EE.UU.	99	99	..	..	2120	812	..	..	101	100	97	97	..	98	99
111	Italia	95	93	98	96	790	419	112	109	..	..	97	98	100	76	76
112	Noruega	..	..	..	..	795	350*	100	100	95	95	97	97	100	92	97
113	Australia	..	..	..	..	1273	484	103	103	106	105	97	98	..	96	99
114	España	93	87	97	93	302	380	106	116	113	113	98	98	98	97	107
115	Bélgica	99	99	..	..	466*	320*	111	108	99	100	82	83	78	99	100
116	Austria	..	..	..	..	627	487	106	104	102	101	..	..	95	78	81
117	Reino Unido	..	..	..	..	1146	435	92	92	105	106	97	97	..	82	85
118	Singapur	92	55	..	..	307*	360	121	113	110	107	100	100	95	70	71
119	Francia	99	98	..	..	895	399	144	143	114	113	100	100	94	89	96
120	Suiza	..	..	..	..	401*	408	118	118	..	..	..	..	99	..	..
121	Dinamarca	..	..	..	..	452*	526	103	103	98	99	..	..	100	106	107
122	Irlanda	..	..	..	..	581	260	107	112	100	100	..	..	..	91	101
123	Alemania	..	..	..	..	895	378*	..	..	103	102	..	..	99	92	88
124	Canadá	..	..	..	..	960	586	108	105	106	104	97	97	..	104	104
125	Países Bajos	..	..	..	..	912	478	105	104	114	116	85	88	94	105	103
126	Hong Kong	90*	64*	..	..	634	247	93	79	106	105	..	95	98*	71	76
127	Finlandia	..	..	..	..	997	486	100	95	102	101	..	..	98	98	114
128	Suecia	..	..	..	..	875	395*	95	96	100	100	..	..	100	90	92
129	Japón	99	99	..	..	863	589	103	102	102	102	100	100	100	95	97

TABLA 5: INDICADORES DEMOGRÁFICOS

	Población (millones) 1990		Tasa de crecimiento anual de la población %		Tasa bruta de mortalidad		Tasa bruta de natalidad		Esperanza de vida		Tasa global de fecundidad 1990	Población urbana % 1990	Tasa anual crecimiento de la población urbana %	
	Menores 15 años	Menores 5 años	1965-80	1980-90	1980	1990	1980	1990	1980	1990			1965-80	1980-90
Países con muy alta mortalidad infantil (TMM5 mayor de 140)														
Mediana	655T	241T	2.5	2.8	26	16	48	47	39	50	6.6	27	5.4	5.6
1 Mozambique	7.2	2.8	2.5	2.6	26	18	47	45	37	48	6.3	27	11.8	9.7
2 Afganistán	7.3	3.0	2.4	0.3	30	23	52	51	33	43	6.9	18	6.0	1.8
3 Angola	4.7	1.8	2.8	2.6	31	19	50	47	33	46	6.4	28	6.4	5.6
4 Mali	4.5	1.8	2.1	2.9	29	20	52	51	35	45	7.1	19	4.9	4.0
5 Sierra Leona	1.9	0.8	2.0	2.4	33	23	48	48	32	42	6.5	32	4.3	5.1
6 Malawi	4.4	1.8	2.9	3.5	28	20	54	56	38	48	7.6	12	7.8	6.0
7 Guinea-Bissau	0.4	0.2	1.2	1.9	29	22	40	43	34	43	5.8	20	1.7	3.5
8 Guinea	2.8	1.1	1.9	2.5	31	21	53	51	34	44	7.0	26	6.6	5.5
9 Burkina Faso	4.2	1.6	2.0	2.6	28	18	52	47	36	48	6.5	9	3.4	5.1
10 Níger	3.9	1.5	2.7	3.2	29	20	53	52	35	46	7.1	19	6.9	7.1
11 Etiopía	23.5	9.3	2.7	2.4	28	20	51	49	36	46	6.8	13	6.6	4.5
12 Chad	2.6	1.0	2.0	2.4	30	19	46	44	35	47	5.8	30	9.2	6.2
13 Somalia	3.7	1.4	2.7	3.4	28	19	49	49	36	46	6.6	36	6.1	5.7
14 Mauritania	0.9	0.4	2.3	2.7	28	18	48	46	35	47	6.5	47	12.4	7.4
15 Liberia	1.2	0.5	3.0	3.2	25	15	50	47	41	54	6.8	46	6.2	5.9
16 Rwanda	3.7	1.5	3.3	3.4	22	16	50	51	42	50	8.1	8	6.3	7.7
17 Camboya	3.0	1.4	0.3	2.5	21	16	45	39	42	50	4.6	12	1.9	3.8
18 Burundi	2.6	1.0	1.9	2.8	23	17	46	47	41	49	6.8	6	1.8	5.4
19 Bhután	0.6	0.2	1.6	2.0	25	16	43	38	38	49	5.5	5	3.7	5.0
20 Nepal	8.5	3.1	2.4	2.5	26	14	46	38	38	52	5.7	10	5.1	7.0
21 Yemen	6.1	2.4	2.3	3.5	28	15	53	52	36	51	7.7	29	6.4	7.1
22 Senegal	3.5	1.3	2.5	2.8	27	17	50	45	37	48	6.3	38	4.1	3.7
23 Bangladesh	53.5	19.0	2.7	2.7	23	15	47	41	40	52	5.3	16	8.0	6.5
24 Madagascar	5.7	2.2	2.5	3.1	24	13	48	45	41	55	6.6	24	5.7	5.8
25 Sudán	11.9	4.5	3.0	3.0	25	15	47	44	39	51	6.4	22	5.1	4.1
26 Tanzania	14.0	5.6	3.3	3.7	24	13	51	50	41	54	7.1	33	8.7	10.6
27 Rep. Centroafricana	1.4	0.6	1.8	2.7	26	17	43	45	39	50	6.2	47	4.8	4.7
28 Namibia	0.9	0.3	1.0	3.1	23	11	46	43	42	58	5.9	28	1.9	5.1
29 Nigeria	53.8	21.1	2.5	3.2	25	15	52	48	40	52	6.8	35	4.8	5.9
30 Gabón	0.4	0.2	3.5	3.7	24	16	31	41	41	53	5.2	46	4.2	6.2
31 Uganda	9.7	3.9	2.9	3.6	21	15	50	52	43	52	7.3	10	4.1	5.4
32 Bolivia	3.4	1.3	2.5	2.7	22	13	46	42	43	55	5.9	51	2.9	4.2
33 Pakistán	58.4	23.0	3.1	3.6	24	12	49	44	43	58	6.2	32	4.3	4.9
34 Lao, R.D.P.	1.9	0.7	0.6	2.6	23	16	45	45	40	50	6.7	19	4.8	5.8
35 Camerún	5.8	2.3	2.7	3.1	25	14	44	47	39	54	6.9	41	8.1	5.8
36 Benín	2.3	0.9	2.7	2.9	33	19	47	49	35	47	7.1	38	10.2	4.7
37 Togo	1.7	0.6	3.0	3.0	26	13	48	45	39	54	6.6	26	7.2	6.2
38 India	329.0	114.4	2.3	2.1	21	11	43	32	44	59	4.2	27	3.6	3.7
Países con alta mortalidad infantil (TMM5 de 71 a 140)														
Mediana	326T	114T	2.8	2.8	20	9	49	38	46	62	5.2	46	4.7	4.4
39 Ghana	7.1	2.8	2.2	3.4	19	13	48	44	45	55	6.3	33	3.4	4.1
40 Côte d'Ivoire	6.0	2.4	4.2	3.8	25	14	53	50	39	53	7.4	40	8.7	5.3
41 Haití	2.8	1.0	2.0	1.9	24	13	42	36	42	56	4.9	28	4.0	3.7
42 Zaire	17.2	6.6	2.8	3.0	23	14	47	46	41	53	6.1	39	7.2	4.5
43 Lesotho	0.8	0.3	2.3	2.8	24	12	43	41	42	57	5.8	20	14.6	6.8
44 Zambia	4.3	1.8	3.1	3.9	23	13	50	51	42	54	7.2	50	7.1	6.1
45 Perú	8.6	2.9	2.8	2.2	19	8	47	30	48	63	3.8	70	4.1	3.1
46 Libia, Jamahiriya Árabe	2.2	0.8	4.6	4.0	19	9	49	44	47	62	6.8	70	9.7	6.2
47 Marruecos	10.7	3.8	2.5	2.6	21	9	50	34	47	62	4.5	48	4.2	4.1
48 Congo	1.1	0.4	2.7	3.1	23	14	45	46	42	54	6.3	40	3.5	4.3
49 Kenia	12.6	4.7	3.6	3.7	23	11	53	47	45	60	6.9	24	9.0	7.5
50 Argelia	11.5	3.8	3.1	2.9	20	8	51	35	47	65	5.1	52	3.8	4.6
51 Indonesia	70.0	22.8	2.3	2.0	23	9	44	28	41	61	3.3	31	4.7	5.2
52 Guatemala	4.4	1.6	2.8	2.8	20	8	49	40	46	63	5.6	39	3.6	3.4
53 Arabia Saudita	6.7	2.5	4.6	4.1	23	7	49	42	44	65	7.1	77	8.5	5.6
54 Sudáfrica	13.8	4.9	2.4	2.2	17	9	42	31	49	62	4.3	59	2.6	3.4
55 Myanmar	16.4	5.6	2.3	2.1	21	9	42	30	44	61	3.9	25	2.8	2.4
56 El Salvador	2.5	0.8	2.7	1.5	16	8	49	36	51	64	4.7	44	3.5	2.2
57 Zimbabue	4.6	1.7	3.1	3.1	20	10	53	41	45	60	5.6	28	7.5	5.4
58 Iraq	9.2	3.4	3.4	3.5	20	7	49	42	49	65	6.1	71	5.3	4.3
59 Egipto	21.7	7.6	2.4	2.5	21	10	45	33	46	60	4.3	47	2.9	3.1
60 Botswana	0.7	0.3	3.5	3.7	21	11	52	46	46	60	6.7	28	15.4	9.7
61 Turquía	20.5	7.1	2.4	2.3	18	8	45	28	50	65	3.5	61	4.3	5.7
62 Mongolia	1.0	0.3	3.0	2.8	18	8	43	35	47	63	4.9	52	4.5	2.9
63 Honduras	2.4	0.9	3.2	3.4	19	8	51	39	46	65	5.2	44	5.5	5.3

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1990 (véase tabla 1)

		Población (millones)		Tasa de crecimiento anual de la población %		Tasa bruta de mortalidad		Tasa bruta de natalidad		Esperanza de vida		Tasa global de fecundidad	Población urbana %	Tasa anual crecimiento de la población urbana %	
		1990	1995	1965-80	1980-90	1960	1990	1960	1990	1960	1990	1990	1990	1965-80	1980-90
64	Ecuador	4.4	1.5	3.1	2.6	15	7	46	32	53	66	4.1	56	5.1	4.4
65	Brasil	56.1	19.0	2.4	2.1	13	8	43	27	55	66	3.3	75	4.5	3.4
66	Papúa Nueva Guinea	1.7	0.6	2.3	2.3	23	11	44	34	41	55	5.0	16	8.4	4.2
67	Nicaragua	1.9	0.7	3.1	3.3	18	7	51	40	47	65	5.3	60	4.6	4.5
68	Rep. Dominicana	2.9	1.0	2.7	2.3	16	7	50	30	52	67	3.5	60	5.3	4.1
Países con mortalidad infantil media (TMM5 de 21 a 70)															
Mediana		634T	214T	2.5	2.0	13	6	43	26	57	70	3.0	54	4.0	3.2
69	Filipinas	26.4	9.2	2.9	2.6	15	7	46	32	53	64	4.1	43	4.0	3.9
70	Viet Nam	27.7	9.3	1.0	2.2	23	9	42	31	44	63	3.9	22	4.1	3.4
71	Túnez	3.3	1.1	2.1	2.5	19	7	47	29	48	67	3.7	54	4.2	2.9
72	Paraguay	1.8	0.7	2.8	3.1	9	7	43	34	64	67	4.5	47	3.2	4.4
73	Siria	6.3	2.4	3.4	3.5	18	6	47	44	50	66	6.5	50	4.5	4.3
74	Irán, Rep. Islámica de	25.2	8.2	3.2	3.4	21	7	47	34	50	66	5.0	57	5.5	4.7
75	Libano	1.0	0.4	1.6	0.1	14	8	43	31	60	66	3.6	84	4.6	1.1
76	Jordania	1.9	0.7	2.6	3.2	23	6	50	39	47	67	5.8	68	5.3	4.4
77	Colombia	12.6	4.1	2.2	2.0	13	6	45	27	57	69	3.0	70	3.5	2.9
78	México	35.1	11.6	3.1	2.3	12	6	46	28	57	70	3.3	73	4.5	3.2
79	Omán	0.7	0.3	3.6	4.2	28	7	51	44	40	66	7.1	11	8.1	7.9
80	Venezuela	8.0	2.7	3.5	2.7	10	5	45	30	60	70	3.6	90	4.5	3.6
81	China	324.3	112.3	2.2	1.3	19	7	37	21	47	70	2.4	33	2.6	6.7
82	Albania	1.1	0.4	2.5	1.9	10	6	41	23	62	72	2.9	35	3.4	2.4
83	Argentina	10.3	3.2	1.6	1.4	9	9	24	21	65	71	2.9	86	2.2	1.8
84	Corea Rep. Pop. Dem. de	6.7	2.4	2.7	1.8	13	5	42	24	54	70	2.5	60	4.6	2.3
85	Sri Lanka	6.0	1.8	1.8	1.5	9	6	36	22	62	71	2.6	21	2.3	1.4
86	Tailandia	19.4	5.7	2.7	1.8	15	7	44	21	52	66	2.4	23	4.6	4.4
87	Rumania	5.8	1.7	1.1	0.5	9	11	20	15	65	71	2.1	53	3.4	1.2
88	URSS	77.9	25.3	0.9	0.8	7	10	24	18	68	71	2.3	66	2.2	1.3
89	Panamá	0.9	0.3	2.6	2.1	10	5	41	26	61	72	3.0	53	3.4	2.8
90	Emiratos Árabes Unidos	0.5	0.2	16.1	4.5	19	4	46	22	53	70	4.6	78	18.9	4.1
91	Corea, Rep. de	11.9	3.3	1.9	1.2	14	6	43	16	54	70	1.7	72	5.7	3.5
92	Malasia	7.2	2.6	2.5	2.6	15	5	44	30	54	70	3.8	43	4.5	4.8
93	Mauricio	0.3	0.1	1.6	1.1	10	6	44	18	59	70	1.9	40	4.0	0.7
94	Chile	4.3	1.5	1.8	1.7	13	6	37	23	57	72	2.7	86	2.6	2.2
95	Uruguay	0.9	0.3	0.4	0.6	10	10	22	17	68	72	2.4	85	0.7	0.8
96	Yugoslavia	5.7	1.7	0.9	0.7	10	9	24	14	63	73	1.9	56	3.0	2.8
97	Costa Rica	1.1	0.4	2.6	2.8	10	4	47	27	62	75	3.1	47	3.7	3.7
Países con baja mortalidad infantil (TMM5 menor de 20)															
Mediana		192T	59T	0.8	0.5	9	10	20	13	69	76	1.8	76	1.9	1.2
98	Jamaica	0.9	0.3	1.5	1.4	10	6	39	23	63	73	2.5	52	3.4	2.5
99	Kuwait	0.8	0.3	7.0	3.9	10	2	44	27	60	73	3.7	96	8.2	4.5
100	Polonia	10.3	3.0	0.8	0.8	8	10	24	16	67	72	2.2	62	1.8	1.4
101	Bulgaria	1.9	0.6	0.5	0.2	9	12	18	13	68	73	1.9	68	2.8	1.2
102	Trinidad y Tabago	0.5	0.2	1.3	1.7	9	6	38	25	64	72	2.8	69	5.0	3.6
103	Hungría	2.3	0.8	0.4	0.1	10	13	16	12	68	71	1.8	61	1.8	1.2
104	Portugal	2.4	0.7	0.6	0.5	11	10	24	13	63	74	1.7	34	2.0	1.8
105	Cuba	2.6	0.9	1.5	0.9	9	7	31	18	64	75	1.9	75	2.7	1.9
106	Checoslovaquia	3.9	1.1	0.5	0.2	10	12	17	14	70	72	2.0	77	1.9	1.6
107	Nueva Zelanda	0.8	0.3	1.3	0.9	9	8	26	16	71	75	2.0	84	1.5	0.9
108	Israel	1.5	0.5	2.8	1.7	6	7	27	22	69	76	2.9	92	3.5	2.0
109	Grecia	2.1	0.6	0.7	0.4	8	10	19	12	69	76	1.7	62	2.5	1.2
110	EE.UU.	56.9	18.3	1.0	0.9	9	9	23	15	70	76	1.8	75	1.2	1.1
111	Italia	10.4	2.8	0.6	0.1	10	10	18	10	69	76	1.4	69	1.0	0.4
112	Noruega	0.9	0.3	0.6	0.3	9	11	18	13	73	77	1.7	75	5.0	0.9
113	Australia	4.0	1.2	1.8	1.4	9	8	22	15	71	77	1.8	85	0.2	1.3
114	España	8.5	2.3	1.0	0.4	9	9	21	13	69	77	1.6	78	2.4	1.2
115	Belgica	1.9	0.6	0.3	0.0	12	12	17	12	70	75	1.6	97	0.5	0.2
116	Austria	1.4	0.4	0.3	0.0	13	12	18	12	69	75	1.5	58	0.1	0.7
117	Reino Unido	11.6	3.8	0.2	0.2	12	12	17	14	71	76	1.8	89	0.5	0.2
118	Singapur	0.7	0.2	1.6	-1.2	8	5	38	17	65	74	1.8	100	1.6	1.2
119	Francia	12.1	3.8	0.7	0.4	12	10	18	14	70	76	1.8	74	2.7	0.5
120	Suiza	1.2	0.4	0.5	0.4	10	10	18	12	71	77	1.5	60	1.2	0.9
121	Dinamarca	0.9	0.3	0.5	0.0	9	11	17	11	72	76	1.5	87	1.1	0.4
122	Irlanda	1.1	0.3	1.2	0.9	12	9	22	18	70	75	2.4	57	2.2	1.2
123	Alemania	13.2	4.3	0.2	-0.1	12	12	17	11	70	75	1.5	85	0.9	0.2
124	Canadá	5.9	1.8	1.3	1.0	8	8	26	14	71	77	1.7	77	1.5	1.2
125	Países Bajos	2.9	0.9	0.9	0.6	8	9	21	13	73	77	1.6	89	1.5	0.6
126	Hong Kong	1.3	0.4	2.1	1.5	7	6	35	13	66	77	1.4	94	2.3	1.8
127	Finlandia	1.0	0.3	0.3	0.4	9	10	19	12	68	75	1.7	60	2.5	0.4
128	Suecia	1.6	0.5	0.5	0.2	10	12	15	13	73	77	1.9	84	1.0	0.3
129	Japón	24.7	6.8	1.2	0.6	8	7	18	11	68	79	1.7	77	2.1	0.7

TABLA 6: INDICADORES ECONÓMICOS

		Tasa media anual de crecimiento		Tasa de inflación %	Población por debajo del nivel de pobreza absoluta %		% Gasto Gobierno central asignado a: (1986-90)			Flujos de ACO en millones de dólares 1989	Flujos de ACO en % PIB por receptor 1989	Servicio de la deuda en % exportación bienes y servicios		
		PNB per cápita (dólares)			1980-1989		1986-90					1970	1980	
		1989	1985-89		1980-89	urbana	rural	salud	educación					defensa
Países con muy alta mortalidad infantil (TMM5 mayor de 140)														
Mediana		290	0.8	-1.1	8	36	61	5	12	16	320	13	4	14
1	Mozambique	80	-	-6.0	35	50*	67*	5*	10*	35*	759	64	-	17
2	Afganistán	280*	0.6	-	-	18*	36*	-	-	-	95	-	-	-
3	Angola	610	-	-	-	-	-	6*	15*	34*	140	2	-	-
4	Mali	270	2.1*	1.0	4	27*	48*	4*	17*	17*	470	22	1	10
5	Sierra Leona	220	0.7	-3.2	54	-	65*	6	13	3	99	12	11	6*
6	Malawi	180	3.2	-0.1	15	25	85	7	11	7	394	27	8	17
7	Guinea-Bissau	180	-	1.5	-	-	-	-	-	-	102	59	-	27
8	Guinea	430	1.3	-	-	-	-	3*	11*	29*	346	15	-	13
9	Burkina Faso	320	1.7	2.3	5	-	-	5	14	18	284	10	7	8
10	Niger	290	-2.5	-5.0	3	-	35*	-	-	-	296	13	4	9
11	Etiopia	120	0.4	-1.1	2	60	65	-	-	-	702	12	11	34
12	Chad	190	-1.9	3.9	2	30*	56*	8*	8*	-	-	-	4	2
13	Somalia	170	-0.1	-1.3	43	40*	70*	1*	2*	38*	440	43	2	18
14	Mauritania	500	-0.1	-2.2	9	-	-	4*	23*	-	195	20	3	16
15	Liberia	450*	0.5	5.2*	-	-	23*	7	16	9	58	-	8	-
16	Rwanda	320	1.6	-1.9	4	30*	90*	5*	26*	-	238	11	1	14
17	Camboya	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	-	-	-
18	Burundi	220	2.4	1.6	4	55*	85*	4*	16*	16*	198	17	2	30
19	Bhután	190*	-	7.8*	-	-	-	5*	8*	-	40	-	-	-
20	Nepal	180	0.0	2.1	9	55*	61*	6	9	7	488	15	3	14
21	Yemen	650	-	-	-	-	-	-	-	-	338	5	-	17
22	Senegal	650	-0.5	0.0	7	-	-	-	-	-	652	14	3	21
23	Bangladesh	180	-0.3	0.7	11	86*	86*	10	11	10	1791	9	-	13
24	Madagascar	230	-0.4	-2.6	18	50*	50*	-	-	-	320	13	4	37
25	Sudán	420*	0.8	-1.8*	34*	-	85*	-	-	-	760	-	11	5
26	Tanzania	130	0.8	-1.6	26	-	-	6	8	16	918	30	5	13
27	Rep. Centroafricana	390	0.8	-1.5	7	-	-	-	-	-	189	17	5	6
28	Namibia	1030	-	-	13	-	-	14*	18*	5*	44	-	-	-
29	Nigeria	250	4.2	-3.6	14	-	-	1	3	3	339	1	4	21
30	Gabón	2960	5.6	-2.6	-1	-	-	-	-	-	134	4	6	9
31	Uganda	250	-2.2	-1.0	108	-	-	2	15	26	397	9	3	45
32	Bolivia	620	1.7	-3.5	392	-	-	1	12	6	432	10	11	26
33	Pakistán	370	1.8	2.9	7	32*	29*	1	3	30	1119	3	24	16
34	Lao, R.D.P.	180	-	0.0*	-	-	-	-	-	-	141	20	-	11
35	Camerún	1000	2.4	0.7	7	15*	40*	4	13	8	470	4	3	7
36	Benin	380	-0.3	-1.8	8	-	-	-	-	-	247	14	2	5
37	Togo	390	1.7	-2.4	5	42*	-	5	20	11	182	13	3	12
38	India	340	1.5	3.2	8	29*	33*	2	3	19	1874	1	22	19*
Países con alta mortalidad infantil (TMM5 de 71 a 140)														
Mediana		885	2.8	-0.7	12	31	51	7	15	11	227	4	7	17
39	Ghana	390	-0.8	-0.8	44	59*	37*	9	26	3	543	10	6	22
40	Côte d'Ivoire	790	2.8	-3.0	3	30	26	4	21	4	409	4	7	10
41	Haití	360	0.9	-0.7	7	65	80	-	-	-	198	8	59	6
42	Zaire	260	-1.3	-1.6	59	-	80*	4	6	14	637	7	4	4
43	Lesotho	470	6.8	-0.5	13	50*	55*	7	16	10	118	14	5	3
44	Zambia	390	-1.2	-3.8	38	25	-	7	9	-	388	13	6	11
45	Perú	1010	0.8	-1.6	160	46*	83*	6	16	20	300	1	12	4
46	Libia, Jamahiriya Árabe	5310	0.0	-9.9*	0	-	-	-	-	-	11	0	-	-
47	Marruecos	880	2.7	1.3	7	28*	45*	3	17	15	443	2	9	26
48	Congo	940	2.7	0.1	0	-	-	-	-	-	91	4	12	23
49	Kenya	360	3.1	0.4	9	10*	55*	5*	19*	8*	967	11	6	19
50	Argelia	2230	4.2	0.0	5	20*	-	-	-	-	153	0	4	68
51	Indonesia	500	5.2	3.6	8	20*	16*	2	10	8	1830	2	7	27
52	Guatemala	910	3.0	-2.6	13	17*	51*	8*	13*	19*	258	3	7	16
53	Arabia Saudita	6020	4.0*	-5.9	-4	-	-	-	-	-	16	0	-	-
54	Sudafrica	2470	3.2	-0.8	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-
55	Myanmar	220*	1.6	-	-	40*	40*	8	12	19	220	-	12	29
56	El Salvador	1070	1.5	-1.1	17	20	32	7	17	26	446	8	4	13
57	Zimbabue	650	1.7	-0.8	11	-	-	8	23	16	266	4	2	20
58	Iraq	2340*	-	-	30*	-	-	-	-	-	5	-	-	-
59	Egipto	640	2.8	2.8*	11	34*	34*	3	12	20	1578	5	38	17
60	Botswana	1600	9.9	6.7*	12	40	55	6	18	8	162	8	1	4
61	Turquía	1370	3.6	3.0	41	-	-	2	13	10	122	0	22	28
62	Mongolia	780*	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	-
63	Honduras	900	1.1	-1.2	5	31*	70*	-	-	-	256	6	3	10

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1990 (véase tabla 1)

		PNB per cápita (dólares) 1989	Tasa media anual de crecimiento PNB per cápita %		Tasa de inflación %	Población por debajo del nivel de pobreza absoluta % 1980-1989		% Gasto Gobierno central asignado a: (1985-90)			Flujos de AOD en millones de dólares 1989	Flujos de AOD en % PNB país receptor 1989	Servicio de la deuda en % exportación bienes y servicios	
			1985-89	1980-89		urbana	total	salud	educación	defensa			1970	1989
64	Ecuador	1020	5.4	-0.5	34	40	65	7	25	12	162	2	9	29
65	Brasil	2540	6.3	0.9	228			6	3	3	189	0	13	19
66	Papua Nueva Guinea	890		-0.7	6	10*	75*	9	15	4	334	10	1	16
67	Nicaragua	830*	-0.7	-4.7*	87*	21*	19*	11*	9*	50*	227		11	
68	Rep. Dominicana	790	3.8	-0.1	19	45*	43*	8*	10*	5*	141	3	4	7
Países con mortalidad infantil media (TMM5 de 21 a 70)														
Mediana		1775	3.7	-0.2	14	18	20	5	14	8	91	0	11	15
69	Filipinas	710	3.2	-1.8	15	52*	64*	4	17	13	831	2	8	20
70	Viet Nam	240*									138			
71	Tunez	1260	4.7	0.6	8	20*	15*	6	15	6	247	2	20	21
72	Paraguay	1030	4.1	-1.5	23	19*	50*	3	12	12	91	2	12	10
73	Siria	980	5.1	-2.1	15			2	10	40	139	1	11	19*
74	Irán, Rep. Islámica de	3200	2.9		14			6	20	14	89			
75	Libano	2150*									132			
76	Jordania	1640	5.8*	-3.0	2*	14*	17*	4	14	30	280	5	4	15
77	Colombia	1200	3.7	0.9	24	32*	70*				62	0	12	38
78	México	2010	3.6	-1.5	73			1	7	1	97	0	24	26
79	Oman	5220	9.0	5.3	-7			5	11	38	4	0		
80	Venezuela	2450	2.3	-2.3	16			10	20	6	21	0	3	20
81	China	350	4.1	8.2	6		13*			8*	2227	1		8
82	Albania										9			
83	Argentina	2160	1.7	-1.6	335			2	6	7	215	0	22	23
84	Corea Rep. Pop. Dem. de	970*									50			
85	Sri Lanka	430	2.8	2.4	11			6	11	7	558	8	11	13
86	Tailandia	1220	4.4	4.5	3	10*	25*	6	19	19	697	1	3	8
87	Rumania	1620*						1	2	5				24*
88	URSS	4550*												
89	Panamá	1760	2.8	-2.1	3	21*	30*	20	19	8	17	0	8	0
90	Emiratos Árabes Unidos	18430		-8.2	1			7	14	44	-6	0		
91	Corea, Rep. de	4400	7.3	8.8	5	18*	11*	2	19	27	-9	0	20	7
92	Malasia	2160	4.7	1.9	2	13	38	5*			139	0	4	12
93	Mauricio	1990	3.7	5.3	9	12*	12*	9	14	1	57	3	3	6
94	Chile	1770	0.0	1.0	21	12*	20*	4*	12*		61	0	19	15*
95	Uruguay	2620	2.5	-0.8	59	22*		4	9	8	38	0	22	20
96	Yugoslavia	2920	5.2	-0.7	97					55	43	0	10	8
97	Costa Rica	1780	3.3	0.4	25	8*	20*	17*	13*	3*	224	5	10	15
Países con baja mortalidad infantil (TMM5 menor de 20)														
Mediana		14485	3.3	1.9	6			11	9	7				
98	Jamaica	1260	-0.1	-1.7	19		80	7*	11*	8*	258	9	3	16
99	Kuwait	16150	0.6*	-2.1	3			8	14	14	4	0		
100	Polonia	1790		1.8	38									9
101	Bulgaria	2320			1									
102	Trinidad y Tabago	3230	3.1	-7.3	6		39*				6	0	5	11
103	Hungría	2590	5.1	1.4	8			2	2	5				23*
104	Portugal	4250	4.6	2.1	19						79	0	7	17
105	Cuba	1170*						23*	10*		27			
106	Checoslovaquia	3450			2									
107	Nueva Zelanda	12070	1.7	0.9	11			12	11	5				
108	Israel	9790	3.7	1.4	117			4	10	27	1192	3	3	
109	Grecia	5350	4.8	0.6	18						33	0	9	26*
110	EE.UU.	20910	1.8	2.2	4			13	2	25				
111	Italia	15120	3.2	2.1	10			10	8	3				
112	Noruega	22290	3.6	3.5	6			11	9	8				
113	Australia	14360	2.2	1.8	8			10	7	9				
114	España	9330	4.1	2.4	9			13	6	6				
115	Belgica	16220	3.6	1.7	5			2	13	5				
116	Austria	17300	4.0	1.9	4			13	9	3				
117	Reino Unido	14610	2.0	2.9	6			13	2	13				
118	Singapur	10450	8.3	5.7	2			4	19	21	95	0	1	
119	Francia	17820	3.7	1.6	7			21	8	6				
120	Suiza	29880	1.5	1.8	4			13	3	10				
121	Dinamarca	20450	2.2	2.2	6			1	9	5				
122	Irlanda	8710	2.8	0.8	8			13	11	3				
123	Alemania	20440*	3.0*	2.1*	3*									
124	Canadá	19030	3.3	2.6	5			6	3	7				
125	Países Bajos	15920	2.7	1.3	2			11	12	5				
126	Hong Kong	10350	6.2	5.7	7			8*	17*		23	0		
127	Finlandia	22120	3.6	2.9	7			11	14	5				
128	Suecia	21570	2.0	2.0	7			1	9	7				
129	Japón	23810	5.1	3.5	1									

TABLA 7: SITUACIÓN DE LA MUJER

		Esperanza de vida femenina/ masculina %	Tasa de alfabetización femenina/ masculina %	Tasa de escolarización		Prevalencia de anticonceptivos %	Mujeres embarazadas inmunizadas Tétanos %	Partos atendidos por personal especializado %	Tasa de mortalidad materna 1980-1990
		1990	1990	1985-1989 %	1985-1989 %	1980-1990	1985-1990	1980-1990	1980-1990
Países con muy alta mortalidad infantil (TMM5 mayor de 140)									
Mediana		106.3	48	65	50	5	44	28	570
1	Mozambique	106.5	47	78	57	4	25	28	300
2	Afganistán	102.4	32	52	70	2*	3	9*	640*
3	Angola	106.8	52	84	53	1*	26	15	..
4	Mali	109.3	59	59	44	3	31	27	2000
5	Sierra Leona	110.0	35	62	48	4*	77	25	450
6	Malawi	104.3	..	82	60	7	82	45	170
7	Guinea-Bissau	107.3	48	54	33	..	44	..	700*
8	Guinea	102.3	37	45	31	1*	10	25	800*
9	Burkina Faso	106.4	32	59	50	1	76	30	810
10	Niger	106.8	43	55	38	1*	44	47	700
11	Etiopía	106.8	..	64	67	2	43	14	..
12	Chad	106.7	43	40	20	1*	42	24*	960*
13	Somalia	109.1	33*	50	..	..	5	2	1100
14	Mauritania	108.9	45	70	43	1	40	20	..
15	Liberia	105.7	58	56	..	6	20*	87	..
16	Rwanda	106.3	58	96	71	10	87	22	210*
17	Camboya	106.3	46	..	44	..	..	47*	500
18	Burundi	106.4	66	74	50	7	56	19	..
19	Bhután	96.0	49	65	29	..	63	7	1310
20	Nepal	98.1	34	51	49	14	28	6	830
21	Yemen	102.9	45*	30	17	..	8	12	..
22	Senegal	104.3	48	70	53	5	45	41	600
23	Bangladesh	100.0	47	84	46	25	74	5	600
24	Madagascar	105.7	83	96	83	..	60	62	570
25	Sudán	104.0	28	71*	74	9	14	60	550
26	Tanzania	107.7	95*	99	60	1*	42	60	340*
27	Rep. Centroafricana	110.6	48	61	35	..	87	66	600
28	Namibia	105.4	..	..	..	..	50	..	370*
29	Nigeria	106.0	65	93	64	6	58	40*	800
30	Gabón	105.9	66	..	..	..	86	80	190
31	Uganda	108.0	56	83	56	5	31	38	300
32	Bolivia	109.6	84	88	88	30	20	42	600
33	Pakistán	100.0	45	55	42	8	87	40*	500
34	Lao, R.D.P.	106.3	..	80	96	..	10	..	..
35	Camerún	105.8	65	86	66	2*	63	10	430
36	Benin	108.9	50	52	39	9	83	45	160*
37	Togo	107.7	55	63	33	12	81	15*	420*
38	India	100.0	55	73	58	34	77	33	460
Países con alta mortalidad infantil (TMM5 de 71 a 140)									
Mediana		106.3	75	94	86	33	48	50	200
39	Ghana	107.5	73	81	61	13	33	55*	1000
40	Côte d'Ivoire	105.8	60	71	46	3	63	20	..
41	Haití	105.6	80	93	85	7	23	40	340*
42	Zaire	107.8	73	76	44	1*	29	..	800*
43	Lesotho	117.0	..	122	150	5*	..	40	..
44	Zambia	105.7	80	90	..	1*	68	39*	150
45	Perú	106.6	86	96	90	46	9	78*	300
46	Libia, Jamahiriya Árabe	106.7	67	..	..	..	6	76	80*
47	Marruecos	106.7	62	66	70	36	64	29*	300*
48	Congo	109.8	63	..	38*	..	60	..	900*
49	Kenya	106.9	74	96	70	27	37	28	170*
50	Argelia	103.1	66	83	87	7*	27	15	140*
51	Indonesia	105.0	74	97	81	48	41	49	450
52	Guatemala	108.2	75	85	90	23	48	34	200*
53	Arabia Saudita	104.8	66	83	67	..	62	88*	..
54	Sudáfrica	110.2	..	..	..	48	..	..	83*
55	Myanmar	105.0	81	94	92	5	56	57	460
56	El Salvador	111.5	92	103	115	47	12	50	..
57	Zimbabue	105.2	81	97	86	43	60	60	..
58	Iraq	103.1	70	84	62	..	67	50*	120
59	Egipto	105.1	54	79	73	38	63	47	320
60	Botswana	110.5	77	105	116	33	62	78*	200*
61	Turquía	104.7	79	93	60	77*	15	77*	150
62	Mongolia	104.9	..	103	109	..	..	99	140*
63	Honduras	106.3	93	104	129	35	51	66	220

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1990 (véase tabla 1)

		Experiencia de vida femenina/ masculina %	Tasa de alfabetización femenina/ masculina %	Tasas de escolarización		Prevalencia de anticonceptivos %	Mujeres embarazadas inmunizadas Tétanos %	Partos atendidos por personal especializado %	Tasa de mortalidad materna 1985-1990
		1990	1990	Primaria fem./masc. 1985-1989	Secundaria fem./masc. 1985-1989	1985-1990	1988-1990	1985-1990	1985-1990
64	Ecuador	106.3	95	98	104	44	8	56*	170*
65	Brasil	107.9	96	-	131	66	62	95	200
66	Papúa Nueva Guinea	103.7	58	85	63	4	70	20	900
67	Nicaragua	104.8	-	111	200	27	25	41*	-
68	Rep. Dominicana	106.2	96	104	-	50	24	90	-
Países con mortalidad infantil media (TMM5 de 21 a 70)									
Mediana		107.1	94	98	98	54	53	88	80
69	Filipinas	106.5	100	102	108	45	47	57	100
70	Viet Nam	108.3	91	88	93	20	18	95*	120
71	Túnez	103.0	76	87	83	50	40	68	50*
72	Paraguay	106.2	96	96	97	45	58	30	300
73	Siria	106.3	65	90	68	20*	84	61	140
74	Irán, Rep. Islámica de	101.5	66	89	77	23*	47	70*	120
75	Libano	106.3	83	90	98	-	-	-	-
76	Jordania	106.2	79	101	98	26	23	83	48*
77	Colombia	109.1	98	103	102	65	40	71	200
78	México	110.6	94	97	98	53	42	94	110*
79	Omán	106.3	-	90	74	-	97	60	-
80	Venezuela	109.0	103	-	123	49*	-	69	-
81	China	104.3	74	89	74	74	-	94	95*
82	Albania	107.1	-	99	89	-	-	99	-
83	Argentina	108.8	99	107	113	74	-	-	140
84	Corea Rep. Pop. Dem. de	109.0	-	100	100	-	99	100	41
85	Sri Lanka	105.8	90	97	117	62	60	94	80
86	Tailandia	106.3	94	96	88	66	79	71	-
87	Rumania	108.8	-	-	101	58*	-	100*	150
88	URSS	113.6	-	98	-	-	-	-	21
89	Panamá	107.1	100	96	113	58	27	89	60
90	Emiratos Árabes Unidos	107.2	66*	100	124	-	-	99	-
91	Corea, Rep. de	109.0	95	101	91	77*	-	89	26
92	Malasia	105.9	80	100	97	51	71	82	59
93	Mauricio	107.5	-	101	100	75	94	85	99
94	Chile	110.3	99	98	108	43*	-	98	67
95	Uruguay	110.1	99	98	112	-	13	97*	36
96	Yugoslavia	108.6	91	99	96	55*	-	86*	8
97	Costa Rica	105.5	100	97	108	70	90	97	36
Países con baja mortalidad infantil (TMM5 menor de 20)									
Mediana		108.4	-	100	103	73	-	99	8
98	Jamaica	105.6	101	103	110	52	-	90	120
99	Kuwait	105.6	87	97	92	-	22	99	6
100	Polonia	111.8	-	100	105	75*	-	100*	11
101	Bulgaria	108.6	-	98	101	76*	-	100	9
102	Trinidad y Tabago	107.2	-	101	106	53	-	98	110
103	Hungría	111.9	-	100	101	73	-	99*	15
104	Portugal	108.5	92	94	119	66*	-	87*	10
105	Cuba	104.1	98	94	113	60	88	99	39
106	Checoslovaquia	111.8	-	101	181	95*	-	100	10
107	Nueva Zelanda	108.3	-	99	102	70*	-	99	13
108	Israel	105.4	-	103	110	-	-	99	3
109	Grecia	105.4	91	100	90	-	-	97*	5
110	EE.UU.	109.7	-	99	101	68	-	99	8
111	Italia	108.2	98	-	100	78*	-	-	4
112	Noruega	108.1	-	100	105	71*	-	-	3
113	Australia	109.6	-	99	103	67*	-	99*	3
114	España	108.1	96	100	110	59	-	96	5
115	Belgica	109.7	-	101	101	81*	-	100	3
116	Austria	109.9	-	99	104	71*	-	-	8
117	Reino Unido	106.2	-	101	104	83	-	100*	8
118	Singapur	108.5	-	97	101	74	-	100*	10
119	Francia	111.1	-	99	108	79*	-	99*	9
120	Suiza	109.5	-	-	-	71*	-	99*	5
121	Dinamarca	108.2	-	101	101	-	-	100*	3
122	Irlanda	106.9	-	100	111	-	-	-	2
123	Alemania	109.4	-	99	96	-	-	99*	-
124	Canadá	109.5	-	98	100	73	-	99	5
125	Países Bajos	109.5	-	102	98	76	-	100*	10
126	Hong Kong	106.7	-	99	107	72	-	100*	6*
127	Finlandia	109.7	-	99	116	80*	-	100*	11
128	Suecia	106.7	-	100	102	78	-	100*	5
129	Japón	106.6	-	100	102	64	-	100	11

TABLA 8: INDICADORES BÁSICOS DE LOS PAÍSES MENOS POBLADOS

		Tasa de mortalidad menores de cinco años		Tasa de mortalidad infantil (0-1 años)		Población total (miles) 1990	Nacimientos anuales (miles) 1990	Muertes anuales (0-5 años) miles 1990	PIB per cápita (dólares) 1989	Esperanza de vida al nacer (años) 1990	Total adultos alfabetizados % 1985-1990	Educatización en enseñanza primaria % 1985-1989	Niños inmunizados contra el sarampión % 1989-1990
		1980	1990	1980	1990								
1	Gambia	375	238	213	138	861	39.7	9.0	240	44	27	61	73
2	Guinea Ecuatorial	316	206	168	122	352	15.5	3.0	330	47	50	108*	88
3	Swazilandia	226	167	152	113	789	37.2	6.0	900	57	55*	105	85
4	Djibouti	...	164	186	117	409	18.9	3.0	1210*	48	12*	46	85
5	Comores	279	151	165	94	551	26.2	4.0	460	55	48*	80	87
6	Vanuatu	...	91	...	69	159	6.0	1.0	860	65	53*	84*	66
7	Kiribati	...	88	...	58	66	2.0	0.2	700	58	96	100*	63
8	Maldivas	...	85	...	61	215	8.4	...	420	62	95*	87*	89
9	Guyana	126	71	100	52	796	20.4	1.0	340	64	92*	79	73
10	Samoa	...	59	...	46	169	5.0	0.3	700	66	98*	91*	82
11	Cabo Verde	164	56	110	41	370	15.3	1.0	780	67	37*	110	79
12	Santo Tomé y Príncipe	...	55	...	43	121	4.0	0.2	340	66	57*	...	57
13	San Cristóbal-Nevis	...	44	...	37	44	1.0	0.0	2860*	70	90*	100	99
14	Tuvalu	...	...	...	34*	10	...	...	650*	...	90*	...	79
15	Surinam	95	38	70	31	422	11.2	0.4	1900	70	95	125	65
16	Granada	...	38	...	31	85	2.5	0.1	1900	70	96*	88*	85
17	Islas Salomón	...	...	...	30	321	12.2	...	580	70	15*	65*	70
18	Montserrat	...	36	...	30	13	0.0	0.0	3330*	71	97*	100*	99
19	Qatar	239	36	145	29	368	10.8	0.4	15500	69	76	117	79
20	Islas Virgenes Británicas	...	...	...	27	13	0.2	...	2100*	69*	98*	...	99
21	Fiji	97	31	71	26	765	19.6	1.0	1650	65	79*	129	84
22	Islas Turcos y Caicos	...	...	...	25	10	0.2	...	780*	...	98*	...	81
23	Bahamas	...	...	...	25	254	5.1	...	11320	72	70*	...	87
24	Bolice	...	29	...	23*	188	7.0	0.2	1720	68	93*	90	81
25	Estados Fed. de Micronesia	...	28	...	23	99	3.5	0.1	...	74	63*	101*	12
26	San Vicente	...	27	...	23	116	3.0	0.1	1200*	70	82*	95*	96
27	Palau	...	...	...	23*	18	0.6*	...	790*	74*	75	98*	98
28	Islas Marshall	...	...	...	23*	40	1.3*	...	...	74*	76*	107*	25*
29	Tonga	...	26	...	22	95	3.0	0.1	910	67	78*	100*	63
30	Antigua	...	24	...	20	77	1.0	0.0	3880*	74	95*	100	89
31	Santa Lucía	...	23	...	19	151	4.0	0.1	1810	71	82*	95*	82
32	Seychelles	...	21	...	18	69	2.0	0.0	3010	70	88*	102*	89
33	Dominica	...	20	...	17	83	2.0	0.0	1670*	75	94*	100	88
34	Islas Cook	...	...	...	15	18	0.4	...	1550*	...	75*	100	100
35	Bahrein	208	17	130	14	516	13.7	0.2	6360*	71	77	110	86
36	Malta	42	14	37	11	353	4.9	0.1	5830	73	88	108	86
37	Chipre	36	13	30	11	701	12.4	0.2	7040	76	89*	104	76
38	Barbados	90	12	74	11	255	4.1	0.1	6350	75	98*	110*	87
39	Brunei Darussalam	...	...	...	9	266	6.4	...	20760*	74	78*	...	99*
40	Luxemburgo	41	8	33	7	373	4.4	0.1	24980	75	...	...	71*
41	Islandia	22	5	17	4	254	4.1	0.0	21070	78	...	102	99

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad infantil (0-1 años) en 1990 cuando no existen datos de mortalidad de menores de cinco años.

Medición del desarrollo humano

Introducción a la tabla 9

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 9 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 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 representativo del estado de la infancia de un país. En conse-

cuencia, las tablas estadísticas anexas ordenan los países según el 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, cuando 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 de 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 9, 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 9: 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	1990	1960-80	1980-90	Requerida 1990-2000	1965-80	1985-89	1960	1980	1990	1960-80	1980-90
Países con muy alta mortalidad infantil (TMM5 mayor de 140)													
Mediana	302	238	189	1.3	1.7	9.9	0.8	-1.1	6.7	6.6	6.6	-0.1	0.0
1 Mozambique	331	268	297	1.1	-1.0	14.5	..	-6.0	6.3	6.5	6.3	-0.2	0.3
2 Afganistán	381	320	292	0.9	0.9	14.3	0.6	..	6.9	7.1	6.9	-0.1	0.3
3 Angola	344	261	292	1.4	-1.1	14.3	..	..	6.4	6.4	6.4	0.0	0.0
4 Mali	369	325	284	0.6	1.3	14.0	2.1*	1.0	7.1	7.1	7.1	0.0	0.0
5 Sierra Leona	385	300	257	1.2	1.5	13.0	0.7	-3.2	6.2	6.5	6.5	-0.2	0.0
6 Malawi	366	299	253	1.0	1.7	12.8	3.2	-0.1	6.9	7.6	7.6	-0.5	0.0
7 Guinea-Bissau	336	290	246	0.7	1.6	12.6	..	1.5	5.1	5.7	5.8	-0.6	-0.2
8 Guinea	336	275	237	1.0	1.5	12.2	1.3	..	7.0	7.0	7.0	0.0	0.0
9 Burkina Faso	363	266	228	1.6	1.5	11.8	1.7	2.3	6.7	6.5	6.5	0.2	0.0
10 Níger	321	259	221	1.1	1.6	11.5	-2.5	-5.0	7.1	7.1	7.1	0.0	0.0
11 Etiopía	294	260	220	0.6	1.7	11.5	0.4	-1.1	6.7	6.8	6.8	-0.1	0.0
12 Chad	325	254	216	1.2	1.6	11.3	-1.9	3.9	6.0	5.9	5.8	0.1	0.2
13 Somalia	294	247	215	0.9	1.4	11.2	-0.1	-1.3	6.6	6.6	6.6	0.0	0.0
14 Mauritania	321	249	214	1.3	1.5	11.2	-0.1	-2.2	6.5	6.5	6.5	0.0	0.0
15 Liberia	310	245	205	1.2	1.8	10.7	0.5	5.2*	6.6	6.8	6.8	-0.1	0.0
16 Rwanda	248	231	198	0.4	1.5	10.4	1.6	-1.9	7.5	8.5	8.1	-0.6	0.5
17 Camboya	218	330	193	-2.1	5.4	10.1	..	..	6.3	4.6	4.6	1.6	0.0
18 Burundi	260	225	192	0.7	1.6	10.1	2.4	1.6	6.8	6.8	6.8	0.0	0.0
19 Bután	298	222	189	1.5	1.6	9.9	..	7.8*	6.0	5.6	5.5	0.3	0.2
20 Nepal	298	222	189	1.5	1.6	9.9	0.0	2.1	5.8	6.4	5.7	-0.5	1.2
21 Yemen	378	235	187	2.4	2.3	9.8	..	..	7.5	7.7	7.7	-0.1	0.0
22 Senegal	299	232	185	1.3	2.3	9.7	-0.5	0.0	7.0	6.9	6.3	0.1	0.9
23 Bangladesh	262	212	180	1.1	1.6	9.4	-0.3	0.7	6.7	6.4	5.3	0.2	1.9
24 Madagascar	364	216	176	2.6	2.0	9.2	-0.4	-2.6	6.6	6.6	6.6	0.0	0.0
25 Sudán	292	210	172	1.6	2.0	9.0	0.8	-1.8*	6.7	6.6	6.4	0.1	0.3
26 Tanzania	249	202	170	1.0	1.7	8.9	0.8	-1.6	6.8	7.1	7.1	-0.2	0.0
27 Rep. Centroafricana	308	213	169	1.8	2.3	8.8	0.8	-1.5	5.6	6.0	6.2	-0.3	-0.3
28 Namibia	263	202	167	1.3	1.9	8.7	..	..	6.0	6.1	5.9	-0.1	0.3
29 Nigeria	316	198	167	2.3	1.7	8.7	4.2	-3.6	6.8	6.9	6.8	-0.1	0.1
30 Gabón	287	194	164	2.0	1.7	8.5	5.6	-2.6	4.1	4.4	5.2	-0.4	-1.7
31 Uganda	223	186	164	0.9	1.3	8.5	-2.2	-1.0	6.9	7.2	7.3	-0.2	-0.1
32 Bolivia	282	207	160	1.5	2.6	8.3	1.7	-3.5	6.7	6.3	5.9	0.3	0.7
33 Pakistán	276	193	158	1.8	2.0	8.1	1.8	2.9	6.9	7.0	6.2	-0.1	1.2
34 Lao, R.D.P.	233	190	152	1.0	2.2	7.8	..	0.0*	6.2	6.7	6.7	-0.4	0.0
35 Camerún	275	175	148	2.3	1.7	7.5	2.4	0.7	5.8	6.7	6.9	-0.7	-0.3
36 Benin	310	176	147	2.8	1.8	7.4	-0.3	-1.8	6.9	7.1	7.1	-0.1	0.0
37 Togo	305	184	147	2.5	2.2	7.4	1.7	-2.4	6.6	6.6	6.6	0.0	0.0
38 India	282	181	142	2.2	2.4	7.1	1.5	3.2	5.9	4.8	4.2	1.0	1.3
Países con alta mortalidad infantil (TMM5 de 71 a 140)													
Mediana	229	133	90	2.5	2.9	4.1	2.8	-0.7	6.9	6.0	5.2	0.6	1.3
39 Ghana	224	166	140	1.5	1.7	6.9	-0.8	-0.8	6.9	6.5	6.3	0.3	0.3
40 Côte d'Ivoire	264	167	136	2.3	2.1	6.6	2.8	-3.0	7.2	7.4	7.4	-0.1	0.0
41 Haití	270	163	130	2.5	2.3	6.2	0.9	-0.7	6.3	5.3	4.9	0.9	0.8
42 Zaire	269	163	130	2.5	2.3	6.2	-1.3	-1.6	6.0	6.1	6.1	-0.1	0.0
43 Lesotho	208	161	129	1.3	2.2	6.1	6.8	-0.5	5.8	5.8	5.8	0.0	0.0
44 Zambia	228	146	122	2.2	1.8	5.6	-1.2	-3.8	6.6	7.2	7.2	-0.4	0.0
45 Perú	233	144	116	2.4	2.2	5.1	0.8	-1.6	6.9	5.0	3.8	1.6	2.7
46 Libia, Jamahiriya Árabe	269	150	112	2.9	2.9	4.7	0.0	-9.9*	7.1	7.3	6.8	-0.1	0.7
47 Marruecos	265	153	112	2.7	3.1	4.7	2.7	1.3	7.2	5.7	4.5	1.2	2.4
48 Congo	241	132	110	3.0	1.8	4.5	2.7	0.1	5.9	6.3	6.3	-0.3	0.0
49 Kenya	208	133	108	2.2	2.1	4.3	3.1	0.4	8.0	8.0	6.9	0.0	1.5
50 Argelia	270	147	98	3.0	4.1	4.1	4.2	0.0	7.3	6.8	5.1	0.4	2.9
51 Indonesia	225	138	97	2.4	3.5	4.1	5.2	3.6	5.5	4.4	3.3	1.1	2.9
52 Guatemala	230	130	94	2.9	3.2	4.1	3.0	-2.6	6.9	6.3	5.6	0.5	1.2
53 Arabia Saudita	292	131	91	4.0	3.6	4.1	4.0*	-5.9	7.2	7.3	7.1	-0.1	0.3
54 Sudáfrica	192	120	88	2.4	3.1	4.1	3.2	-0.8	6.5	4.9	4.3	1.4	1.3
55 Myanmar	230	118	88	3.3	2.9	4.1	1.6	..	6.0	4.8	3.9	1.1	2.1
56 El Salvador	207	122	87	2.6	3.4	4.1	1.5	-1.1	6.8	5.5	4.7	1.1	1.6
57 Zimbabue	181	116	87	2.2	2.9	4.1	1.7	-0.8	7.5	6.4	5.6	0.8	1.3
58 Iraq	222	110	86	3.5	2.5	4.1	..	..	7.2	6.8	6.1	0.3	1.1
59 Egipto	301	172	85	2.8	7.0	4.1	2.8	2.8*	7.0	5.2	4.3	1.5	1.9
60 Botswana	173	110	85	2.3	2.6	4.1	9.9	6.7*	6.8	7.1	6.7	-0.2	0.6
61 Turquía	258	139	85	3.1	4.9	4.1	3.6	3.0	6.3	4.3	3.5	1.9	2.1
62 Mongolia	185	112	84	2.5	2.9	4.1	..	..	6.0	5.4	4.9	0.5	1.0
63 Honduras	232	141	84	2.5	5.2	4.1	1.1	-1.2	7.3	6.4	5.2	0.7	2.1

** La tasa media anual de reducción requerida para lograr una tasa de mortalidad de menores de cinco años en todos los países de 70 por 1000 nacidos vivos o de dos tercios de la tasa de 1990, cualquiera de las cuales sea menor.

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1990 (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	1990	1960-80	1980-90	1990-2000	1965-80	1980-89	1960	1980	1990	1960-80	1980-90
						^a requerida							
64 Ecuador	184	107	83	2.7	2.5	4.1	5.4	-0.5	6.9	5.1	4.1	1.5	2.2
65 Brasil	159	103	83	2.2	2.2	4.1	6.3	0.9	6.2	4.0	3.3	2.2	1.9
66 Papúa Nueva Guinea	248	112	80	4.0	3.4	4.1	-	-0.7	6.3	5.7	5.0	0.5	1.3
67 Nicaragua	209	133	78	2.3	5.3	4.1	-0.7	-4.7 ^x	7.3	6.1	5.3	0.9	1.4
68 Rep. Dominicana	199	103	78	3.3	2.8	4.1	3.8	-0.1	7.4	4.5	3.5	2.5	2.5
Países con mortalidad infantil media (TMM5 de 21 a 70)													
Mediana	134	53	35	4.5	3.7	4.1	3.7	-0.2	6.3	3.8	3.0	2.1	1.8
69 Filipinas	134	87	69	2.2	2.3	4.1	3.2	-1.8	6.9	4.9	4.1	1.7	1.8
70 Viet Nam	232	103	65	4.1	4.6	4.1	-	-	6.1	5.2	3.9	0.8	2.9
71 Túnez	254	103	62	4.5	5.1	4.1	4.7	0.6	7.1	5.3	3.7	1.5	3.6
72 Paraguay	134	70	60	3.2	1.5	4.1	4.1	-1.5	6.8	4.9	4.5	1.6	0.9
73 Siria	217	88	59	4.5	4.0	4.1	5.1	-2.1	7.3	7.3	6.5	0.0	1.2
74 Irán, Rep. Islámica de	254	114	59	4.0	6.6	4.1	2.9	-	7.2	5.8	5.0	1.1	1.5
75 Líbano	91	62	56	1.9	1.0	4.1	-	-	6.3	4.0	3.6	2.3	1.1
76 Jordania	217	81	52	4.9	4.4	4.1	5.8 ^x	-3.0	7.7	7.1	5.8	0.4	2.0
77 Colombia	157	65	50	4.4	2.6	4.1	3.7	0.9	6.8	3.8	3.0	2.9	2.4
78 México	140	68	49	3.6	3.3	4.1	3.6	-1.5	6.8	4.5	3.3	2.1	3.1
79 Omán	378	110	49	6.2	8.1	4.1	9.0	5.3	7.2	7.2	7.1	0.0	0.1
80 Venezuela	114	50	43	4.1	1.5	4.1	2.3	-2.3	6.5	4.3	3.6	2.1	1.8
81 China	203	56	42	6.4	2.9	4.1	4.1	8.2	5.7	2.6	2.4	3.9	0.8
82 Albania	151	57	37	4.9	4.3	4.1	-	-	5.9	3.8	2.9	2.2	2.7
83 Argentina	75	47	35	2.3	2.9	4.1	1.7	-1.6	3.1	3.3	2.9	-0.3	1.3
84 Corea Rep. Pop. Dem. de	120	44	35	5.0	2.3	4.1	-	-	5.7	3.1	2.5	3.0	2.2
85 Sri Lanka	114	53	35	3.8	4.1	4.1	2.8	2.4	5.3	3.5	2.6	2.1	3.0
86 Tailandia	149	60	34	4.5	5.7	4.1	4.4	4.5	6.4	3.9	2.4	2.5	4.9
87 Rumania	82	36	34	4.1	0.6	4.1	-	-	2.3	2.4	2.1	-0.2	1.3
88 URSS	53	37	31	1.8	1.8	4.1	-	-	2.7	2.3	2.3	0.8	0.0
89 Panamá	105	43	31	4.5	3.3	4.1	2.8	-2.1	5.9	3.8	3.0	2.2	2.4
90 Emiratos Árabes Unidos	239	43	30	8.6	3.6	4.1	-	-8.2	6.9	5.4	4.6	1.2	1.6
91 Corea, Rep. de	120	44	30	5.0	3.8	4.1	7.3	8.8	5.7	2.6	1.7	3.9	4.2
92 Malasia	105	42	29	4.6	3.7	4.1	4.7	1.9	6.8	4.2	3.8	2.4	1.0
93 Mauricio	104	42	28	4.5	4.1	4.1	3.7	5.3	5.9	2.8	1.9	3.7	3.9
94 Chile	143	43	27	6.0	4.7	4.1	0.0	1.0	5.3	2.9	2.7	3.0	0.7
95 Uruguay	57	43	25	1.4	5.4	4.1	2.5	-0.8	2.9	2.7	2.4	0.4	1.2
96 Yugoslavia	113	37	23	5.6	4.8	4.1	5.2	-0.7	2.8	2.1	1.9	1.4	1.0
97 Costa Rica	121	31	22	6.8	3.4	4.1	3.3	0.4	7.0	3.7	3.1	3.2	1.8
Países con baja mortalidad infantil (TMM5 menor de 20)													
Mediana	39	16	10	4.7	4.4	4.1	3.3	1.9	2.9	2.0	1.8	2.1	0.6
98 Jamaica	89	28	20	5.8	3.4	4.1	-0.1	-1.7	5.4	3.8	2.5	1.8	4.2
99 Kuwait	128	34	19	6.6	5.8	4.1	0.6 ^x	-2.1	7.3	5.4	3.7	1.5	3.8
100 Polonia	70	25	18	5.1	3.3	4.1	-	1.8	3.0	2.3	2.2	1.3	0.4
101 Bulgaria	69	24	18	5.3	2.9	4.1	-	-	2.2	2.1	1.9	0.2	1.0
102 Trinidad y Tabago	67	26	17	4.7	4.2	4.1	3.1	-7.3	5.2	3.2	2.8	2.4	1.3
103 Hungría	57	26	16	3.9	4.9	4.1	5.1	1.4	2.0	2.0	1.8	0.0	1.1
104 Portugal	112	31	16	6.4	6.6	4.1	4.6	2.1	3.1	2.2	1.7	1.7	2.6
105 Cuba	87	25	14	6.2	5.8	4.1	-	-	4.2	2.0	1.9	3.7	0.5
106 Checoslovaquia	33	20	13	2.5	4.3	4.1	-	-	2.5	2.2	2.0	0.6	1.0
107 Nueva Zelanda	26	16	12	2.4	2.9	4.1	1.7	0.9	3.9	2.1	2.0	3.1	0.5
108 Israel	39	19	11	3.6	5.5	4.1	3.7	1.4	3.9	3.3	2.9	0.8	1.3
109 Grecia	64	23	11	5.1	7.4	4.1	4.8	0.6	2.2	2.1	1.7	0.2	2.1
110 EE.UU.	29	15	11	3.3	3.1	4.1	1.8	2.2	3.5	1.9	1.8	3.1	0.5
111 Italia	50	18	10	5.1	5.9	4.1	3.2	2.1	2.5	1.7	1.4	1.9	1.9
112 Noruega	22	10	10	3.9	0.0	4.1	3.6	3.5	2.9	1.8	1.7	2.4	0.6
113 Australia	24	13	10	3.1	2.6	4.1	2.2	1.8	3.3	2.0	1.8	2.5	1.1
114 España	57	16	10	6.4	4.7	4.1	4.1	2.4	2.8	2.2	1.6	1.2	3.2
115 Bélgica	35	14	9	4.6	4.4	4.1	3.6	1.7	2.6	1.7	1.6	2.1	0.6
116 Austria	43	17	9	4.6	6.4	4.1	4.0	1.9	2.7	1.6	1.5	2.6	0.6
117 Reino Unido	27	15	9	2.9	5.1	4.1	2.0	2.9	2.7	1.8	1.8	2.0	0.0
118 Singapur	49	16	9	5.6	5.8	4.1	8.3	5.7	5.5	1.8	1.8	5.6	0.0
119 Francia	34	12	9	5.2	2.9	4.1	3.7	1.6	2.8	1.9	1.8	1.9	0.5
120 Suiza	26	12	9	3.9	2.9	4.1	1.5	1.8	2.4	1.5	1.5	2.4	0.0
121 Dinamarca	25	10	9	4.6	1.1	4.1	2.2	2.2	2.6	1.6	1.5	2.4	0.6
122 Irlanda	36	14	9	4.7	4.4	4.1	2.8	0.8	3.8	3.2	2.4	0.9	2.9
123 Alemania	40	15	9	4.9	5.1	4.1	3.0 ^x	2.1 ^x	2.4	1.5	1.5	2.4	0.0
124 Canadá	33	13	9	4.7	3.7	4.1	3.3	2.6	3.8	1.7	1.7	4.0	0.0
125 Países Bajos	21	11	9	3.2	2.0	4.1	2.7	1.3	3.1	1.5	1.6	3.6	-0.6
126 Hong Kong	64	15	7	7.3	7.6	4.1	6.2	5.7	5.0	2.1	1.4	4.3	4.1
127 Finlandia	28	9	7	5.7	2.5	4.1	3.6	2.9	2.7	1.7	1.7	2.3	0.0
128 Suecia	20	9	7	4.0	2.5	4.1	2.0	2.0	2.3	1.7	1.9	1.5	-1.1
129 Japón	39	11	6	6.3	6.1	4.1	5.1	3.5	2.0	1.8	1.7	0.5	0.6

Notas a las tablas

Tabla 1:

Indicadores
básicos

Afganistán	PNB per cápita	1987
Bélgica	Ingreso familiar	1978-79
Bhután	PNB per cápita	1988
Cuba	PNB per cápita	1987
Francia	Ingreso familiar	1979
Alemania	PNB per cápita	Antes sólo R.F. de Alemania
	Ingreso familiar	Antes sólo R.F. de Alemania
	PNB per cápita	1987
Iraq	PNB per cápita	1979
Israel	Ingreso familiar	1979
Japón	Ingreso familiar	1979
Konya	Ingreso familiar	1976
Corea, Rep. Dem. de	PNB per cápita	1987
Libano	PNB per cápita	1987
Liberia	PNB per cápita	1987
Mongolia	PNB per cápita	1987
Myanmar	PNB per cápita	1987
Nepal	Ingreso familiar	1976-77
Nicaragua	PNB per cápita	1987
Rumanía	PNB per cápita	1990
Somalia	Alfabetización de adultos	1985
Sudán	PNB per cápita	1988
Tanzania	Alfabetización de adultos	1986
Tailandia	Ingreso familiar	1976
Trinidad y Tabago	Ingreso familiar	1976
URSS	PNB per cápita	1980
Reino Unido	Ingreso familiar	1979
Viet Nam	PNB per cápita	1987
Yemen	Alfabetización de adultos	1985
Zambia	Ingreso familiar	1976

Tabla 2:

Nutrición

Afganistán	Lactancia materna	Sólo Kabul
	Disponibilidad de calorías	1984-86
Albania	Disponibilidad de calorías	1984-86
Argelia	Insuficiencia ponderal	0-72 meses
	Emaciación	12-24 meses
	Cortedad de talla	24-48 meses
Australia	Bajo peso al nacer	1979
Bangladesh	Lactancia materna	1975-76
	Insuficiencia ponderal	6-59 meses
Bélgica	Disponibilidad de calorías	1984-86
Bhután	Insuficiencia ponderal	0-60 meses
	Emaciación	0-60 meses
	Cortedad de talla	0-60 meses
Bolivia	Insuficiencia ponderal	3-36 meses
	Cortedad de talla	24-36 meses
Botswana	Cortedad de talla	Datos ambulatorios
Brasil	Lactancia materna	Sólo Noreste
Burkina Faso	Bajo peso al nacer	1979
Burundi	Bajo peso al nacer	Sólo Bujumbura
	Insuficiencia ponderal	3-36 meses
	Cortedad de talla	24-36 meses
Camboya	Disponibilidad de calorías	1984-86
Camerún	Bajo peso al nacer	Sólo Yaoundé
	Lactancia materna	1978
	Insuficiencia ponderal	1978; 3-47 meses
	Emaciación	1978
	Cortedad de talla	1978; 24-47 meses
Chile	Insuficiencia ponderal	0-71 meses
	Cortedad de talla	24-71 meses
China	Insuficiencia ponderal	9 provincias
	Emaciación	9 provincias
	Cortedad de talla	9 provincias
Côte d'Ivoire	Bajo peso al nacer	1975; Sólo Abidján
Cuba	Emaciación	Los tres percentiles inferiores; 12-59 meses
Djibouti	Emaciación	0-59 meses
República Dominicana	Insuficiencia ponderal	6-36 meses
	Cortedad de talla	24-36 meses
Egipto	Insuficiencia ponderal	3-36 meses
	Cortedad de talla	24-36 meses

(continúa)

Etiopía	Insuficiencia ponderal Emaciación	Datos de 9 zonas Datos de 9 zonas Datos de 9 zonas
Finlandia	Cortedad de talla Lactancia materna	1972
Guatemala	Insuficiencia ponderal Cortedad de talla	3-36 meses 24-36 meses
Guinea-Bissau	Insuficiencia ponderal	1978-80
Haití	Bajo peso al nacer Insuficiencia ponderal Emaciación	1978 1978; Gómez, 3-59 meses 1978
Honduras	Cortedad de talla Emaciación	1978 0-59 meses
India	Cortedad de talla Insuficiencia ponderal	0-59 meses Gómez, 12-72 meses; 8 Estados
Indonesia	Insuficiencia ponderal	Moderado y grave <80% mediana Grave <60% mediana
República Islámica de Irán	Insuficiencia ponderal Emaciación	Nacional rural Nacional rural
Jordania	Cortedad de talla Bajo peso al nacer	Nacional rural 1979
Kenya	Cortedad de talla Emaciación	Nacional rural Nacional rural
República de Corea	Lactancia materna	1978
Kuwait	Lactancia materna	1978-79
Lao, Rep. Dem. Popular	Lactancia materna	1979; sólo 5 provincias
Lesotho	Lactancia materna	1977
Madagascar	Insuficiencia ponderal Cortedad de talla	0-23 meses 12-23 meses
Malawi	Insuficiencia ponderal	6-59 meses
Mali	Insuficiencia ponderal Cortedad de talla	3-36 meses 24-36 meses
Mauritania	Emaciación Cortedad de talla	13-24 meses 25-59 meses
Mauricio	Emaciación	0-59 meses
México	Cortedad de talla Emaciación	0-59 meses 0-59 meses
Marruecos	Insuficiencia ponderal Cortedad de talla	0-59 meses 0-36 meses
Myanmar	Insuficiencia ponderal Cortedad de talla	24-36 meses 0-36 meses
Namibia	Lactancia materna Insuficiencia ponderal Emaciación	24-35 meses Áreas septentrionales 6-60 meses; Áreas septentrionales
Nepal	Cortedad de talla Lactancia materna	6-60 meses; Áreas septentrionales 6-60 meses; Áreas septentrionales
Países Bajos	Lactancia materna	1976
Níger	Emaciación Cortedad de talla	Excluidas Ámsterdam y Rotterdam 0-59 meses 0-59 meses
Pakistán	Insuficiencia ponderal Emaciación	Gómez <80% mediana; 13-24 meses
Papúa Nueva Guinea	Cortedad de talla Bajo peso al nacer	<90% mediana; 25-60 meses 1979
Perú	Insuficiencia ponderal	0-71 meses
Polonia	Lactancia materna	1977
Rwanda	Insuficiencia ponderal Emaciación	Moderada y grave <80% mediana; rural Grave <60% mediana; rural
Senegal	Cortedad de talla Insuficiencia ponderal	<80% mediana; 13-24 meses; rural <90% mediana; 25-60 meses; rural
Sierra Leona	Cortedad de talla Insuficiencia ponderal	6-36 meses 24-36 meses
Singapur	Emaciación	1977-78
Sri Lanka	Insuficiencia ponderal Insuficiencia ponderal	1977-78 0-72 meses
Sudán	Cortedad de talla Emaciación	3-36 meses 24-36 meses
Tailandia	Insuficiencia ponderal Cortedad de talla	0-59 meses; Sudán septentrional 0-59 meses; Sudán septentrional
Togo	Insuficiencia ponderal	3-36 meses
Trinidad y Tobago	Cortedad de talla	24-36 meses

(continúa)

Túnez	Insuficiencia ponderal	3-36 meses
	Cortedad de talla	24-36 meses
URSS	Disponibilidad de calorías	1984-86
Uganda	Cortedad de talla	24-60 meses
Uruguay	Insuficiencia ponderal	0-71 meses
	Cortedad de talla	0-71 meses
Venezuela	Lactancia materna	1977
	Insuficiencia ponderal	0-60 meses
	Emaciación	13-24 meses
	Cortedad de talla	25-60 meses
Viet Nam	Emaciación	0-59 meses; 8 regiones rurales
	Cortedad de talla	0-59 meses; 8 regiones rurales
Yemen	Lactancia materna	1979
	Insuficiencia ponderal	1979-83; estimación conjunta
	Emaciación	1979-83; estimación conjunta
	Cortedad de talla	1979-83; estimación conjunta
Zambia	Insuficiencia ponderal	Sólo rural
	Emaciación	Sólo rural
	Cortedad de talla	Sólo rural
Zimbabwe	Insuficiencia ponderal	3-60 meses
	Cortedad de talla	24-60 meses

Gómez: moderada y grave: inferior al 75 % de la mediana del peso por edad de la población de referencia
grave: inferior al 60 % de la mediana del peso por edad de la población de referencia.

Tabla 3:

Salud

Argelia	Acceso a agua potable	1985
Angola	Acceso a servicios de salud	1980
Austria	TB, DPT, Polio, Sarampión	1988
Botswana	Acceso a agua potable	1985
	Acceso a servicios de salud	1980
Bulgaria	TB, DPT, Polio, Sarampión	1988
Burkina Faso	Acceso a servicios de salud	1980
Camboya	Acceso a agua potable	1985
Canadá	DPT, Polio, Sarampión	1987-88
Costa Rica	Acceso a servicios de salud	1980
Côte d'Ivoire	Acceso a servicios de salud	1980
Egipto	Acceso a agua potable	1985
Gabón	Acceso a servicios de salud	1983
Grecia	DPT, Polio, Sarampión	1988
Hong Kong	Acceso a servicios de salud	1984
Israel	DPT, Polio, Sarampión	1988
Italia	DPT	Sólo DT
Kenya	Acceso a agua potable	1985
Liberia	TB, DPT, Polio, Sarampión, Tétanos	1988
Malawi	Acceso a agua potable	1985
Nueva Zelanda	TB, DPT, Polio, Sarampión	1987-88
Panamá	Acceso a servicios de salud	1980
Paraguay	Acceso a servicios de salud	1980
Perú	Acceso a servicios de salud	1980
Rwanda	Acceso a agua potable	1985
	Acceso a servicios de salud	1980
Senegal	Acceso a agua potable	1985
Somalia	Acceso a servicios de salud	1980
España	DPT, Polio, Sarampión	1988
Sri Lanka	Acceso a servicios de salud	1980
Suecia	TB, Polio, Sarampión	1988
	DPT	1988: sólo DT
Siria, Rep. Árabe	Acceso a servicios de salud	1980
Tanzania	Acceso a servicios de salud	1980
Trinidad y Tabago	Acceso a agua potable	1985
Túnez	Acceso a servicios de salud	1983
Turquía	Acceso a agua potable	1985
EE.UU.	DPT, Polio, Sarampión	1988
Uganda	Acceso a servicios de salud	1980
Emiratos Árabes Unidos	Acceso a servicios de salud	1980
Venezuela	Acceso a agua potable	1985
Yemen	Acceso a agua potable	80% del Norte del país
Yugoslavia	TB, DPT, Polio, Sarampión	1988
Zambia	Acceso a servicios de salud	1980

(continúa)

Tabla 4:**Educación**

Bélgica	Rádios	Sólo licencias
	Televisores	Sólo licencias
Bulgaria	Rádios	Sólo licencias
	Televisores	Sólo licencias
Checoslovaquia	Rádios	Sólo licencias
Dinamarca	Rádios	Sólo licencias
Alemania	Televisores	Sólo licencias
Grecia	Televisores	Sólo licencias
Haití	Alfabetización de adultos (1970)	1971
Hong Kong	Alfabetización de adultos (1970)	1971
	Terminación primaria	1980
India	Televisores	Sólo licencias
Líbano	Alfabetización de adultos (1970)	10 años y más
Mauricio	Rádios	Sólo licencias
	Televisores	Sólo licencias
Marruecos	Televisores	Sólo licencias
Noruega	Televisores	Sólo licencias
Pakistán	Terminación primaria	1981
Paraguay	Alfabetización de adultos (1970)	1972
Polonia	Rádios	Sólo licencias
	Televisores	Sólo licencias
Portugal	Televisores	Sólo licencias
Rumania	Televisores	Sólo licencias
Singapur	Rádios	Sólo licencias
Somalia	Alfabetización de adultos	1985
Sudán	Escolarización primaria	1985
Suecia	Televisores	Sólo licencias
Suiza	Rádios	Sólo licencias
Tanzania	Alfabetización de adultos	1986
Uruguay	Alfabetización de adultos (1970)	1975
Yemen	Alfabetización de adultos	1985
	Terminación primaria	1983
Yugoslavia	Rádios	Sólo licencias
	Televisores	Sólo licencias

Tabla 6:**Indicadores económicos**

Afganistán	PNB per cápita	1987
	Nivel de pobreza	1977
Argelia	Nivel de pobreza	1977
Bangladesh	Nivel de pobreza	1976-77
Bhután	PNB per cápita	1988
	PNB per cápita (tasa de crecimiento)	1980-88
Botswana	PNB per cápita (tasa de crecimiento)	1980-88
Burundi	Nivel de pobreza	1978
Camerún	Nivel de pobreza	1979
Chad	Nivel de pobreza	1976
Chile	Servicio de la deuda	1988
Cuba	PNB per cápita	1987
República Dominicana	Nivel de pobreza	1978
Egipto	PNB per cápita (tasa de crecimiento)	1980-88
Alemania	PNB per cápita	Antes sólo R.F. de Alemania
	PNB per cápita (tasa de crecimiento)	Antes sólo R.F. de Alemania
	Tasa de inflación	Antes sólo R.F. de Alemania
Grecia	Servicio de la deuda	1988
Hungría	Servicio de la deuda	1988
India	Servicio de la deuda	1988
Iraq	PNB per cápita	1987
	Tasa de inflación	1980-87
Jordania	PNB per cápita (tasa de crecimiento)	1970-80
	Tasa de inflación	1980-88
	Nivel de pobreza	1977
Kenya	Nivel de pobreza	1977
Rep. Dem. de Corea	PNB per cápita	1987
República de Corea	Nivel de pobreza	1978
Kuwait	PNB per cápita (tasa de crecimiento)	1965-86
Lao, Rep. Dem. Popular	PNB per cápita (tasa de crecimiento)	1980-88
Líbano	PNB per cápita	1987
Lesotho	Nivel de pobreza	1979
Liberia	PNB per cápita	1987
	PNB per cápita (tasa de crecimiento)	1980-88
	Nivel de pobreza	1977

(continúa)

Libia	PNB per cápita (tasa de crecimiento)	1980-88
Madagascar	Nivel de pobreza	1977
Mali	PNB per cápita (tasa de crecimiento)	1967-80
	Nivel de pobreza	1975
Mauricio	Nivel de pobreza	1979
Mongolia	PNB per cápita	1987
Marruecos	Nivel de pobreza	1979
Myanmar	PNB per cápita	1987
	Nivel de pobreza	1978
Nepal	Nivel de pobreza	1979
Nicaragua	PNB per cápita	1987
	PNB per cápita (tasa de crecimiento)	1980-88
	Tasa de inflación	1980-88
	Nivel de pobreza	1977
Niger	Nivel de pobreza	1978
Pakistán	Nivel de pobreza	1979
Panamá	Nivel de pobreza	1978
Papúa Nueva Guinea	Nivel de pobreza	1979
Paraguay	Nivel de pobreza	1978
Rumanía	PNB per cápita	1990
	Servicio de la deuda	1988
Rwanda	Nivel de pobreza	1977
Arabia Saudita	PNB per cápita (tasa de crecimiento)	1965-86
Sierra Leona	Nivel de pobreza	1977
	Servicio de la deuda	1988
Somalia	Nivel de pobreza	1978
Sudán	PNB per cápita	1988
	PNB per cápita (tasa de crecimiento)	1980-88
	Tasa de inflación	1980-88
	Nivel de pobreza	1975
Siria	Servicio de la deuda	1988
Togo	Nivel de pobreza	1978
Trinidad y Tabago	Nivel de pobreza	1977
Túnez	Nivel de pobreza	1977
URSS	PNB per cápita	1980
Viet Nam	PNB per cápita	1987
Zaire	Nivel de pobreza	1975

Tabla 7:

Situación
de la mujer

Afganistán	Prevalencia de anticonceptivos	1976
Argelia	Prevalencia de anticonceptivos	1977
	Mortalidad materna	1978
Angola	Prevalencia de anticonceptivos	1977
Australia	Prevalencia de anticonceptivos	1970
	Partos atendidos	1982
Austria	Prevalencia de anticonceptivos	Cohortes de matrimonios de 1974 y 1978
Bélgica	Prevalencia de anticonceptivos	Población flamenca
Benín	Mortalidad materna	Sólo datos hospitalarios
Bulgaria	Prevalencia de anticonceptivos	1976
Camérol	Prevalencia de anticonceptivos	1978
Chad	Prevalencia de anticonceptivos	1977
	Partos atendidos	1980-82
Chile	Prevalencia de anticonceptivos	1978
China	Mortalidad materna	30 provincias
Checoslovaquia	Prevalencia de anticonceptivos	1977; durante el matrimonio
Dinamarca	Partos atendidos	1979
Finlandia	Prevalencia de anticonceptivos	1977
	Partos atendidos	1979
Francia	Prevalencia de anticonceptivos	1978
	Partos atendidos	1976
Alemania	Partos atendidos	1977-79
Grecia	Partos atendidos	1978
Guinea	Prevalencia de anticonceptivos	1977
	Mortalidad materna	Sólo datos hospitalarios
Hungría	Partos atendidos	1982
Irán	Prevalencia de anticonceptivos	1978
Italia	Prevalencia de anticonceptivos	1979; desde el último embarazo
Jordania	Mortalidad materna	1979; sólo datos hospitalarios
Kenya	Mortalidad materna	1977
Lesotho	Prevalencia de anticonceptivos	1977

(continúa)

Liberia	Tétanos	1988
Libia, Jamahiriya Árabe	Mortalidad materna	1978
Marruecos	Partos atendidos	1980
	Mortalidad materna	1974
Namibia	Mortalidad materna	Sólo áreas septentrionales
Países Bajos	Partos atendidos	1978
Nueva Zelanda	Prevalencia de anticonceptivos	1976
Nicaragua	Partos atendidos	Sólo partos hospitalarios
Niger	Prevalencia de anticonceptivos	1977
	Partos atendidos	1980
Noruega	Prevalencia de anticonceptivos	1977; en las últimas 4 semanas
Polonia	Prevalencia de anticonceptivos	1977
	Partos atendidos	1980
Portugal	Prevalencia de anticonceptivos	1979
	Partos atendidos	1978
Rumania	Prevalencia de anticonceptivos	1978
	Partos atendidos	1979
Rwanda	Mortalidad materna	Todos los hospitales
Somalia	Alfabetización de adultos	1985
Sudáfrica	Mortalidad materna	De 267 hospitales
Sudán	Terminación primaria	1985
Suecia	Partos atendidos	1976
Suiza	Prevalencia de anticonceptivos	Cohortes de matrimonios de 1970-79
	Partos atendidos	1976
Siria, Rep. Árabe	Prevalencia de anticonceptivos	1978
Tanzania	Alfabetización de adultos	1986
	Prevalencia de anticonceptivos	1977
	Mortalidad materna	De 48 hospitales; todas las regiones
Reino Unido	Partos atendidos	1978
Uruguay	Partos atendidos	Sólo partos hospitalarios
Venezuela	Prevalencia de anticonceptivos	1977
Yemen	Alfabetización de adultos	1985
Yugoslavia	Prevalencia de anticonceptivos	1976; en los últimos 6 meses
	Partos atendidos	1979
Zaire	Prevalencia de anticonceptivos	1977
Zambia	Prevalencia de anticonceptivos	1977

Tabla 8:

Indicadores
básicos
de los países
menos poblados

Antigua	PNB per cápita	1988
Bahamas	Alfabetización de adultos	1981
Bahrein	PNB per cápita	1988
Barbados	Escolarización primaria	1984
Islas Virgenes	PNB per cápita	1983
	Esperanza de vida	1980
	Alfabetización de adultos	1970
Brunei Darussalam	PNB per cápita	1987
	Alfabetización de adultos	1981
	Sarampión	1988
Cabo Verde	Alfabetización de adultos	1970; 14 años y más
Comores	Alfabetización de adultos	1980
Islas Cook	PNB per cápita	1987
Chipre	Alfabetización de adultos	1976
Djibouti	PNB per cápita	1987
Dominica	PNB per cápita	1988
	Alfabetización de adultos	1970
Guinea Ecuatorial	Escolarización primaria	1983
Estados Fed. de Micronesia	Alfabetización de adultos	1982
	Escolarización primaria	1982
Fiji	Alfabetización de adultos	1976
Granada	Alfabetización de adultos	1984
	Escolarización primaria	1984
Guyana	Alfabetización de adultos	1970
Kiribati	Escolarización primaria	1985
Luxemburgo	Sarampión	1988
Islas Marshall	Alfabetización de adultos	1982
	Sarampión	1988
Montserrat	PNB per cápita	1987
	Alfabetización de adultos	1970
	Escolarización primaria	1982
Palau	PNB per cápita	1986
	Escolarización primaria	1982

(continúa)

Santa Lucía	Alfabetización de adultos	1970
	Escolarización primaria	1980
San Vicente	PNB per cápita	1988
	Escolarización primaria	1982
Samoa	Escolarización primaria	1985
Santo Tomé y Príncipe	Alfabetización de adultos	1981
Seychelles	Escolarización primaria	1982
Islas Salomón	Escolarización primaria	1983
San Cristóbal-Nevis	PNB per cápita	1988
Swazilandia	Alfabetización de adultos	1976
Tonga	Escolarización primaria	1984
Islas Turcos y Caicos	PNB per cápita	1987
	Alfabetización de adultos	1970
Tuvalu	Tasa mortalidad infantil	1985
	PNB per cápita	1987
Vanuatu	Alfabetización de adultos	1979
	Escolarización primaria	1984

Tabla 9:

Ritmo de
progreso

Bhután	Tasa de crecimiento PNB per cápita	1980-88
Botswana	Tasa de crecimiento PNB per cápita	1980-88
Egipto	Tasa de crecimiento PNB per cápita	1980-88
Alemania	Tasa de crecimiento PNB per cápita	Antes sólo R.F. de Alemania
Jordania	Tasa de crecimiento PNB per cápita	1970-80
Kuwait	Tasa de crecimiento PNB per cápita	1965-86
Lao, Rep. Dem. Popular	Tasa de crecimiento PNB per cápita	1980-88
Liberia	Tasa de crecimiento PNB per cápita	1980-88
Libia	Tasa de crecimiento PNB per cápita	1980-88
Mali	Tasa de crecimiento PNB per cápita	1967-80
Nicaragua	Tasa de crecimiento PNB per cápita	1980-88
Arabia Saudita	Tasa de crecimiento PNB per cápita	1965-86
Sudán	Tasa de crecimiento PNB per cápita	1980-88

Definiciones

Tasa de mortalidad menores 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.	Cortedad de talla	<i>Moderada-grave:</i> inferior a una desviación estándar de - 2 respecto a la mediana de altura por edad de la población de referencia.
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.	Acceso a servicios de salud	Proporción de la población que puede acceder a servicios locales de salud adecuados en menos de una hora con los medios de transporte habituales.
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 de mercado en términos constantes de cada año, durante el período considerado.	DPT	Difteria, pertusis (tos ferina) y tétanos.
Esperanza 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.	Uso de la TRO	Proporción de todos los casos de diarreas en niños menores de cinco años tratados con sales de rehidratación oral.
Tasa de alfabetización de adultos	Proporción de personas de 15 o más años que pueden leer y escribir.	Alumnos que terminan la enseñanza primaria	Proporción de niños que comienzan y terminan con éxito la enseñanza primaria en el número de años previsto.
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 la 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.	Tasa bruta de mortalidad	Número de defunciones por 1000 habitantes.
Distribución 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.	Tasa bruta de natalidad	Número anual de nacimientos por 1000 habitantes.
Bajo peso al nacer	Un peso inferior a 2500 gramos.	Tasa global de fecundidad	Número de hijos por mujer, durante el período de procreación, de acuerdo con las tasas de fecundidad prevalecientes para cada grupo de edad.
Lactancia materna	Proporción de madres lactantes total o parcialmente.	Población urbana	Proporción de población residente en áreas urbanas de acuerdo con las definiciones utilizadas en los censos nacionales más recientes.
Insuficiencia ponderal	<i>Moderada-grave:</i> inferior a una desviación estándar de - 2 respecto a la mediana de peso por edad de la población de referencia. <i>Grave:</i> inferior a una desviación estándar de - 3 respecto a la mediana de peso por edad de la población de referencia.	Nivel de pobreza absoluta	Nivel de ingreso por debajo del cual no es posible obtener una dieta mínima adecuada y otros bienes esenciales no alimentarios.
Emaciación	<i>Moderada-grave:</i> inferior a una desviación estándar de - 2 respecto a la mediana del peso por altura de la población de referencia.	AOD	Ayuda oficial al desarrollo.
		Servicio de la deuda	Suma total pagada por intereses y principal de la deuda externa con garantía pública.
		Prevalencia de anticonceptivos	Proporción de mujeres casadas de 15-44 años que utilizan métodos anticonceptivos habitualmente.
		Partos atendidos	Proporción de partos atendidos por médicos, enfermeras, parteras y agentes de atención primaria de salud calificados o parteras tradicionales capacitadas.
		Tasa de mortalidad materna	Número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por 100.000 nacidos vivos.

Fuentes estadísticas principales

Mortalidad infantil y postinfantil	División de Población de las Naciones Unidas, Oficina de Estadísticas de las Naciones Unidas y Banco Mundial.	Acceso a servicios de salud	UNICEF.
Población total	División de Población de las Naciones Unidas.	Inmunización	OMS y UNICEF.
Número anual de nacimientos	División de Población de las Naciones Unidas y Oficina de Estadísticas de las Naciones Unidas.	Uso de la terapia de rehidratación oral (TRO)	OMS.
Número de muertes de menores de cinco años	División de Población de las Naciones Unidas y UNICEF.	Receptores de radio y televisión	UNESCO.
PNB per cápita	Banco Mundial.	Población infantil	División de Población de las Naciones Unidas.
Esperanza de vida	División de Población de las Naciones Unidas.	Tasas brutas de mortalidad y natalidad	División de Población de las Naciones Unidas.
Adultos alfabetizados	UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura).	Fecundidad	División de Población de las Naciones Unidas.
Escolarización y terminación	UNESCO.	Población urbana	División de Población de las Naciones Unidas.
Ingreso familiar	Banco Mundial.	Inflación y nivel de pobreza absoluta	Banco Mundial.
Bajo peso al nacer	Organización Mundial de la Salud (OMS).	Gasto en salud, educación y defensa	Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional (FMI).
Lactancia materna	OMS.	Ayuda oficial al desarrollo (AOD)	OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos).
Insuficiencia ponderal, Emaciación y Cortedad de talla	OMS y Encuestas Demográficas y de Salud, IRD.	Servicio de la deuda	Banco Mundial.
Producción de alimentos y consumo de calorías	FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) y Banco Mundial.	Prevalencia de anticonceptivos	División de Población de las Naciones Unidas, Fundación Rockefeller y Encuestas Demográficas y de Salud, IRD.
Ingreso destinado a alimentos	Banco Mundial.	Partos atendidos	OMS.
Acceso a agua potable	OMS.	Mortalidad materna	OMS.

UNICEF, Sede central
UNICEF House, 3 U.N. Plaza, Nueva York, NY 10017, Estados Unidos

UNICEF, Oficina de Ginebra
Palais des Nations, CH-1211 Ginebra 10, Suiza.

UNICEF, Oficina regional para África oriental y meridional
Apartado Postal 44145, Nairobi, Kenya

UNICEF, Oficina regional para África central y occidental
Apartado Postal 443, Abidjan-04, Côte d'Ivoire

UNICEF, Oficina regional para las Américas y el Caribe
Apartado Aéreo 7555, Bogotá, Colombia

UNICEF, Oficina regional para Asia oriental y Pacífico
Apartado Postal 2-154, Bangkok 10200, Tailandia

UNICEF, Oficina regional para Oriente Medio y África del Norte
Apartado Postal 811721, Amman, Jordania

UNICEF, Oficina regional para Asia meridional
UNICEF House, Malla Annex Lekhnath Marg, Kathmandu, Nepal.

UNICEF, Oficina para Australia y Nueva Zelanda
Apartado Postal Q143, Queen Victoria Building, Sidney. N.S.W. 2000, Australia

UNICEF, Oficina de Japón
Shin-Aoyama Building, Nishikan piso 22, 1-1
Minami-Aoyama 1-Chome, Minato-ku, Tokio 107, Japón