

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 1989



Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
(UNICEF)

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA
1989

© UNICEF, 1989

Derechos reservados conforme a la ley

Impreso y hecho en España

Printed and made in Spain

Titulo original: *The state of the world's children 1989*

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

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

Edición original inglesa: P & L Adamson, Benson, Oxfordshire, Reino Unido.

Edición en español: J & J Asociados, Barcelona, España.

Compuesto e impreso en Romargraf, S.A. Juventud, 55-57

Hospitalet de Llobregat, 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

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 1989



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

I

**ESTADO
MUNDIAL
DE LA INFANCIA
1989**

James P. Grant

Amenaza para una década de logros

La deuda de la infancia

Ayuda real para un desarrollo real

El desarrollo real en la práctica

Siete pecados capitales

La infancia de hoy y el mundo de mañana

Capítulo suplementario

Medición del desarrollo real

CONTENIDO



ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA

Amenaza para una década de logros

En muchos países el desarrollo se ha tornado en un retroceso. El gasto público en salud y educación se está reduciendo, y los niños son los que pagan el precio. No obstante, gracias a medidas específicas como la inmunización, la TRO y el espaciamiento de los nacimientos es posible salvar la vida de más de dos millones de niños al año.

página 1

La deuda de la infancia

La caída de los precios de los productos básicos y el aumento de la deuda externa han forzado a muchos países a adoptar severas políticas de ajuste económico. Sin embargo, comienza a vislumbrarse una restauración del crecimiento. También son necesarios una reducción de la deuda externa y un incremento de la ayuda internacional. La reanudación del crecimiento en el Sur facilitará a su vez la solución de los problemas económicos del Norte.

página 15

Ayuda real para un desarrollo real

El retorno del crecimiento no es suficiente. Un nuevo esfuerzo de desarrollo deberá dar prioridad a los más pobres. Gran parte de la ayuda actual está distorsionada tanto por los gobiernos donantes como por los receptores. La satisfacción de las necesidades de los pobres requiere una ayuda real para lograr un desarrollo real.

página 28

El desarrollo real en la práctica

Los conocimientos y la experiencia adquiridos en los últimos decenios en materia de salud materno-infantil, nutrición, producción de alimentos, abastecimiento de agua, vivienda y educación muestran que las necesidades esenciales pueden ser satisfechas con un incremento relativamente modesto de los recursos asignados a este fin.

página 37

Siete pecados capitales

Durante la última década se han establecido diversos principios importantes como guía del desarrollo. Si se observan estos principios será posible doblar la relación costo-efectividad de los esfuerzos de desarrollo en la década de los años noventa.

página 57

La infancia de hoy y el mundo de mañana

La oportunidad que se presenta de proteger el desarrollo físico y mental de la población infantil merece la máxima atención de los líderes políticos de todo el mundo. El costo financiero para satisfacer las necesidades esenciales supone una cifra entre 30.000 y 50.000 millones de dólares. Si se consigue una reasignación de los recursos disponibles, junto a un incremento de la ayuda en términos reales, será posible eliminar los peores aspectos de la pobreza hacia el final de siglo.

página 61

Capítulo suplementario:

Medición del desarrollo real

Hace ya tiempo que se han reconocido las limitaciones del PNB per cápita como indicador del desarrollo. Se necesitan pues métodos directos de medición del progreso humano. En este capítulo adicional se presentan las tasas nacionales de mortalidad de menores de cinco años (TMM5) y las tasas de alfabetización como los principales indicadores de progreso de la infancia. Asimismo, se utiliza la tasa media de reducción anual (TMRA) del analfabetismo y la mortalidad infantil como "velocímetro" indicador del ritmo de avance del bienestar de la infancia.

página 73

ESTADÍSTICAS

Tablas

1. Indicadores básicos	TMM5 <input type="checkbox"/> natalidad y mortalidad infantil <input type="checkbox"/> población <input type="checkbox"/> PNB per cápita <input type="checkbox"/> esperanza de vida <input type="checkbox"/> alfabetización de adultos <input type="checkbox"/> escolarización <input type="checkbox"/> distribución del ingreso	<i>página 94</i>
2. Nutrición	Bajo peso al nacer <input type="checkbox"/> lactancia materna <input type="checkbox"/> desnutrición <input type="checkbox"/> producción de alimentos <input type="checkbox"/> ingesta de calorías <input type="checkbox"/> gastos de alimentación	<i>página 96</i>
3. Salud	Acceso a agua <input type="checkbox"/> acceso a servicios de salud <input type="checkbox"/> inmunización infantil y de mujeres embarazadas <input type="checkbox"/> producción de SRO <input type="checkbox"/> atención calificada del parto <input type="checkbox"/> mortalidad materna	<i>página 98</i>
4. Educación	Alfabetización masculina y femenina <input type="checkbox"/> receptores de radio y televisión <input type="checkbox"/> escolarización primaria y terminación <input type="checkbox"/> escolarización secundaria	<i>página 100</i>
5. Indicadores demográficos	Población infantil <input type="checkbox"/> tasa de crecimiento de la población <input type="checkbox"/> tasa bruta de mortalidad <input type="checkbox"/> tasa bruta de natalidad <input type="checkbox"/> esperanza de vida <input type="checkbox"/> tasa de fecundidad <input type="checkbox"/> urbanización <input type="checkbox"/> uso de anticonceptivos	<i>página 102</i>
6. Indicadores económicos	PNB per cápita <input type="checkbox"/> tasa anual de crecimiento <input type="checkbox"/> inflación <input type="checkbox"/> pobreza <input type="checkbox"/> gasto gubernamental <input type="checkbox"/> ayuda <input type="checkbox"/> deuda externa	<i>página 104</i>
7. Situación de la mujer	Esperanza de vida <input type="checkbox"/> alfabetización <input type="checkbox"/> escolarización <input type="checkbox"/> uso de anticonceptivos <input type="checkbox"/> inmunización <input type="checkbox"/> atención calificada del parto <input type="checkbox"/> mortalidad materna	<i>página 106</i>
8. Países menos poblados	Indicadores básicos de los países menos poblados	<i>página 108</i>
Notas	Nota a los datos, signos y explicaciones	<i>página 92</i>
	Notas a las tablas 1-8, definiciones, fuentes principales	<i>página 109</i>

RECUADROS

Inmunización: una revolución en la salud	1	África: la Iniciativa de Bamako	10
China: objetivo cumplido	2	Poliomielitis: ya se vislumbra el final	11
TRO: avances logrados	3	Declaración de Talloires: la protección de la infancia	12
Convención: los derechos del niño	4	Tanzania: éxito en Iringa	13
La gran alianza: un compromiso con la infancia	5	EL SIDA: amenaza para la infancia	14
Para la vida: una alianza para la infancia	6	<i>Capítulo suplementario</i>	
Asia meridional: grandes expectativas	7	Un nuevo indicador: el PNB del 40% más pobre	15
Liga de inmunización	8	Liga de supervivencia infantil	16
Mortalidad materna: estadísticas vergonzosas	9	Mortalidad infantil: evolución histórica	17

GRÁFICOS

- Gráf. 1 Producto interior bruto per cápita, regiones mundiales, 1980-1986
- Gráf. 2 Cobertura de inmunización, países en desarrollo, 1981-1987
- Gráf. 3 Muertes efectivas y evitadas, enfermedades inmunoprevenibles, 1988
- Gráf. 4 Proporción de episodios de diarrea en niños menores de cinco años tratados con la TRO, 1984-1986
- Gráf. 5 Proyecciones globales alternativas de menores de cinco años fallecidos y salvados, 1980-2000
- Gráf. 6 Tasa global de fecundidad por regiones, 1950-1990
- Gráf. 7 Gastos del Gobierno central en educación, salud y defensa en proporción al gasto total gubernamental, 1972 y 1986
- Gráf. 8 Proporción del PNB destinado a defensa, salud y educación, 1983 y 1986
- Gráf. 9 Costos unitarios corrientes en enseñanza primaria, 1980-1984/1985
- Gráf. 10 PIB per cápita, África, 1973-1995
- Gráf. 11 Ayuda oficial al desarrollo, proporción del PNB, países de la OCDE, 1965 y 1987.
- Gráf. 12 Cambios en la TMI en las principales regiones de Brasil, 1977-1984
- Gráf. 13 Distribución de la ayuda total de la OCDE a países en desarrollo según nivel de ingresos, 1985-1986

- Gráf. 14 Proporción de muertes maternas prevenibles por espaciamiento de los nacimientos, países seleccionados
- Gráf. 15 Acceso a agua potable y saneamiento adecuado, áreas rurales y urbanas de los países en desarrollo, 1970-1985
- Gráf. 16 Cobertura de inmunización, 1987

Capítulo suplementario:

- Gráf. 1a Descenso de las TMM5, países industrializados y en desarrollo, 1960-1987
- Gráf. 1b Crecimiento del PNB per cápita, países industrializados y en desarrollo, 1960-1986
- Gráf. 2 Descenso de las tasas de mortalidad de menores de cinco años, países seleccionados, 1950-1987
- Cuadro A PNB per cápita, TMM5 y tasas de analfabetismo, 1986-1987
- Cuadro B Reducción de la mortalidad infantil, Estados Unidos, 1950-1984/1987
- Cuadro C Tasas de reducción TMM5 y de analfabetismo, tasas de crecimiento del PNB per cápita
- Cuadro D Nacimientos, tasas de natalidad, TMM5 y tasas de reducción, mortalidad de menores de cinco años, por regiones, 1950, 1980, 1985 y 1987
- Cuadro E Tasas de reducción de TMM5 y de fecundidad, tasas de crecimiento del PNB per cápita, 1960-1987

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. El informe de este año consta de un capítulo suplementario –Medición del desarrollo real– que analiza la importancia de la TMM5 y su tasa media anual de reducción en relación con un enfoque más amplio de los indicadores sociales. 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 las TMM5, tanto en el informe como en las tablas estadísticas, 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 algunos casos estas estimaciones pueden diferir de las estadísticas nacionales.

PREFACIO

El informe de este año sobre el *Estado Mundial de la Infancia* presenta una cierta variación respecto a la norma tradicional de los últimos años. En 1989 se cumple el décimo aniversario del *Año Internacional del Niño* el cual, según ya señaló el UNICEF en su tiempo, se propuso marcar un punto de inflexión en la evolución de la conciencia mundial sobre la infancia. Es también el año en que se formulará la estrategia a seguir en la cuarta y última Década de Desarrollo de las Naciones Unidas para el presente siglo (1991-2000). Así pues, el UNICEF, en respuesta al requerimiento de su Consejo ejecutivo, aprovecha esta oportunidad para hacer una reflexión retrospectiva sobre los logros conseguidos en el bienestar de la infancia durante los últimos diez años y, aún más, para mirar hacia delante con el fin de analizar lo que puede lograrse en el próximo decenio.

Desafortunadamente, este tipo de revisión es imposible de realizar sin abordar las cuestiones cruciales de la deuda externa y las políticas de ajuste a la recesión económica, cuestiones que han afectado a la vida de muchos niños del mundo en los años ochenta y que es probable que sigan teniendo una gran influencia en la vida de la infancia de los años noventa.

El interés del UNICEF en analizar los efectos de las fuerzas económicas sobre el bienestar de la infancia ha tenido una motivación continuada. Desde principios de 1984, cuando esta organización publicó el primero de los dos estudios sobre el tema, nuestra principal preocupación ha sido abogar por lo que se conoce ya como un *ajuste con rostro humano*. Nuestra visión es que la protección de los grupos de población más vulnerables, y particularmente del desarrollo físico y mental de los niños, es tanto un imperativo moral como un requisito práctico indispensable para un progreso social y económico sostenido. A partir de este enfoque, el UNICEF mediante el conocimiento y evaluación de los acontecimientos más sobresalientes y el desarrollo de propuestas imaginativas, ha desempeñado un papel constructivo, poco habitual, en la evolución del pensamiento acerca de estas cuestiones dentro de

las Naciones Unidas y en el seno de las instituciones financieras internacionales.

El informe de este año integra estas preocupaciones con un examen de las perspectivas del mundo de la infancia en las próximas décadas. Entre las principales conclusiones se señala que en la mayoría de países la reacceleración del progreso de la infancia depende de medidas de carácter internacional, no sólo para resolver la crisis de la deuda externa sino también para permitir un retorno del crecimiento económico. La expansión de la demanda en el mundo en desarrollo contribuiría también positivamente al proceso de reestructuración de los insostenibles desequilibrios económicos de los países industrializados.

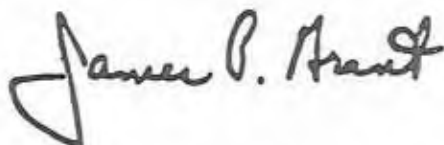
El capítulo III sostiene que incluso un retorno al crecimiento económico, aun salvando la dificultad de lograrlo, no es suficiente. El progreso en el bienestar de los niños, y de sus familias, también depende de que seamos capaces de aprender las duras lecciones de los años recientes, años en los cuales los pobres han sido quienes más han sufrido en los malos tiempos económicos, a la vez que eran los que se beneficiaban menos en los buenos. Lo que se necesita ahora es un firme compromiso para un "desarrollo real", un desarrollo que conceda la máxima prioridad a las personas, tanto en los buenos como en los malos tiempos, y asuma como su objetivo central la tarea de capacitar a todas las familias para que puedan satisfacer sus necesidades esenciales y las de sus hijos.

Con el fin de impulsar este proceso y de ayudar en la difícil tarea de reorientar la escala de prioridades en favor de los pobres, será necesario que los países industrializados revisen sus políticas comerciales, de ayuda y de financiación respecto al mundo en desarrollo. Para que tales cambios susciten el apoyo público necesario deben formar parte integral de un *pacto de desarrollo real* por el cual los países trabajarían conjuntamente, caso a caso, en un plan de erradicación de los peores aspectos de la pobreza absoluta, las enfermedades prevenibles y la desnu-

trición y el analfabetismo masivos hacia finales del presente siglo. Los capítulos IV y V examinan el tipo de acciones necesarias para lograr este gran objetivo y resumen los conocimientos y experiencias adquiridos en las dos últimas décadas que permiten obtener, con unos recursos relativamente modestos, grandes beneficios humanos.

A partir de este examen de los conocimientos actuales y de su impacto social más reciente, es evidente que los años noventa abrigan la promesa de un gran avance en un área vital del desarrollo: la protección del desarrollo físico y mental de la infancia en todo el mundo. Habida cuenta de la gran importancia de este avance potencial para la prosperidad y la paz en el mundo, el último capítulo del informe propone la organización de una reunión especial de los líderes políticos destinada a considerar cómo pueden aprovecharse de forma fructífera durante la próxima década estas grandes oportunidades de protección de la infancia.

Finalmente, el informe indica que tanto la comunidad internacional en su conjunto como cada uno de los ciudadanos individualmente, se verían beneficiados si se logra un compromiso renovado en favor de un "desarrollo real". La persistencia de la pobreza absoluta en el mundo es inseparable en última instancia de cuestiones tales como la violencia, la inestabilidad social y el deterioro ambiental que nos afectan a todos y que nos afectarán aún más a medida que nos aproximamos hacia un nuevo milenio.



James P. Grant
Director ejecutivo



Amenaza para una década de logros

Para casi novecientos millones de personas, aproximadamente una sexta parte de la humanidad, el progreso humano se ha transformado en un retroceso. En muchos países se está invirtiendo el curso del desarrollo. Y después de varios decenios de avance económico continuado, vastas zonas del mundo empiezan a retroceder hacia la pobreza.

Durante la década de los ochenta, los ingresos medios han descendido entre un 10% y un 25% en casi toda África y en la mayor parte de América Latina. El peso medio en relación a la edad de la población infantil, un indicador básico de un desarrollo sano, ha disminuido en muchos de los países para los que se dispone de datos. En los 37 países más pobres se han registrado, en el plazo de pocos años, reducciones del 50% en el gasto per cápita en atención de salud y de un 25% en el gasto en educación. Y en casi la mitad de los 103 países en desarrollo con datos recientes se aprecia un descenso en el porcentaje de niños y niñas de 6 a 11 años escolarizados en la enseñanza primaria.

En otras palabras, el endeudamiento y la recesión de la década de los ochenta están afectando con especial dureza a la infancia. Y como trágico resumen cabe estimar que en los últimos doce meses al menos medio millón de niños han muerto como consecuencia ya sea de la desaceleración del progreso o de su retroceso en el mundo en desarrollo.*

A diferencia de las tragedias provocadas por la sequía, las inundaciones o las hambrunas, esta tragedia del retroceso en el proceso de desarrollo no se presta fácilmente a su difusión en los medios de comunicación y la opinión pública mundial a menudo no llega a tener conocimiento de ella. No se desarrolla en un lugar concreto, sino en los barrios pobres y comunidades rurales postergadas de dos continentes. No se concentra en un momento concreto del tiempo, sino que es un proceso que abarca varios años de intensificación de la pobreza que, sin llegar a ser noticia de primera plana, ha alterado la vida cotidiana de muchos millones de personas. Y no tiene una causa espe-

* Esta estimación no incluye las muertes infantiles en países afectados por la guerra o por conflictos civiles (como Angola, Chad, Etiopía o Mozambique). Se basa en un análisis de la mortalidad de los menores de cinco años en los países cuya tasa de reducción de la mortalidad de la población menor de cinco años fue inferior en el período 1980-87 que en el período 1970-1980. También se excluyen todos aquellos países en los cuales la tasa de descenso de la mortalidad de los menores de cinco años ya mostraba tendencia a frenarse (según se desprende del hecho de que dicha tasa fuese menor para 1970-1980 que para 1960-1970). Ello supone un total de 16 países (10 en África y 6 en América Latina) en los que se ha frenado claramente el descenso de la mortalidad de la población menor de cinco años, en contradicción con las tendencias nacionales recientes. Sólo en estos 16 países han

muerto en los últimos doce meses aproximadamente 650.000 niños más de los que habrían fallecido si la tasa de reducción de la mortalidad de los menores de cinco años de la década 1970-1980 se hubiese mantenido en los mismos niveles durante el período 1980-1987. Por tanto, la mayor parte de esas muertes (aproximadamente 400.000 en África y el resto en América Latina) pueden considerarse asociadas a la desaceleración o al retroceso del proceso de desarrollo durante la década de los ochenta, como consecuencia de una deuda externa sin precedentes, del aumento de los tipos de interés, de la caída de los precios de los productos básicos, de una inversión inadecuada de los fondos obtenidos a través del crédito y de las medidas de carácter nacional e internacional adoptadas para hacer frente a la crisis de endeudamiento resultante.

efica visible, sino que es consecuencia de una tragedia económica en la que tienen un papel protagonista los países industrializados.

Todo ello motiva que el mundo industrializado en general no tenga noticia de esta desaceleración del progreso y de la pérdida de los avances logrados con tanto esfuerzo, a pesar de que el resultado sea un aumento de la miseria y del sufrimiento humanos en una escala y con una intensidad sin precedentes en el período de la posguerra.

Este panorama queda mitigado por el progreso económico sostenido de China, India, Malasia, Pakistán, la República de Corea, Sri Lanka y Tailandia, países en los que vive la mitad de los niños del mundo. Asia todavía alberga a la mayor parte de la población mundial en situación de pobreza absoluta y se enfrenta con enormes problemas sociales. Pero en la mayoría de los países de la región se mantiene un lento incremento de los ingresos medios y de los niveles de vida.

Por el contrario, en la mayoría de los países de África, América Latina y el Caribe, casi todos los indicadores económicos ponen de relieve un retroceso en el curso del desarrollo. Ha descendido el PNB per cápita (gráfico 1), los pagos de la deuda han alcanzado una cuarta parte o más de todos los ingresos obtenidos por las exportaciones,* ha disminuido la participación en los intercambios internacionales y la productividad del trabajo ha descendido uno o dos puntos porcentuales cada año durante la década de los ochenta.

El UNICEF se ocupa de la infancia, no del funcionamiento de la economía internacional. Pero en el curso de su labor cotidiana en más de un centenar de países en desarrollo, el UNICEF contempla una cara de los problemas económicos internacionales que no se ve desde los pasillos del poder financiero, ni se refleja en los datos estadísticos de endeudamiento, ni aparece en las reuniones sobre la renegociación de la deuda.

Esta otra cara de los problemas económicos internacionales es el rostro de la infancia. Es el rostro de los niños cuyo desarrollo físico y psíquico puede sufrir daños permanentes como consecuencia de las priva-

ciones de sus familias, incluso cuando estas privaciones son transitorias. Es el rostro de los niños cuyo desarrollo individual presente y aportación social futura se están configurando bajo la influencia de la economía de hoy. Es el rostro de los niños que están pagando el precio más alto de todos y que soportarán los costos más duraderos como resultado del aumento de los pagos de la deuda, la reducción de los ingresos procedentes de las exportaciones, el incremento del precio de los alimentos, la disminución de los ingresos familiares, el dismantelamiento de los servicios de salud y las menores oportunidades educativas.

En consecuencia, el informe de este año no puede volver la espalda a las cuestiones económicas que han transformado la década de los ochenta en un período de desesperanza para tantos millones de familias, incluidas entre las más pobres del mundo. Pero también destacará las tendencias y oportunidades existentes que, si el mundo se decide a aprovecharlas, podrían convertir la década de los noventa en un período de renovada esperanza.

Los logros de los años ochenta

En estos momentos se cumplen exactamente diez años de la celebración del Año Internacional del Niño. En aquella ocasión, el UNICEF insistió en que ese año no debía representar "una cota máxima sino un punto de inflexión" en la gráfica del interés y la preocupación mundial por la infancia. Pero la década de los setenta ya se cerró con una multiplicación de los problemas económicos del mundo en desarrollo. Y durante los años ochenta, los avances en favor de la infancia se han visto obstaculizados por las fuerzas de la recesión internacional y de un creciente endeudamiento.

Pero aun así se han logrado éxitos notables.

Frente a unos problemas económicos cada vez más graves, el mundo en desarrollo ha utilizado la capacidad y los conocimientos acumulados a lo largo de los anteriores decenios. Pese a los retrocesos registrados en algunos países que han visto intensificada la presión de la pobreza, una serie de acciones concretas en favor de la infancia han permitido salvar la vida a varios millones de niños menores de cinco años (con una reducción de casi dos millones y medio del total anual de muertes infantiles) y proteger la salud y el desarrollo de un número aún mayor de niños en todo el mundo.

El decidido esfuerzo del mundo en desarrollo ha

* Si el África Subsahariana pagase todas las cantidades adeudadas en concepto de capital e intereses para 1988-1989, estos pagos representarían más de la mitad de los ingresos de la cuenta de exportaciones regionales. La diferencia entre las cantidades adeudadas y las cantidades pagadas pasará a incrementar la deuda total de la región.

permitido elevar la proporción de niños protegidos por la inmunización desde menos de un 10% a más del 50% en los últimos ocho años (gráfico 2). En el mundo entero se ha registrado un retroceso de enfermedades comunes como el sarampión, el tétanos y la tos ferina, que antes causaban la muerte de cinco millones de niños al año y dejaban permanentemente impedidos a varios millones más. La vacunación permite salvar actualmente 1,5 millones de vidas infantiles cada año (gráfico 3). Y en el último decenio también se ha reducido en un 25% la incidencia de la poliomielitis, el virus que durante largo tiempo dejaba incapacitado a uno de cada 200 niños nacidos en el mundo en desarrollo, y podría lograrse su total erradicación en el curso de la próxima década (recuadro 11).

Por tanto, todo permite augurar que la mayoría de los países del mundo estarán muy cerca de la meta de la inmunización universal de la infancia establecida

por las Naciones Unidas para 1990 (recuadro 1). En estos momentos, más de 80 países, incluidos casi la totalidad de los estados africanos más pobres, están acelerando sus programas de vacunación en un intento de alcanzar esa meta. China, con casi el 20% de la infancia mundial, espera conseguir una cobertura de inmunización del 85% en todas las provincias hacia finales de 1988 (recuadro 2). Bangladesh, Brasil, India, Indonesia, México, Nigeria y Pakistán —que en conjunto suman un 40% de la población infantil no inmunizada del mundo— se han comprometido a lograr la cobertura universal y están acelerando su avance para alcanzar tal objetivo.

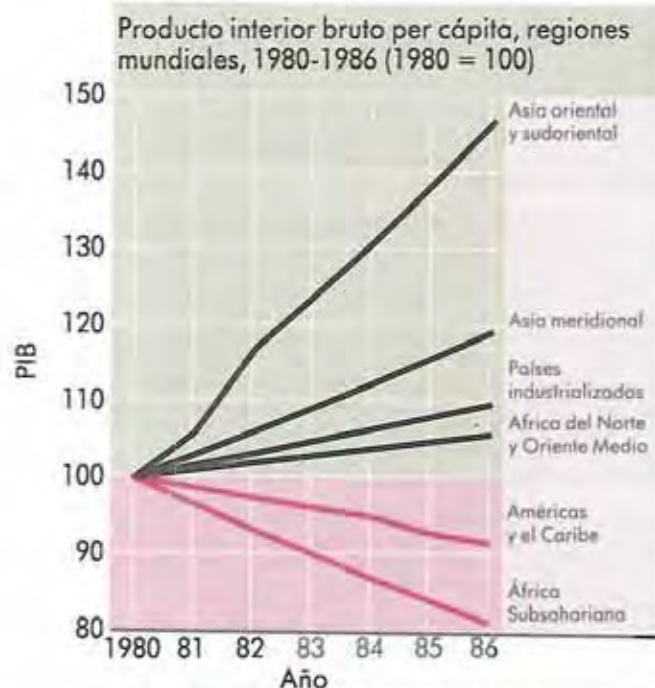
Para la década de los noventa se plantea la necesidad de consolidar estos avances y evitar caer en “la falacia del promedio estadístico”, asegurando elevados niveles de cobertura no sólo en cada uno de los países sino también en cada *comunidad*. Pero si se logra seguir avanzando en esa dirección, los casi cinco millones de muertes infantiles causadas por enfermedades inmunoprevenibles registradas en 1980 podrían reducirse a alrededor de un cuarto de millón o menos hacia el año 2000.

También se han logrado espectaculares avances en la lucha contra la diarrea, que sigue siendo la causa individual más importante de mortalidad infantil en el mundo. En 1980, la *deshidratación* a consecuencia de la diarrea se cobraba casi 10.000 vidas infantiles a diario. En la actualidad, más del 25% de las familias del mundo en desarrollo aplican un tratamiento poco costoso, conocido como terapia de rehidratación oral o TRO, que ofrece a los padres un remedio práctico para prevenir y tratar por sí mismos la deshidratación (gráfico 4). Ello permite salvar un total estimado de entre 750.000 y un millón de vidas infantiles cada año (recuadro 3).

Todavía queda un largo camino por recorrer antes de que la deshidratación pueda considerarse derrotada y existen muchas estrategias preventivas vitales contra las afecciones diarreicas que es urgente empezar a aplicar. Pero si los efectos de la recesión económica no frenan los avances logrados durante la década de los ochenta, dentro de diez años el mundo podría considerar como un recuerdo de un pasado atroz la muerte por deshidratación de varios millones anuales de niños en el mundo. Resulta difícil concebir desde el mundo industrializado, donde son poco frecuentes las muertes por deshidratación, la importancia de esta victoria en el ámbito de la salud pública. Desde 1945, la deshidratación se ha cobrado silenciosamente más de ciento cincuenta millones de vidas, un nú-

Gráfico 1 Tendencias económicas

El gráfico muestra la evolución de la economía en las principales regiones del mundo durante la década de los años ochenta.



Fuente: "Children in a global context", informe del Director ejecutivo, UNICEF, 18 de febrero, 1988.

Inmunización: una revolución en la salud pública

A mediados de los años setenta, casi cinco millones de niños morían cada año de sarampión, tétanos, tos ferina, difteria, tuberculosis y poliomielitis. Varios millones más quedaban permanentemente incapacitados como resultado de estas seis enfermedades, prevenibles mediante inmunización.

Cuando, en 1974, la Organización Mundial de la Salud puso en marcha el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), menos del 5% de los niños del mundo en desarrollo estaban inmunizados. Tres años después, la Asamblea Mundial de la Salud propuso el objetivo de que para el año 1990 todos los niños del mundo estuviesen vacunados contra las seis enfermedades inmunoprevenibles.

En aquel momento, este objetivo de lograr la inmunización universal de la infancia* parecía utópico. Sin embargo, en la presente década, unos ochenta países han dado un fuerte impulso a sus programas de inmunización y, en la actualidad, la mayoría de los países en desarrollo tienen posibilidades reales de alcanzar esa meta. Se espera que China, con una sexta parte de la población infantil del mundo, la alcance dos años antes de la fecha fijada (recuadro 2). Países como Arabia Saudita, Botswana, Cuba, Egipto, Gambia, Iraq, Jordania, Omán, Rwanda, Tanzania y Zimbabue ya la han alcanzado o están a punto de alcanzarla. Y otros — como Argelia, Brasil, Kenya, Marruecos, México, Pakistán y Turquía — están trabajando para lograr una cobertura de inmunización del 80% al 90% dentro de los próximos dos años.

En resumen, todo parece indicar que un 70% al 80% de los niños nacidos en el mundo en desarrollo durante 1990 estarán inmunizados al cumplir los doce meses de edad.

Actualmente, casi el 50% de los niños que nacen cada año reciben la vacuna contra el sarampión y más de un 55% quedan vacunados contra las otras cinco enfermedades incluidas en el PAI. La vacunación de las mujeres contra el tétanos (que inmuniza también a sus hijos recién nacidos) todavía se halla rezagada con una cobertura que apenas alcanza al

25%. En conjunto, en 1987 la inmunización permitió evitar que 1,5 millones de niños murieran como consecuencia de alguna de las seis enfermedades incluidas en el PAI.

En palabras del doctor Ralph Henderson, director del Programa Ampliado de Inmunización: "En poco más de una década se ha logrado una revolución silenciosa en el ámbito de la salud pública".

En parte, este extraordinario avance se ha logrado gracias al perfeccionamiento de las vacunas y del material utilizado para su transporte y almacenamiento. Pero tan importante como esto han sido los logros de carácter social. El programa recibió un gran impulso gracias a la estrategia de movilización social, consistente en la implicación de todas las instituciones gubernamentales existentes, de los maestros y maestras, de los dirigentes religiosos, de las organizaciones comunitarias y de los medios de comunicación de masas en el esfuerzo de proporcionar información y apoyo a los padres para que utilicen los servicios de inmunización.

Al mismo tiempo, más de 100.000 agentes de salud han recibido formación para aplicar con mayor eficacia los programas de inmunización. Muchos países también han logrado reducir los índices de abandono mediante el procedimiento de vacunar a los niños cuando son llevados a los centros de salud para el tratamiento de afecciones diarreicas o infecciones respiratorias.

Para la década de los noventa se plantea el desafío de completar la creación de un sistema permanente de vacunación que permita inmunizar durante el primer año de vida a la práctica totalidad de los recién nacidos en todos los países (así como a todas las mujeres en edad de procrear). Entonces, gracias al reforzamiento de los sistemas de vigilancia se podrán registrar la progresiva desaparición de enfermedades como la poliomielitis (véase el recuadro 11) y el tétanos neonatal y una reducción de un 95% como mínimo en los dos millones de muertes anuales que provoca actualmente el sarampión.

Cuando se anuncia el inicio de una nueva era en la tecnología inmunológica — con la promesa de vacunas contra el paludismo, las afecciones diarreicas y quizás también contra el SIDA —, la infraestructura de inmunización necesaria para la vacunación contra las enfermedades incluidas en el PAI podría llegar a constituir una de las inversiones humanas más importantes de todos los tiempos.

* En principio, se entiende por "inmunización universal" el nivel de cobertura necesario para impedir la transmisión de las enfermedades incluidas en el PAI. En la práctica, los diferentes países han establecido metas distintas para 1990. En el caso de los países que no se han fijado un objetivo concreto, el UNICEF establece como criterio mínimo una cobertura del 80% para cada vacuna.

mero muy superior al total de civiles y militares caídos en las dos guerras mundiales. Casi todas estas víctimas eran niños.

Igualmente significativa para la causa de la salud materno-infantil es la rápida difusión, durante la década de los ochenta, de los conocimientos sobre el espaciamiento de los nacimientos. Todavía no es suficientemente conocido el hecho de que los embarazos "demasiado numerosos o demasiado seguidos", o de mujeres "demasiado mayores o demasiado jóvenes", son la causa de hasta una cuarta parte de la mortalidad materno-infantil en el mundo. La promoción del espaciamiento de los nacimientos, con el fin de que la mayoría de parejas del mundo en desarrollo dispongan de la información y los medios necesarios para decidir

el número y espaciamiento de sus hijos, abre una amplia vía para el avance de la salud. Si se consigue mantener el nivel actual de información, pese al empeoramiento del clima económico, el espaciamiento de los nacimientos ofrece un efecto potencial capaz de salvar la vida a unos tres millones de niños y 200.000 mujeres jóvenes cada año (recuadro 9).

La creciente preocupación por la infancia ha tenido muchas otras manifestaciones durante la pasada década. Pero estas tres intervenciones específicas –la inmunización, la TRO y el espaciamiento de los nacimientos– representan seguramente los instrumentos más poderosos para elevar el nivel de bienestar de la infancia a escala mundial. Y en la actualidad, pese a un desarrollo económico más débil, gracias a estas intervenciones comienza a hacerse realidad la prometedora revolución en la supervivencia y el desarrollo infantiles que ha sido el centro de las campañas y acciones del UNICEF, y de muchas otras instituciones y personas, durante los años ochenta (gráfico 5).

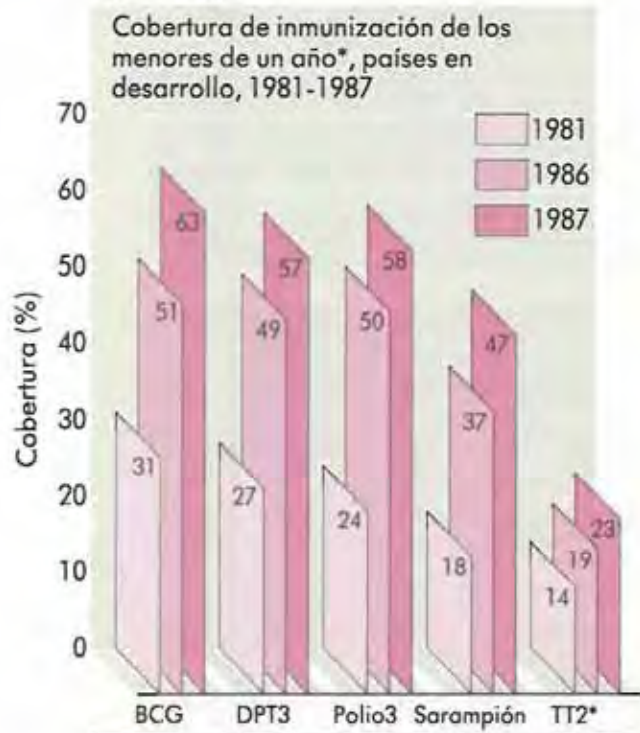
Es justo reconocer estos logros, a los que han contribuido muchos gobiernos, organismos de las Naciones Unidas, organizaciones de voluntarios, personas individuales y las propias comunidades pobres. Pero también es importante tener presente que se han ganado batallas, no guerras. Alrededor de catorce millones de niños siguen muriendo cada año de enfermedades comunes y de desnutrición, que en su mayor parte podrían evitarse con métodos relativamente sencillos y poco costosos. Por consiguiente, pese a las presentes dificultades económicas, es esencial continuar creando la infraestructura necesaria para la atención primaria de salud, intentar alcanzar la inmunización universal de la población infantil, ayudar a todos los padres a utilizar la terapia de rehidratación oral, y ofrecer información sobre el espaciamiento de los nacimientos a todas las familias a fin de permitirles ejercer un mayor control sobre sus vidas y su salud.

Como ha declarado el director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), doctor Hiroshi Nakajima:

"Es preciso reconocer que la mayor parte de los grandes problemas de salud y de mortalidad prematura que se producen en el mundo podrían evitarse, a un costo muy bajo, con la introducción de algunos cambios en el comportamiento humano. Contamos con los conocimientos y la tecnología para ello, pero es preciso traducirlos en actuaciones eficaces a nivel comunitario. Si los padres y las familias contaran con el apoyo y la información adecuados podrían salvar la vida a dos ter-

Gráfico 2 Cobertura de inmunización

La cobertura de inmunización de las principales vacunas ha aumentado de forma espectacular en los años ochenta.



Datos de 1981, excluida China.

* TT2 se administra a las mujeres embarazadas y también protege al recién nacido.

Fuente: UNICEF, septiembre, 1988.

China: objetivo cumplido

Se espera que China alcance el objetivo de la inmunización universal de la infancia con dos años de anticipación respecto a los plazos previstos. El país más poblado de la Tierra, con casi 20 millones de nacimientos anuales, alberga una sexta parte de la población infantil del mundo. El éxito logrado por China representa, por tanto, un importante avance para alcanzar la meta de inmunización universal de la infancia en todo el mundo establecida por las Naciones Unidas para 1990.

China inició la vacunación infantil en la década de los cincuenta, pero el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) no se introdujo hasta 1979. En aquella fecha, las seis principales enfermedades inmunoprevenibles todavía causaban un número relativamente elevado de víctimas. En 1978, por ejemplo, se registraron 10.000 casos de poliomielitis, 20.000 de difteria, 600.000 de tos ferina y un millón de casos de sarampión.

Al no poder contar con una "cadena de frío" de alcance nacional para el almacenamiento y transporte de las vacunas, China recurrió a sus métodos característicos de aprovechamiento de los recursos existentes para organizar servicios de inmunización. Las vacunas producidas en siete institutos regionales se distribuían una o dos veces al año entre los servicios provinciales de salud, que se encargaban de trasladarlas rápidamente a los puntos de distribución establecidos en las ciudades, donde eran recogidas por "médicos descalzos", que a su vez las transportaban en bicicleta hasta sus aldeas. En un plazo de tres años, este sistema de "relevos rápidos" había logrado una reducción espectacular de las enfermedades inmunoprevenibles: el número de casos de sarampión se redujo a menos de la mitad.

En 1982, China empezó a instalar un sistema nacional de cadenas de frío, que se ha ido ampliando progresivamente hasta cubrir más del 80% de la población. A continuación, en septiembre de 1985, el presidente Li Xianian dio su respaldo personal al esfuerzo final, que según las estadísticas recogidas entre tanto, ha conseguido que actualmente la cobertura de inmunización alcance al 85% de los niños de cada una de las provincias del país. El resultado final se anunciará tras una evaluación a escala nacional realizada por el gobierno de China en colaboración con la OMS y el UNICEF, prevista para marzo de 1989. En estos momentos el objetivo de China es asegurar que antes de finales de 1990 se haya alcanzado la cota del 85% no sólo en todas las provincias sino también en todos y cada uno de los distritos.

Un "grupo directivo" interministerial ha contribuido a movilizar un esfuerzo continuado a través de una alianza de amplia base entre los organismos gubernamentales, las organizaciones sociales y los canales de comunicación, incluidos los dirigentes nacionales, provinciales y locales, las organizaciones de mujeres y las escuelas, así como los medios de comunicación, radio, televisión y prensa. El 25 de abril se celebra cada año el Día de la Inmunización y en muchas comunidades el programa de actividades especiales se prolonga durante toda una semana.

En las zonas más remotas y menos densamente pobladas del país, habitadas principalmente por las minorías étnicas, se ha buscado la colaboración de los dirigentes religiosos, culturales y comunitarios para informar a los padres sobre la importancia de administrar una serie completa de vacunaciones. En estas regiones se está trabajando en estos momentos con especial intensidad para superar el 85% en la cobertura de inmunización.

Los éxitos de China en el terreno de la inmunización ya se han visto reflejados en una espectacular disminución de la mortalidad infantil provocada por las enfermedades inmunoprevenibles. En 1987, en China se registraron sólo 439 muertes debidas al sarampión, la difteria, la tos ferina y la poliomielitis, apenas el 8% de los índices de 1982. Y el número total de casos de estas cuatro enfermedades fue de sólo 166.000, frente a más de 1,6 millones en 1978.

En estos momentos se están sentando las bases para el mantenimiento a largo plazo de la cobertura de inmunización, mediante la introducción, en muchos casos, de un sistema simple de seguro, denominado "contrato PAI". Mediante el pago de una modesta cuota en el momento del nacimiento, se garantiza a los padres el servicio de inmunización para sus hijos hasta que cumplan los siete años. Si un niño plenamente vacunado contrae una enfermedad inmunoprevenible, los padres reciben una indemnización en dinero. Los fondos obtenidos a través del "contrato PAI" se emplean para pagar a los "médicos de aldea" (anteriormente denominados "médicos descalzos"), para el mantenimiento de la cadena de frío y para pagar las indemnizaciones en caso necesario. A principios de 1988, el sistema se aplicaba en una tercera parte del país. El sistema del seguro de inmunización introducido en China también podría ofrecer una vía para el mantenimiento de servicios permanentes de inmunización en otros países en desarrollo durante la década de los noventa.

ceras partes de los 14 millones de niños que mueren cada año. Asimismo, la inmunización podría salvar por sí sola tres millones de vidas al año y la rehidratación oral, una medida sencilla y barata, permitiría evitar otros tres millones de muertes anuales”.

Una gran alianza

En marzo de 1988 se celebró en Talloires, Francia, una reunión del Grupo Operativo para la Supervivencia Infantil con objeto de examinar los principales avances logrados en los años ochenta y los problemas más importantes que se presentan durante la década de los noventa en el terreno de la salud infantil (recuadro 12). El Grupo Operativo está promovido por los directores del UNICEF, la Organización Mundial

de la Salud, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Banco Mundial y la Fundación Rockefeller. Con la participación de los ministros de Salud de muchos países en desarrollo (que representan a una mayoría de la infancia del mundo) y de los dirigentes de casi todos los principales organismos de ayuda al desarrollo, el Grupo Operativo pasó revista a las últimas acciones emprendidas contra los principales peligros que amenazan la vida y la salud de la infancia en el mundo y llegó a la conclusión de que, pese a la sombría presencia del SIDA, “durante la pasada década se han logrado notables avances en el terreno de la salud ... Cada vez está más arraigada en el mundo la convicción de que el desarrollo humano y nacional requiere una infancia sana y unas familias sanas”.

Los datos recogidos en el recuadro 5 sobre este creciente interés en los más altos niveles políticos indican que, en los últimos cinco años, la mayor parte de los jefes de Estado del mundo en desarrollo han declarado el compromiso público de sus gobiernos de intentar alcanzar hacia el año 2000 objetivos tales como la inmunización universal de la infancia y una reducción del 50% en la mortalidad infantil registrada en 1980.

En algunos casos, estos compromisos ya se están traduciendo en acciones. Por ejemplo, la cobertura de inmunización se ha doblado con creces en los últimos años en países como Argelia, Bolivia, Burkina Faso, China, Colombia, Perú, Senegal, Siria, Togo y Yemen y grandes zonas de la India y Pakistán. Asimismo, Egipto y Jordania doblaron sus tasas de vacunación contra el sarampión, y Brasil e Indonesia aumentaron más del doble su cobertura de inmunización contra la poliomielitis.

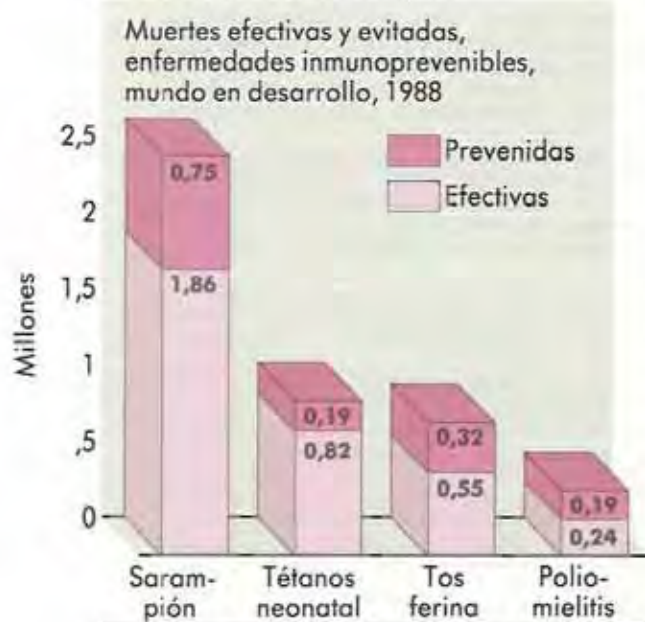
En otros casos, el compromiso de los dirigentes políticos no ha pasado de momento de las declaraciones retóricas. Sin embargo, muchos de los grandes cambios de la historia moderna —la abolición de la esclavitud, el fin de la dominación colonial, el aislamiento del apartheid, la creciente preocupación por el medio ambiente o el reconocimiento cada vez más amplio de los derechos de la mujer— comenzaron como compromisos retóricos que finalmente acabaron hinchando las velas de la acción.

En los años noventa podría tocarle, por fin, el turno a la infancia.

En efecto, actualmente parece apreciarse en muchos países una creciente preocupación por la infancia, una alianza cada vez más amplia entre los dirigentes políticos, los medios de comunicación, los grupos de profesionales y las organizaciones privadas de vo-

Gráfico 3 Vidas salvadas por la inmunización

El gráfico muestra el número anual estimado de muertes efectivas, y el de muertes evitadas gracias a la vacunación, relacionadas con las tres principales enfermedades infecciosas de la infancia. La columna cuarta indica el número de casos de poliomielitis prevenidos por la inmunización y el número de casos efectivos que todavía se producen debido a la ausencia de vacunación. En todas las estimaciones está excluida China.



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 1988.

Terapia de rehidratación oral: avances logrados

Cuando la Organización Mundial de la Salud inició el Programa de control de las afecciones diarreicas en 1980, aproximadamente un millón de niños morían cada año de deshidratación causada por la diarrea. En aquel momento, menos del 1% de los niños con afecciones diarreicas eran tratados con la terapia de rehidratación oral (TRO), un método relativamente sencillo y de bajo costo que permite evitar casi todas las muertes por deshidratación. La producción mundial de sales de rehidratación oral (SRO) era de sólo 40 millones de litros, menos del 10% de lo que se estimaba necesario.

En la actualidad, el panorama ha cambiado drásticamente:

- 112 países en desarrollo cuentan actualmente con programas de promoción de la TRO.
- La producción de SRO según la fórmula de la OMS/UNICEF alcanza ya los 300 millones de litros anuales, las dos terceras partes producidos en 55 países en desarrollo.
- Casi un 60% de los niños menores de cinco años del mundo en desarrollo tienen actualmente acceso a una fuente de distribución de SRO.
- Casi una cuarta parte de los niños con diarrea reciben un tratamiento con SRO u otros líquidos adecuados, como agua de arroz, sopas, papillas, zumos de fruta o una solución preparada con ocho cucharaditas rasas de azúcar y una de sal disueltas en un litro de agua.
- El número de muertes por deshidratación diarreica continúa disminuyendo. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, la TRO posiblemente evita entre 750.000 y un millón de muertes por deshidratación al año.

Son logros impresionantes. Pero si no se consigue una importante aceleración en la introducción del uso de la TRO en los hogares, no podrá alcanzarse el objetivo de la OMS de lograr una utilización de la TRO en un 50% de los casos para 1989, lo cual permitiría evitar alrededor de 1,6 millones de muertes infantiles causadas por la diarrea cada año.

La clave está en educar a los padres, y en particular a las madres. Ante todo, los padres deben saber que un niño con diarrea debe recibir abundante cantidad de líquidos adecuados para reemplazar las cantidades perdidas. También deben saber que un niño con diarrea necesita recibir alimento para recuperarse adecuadamente y que se debe seguir dando el pecho a los lactantes. Y deben saber que si la diarrea parece más grave de lo habitual, el niño precisa los cuidados de un agente de salud calificado.

La radio y la televisión han hecho llegar estos mensajes básicos de salud a centenares de millones de hogares en los últimos años. Pero la experiencia demuestra que los medios de comunicación de masas por sí solos no suelen ser suficientes para introducir cambios duraderos en el comportamiento en materia de salud. Generalmente se requiere una comunicación interpersonal directa para inducir a la población a modificar actitudes y convicciones de largo arraigo.

Los consejos en materia de salud gozan de especial autoridad cuando proceden directamente de los servicios de salud. Paradójicamente, la gran mayoría de los médicos, enfermeras, parteras, farmacéuticos y otros agentes de salud aún no han recibido una formación adecuada en los modernos métodos para el tratamiento de las diarreas, incluida la TRO. Según la OMS, sólo un 6% de los agentes de salud de los países en desarrollo han recibido formación en el uso de la TRO (incluida la manera de lograr una comunicación eficaz con las madres).

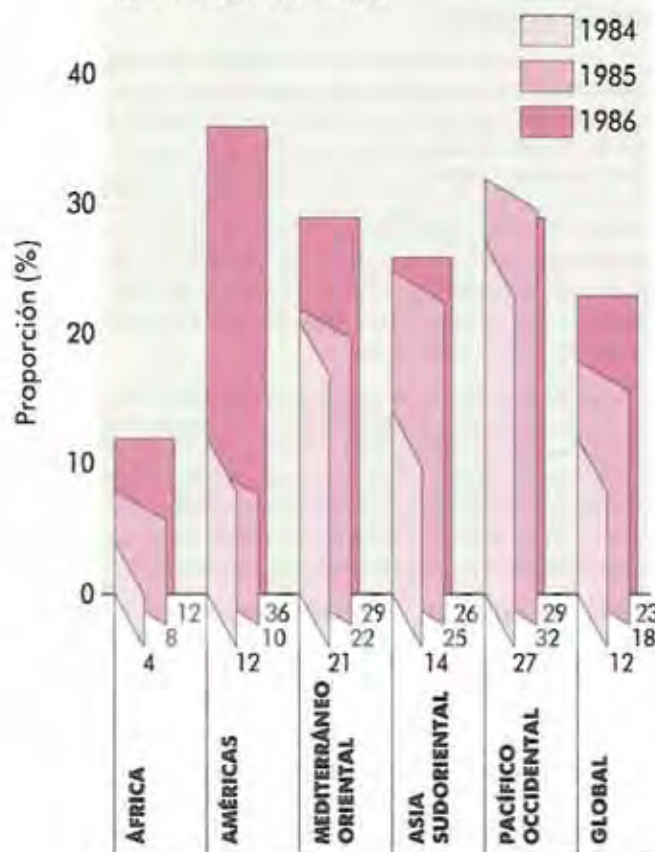
Los servicios de salud no pueden asumir por sí solos la tarea de enseñar a todos los padres a tratar las diarreas. Es necesario que los medios de comunicación de masas, las escuelas, los dirigentes comunitarios y las organizaciones no gubernamentales también colaboren a difundir la información. Pero la precisión, coherencia y credibilidad de los mensajes sobre las afecciones diarreicas y la TRO requiere que los servicios de salud se pongan al frente del esfuerzo de comunicación. Lo cual significa que ante todo es preciso preparar adecuadamente al personal de salud para el uso de los modernos métodos de atención y control de las enfermedades diarreicas.

Gráfico 4 Difusión de la TRO

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

Casi desconocida fuera de los círculos científicos a principios de esta década, la TRO es utilizada en la actualidad por una cuarta parte de las familias del mundo en desarrollo y gracias a ella se previenen entre 750.000 y un millón de muertes infantiles al año.

Proporción de episodios de diarrea en niños menores de cinco años tratados con la TRO, 1984-1986



A los efectos de este gráfico, la TRO incluye tanto el uso de bolsas de sales de rehidratación oral (SRO), recomendadas principalmente para el tratamiento de la deshidratación, como de soluciones caseras de sal y azúcar u otros líquidos adecuados para su prevención.

Fuente: "Programa para el control de las enfermedades diarreicas. Sexto informe 1986-1987". OMS 15 feb. 1988.

luntarios tanto en los países en desarrollo como en los países industrializados. En los últimos años se han registrado avances espectaculares en la inmunización, la TRO y el espaciamiento de los nacimientos, por ejemplo, en parte gracias a la activa campaña en su favor de centenares de miles de maestros de escuela, de los medios de comunicación de masas, con una cobertura informativa sin precedentes, de los dirigentes de los sindicatos y cooperativas, de las jerarquías nacionales y locales de casi todas las principales religiones, de los partidos políticos y los parlamentarios, de millares de grupos no gubernamentales, de los principales organismos internacionales, de las organizaciones comunitarias, grupos de mujeres y movimientos juveniles, de los empresarios y comerciantes, de las empresas de servicios públicos, de los escritores, artistas y actores, y de los servicios de salud que, además de aportar su capacidad curativa, también han hecho uso de su poder de comunicación para contribuir a poner al alcance de las familias los conocimientos actuales en materia de salud.

Los informes sobre el *Estado Mundial de la Infancia* de los últimos cinco años han documentado con detalle esta creciente colaboración. Dentro de un proceso que admite infinitas variaciones, el común denominador es que el mundo en desarrollo está empezando a utilizar la revolución en las comunicaciones en favor del avance social. En particular, empieza a hacer uso de su creciente capacidad de informar y apoyar a la mayoría de sus ciudadanos para ayudarles a utilizar los nuevos conocimientos. Como también señalaba el doctor Nakajima:

"Deberíamos lograr una movilización a gran escala de las fuerzas sociales en favor del desarrollo en el ámbito de la salud... Tenemos que establecer alianzas prácticas con el sector de los medios de comunicación de masas, con los educadores de las escuelas, con las organizaciones profesionales y comunitarias, con los empresarios, con las agrupaciones de trabajadores y los sindicatos. Tenemos que romper nuestro aislamiento y buscar colaboradores para nuestra lucha en favor de la salud".

Esta estrategia de *movilización social* —destinada a aprovechar toda la gama de recursos organizados de una sociedad— ha demostrado su eficacia con los éxitos logrados durante la década de los ochenta y promete avances todavía más significativos para los años noventa. Ello se debe en parte a la existencia de un cuerpo aceptado de información vital para la salud —sobre el espaciamiento de los nacimientos, la maternidad sin riesgos, la lactancia materna, el destete y el

desarrollo infantil, la inmunización, las enfermedades diarreicas, las infecciones respiratorias y la higiene doméstica—que puede ayudar a las familias a mejorar de un modo significativo su salud y la de sus hijos. Es una información en la que están de acuerdo casi todas las autoridades médicas, que puede beneficiar a casi la totalidad de la infancia y que casi todos los padres pueden aplicar en la práctica. Se trata por tanto de una información que cada familia y cada comunidad tiene derecho a conocer (recuadro 6).*

Pero el presente potencial también se basa en parte en una nueva capacidad para poner esta información al alcance de la mayoría de la población. En particular, la estrategia de la atención primaria de salud puede ayudar a todas las familias a estar mejor informadas, a ser más activas y exigentes, con el fin de mejorar su propia salud y la de sus hijos. Con ese apoyo, los actuales conocimientos en materia de salud encierran el potencial necesario para reducir a la mitad, hacia finales de siglo, el nivel de mortalidad infantil registrado en 1980 y salvar más de 11 millones de jóvenes vidas cada año (gráfico 5).

En resumen, pese a todos los avances logrados, el mayor potencial de progreso para la condición humana en la próxima década reside casi con toda seguridad en los nuevos logros que aún pueden alcanzarse en el ámbito de la salud materno-infantil mediante la difusión de los conocimientos y las técnicas que ya han demostrado su gran eficacia en el último decenio.

Inversión en la infancia

Pero estos avances del desarrollo social cada vez se ven más amenazados por la desaceleración o retroceso del progreso económico en numerosos países de África y América Latina. El gasto en salud o educación se considera con demasiada frecuencia como una forma de *consumo* que sólo puede sufragarse en tiempos de abundancia. De ahí que sea esencial subrayar que estos avances no representan sólo unas mejoras humanitarias sino también una aportación fundamental para el desarrollo económico a largo plazo.

Proteger la salud y la educación de los niños de hoy es la más fundamental de todas las inversiones en favor de la capacidad física e intelectual de la próxima generación y, por tanto, del desarrollo social y económico nacional. Como ha señalado el premio Nobel de Economía Theodore Schultz:

"En nuestros días, la riqueza de las naciones consiste predominantemente en las capacidades adquiridas por su población: su educación, experiencia, conocimientos técnicos y su salud... La productividad futura de la economía no está predeterminada por el espacio, la energía y las tierras de cultivo. La determinarán las capacidades de los seres humanos. Así ocurrió en el pasado y no existen razones de peso para que no siga sucediendo en el futuro".

La protección de la salud de la infancia también contribuye en otro aspecto al desarrollo a largo plazo. La evolución registrada en casi todos los países indica que los padres tienden a tener familias menos numerosas cuando se sienten más seguros de que sus hijos sobrevivirán (y sobre todo cuando la menor mortalidad infantil es resultado de la actuación informada de los propios padres). La Conferencia Internacional de Población, celebrada en Ciudad de México en 1984, reconoció en su comunicado final este factor vital de la dinámica de la población:

"Mediante la lactancia materna, la nutrición suficiente, el abastecimiento de agua potable, los programas de inmunización, la terapia de rehidratación oral y el espaciamiento de los nacimientos podría lograrse una auténtica revolución en la supervivencia infantil. Sus repercusiones serían extraordinarias tanto en términos humanitarios como en relación con la fecundidad".

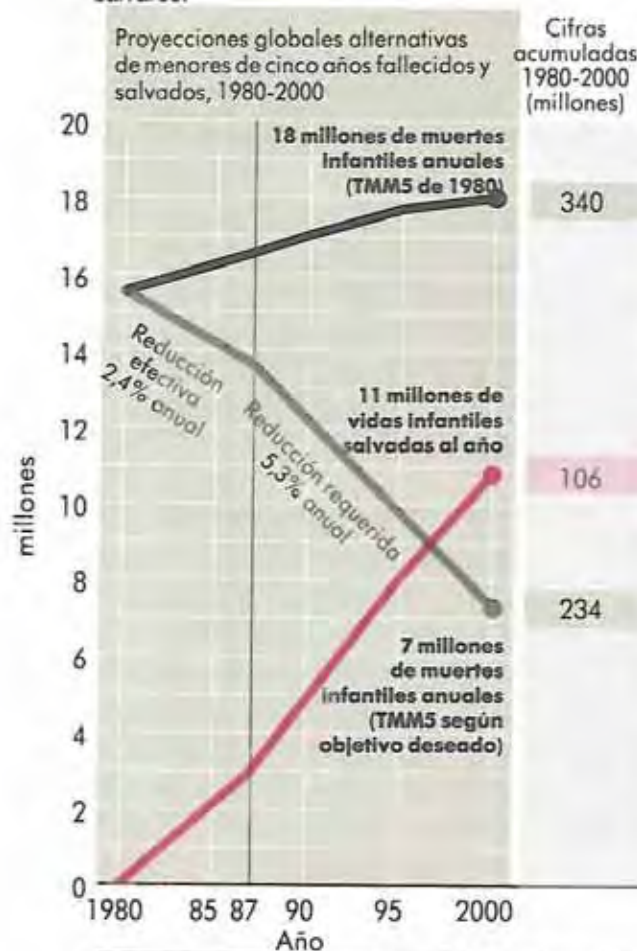
Esta revolución en la supervivencia infantil, en combinación sinérgica con la expansión del espaciamiento de los nacimientos, comienza a favorecer la reducción de las tasas de natalidad en casi todas las regiones del mundo (gráfico 6).

Como resultado, el Banco Mundial prevé actualmente que el crecimiento demográfico mundial se estabilizará cerca de medio siglo antes de lo que consideraban con anterioridad algunas proyecciones demográficas, con una población total aproximada de 11.000 millones de habitantes, muy por debajo de los 15.000 a 20.000 millones que se preveían de forma generalizada en los años sesenta y principios de los setenta. Según estimaciones del Banco Mundial, a comienzos de la década de los noventa el mundo alcanzará el momento histórico en que se iniciará una re-

* Esta información está recopilada en *Para la vida*, una publicación conjunta del UNICEF, la OMS y la UNESCO en colaboración con las organizaciones en favor de la infancia e instituciones médicas más destacadas del mundo. *Para la vida* invita a todos los comunicadores de cualquier tipo a responder al reto de largo alcance consistente en poner a disposición de todos los padres los actuales conocimientos en materia de salud infantil (recuadro 6). Si se desea recibir más información, dirigirse a Facts for Life Unit, UNICEF DIPA H-9F, UNICEF House, 3 UN Plaza, Nueva York, NY 10017, Estados Unidos.

Gráfico 5 Vidas infantiles salvadas 1980-2000

Las dos líneas superiores del gráfico muestran dos posibles tendencias del número de muertes infantiles de 1980 a 2000. La línea inferior expresa la diferencia entre estas dos tendencias en términos del número efectivo de vidas infantiles que podrían salvarse.



- En el supuesto de que la tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5) de 1980 permanece constante.
- Hasta 1987, estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas. A partir de entonces se supone que todos los países avanzan lo suficiente para alcanzar el objetivo de la TMM5 en el año 2000. (Es decir: una TMM5 de 70 o la mitad de la correspondiente a 1980, cualquiera que sea la menor.)
- Número de vidas infantiles salvadas anualmente si se logran las tasas de reducción deseadas.

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

ducción del incremento anual absoluto de la población mundial.

Por estos motivos, los avances logrados en los años ochenta contra algunos de los peores síntomas de la pobreza —la mala salud, el crecimiento insuficiente y la mortalidad prematura de tantos millones de niños en el mundo— también representan progresos contra algunas de las causas más profundamente arraigadas de la pobreza.

Una Convención en favor de la infancia

Este creciente interés por el bienestar de la infancia también se refleja en otro importante logro de la década de los ochenta.

En septiembre de 1989, la Asamblea General de las Naciones Unidas deberá aprobar el texto de una *Convención Internacional de los Derechos del Niño* (recuadro 4). Propuesta inicialmente por el Gobierno de Polonia durante el Año Internacional del Niño (1979), las 35 disposiciones del texto de la Convención tratan de definir y defender los derechos políticos y culturales de la infancia y protegerla de los abusos económicos, sexuales y militares.* Significativamente, el documento también reconoce que la mala salud y una nutrición insuficiente vulneran el derecho más fundamental de la infancia a la supervivencia y a un desarrollo físico y psíquico normales.

La protección ofrecida por la Convención puede parecer, de momento, tan poco consistente como el papel en que está escrita; lamentablemente, a menudo estas convenciones internacionales son más bien objeto de infracción que de respeto. Pero la *Convención de los Derechos del Niño* representa un importante paso adelante al establecer una norma internacionalmente aceptada para juzgar la futura actuación de los países. En consecuencia, ofrece un "punto de apoyo" para todas las personas dispuestas a actuar en favor de la infancia. Y su difusión a través de las organizaciones no gubernamentales, los medios de comunicación y la opinión pública del mundo industrializado y en desarrollo puede transformar esta Convención en una barrera moral y legal cada vez más difícil de saltar sin incurrir en el oprobio internacional.

* Algunos países ya han dado pasos en esta dirección. En Brasil, se han incorporado específicamente los derechos de la infancia en la nueva Constitución nacional (1988). En Costa Rica, el Gobierno ha nombrado un "defensor de la infancia" encargado de investigar y adoptar medidas en favor de la protección de la infancia costarricense contra los malos tratos y las injusticias.

Convención de los derechos del niño

Los niños carecen de poder político. No votan y sus opiniones tienen escaso peso para los gobiernos. Por tanto, su bienestar y la protección de sus derechos dependen completamente de la actuación de sus padres o tutores.

En la actualidad, esta protección es claramente insuficiente para la mayoría de los niños del mundo. Millones de niños y niñas son objeto de malos tratos físicos, abusos sexuales y explotación económica por parte de las familias que supuestamente deberían proporcionarles seguridad y cariño. Y un número aún mayor ve negados sus derechos por la acción de fuerzas que escapan al control de la familia: las guerras y desastres naturales, el desempleo, la pobreza y la falta de instrucción de sus padres. En nuestro tiempo, todavía hay gobiernos que reclutan a los niños para luchar en la guerra, patronos que explotan a los hijos de los más desesperadamente pobres en los campos y las fábricas, y sigue permitiéndose que las fuerzas económicas nacionales e internacionales causen daños físicos y psíquicos permanentes a los niños, los cuales, independientemente de sus circunstancias externas, tienen derecho específico a la protección de sus cuerpos y mentes en desarrollo.

Es necesario un consenso social y legislativo más amplio sobre el trato que se considera o no aceptable para los niños y los jóvenes, con el fin de apoyar o compensar a las familias por sus fracasos. Para contribuir a la creación de este consenso, el gobierno de Polonia propuso la idea de una Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, durante el Año Internacional del Niño (1979).

Los delegados de alrededor de cuarenta gobiernos han venido reuniéndose regularmente desde entonces con objeto de intentar redactar una Convención en forma de un acuerdo jurídico de carácter vinculante para todos los estados que lo ratifiquen.

Negociar un acuerdo detallado aplicable a una gran diversidad de sistemas políticos y culturales no ha resultado siempre sencillo, pero finalmente se ha alcanzado un consenso en torno a un texto base que se espera será adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en el otoño de 1989, al cumplirse el décimo aniversario del Año Internacional del Niño.

Los derechos de la infancia definidos en el proyecto de Convención pueden agruparse bajo los epígrafes generales de Supervivencia, Protección y Desarrollo.

La supervivencia es un derecho actualmente negado a los más de 13 millones de niños menores de cinco años que mueren cada año, en la mayoría de los casos por causas de fácil prevención. La protección incluye el derecho del niño a poseer un nombre y una nacionalidad, a recibir protección contra los malos tratos y abusos —físicos, mentales o sexuales— y contra su involucración en acciones bélicas. El desarrollo comprende el derecho de la infancia a una nutrición adecuada, a la asistencia primaria de salud y a la educación básica.

En la práctica, una declaración de los derechos del niño supone una enumeración de las responsabilidades de las personas adultas. Es responsabilidad de todas las personas adultas, de los gobiernos y de la comunidad internacional crear y mantener unas condiciones que permitan que las propias familias se encarguen de proteger los derechos de los niños. Si las familias no cumplen con su deber hacia sus hijos o cuando circunstancias como las guerras, catástrofes naturales o la miseria absoluta les impiden proteger sus derechos, es responsabilidad de los gobiernos y de la comunidad internacional reconstruir rápidamente las esenciales protecciones mentales y físicas en torno al período vulnerable de la infancia.

La nueva Convención de los Derechos del Niño establece un marco de referencia ético y jurídico internacionalmente aceptado para la acción de las personas adultas. Por sus propias características, no puede imponerse su aplicación del mismo modo que lo hacen los tribunales ordinarios encargados de vigilar la observancia de las leyes nacionales. Por consiguiente, su eficacia dependerá de que se consiga movilizar a la opinión pública tanto del mundo industrializado como del mundo en desarrollo, con vistas a crear una nueva conciencia de los derechos de la infancia y una nueva sensibilidad —en la prensa, entre el público y entre los políticos— frente a las violaciones de esos derechos.

Una nueva ética

Pese a haber sido uno de los peores períodos económicos para muchos países del mundo, durante el decenio transcurrido desde que se celebró el *Año Internacional del Niño* se han alcanzado algunos logros sociales de importancia histórica.

Dada la relevancia de estos avances, la dificultad del contexto económico y la amplitud de la participación social conseguida, tal vez no sea exagerado confiar en que tales avances puedan representar el nacimiento de una nueva ética en favor de la infancia, de una nueva conciencia e interés a escala mundial, de una poderosa transformación de los valores que la

opinión pública mundial considera o no moralmente aceptables.

En la década de los ochenta, la opinión pública se ha movilizado en varias ocasiones a escala mundial para manifestar que no está dispuesta a contemplar impasible el sufrimiento y la muerte de gran número de niños en sus pantallas de televisión durante las "emergencias sonadas" provocadas por las sequías o hambrunas. Esta reacción revela por sí sola un cambio ético fundamental desde los tiempos en que la muerte masiva por inanición o como consecuencia de los desastres naturales se aceptaba como algo inevitable porque el mundo en general no tenía conciencia de esas tragedias ni estaba en condiciones de evitarlas. Ahora ha llegado el momento de lograr un cambio equivalente, exigiendo que la misma intolerancia, la misma insistencia para que *se haga algo*, debe manifestarse en respuesta al problema menos visible pero mucho más amplio de los millones de niños que mueren o quedan física o psíquicamente impedidos como consecuencia de la "emergencia silenciosa" de enfermedades fácilmente prevenibles y de la desnutrición. Y este momento ha llegado porque los progresos en las comunicaciones hacen posible que la mayor parte de la humanidad tenga noticia de esta tragedia y porque los avances en los conocimientos permiten evitarla. Lisa y llanamente, ya no es obligatorio que en el mundo en desarrollo mueran a diario alrededor de 40.000 niños de corta edad y que muchísimos millones más sobrevivan en mal estado de salud y con un crecimiento insuficiente. En estos momentos, el mundo sabe que se está produciendo esta tragedia y está en condiciones de evitarla. El conocimiento debe ir unido a la ética, la capacidad a la moral.

Si llegara a imponerse esta nueva ética, si los peores aspectos de la pobreza y el subdesarrollo llegaran a considerarse tan inaceptables como las privaciones más visibles provocadas por la sequía o las catástrofes inesperadas, la década de los ochenta habrá sido testigo de un cambio de actitud cuya importancia será muy superior a la de cualquiera de los éxitos alcanzados. La forma de lograrlo, la manera de conseguir que la opinión pública mundial levante la voz exigiendo no sólo ayuda en momentos de emergencia sino también un auténtico desarrollo real, será uno de los temas centrales del informe de este año.

Gráfico 6 Descenso de la fecundidad

Durante los últimos 20 años, las tasas de fecundidad han descendido en casi todas las regiones del mundo y comienzan a mostrar una inflexión descendente también en África. La tasa global de fecundidad es el promedio de hijos por mujer.



Fuente: División de Población de las Naciones Unidas.

La gran alianza: un compromiso con la infancia

El primer capítulo del informe sobre el Estado Mundial de la Infancia correspondiente al presente año expone algunos de los principales logros alcanzados durante la década de los ochenta. En los últimos años se han incrementado los compromisos, personales y políticos, de los dirigentes de todo el mundo, en parte como causa y en parte como consecuencia de esta nueva preocupación por la infancia:

○ En Asia, los siete jefes de Estado de la Asociación para la Cooperación Regional de Asia Meridional (SAARC) han suscrito una declaración conjunta que afirma que "atender las necesidades de toda la infancia es el principal medio para el desarrollo de los recursos humanos... Los planes nacionales de desarrollo deben conceder por tanto la máxima prioridad a la infancia". Los dirigentes de la SAARC también se han comprometido a "lograr la inmunización universal para 1990 y el acceso universal a la educación primaria, a una alimentación adecuada y a agua potable hacia el año 2000".

○ En Centroamérica, los jefes de Estado de los siete países de la región, en una acción sin precedentes, hicieron un llamamiento televisado conjunto en favor de la inmunización de todos los niños de la región, como parte de un plan conjunto que se propone reducir a la mitad para 1990 la tasa de mortalidad infantil registrada en 1980. Esto supondría evitar la pérdida de aproximadamente 50.000 jóvenes vidas cada año en Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

○ En África, donde cuarenta países han acelerado marcadamente sus programas de inmunización a partir de 1984, la intervención personal de los jefes de Estado en las campañas de vacunación ha tenido una importancia clave en casi todos los casos. Siete países subsaharianos ya han logrado una cobertura de inmunización del 75% y varios más alcanzarán esa cota hacia finales de 1988. En el marco de la Organización para la Unidad Africana, más de cincuenta jefes de Estado proclamaron 1986 como el "Año Africano de la Inmunización" y más tarde ampliaron el ámbito de actuación declarando 1988 como el "Año de la Protección, la Supervivencia y el Desarrollo de la Infancia africana". La cumbre de la OUA, con la asistencia de 31 jefes de Estado, también suscribió la Iniciativa de Bamako, propuesta por los ministros de Salud de la región en 1987 y destinada a fomentar la extensión de la atención primaria de salud a toda el África Subsaha-

niana para mediados de los años noventa (véase recuadro 10).

○ En Oriente Medio, el Consejo de Ministros Árabes de Asuntos Sociales ha anunciado el propósito de reducir a la mitad la tasa de mortalidad infantil de la región para 1990 y ha propuesto incluir las reducciones en la mortalidad infantil como un indicador del progreso y el desarrollo, junto con el crecimiento del PNB.

○ En los últimos cinco años, muchos jefes de Estado también han adoptado compromisos personales y políticos en favor de la supervivencia y el desarrollo de la infancia. Por citar sólo un ejemplo, este año el parlamento del Perú aprobó, con el apoyo de todos y cada uno de los partidos políticos del país, una legislación sin precedentes que obligará a reducir la mortalidad infantil al menos en 15 puntos antes de finales de la década de los ochenta.

○ Incluso en la conferencia en la cumbre celebrada en Moscú en 1988, con el propósito principal de tratar los temas relativos a la limitación de las armas estratégicas, se hizo patente la gran importancia que se concede actualmente al tema de la supervivencia y el desarrollo de la infancia. El comunicado conjunto suscrito por el presidente Reagan y el secretario general Gorbachov señalaba que:

"Ambos dirigentes ratifican su apoyo al objetivo de la OMS y el UNICEF de reducir el alcance de la mortalidad infantil evitable recurriendo a los métodos más eficaces para salvar las vidas infantiles. Invitan encarecidamente a los demás países y a la comunidad internacional a intensificar sus esfuerzos en favor de este objetivo."

La intervención de los dirigentes políticos al máximo nivel puede ayudar a movilizar la "gran alianza" necesaria para lograr una drástica reducción de la mortalidad y la desnutrición infantiles, un objetivo factible con los conocimientos actuales. Los grandes éxitos en el ámbito de la inmunización de la década de los ochenta, por ejemplo, se han logrado gracias a la participación de profesionales médicos y agentes comunitarios de salud, de maestros y dirigentes religiosos, de medios de comunicación de masas y de organismos gubernamentales, de organizaciones de voluntarios y movimientos populares, de empresarios y sindicatos, de asociaciones profesionales y de servicios de salud convencionales.

La deuda de la infancia

Los progresos ya alcanzados durante la década de los ochenta en la inmunización, la TRO, el espaciamiento de los nacimientos y en la redacción de una *Convención de los Derechos del Niño*, figuran entre los grandes logros humanitarios de nuestro tiempo.

Pero son las joyas de una corona deslustrada.

Si no se restablece el impulso del desarrollo económico, cada vez será más difícil mantener ese progreso y menos aún acelerarlo aprovechando el potencial disponible para seguir avanzando en el ámbito de la salud materno-infantil. Actualmente, en muchos países el progreso social intenta avanzar por una escalera mecánica económica que ha empezado a moverse en sentido descendente. Como ha señalado el ministro de Salud de Uganda: *"Sólo los propios países menos desarrollados pueden asegurar una atención de salud sostenible. Pero si su ingreso per cápita continúa disminuyendo, será en detrimento de posibles mejoras en este ámbito o incluso comprometerá absolutamente cualquier avance"*.

Por esto, en este informe se examinarán los efectos de las fuerzas económicas sobre la infancia de los años ochenta y las influencias financieras negativas a que sin duda deberá enfrentarse el progreso en favor de la infancia durante la próxima década.

Incremento de la deuda, disminución de ingresos

Dos elementos han dominado en los últimos años el deterioro de las perspectivas económicas en una gran parte del mundo en desarrollo: el aumento de los pagos en concepto de amortización e intereses de la deuda externa y la caída de los precios de los productos básicos.

La deuda total del mundo en desarrollo asciende en estos momentos a más de un billón de dólares. En muchos países, las cantidades pagadas anualmente en concepto de intereses y amortización rebasan el total de nuevas ayudas y créditos recibidos cada año. Actualmente, la devolución de la deuda supone en promedio casi un 25% de los ingresos obtenidos por las exportaciones del mundo en desarrollo.

Entre tanto, con el aumento de la salida de divisas, están disminuyendo los ingresos. El mundo en desarrollo todavía obtiene la mayor parte de sus ingresos de la exportación de materias primas. Sin embargo, los precios reales de los principales productos del mundo en desarrollo —petróleo, minerales, yute, caucho, café, cacao, té, aceites, grasas, tabaco y madera,

entre otros— han sufrido un descenso de alrededor del 30% en los últimos diez años.*

La reducción de los nuevos créditos comerciales y los niveles inadecuados y estancados de la ayuda oficial acaban de completar los cuatro muros de la prisión en que ha permanecido enclaustrado gran parte del mundo en desarrollo durante esta década.

Entre la opinión pública de los países industrializados todavía prevalece la idea generalizada de que los países ricos aportan dinero a los países pobres para ayudarlos a luchar contra la pobreza. Así sucedía hace diez años. En 1979 se produjo un flujo neto de 40.000 millones de dólares del hemisferio norte a los países subdesarrollados del sur. *Actualmente este flujo se ha invertido*. Si se consideran todos los flujos financieros —créditos, ayuda, pago de intereses y amortización de capital de la deuda—, en la actualidad el sur está transfiriendo, como mínimo, 20.000 millones de dólares anuales netos al hemisferio norte. Y si a ello se añade la transferencia de recursos derivada de los bajos precios que pagan los países industrializados por las materias primas del mundo en desarrollo, el flujo anual transferido de los países pobres a los ricos sumaría unos 60.000 millones de dólares anuales.

Es decir, el clima económico se ha deteriorado de forma dramática para gran parte del mundo en desarrollo durante la última década. Ello ha obligado a la mayoría de los países afectados a adoptar *políticas de ajuste económico*, en un intento de evitar graves desequilibrios de la balanza de pagos y al mismo tiempo continuar pagando los intereses de la deuda, mantener las importaciones esenciales e intentar recuperar el crecimiento económico.

Nadie discute, de hecho, la necesidad del ajuste. Pero la forma de llevar a cabo este ajuste es, en cambio, un tema controvertido y también complejo. Las políticas de ajuste, respaldadas o no por el Fondo Monetario Internacional (FMI), en general se han concretado en una contención de la demanda, la devaluación de la moneda, la retirada de subvenciones a la importación de combustibles y productos alimenticios básicos, y en marcadas reducciones del gasto público. Un total de más de 70 países en desarrollo se esfuerzan en estos momentos por efectuar un ajuste en

* Durante el período 1987-88, los precios de los productos básicos empezaron a recuperarse tras diez años de caída, que los situaron en su nivel más bajo desde hacía cincuenta años. En estos momentos, la recuperación parece haberse estabilizado, con los precios reales aproximadamente un 30% por debajo de los niveles de 1979.

sus economías mediante estos métodos, con efectos a menudo devastadores para los logros del pasado y la confianza en el futuro, después de decenios de progreso continuado. Todas las partes implicadas –gobiernos, organizaciones financieras internacionales, bancos privados y organismos de desarrollo– han tenido que analizar las consecuencias, sacar sus conclusiones y adaptar sus políticas de actuación a este inquietante factor que ha venido a incorporarse a la ecuación del desarrollo.

La región más afectada sin duda ha sido África, castigada por las guerras, la sequía y el deterioro ecológico, además de la deuda externa y la recesión. Según declararon los representantes de más de treinta países africanos reunidos en Jartúm a principios de 1988, *“los programas de ajuste están desgastando el tejido social africano”*. Al mismo tiempo se han destruido las pocas redes de seguridad con que contaban muchos de los pobres del continente. Aproximadamente dos terceras partes del medio millón estimado de muertes infantiles ocurridas en 1988 por causas relacionadas con la desactivación o desaparición del crecimiento económico corresponden a África.

La situación de América Latina, con ingresos medios frecuentemente cinco o diez veces superiores a los africanos, puede parecer menos grave a primera vista. Sin embargo, unas mayores expectativas, una economía más monetarizada y las más grandes desigualdades de todos los continentes son causas de una miseria real que los ingresos medios logran ocultar. Según un informe reciente del Banco Mundial:

“Las estadísticas no reflejan la verdadera dimensión psicológica de lo que está ocurriendo en América Latina. Durante varias décadas, muchos países de la región lograron un progreso sostenido. Aunque la pobreza seguía siendo muy amplia, un mayor número de personas conseguían encontrar mejores trabajos que antes y una proporción creciente de la población tenía acceso a agua potable, educación y algún tipo de atención médica. También tuvo lugar un hecho igualmente importante: los padres veían nacer a sus hijos con mejores oportunidades de las que habían tenido ellos. La recesión ha interrumpido gran parte de este progreso. De hecho, el deterioro material de la infraestructura básica, incluidas las escuelas y hospitales, y el creciente excedente de personas sin empleo o subempleadas requerirá algo más que una débil recuperación del crecimiento económico para volver a encender la chispa de la esperanza. Y estas necesidades acumuladas continúan aumentando mientras se mantiene la contracción de las inversiones”.

En la misma línea, el presidente del Banco Interamericano de Desarrollo, Enrique Iglesias, señalaba en septiembre de 1988:

“El ingreso per cápita del latinoamericano medio es actualmente un 9% más bajo que en 1980. Pero esto es sólo un promedio estadístico, pues en algunos países el nivel de vida ha descendido a la situación de hace 20 años. No se precisa demasiada imaginación para comprender que detrás de estas cifras hay una caída en picado de los salarios reales, un enorme aumento del desempleo (en parte visible, en parte encubierto), niveles crecientes de marginalidad y una pobreza aguda; en resumen, un deterioro de todos los indicadores del bienestar social. Actualmente, una tercera parte de la población de América Latina –unos 130 millones de personas– vive en la más absoluta miseria”.

Repercusiones sobre los pobres

A medida que van haciéndose evidentes las repercusiones sociales de los procesos de ajuste, también se advierte que las peores consecuencias recaen sobre quienes están en peores condiciones para soportarlas. Los más afectados son los pobres y los grupos más vulnerables, por dos motivos principales.

En primer lugar, los pobres son quienes disponen de menos “reservas” económicas para amortiguar el golpe de la recesión. A menudo, en los niveles más bajos de pobreza, tres cuartas partes de los ingresos se dedican a adquirir alimentos y una gran proporción del resto se destinan a gastos de combustible y agua, vivienda y vestido, transporte y asistencia médica. En estas circunstancias, una reducción del 25% en los ingresos reales significa obviamente que habrá que prescindir de gastos de primera necesidad.

En segundo lugar, los pobres también son quienes cuentan con menos “fuerza” política para parar el golpe. Los servicios de interés para los sectores más ricos y más poderosos de la sociedad –como los grandes hospitales, universidades, líneas aéreas nacionales, proyectos de desarrollo de prestigio y el estamento militar– no han sufrido una parte proporcional de los recortes del gasto público (gráficos 7 y 8). Con algunas honrosas excepciones, los servicios que han experimentado reducciones más drásticas son los servicios de salud, la enseñanza primaria gratuita y las subvenciones para la adquisición de combustible y productos alimenticios, todos ellos servicios de los que dependen especialmente los pobres y que éstos tienen menos oportunidades de sustituir por otros medios privados.

Por ejemplo, en los últimos diez años, la proporción del gasto público dedicada a la atención de salud ha disminuido en la mayoría de los países del África Subsahariana, en más de la mitad de los países de América Latina y del Caribe y en una tercera parte de los países asiáticos. Y estas reducciones no han tenido carácter marginal. Este informe empezaba señalando que durante la última década, los 37 países más pobres del mundo han reducido en un 50% el gasto per cápita en educación y casi en un 25% el gasto en atención de salud. Un estudio reciente de la UNESCO confirma que se tienen crecientes pruebas de las repercusiones negativas de estos recortes del gasto público "procedentes de las misiones de campo de la UNESCO y de otras organizaciones que se enfrentan directamente con la rápida acumulación de problemas originados por la pérdida de calidad de la enseñanza, el estancamiento de la escolarización, abandonos masivos de la enseñanza primaria, retribución inadecuada de los maestros y otros indicadores análogos de una crisis de la educación en muchos países afectados por la recesión económica". El mismo informe de la UNESCO también señala que el gasto público por alumno de enseñanza primaria se está reduciendo en 21 de los 23 países estudiados (gráfico 9). Al mismo tiempo, la proporción de los presupuestos nacionales destinada a gastos militares es aproximadamente un 30% más elevada que la suma del gasto total en salud y educación (gráfico 8).

El personal del UNICEF sabe por experiencia directa que en la mayor parte de los países el costo real de esa reducción del gasto público recae, de forma desproporcionada, sobre los pobres y sus hijos. Desde 1984, nos hemos preocupado de llamar la atención de la opinión pública mundial sobre las consecuencias sociales de las políticas de ajuste, advirtiendo que todavía no hemos visto lo peor.* Actualmente, ya no es posible abrigar la menor duda sobre cuáles serán las consecuencias. Como señalaba Michel Camdessus, director ejecutivo del FMI: "El mayor peso del ajuste económico de los últimos años ha recaído con demasiada frecuencia sobre los sectores más pobres de la población".

* El primer estudio especial del UNICEF sobre este tema, *Efectos de la recesión mundial sobre la infancia*, se publicó en 1984. Un estudio posterior más detallado, *Ajuste con rostro humano*, compilado por Giovanni Andrea Cornia, Richard Jolly y Frances Stewart, ha sido publicado en 1987. Este último estudio incluye un análisis del marco internacional y de casos específicos relativos a diez países: Botswana, Brasil (São Paulo), Chile, Ghana, Jamaica, Perú, Filipinas, República de Corea, Sri Lanka y Zimbabwe. De ambos estudios hay una versión española publicada por Siglo XXI Editores, Madrid. Existen también versiones en inglés, francés, alemán y finés.

Gráfico 7 Descenso de los gastos sociales

Las políticas de ajuste a la crisis de la deuda externa han forzado a muchos gobiernos a reducir los gastos públicos. Pero los gastos en salud y educación, esenciales para satisfacer las necesidades humanas básicas del presente y para invertir en las capacidades humanas del futuro, han sufrido recortes desproporcionados.

Gastos del Gobierno central en educación, salud y defensa en proporción al gasto total gubernamental, 1972 y 1986

	EDUCACIÓN		SALUD		DEFENSA	
	1972	1986	1972	1986	1972	1986
Bangladesh	14,8	9,9	5,0	5,3	5,1	11,2
Burkina Faso	20,6	17,7	8,2	6,2	11,5	19,2
Kenya	21,9	19,7	7,9	6,4	6,0	8,7
Malawi	15,8	11,0	5,5	6,9	3,1	6,0
Pakistán	1,2	3,2	1,1	1,0	39,9	33,9
Sri Lanka	13,0	8,4	6,4	4,0	3,1	8,0
Tanzania	17,3	7,2	7,2	4,9	11,9	13,8
Uganda	15,3	15,0	5,3	2,4	23,1	26,3
Zaire	15,2	0,8	2,3	1,8	11,1	5,2

Países en desarrollo de bajos ingresos

Bolivia	31,3	11,6	6,3	1,4	18,8	5,8
Botswana	10,1	17,7	6,1	5,0	0,0	6,4
Chile	14,3	12,5	8,2	6,0	6,1	10,7
El Salvador	21,4	17,5	10,9	7,5	6,6	28,7
Marruecos	19,2	16,6	4,8	2,8	12,3	16,4
Túnez	30,5	14,3	7,4	6,5	4,9	7,9
Turquía	18,1	11,9	3,2	2,2	15,5	13,5

Países en desarrollo de ingresos medios bajos

Corea, Rep. de	15,8	18,1	1,2	1,5	25,8	29,2
México	16,4	11,5	5,1	1,4	4,2	2,5
Omán	3,7	10,1	5,9	5,0	39,3	41,2
Uruguay	9,5	7,1	1,6	4,8	5,6	10,2

Países en desarrollo de ingresos medios altos

Fuente: Informe sobre el desarrollo mundial, 1988. Banco Mundial Washington D.C.

Ajuste con rostro humano

Todavía no se dispone de estadísticas internacionalmente comparables que reflejen los efectos de este proceso de ajuste sobre los *hijos* de los pobres. Pero en muchos países para los que se dispone de datos recientes y fiables, entre ellos Birmania, Burundi, Gambia, Guinea-Bissau, Jamaica, Níger, Nigeria, Paraguay y Filipinas, comienzan a detectarse indicios de un aumento de la desnutrición. También es evidente un aumento de la desnutrición entre los grupos más pobres de la población de muchos países para los que no se dispone de datos estadísticos o donde estos no revelan un deterioro de los niveles de nutrición a escala nacional. Igualmente, como ya se ha señalado, en una tercera parte de los países en desarrollo se ha iniciado un descenso de los índices de escolarización y un aumento de las tasas de abandono escolar.

Gráfico 8 Gastos militares y sociales

El gráfico muestra que el mundo en desarrollo destina aproximadamente un 30% más a gastos militares que a salud y educación juntos. Los recientes recortes en el gasto público han incidido además de forma desproporcionada en las áreas de salud y educación.



Fuente: "Informe sobre el Desarrollo mundial 1988". Banco Mundial, Washington D.C.

En resumen, se han interrumpido los avances sociales de varias décadas y en algunos casos incluso ha habido un retroceso.

La posición básica del UNICEF está sintetizada en el título de su publicación más reciente sobre el tema, *Ajuste con rostro humano*. En este sentido, el UNICEF sostiene que unas políticas de ajuste que tienen por efecto un aumento de la desnutrición, un deterioro de los servicios de salud y un descenso de la escolarización son inhumanas, innecesarias e ineficaces a la larga. Recíprocamente, unas medidas encaminadas a proteger a las familias más pobres y a sus hijos —por ejemplo, manteniendo unos subsidios para la adquisición de alimentos cuidadosamente asignados,* ampliando los servicios de atención de salud y consolidando los avances logrados en la escolarización primaria—, además de una exigencia humanitaria inmediata, también representan una inversión económica a largo plazo.

En general, suscribimos las dos convicciones expresadas por el director ejecutivo del FMI, Michel Camdessus, con motivo de la presentación de un reciente estudio del FMI sobre los efectos de los programas de ajuste patrocinados por el Fondo en los grupos más pobres de la población:

"Mi primera convicción es que el ajuste no tiene que reducir los mínimos básicos para la vida humana. En este contexto, los esfuerzos de otros organismos de la familia de las Naciones Unidas para proteger los programas sociales ante las inevitables reducciones presupuestarias y mejorar simultáneamente la eficacia de algunos programas —proporcionando mejores servicios a más bajo costo— ofrecen un ejemplo del tipo de actuaciones que es esencial emprender. Mi segunda convicción es que cuanto más adecuadamente se tengan en cuenta las realidades sociales —y en particular las consecuencias para los más pobres— dentro de las medidas para lograr el ajuste, mayores serán las probabilidades de que estas medidas tengan éxito".

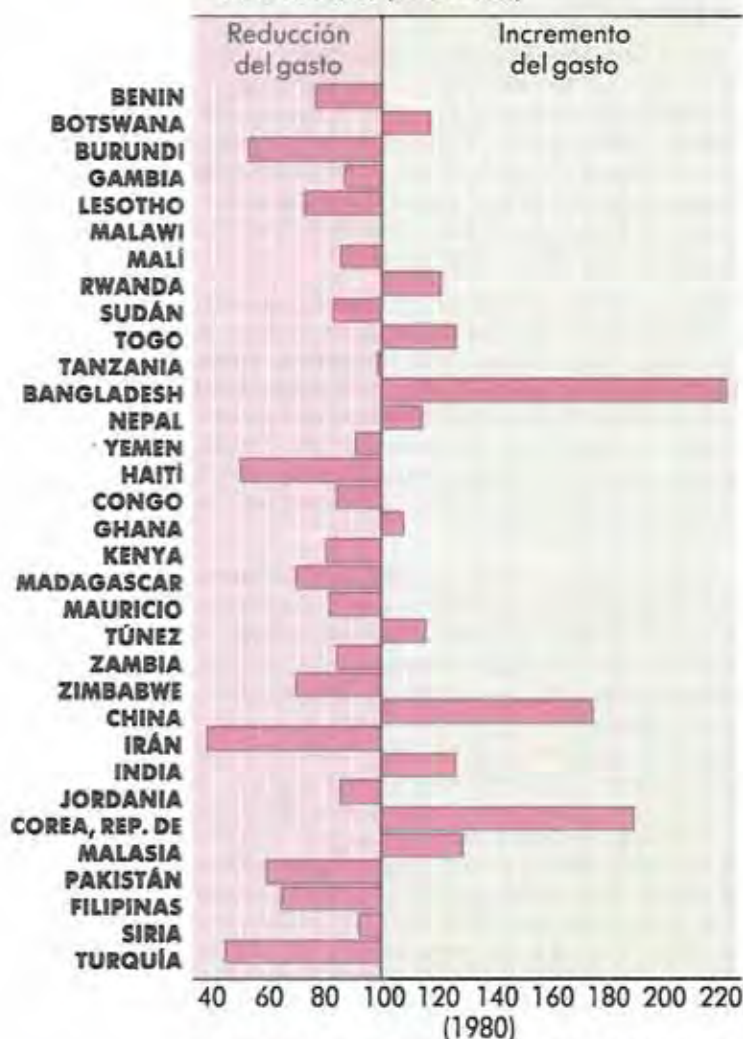
Varios países ya han dado pasos importantes en este sentido. Argelia, Indonesia y Pakistán han ampliado sus programas de inmunización y de atención

* Como ejemplo temprano de un "programa de ajuste económico" que ofrecía protección específica a los grupos más vulnerables, cabe citar los esfuerzos del Reino Unido para mantener los niveles de nutrición infantil durante el período de austeridad de la guerra mundial a principios de la década de los años cuarenta. La prioridad concedida al mantenimiento de unos niveles mínimos para toda la población se tradujo en la práctica en un aumento de los niveles de nutrición de la infancia británica durante aquellos años difíciles, en comparación con el período de preguerra inmediatamente anterior.

Gráfico 9 Reducción del gasto en primera enseñanza

El gráfico muestra el descenso de los gastos por alumno de primera enseñanza durante el periodo 1980-1984/85 en 21 de un grupo de 33 países con datos disponibles. Como los costos por alumno están calculados a precios constantes, estos descensos indican un decremento real del gasto.

Índices de costos unitarios corrientes en enseñanza primaria a precios constantes, 1980-1984/85 (1980=100)



Gasto por alumno de enseñanza primaria 1980-1984/85

Fuente: "The Educational Fallout of Adjustment", D. Berstecher, (de próxima aparición), D & C, Development and Cooperation, Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional, Bonn. Datos de la Oficina de Estadística de la UNESCO.

primaria de salud, aplazando la construcción de nuevos hospitales. Ghana, con el apoyo internacional, ha adoptado una amplia estrategia encaminada a proteger a la población más vulnerable –y en particular a la infancia– simultáneamente a los esfuerzos para lograr un ajuste a la recesión. Sin embargo, en general, como señalaba en 1988 el Comité de Planificación del Desarrollo de las Naciones Unidas:

"El sistema político presenta una clara tendencia a reducir el gasto público en desarrollo humano en momentos de dificultades... muchos gobiernos han considerado más sencillo o más expeditivo reducir el gasto en desarrollo humano que cualquier otra partida presupuestaria del gobierno central".

En algunos casos, el problema puede residir en una falta de interés por la protección de los sectores más pobres y vulnerables de la sociedad. En otros casos, ese compromiso puede existir, pero los gobiernos pueden encontrarse sometidos a fortísimas presiones económicas o políticas que les dejan escaso margen de maniobra. En este tipo de situaciones, la comunidad internacional, y en particular las instituciones financieras internacionales y los organismos de ayuda al desarrollo, tienen la oportunidad de contribuir con sus recursos a facilitar políticamente el mantenimiento del gasto público en servicios esenciales utilizados principalmente por los pobres y otros sectores desfavorecidos. Volveremos sobre este tema en otro lugar de este informe. Pero debe señalarse de antemano que la protección de los sectores más pobres durante el proceso de ajuste, además de ser humanamente necesaria, también es posible en la práctica y financieramente factible. Michel Camdessus lo manifestó claramente al presentar el ya citado estudio del FMI:

"Conocemos ya algunos medios posibles para garantizar que el esfuerzo de ajuste no afecte a los más pobres. El costo podría no ser demasiado alto en términos financieros. ¿Por qué? La respuesta es que la participación de los grupos más pobres en la distribución del ingreso de esos países es ínfima. Por tanto, mantener su participación en el ingreso total, o incluso incrementarla, durante un período de ajuste no tiene que representar un costo demasiado alto, contrariamente a lo que se afirma. El Banco Mundial ha publicado datos sobre indicadores sociales del desarrollo para una larga lista de países, que muestran la participación en el ingreso nacional de los grupos que viven en niveles de pobreza. Como puede verse, en muchos casos el 40% más pobre de la población sólo recibe un 10% o menos del ingreso total. Este 10% puede mantenerse o incluso incrementarse en un 10% –elevando a un 11% la parte

percibida por los más pobres— con un sacrificio mínimo por parte de los demás. Por desgracia, en general, son “los demás”, y no los grupos más pobres, quienes cuentan con representación en el gobierno”.

Crecimiento y endeudamiento

Las estrategias de ajuste aplicadas en los últimos años, sobre todo en los países en desarrollo de ingresos medios, han conseguido tres objetivos importantes: han permitido evitar el colapso del sistema bancario y financiero internacional; han permitido mantener la integración de los países en desarrollo endeudados dentro del sistema económico internacional; y han concedido a los bancos comerciales cinco años de plazo para acumular reservas y prepararse para afrontar el momento en que será inevitable preguntarse si los países deudores podrán pagar algún día sus deudas.

Pero al mismo tiempo también es indudable que las estrategias de ajuste han sido un fracaso en dos aspectos importantes. En primer lugar, como ya se ha señalado, han impuesto sacrificios desproporcionados sobre la población más pobre y más desfavorecida, dentro de la cual la más vulnerable es la infancia. En segundo lugar, no han logrado su principal propósito de ayudar a las economías endeudadas a escapar de su situación con el restablecimiento de un crecimiento económico saneado.

Es urgente abordar las circunstancias de este segundo fracaso: el hecho de que no se haya logrado restablecer el crecimiento. Los insistentes argumentos en favor de un “ajuste con rostro humano” no pretenden introducir más programas asistenciales en unas economías estancadas. Forman parte de una propuesta más amplia en favor de una manera diferente de enfocar todo el proceso de ajuste, con un planteamiento que, además de procurar proteger a los más pobres y vulnerables, también se propone favorecer una aceleración del crecimiento económico al que puedan contribuir y del que puedan beneficiarse los pequeños productores más pobres.

Lo cierto es que, a pesar de las penurias adicionales que están sufriendo los pobres, es evidente que las presentes medidas para afrontar la crisis de endeudamiento no están logrando restablecer el crecimiento económico en la mayoría de los países deudores. El PIB per cápita del África Subsahariana disminuyó en un 3,6% en el período 1980–85, en un 0,5% en 1986 y en un 5,1% en 1987. Y el futuro se presenta igual-

mente sombrío. Las últimas proyecciones del Banco Mundial para el año 1995, por ejemplo, señalan un crecimiento per cápita igual a cero en el África Subsahariana (gráfico 10) y sólo una débil recuperación en la mayor parte de América Latina. Análogamente, el *Informe Económico Mundial* para 1988 de las Naciones Unidas indica que los ingresos per cápita volvieron a disminuir este año en América Latina y África y se espera que continúen decreciendo durante 1989. En muchos países, las expectativas para 1995 sitúan los ingresos medios por debajo de los niveles de 1980 y, en algunos de ellos, incluso en niveles inferiores a los de 1970.

En el África Subsahariana, en particular, es evidente que los terribles sufrimientos del ajuste no anuncian el nacimiento de un nuevo crecimiento económico. Hablando de la “brutal y despiadada década de los ochenta”, Stephen Lewis, asesor especial del secretario general de las Naciones Unidas en el Programa de Acción para la Recuperación y Desarrollo Económicos de África, señaló en 1988:

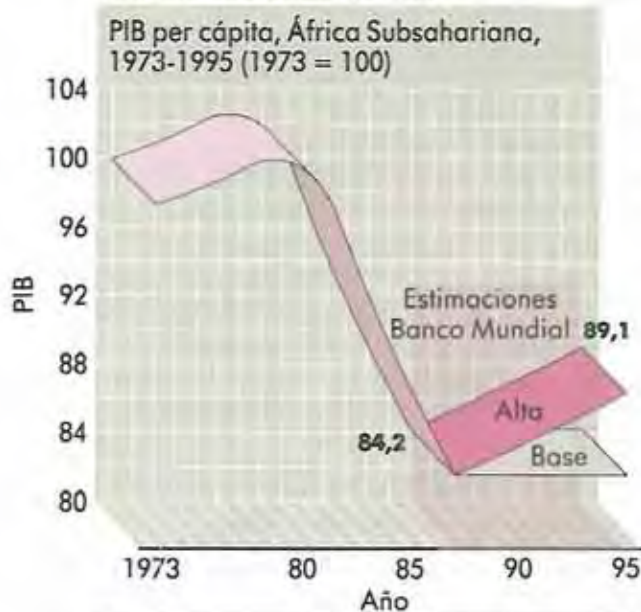
“Hay un sinfín de indicadores económicos que acotan y definen la condición humana en África. Cualquiera que se elija: PIB, PIB per cápita, consumo per cápita, crecimiento de las exportaciones, crecimiento de las importaciones, evolución de la relación real de intercambio, precios de los productos básicos, relación deuda-servicio de la deuda, ayuda exterior, siempre nos encontraremos, con escasas excepciones, con una crónica de la desesperanza”.

También se aprecian escasos indicios de recuperación de un crecimiento económico vigoroso en la mayor parte de América Latina, donde el desempleo, la inflación, los bajos índices de inversión y las insuficiencias de las políticas económicas han asestado un duro golpe a los niveles de vida no sólo de la población pobre, sino también de la clase media baja, que prácticamente ha desaparecido en algunos países. A base de reducir las importaciones y aumentar las exportaciones, América Latina ha conseguido exprimir el excedente suficiente para pagar 150.000 millones de dólares en el servicio de la deuda externa durante los últimos cinco años (1983–88). Pero la consecuencia directa ha sido un estancamiento económico. Como han manifestado insistentemente diversos dirigentes de la región: “se ha conseguido un ajuste, pero no el crecimiento”.

Más pronto o más tarde será preciso afrontar la realidad de que, en muchos países, los esfuerzos por pagar los intereses y el capital de la deuda actual son

Gráfico 10 El declive africano

El gráfico muestra el declive del PIB per cápita en el África Subsahariana durante los años setenta y ochenta, y las estimaciones del Banco Mundial sobre el crecimiento económico de la región hasta mediados de la década de 1990.



Fuente: Banco Mundial.

esencialmente incompatibles con la recuperación del crecimiento económico. Los presentes niveles de devolución de la deuda no sólo obligan a una reducción del consumo, con todas las penurias humanas que ello implica, sino también a reducir la inversión y el progreso económico futuro. Como señalaba Enrique Iglesias, presidente del Banco Interamericano de Desarrollo, en septiembre de 1988:

"En la década de los setenta, la tasa media de inversión en América Latina fue del 24,5%. Actualmente apenas alcanza el 16,5%. No puedo dejar de insistir en la gravedad que ello reviste en términos de sus posteriores repercusiones sobre la evolución de la capacidad productiva y el deterioro del capital humano. En algunos, tal vez en muchos, casos la tasa real de inversión ni tan sólo cubre la renovación del equipamiento físico agotado. Con tasas de inversión tan bajas es imposible una recuperación del crecimiento económico en nuestros países".

"Igualmente grave y tan importante como la anterior es la erosión de la inversión en la población de la región -su 'capital humano'- con fuertes reducciones en el gasto en salud, educación y nutrición a lo largo de esta década. Lo cual significa, lamentablemente, que las nuevas generaciones de latinoamericanos continuarán pagando los costos de esta crisis económica".

Inevitablemente, la situación es aún más grave en África. La salida de más de una cuarta parte de los ingresos del subcontinente para cubrir el pago del servicio de la deuda hace prácticamente imposible una recuperación de una economía sana en la mayoría de los países de la región.

En resumen, parece evidente que estamos llegando al final de la presente vía. Todos los grandes países deudores, con sólo una o dos excepciones, se verán de nuevo en la imposibilidad de hacer frente al pago del servicio de sus deudas para 1988, y de forma inexorable, las diferencias entre las cantidades adeudadas y las cantidades pagadas pasarán a incrementar las deudas pendientes. Por ejemplo, entre 1985 y 1986, la deuda externa total del mundo en desarrollo aumentó casi un 10% (esto es, aproximadamente 70.000 millones de dólares) y la deuda conjunta del África Subsahariana creció casi un 20% (unos 25.000 millones de dólares). Si consideramos cuál puede ser la situación en 1995, es probable que los pagos adeudados por África en concepto de servicio de la deuda para ese año sumen 45.000 millones de dólares, cantidad absolutamente fuera de sus posibilidades. Mientras tanto, los esfuerzos infructuosos por pagar unas deudas crecientes impiden que estos países puedan mantener los servicios sociales básicos, les impiden proteger adecuadamente a las nuevas generaciones que ahora están creciendo, les impiden invertir para el futuro, les impiden recuperar el crecimiento económico, les impiden aumentar sus importaciones y les impiden contribuir a mejorar el estado de la economía mundial.

En consecuencia, cualesquiera que sean los medios que se empleen para conseguirlo, una reducción ordenada de la pesada carga de la deuda es una condición previa esencial para salir del atolladero en que se encuentra el desarrollo y hacer posible una recuperación del crecimiento económico en vastas zonas del mundo en los próximos años. El secretario general de las Naciones Unidas expresó concisamente el nudo de la cuestión cuando declaró (en septiembre de 1988) que *"en una mayoría de países africanos y latinoamericanos, el desarrollo está condicionado a la resolución de la crisis de endeudamiento"*.

Para la vida: una alianza en favor de la infancia

Más de un centenar de organizaciones internacionales—desde la Save the Children Alliance hasta la Asociación Mundial de Medicina—participarán en la promoción de *Para la vida*, una iniciativa que se pondrá en marcha oficialmente en 1989.

La idea fundamental que da origen a *Para la vida* es sencilla. En la actualidad se dispone de un conjunto de conocimientos—antiguos y nuevos—que pueden ayudar a los padres a salvar la vida y proteger el desarrollo normal de muchos millones de niños del mundo en desarrollo. Se trata de una información con la que casi todos los expertos médicos están de acuerdo. Una información que casi todos los padres pueden poner en práctica. Una información que puede beneficiar a casi todos los niños. Una información, por tanto, a la que tienen derecho todas las familias.

Para la vida, una publicación coeditada por el UNICEF, la Organización Mundial de la Salud y la UNESCO, reúne toda esta información en un lenguaje asequible. El librito de 60 páginas, fácil de fotocopiar o de reproducir, incluye capítulos sobre el espaciamiento de los nacimientos, la maternidad sin riesgos, la lactancia materna, el desarrollo infantil, la inmunización, las afecciones diarreicas, los catarras y la tos, la higiene doméstica, el paludismo y el SIDA.

El texto de *Para la vida* ha sido preparado bajo la supervisión técnica general de la Organización Mundial de la Salud, con la colaboración asociada de muchas de las organizaciones más conocidas por su labor en favor de la salud y el desarrollo de la infancia en todas las regiones del mundo. Su propósito es dar a conocer en los términos más sencillos posibles y con la máxima autoridad el consenso científico actual en torno a algunas medidas prácticas, poco costosas y fáciles de aplicar por las propias familias, capaces de proteger la vida y la salud de la infancia.

Pero todavía resta por llevar a cabo la parte más importante de *Para la vida*. ¿Cómo comunicar esta información esencial para la salud? ¿Cómo incorporarla al patrimonio básico de conocimientos de cada familia?

En todos los países, la experiencia demuestra que sólo una repetición frecuente y diversificada de la nueva información, procedente de todos los sectores y de muchas fuentes que inspiren confianza, y prolongada a lo largo de varios años, puede poner

realmente al alcance de la mayoría los nuevos conocimientos sobre la salud. Como ha declarado el Director general de la Organización Mundial de la Salud, doctor Hiroshi Nakajima: "... Para poder alcanzar los objetivos de salud deseados es esencial contar con una opinión pública instruida. Y para crear esta opinión pública instruida son indispensables una educación y una comunicación eficaces".

Para la vida va dirigido por tanto a todas las personas que tienen influencia o control sobre los principales canales de comunicación de todas las sociedades. Y en este sentido representa un desafío a largo plazo en el terreno de la comunicación para:

- los jefes de Estado y dirigentes políticos
- todas las ramas de los gobiernos nacionales y locales
- los dirigentes religiosos
- todo tipo de educadores, maestros y profesores
- los medios de comunicación de masas
- los empresarios y dirigentes económicos
- los dirigentes sindicales
- los agentes comunitarios de salud y los médicos
- las enfermeras y parteras
- los agentes de desarrollo y las organizaciones de voluntarios
- los movimientos juveniles y los grupos de mujeres
- las organizaciones comunitarias y los dirigentes tradicionales
- los artistas, actores y personalidades del mundo del deporte.

Se espera que *Para la vida* llegue a constituir una importante ayuda práctica en la atención primaria de salud durante los próximos años.

Para la vida podrá obtenerse inicialmente en árabe, español, francés, inglés y portugués. En muchos casos, más que una mera traducción, se requerirá una adaptación que refleje las diferentes prioridades y culturas. El folleto *Todos por la salud* está concebido como una guía complementaria destinada a estimular la aplicación de las medidas propuestas en *Para la vida*. Esta guía describe la creciente participación de una amplia gama de comunicadores en los temas relacionados con la atención de la salud.

Todas las personas u organizaciones que deseen recibir más información sobre *Para la vida* y *Todos por la salud* pueden dirigirse a: J. Tierney, UNICEF, DIPA H9F, UNICEF House, 3 UN Plaza, Nueva York, NY 10017, Estados Unidos.

Reducción de la deuda

En el momento de publicarse este informe comienza a ser cada vez más evidente que se están preparando nuevas medidas para resolver el problema del endeudamiento del mundo en desarrollo. En la cumbre de Toronto ya se dio un primer paso significativo con el principio de acuerdo de los principales países industrializados para cancelar una parte de la deuda de algunos de los países del África Subsahariana más afectados. A partir de esta iniciativa, las cuestiones ahora pendientes son cuándo entrarán en efecto las nuevas medidas y *de qué manera* se intentará que beneficien a los grupos más pobres de los países deudores.

Pero el acuerdo que comienza a perfilarse reconoce la necesidad de mitigar la carga del servicio de la deuda en unas condiciones que permitan cumplir los compromisos de los países en desarrollo con sus acreedores, y hagan posible un *crecimiento* que les ayude a superar su enorme endeudamiento.

Un segundo aspecto, más controvertido, es la necesidad de que los bancos privados –acreedores de aproximadamente el 60% de la deuda del mundo en desarrollo– se avengan a absorber una parte significativa de las pérdidas que acarrearía la reducción de la deuda. No será necesario –y la opinión pública de la mayoría de los países industrializados tampoco lo aceptaría– dedicar una gran cantidad de fondos públicos a pagar las cantidades adeudadas a los bancos ni a subvencionar sus pérdidas. La mayoría de los bancos europeos han tenido varios años para prepararse y actualmente están en condiciones de poder aceptar una reducción inmediata y significativa del valor de la deuda del mundo en desarrollo (la Conferencia sobre Comercio y Desarrollo de las Naciones Unidas ha sugerido una reducción del 30% de las deudas con los bancos privados de los 15 países más endeudados). Es posible que los bancos norteamericanos –muchos de los cuales tienen coeficientes legales de solvencia más bajos (relación entre sus recursos propios y los créditos concedidos) y que en algunos casos acaban de sufrir considerables pérdidas en el mercado interior– no gocen de una situación tan estable como sus equivalentes europeos que les permita absorber esas pérdidas significativas sin mayor dificultad. Pero cuando una política crediticia resulta desacertada –a menudo porque partía de la cómoda premisa de que “un país no puede ir a la quiebra”– es preciso arrostrar las pérdidas.

El tercer elemento de este consenso incipiente asigna a los gobiernos del mundo industrializado un papel

vital para el intento de hacer frente a la crisis, señalando la necesidad de que contribuyan a fomentar el *crecimiento* del mundo en desarrollo mediante una ampliación significativa de los flujos de ayuda oficial para el desarrollo.

Esta combinación de un cierto grado de reducción de la deuda por parte de los bancos privados* y de ampliación de la ayuda oficial de los gobiernos, acompañada de medidas encaminadas a estabilizar los precios de los productos básicos y a evitar el proteccionismo, son factores esenciales para abrir las puertas que cierran el paso al crecimiento económico. Sin estas medidas, las actuales políticas de ajuste prácticamente sólo habrán servido para cambiar la distribución de los muebles de la celda en la que están presos los países deudores.

Situaciones insostenibles

Cualquier paso en esa dirección exigirá cambios fundamentales de percepción y en las políticas a seguir que no serán fáciles de lograr. Sin embargo, otro elemento de la presente crisis podría actuar como desencadenante para hallar una solución. Se trata de la crisis económica que amenaza al propio mundo industrializado.

Actualmente, los Estados Unidos son el mayor deudor internacional del mundo, con un endeudamiento total próximo a la pasmosa cifra de 500.000 millones de dólares, una cantidad equivalente a la deuda comercial total de los países en desarrollo en su conjunto. Este desequilibrio, y en particular el déficit de la balanza de pagos estadounidense, es la causa de que el *Informe sobre el Desarrollo Mundial* del Banco Mundial correspondiente a este año se refiera al “*frágil*” estado de la economía mundial y llegue a la conclusión de que existe “*el riesgo muy real de que pueda producirse una grave recesión económica mundial*”.

Es un hecho ampliamente reconocido que el enorme déficit comercial de los Estados Unidos –situado en estos momentos en unos 150.000 millones de dólares anuales– es insostenible y que también es inevitable una reestructuración de las relaciones entre las

* Algunos gobiernos son acreedores de un 85% de la deuda africana. Las intenciones de reducir la deuda anunciadas recientemente en la cumbre de Toronto y la cancelación por parte de los gobiernos de Francia y Canadá de cantidades significativas adeudadas por los países del África Subsahariana son gestos favorables, pero todavía deben concretarse en la práctica.

principales economías del hemisferio norte y, en particular, entre los déficits de los Estados Unidos y los superávits de Japón y Alemania Federal.

Las relaciones económicas internacionales se enfrentan, por tanto, con dos importantes "situaciones insostenibles". Y es evidente que a partir de ahora el mundo puede avanzar o retroceder, pero en ningún caso puede continuar por el camino que ahora lleva. En estos momentos se requiere más que nunca una visión de futuro y estadistas capaces. Se requiere la capacidad de vislumbrar una posible reordenación de los elementos del problema —y en particular de los principales factores "insostenibles" de la economía mundial— que abra las puertas a una solución potencial.

La campaña para las elecciones presidenciales ha puesto sordina durante 1988 al debate público sobre el endeudamiento de los Estados Unidos y sus consecuencias. Pero es evidente que este país tendrá que encontrar la manera de reducir su déficit al menos a la mitad, disminuyendo sus deudas y poniendo en práctica "un ajuste con crecimiento" si no quiere verse obligado a aceptar una disminución en el nivel de vida que a la larga será el complemento del título de nación más endeudada del mundo.*

Si los Estados Unidos intentasen resolver sus problemas de endeudamiento y de déficit comercial mediante una fuerte reducción de la demanda, devaluando el dólar y cediendo a las presiones en favor de un mayor proteccionismo, el resultado sería una recesión, no sólo en los Estados Unidos, sino también en casi todos los demás países. Forzando aún más los pilares de sus propios problemas, el Sansón de la economía mundial conseguiría derribar el templo. Y como siempre que se produce una catástrofe, los más pobres y vulnerables serían los que más sufrirían, en los

Estados Unidos y en el mundo en desarrollo. Es preciso encontrar una vía más constructiva para reestructurar el edificio de la economía internacional.

El enfoque alternativo sería intentar corregir el desequilibrio entre el déficit de los Estados Unidos y los superávits de Japón (y en menor grado también de Europa occidental), a base de reciclar esos excedentes, reduciendo las barreras comerciales y buscando un ajuste por la vía del crecimiento. Este es el enfoque mayoritariamente preferido.

Pero una ampliación de este planteamiento, que abarcara también al mundo en desarrollo, permitiría abordar los dos principales elementos "insostenibles" de la economía mundial y resolver algunos de los principales problemas de los países industrializados, al mismo tiempo que se daban los primeros pasos para atender las desesperadas necesidades del hemisferio sur.

Desde el punto de vista del mundo industrializado, los argumentos económicos en favor de este enfoque global del problema de la reestructuración de las relaciones económicas internacionales quedan patentes en las repercusiones que está teniendo para los Estados Unidos la recesión en el mundo en desarrollo. El valor anual de las exportaciones de los Estados Unidos a los países en desarrollo disminuyó de 88.000 millones de dólares a 77.000 millones durante la primera mitad de la década de los ochenta. De haber continuado creciendo al ritmo registrado durante la década anterior, alrededor de 1985 el valor de las exportaciones estadounidenses a estos países se habría duplicado, hasta alcanzar aproximadamente los 150.000 millones de dólares. El costo de la recesión en el mundo en desarrollo para los Estados Unidos puede estimarse, por tanto, en varias decenas de miles de millones de dólares anuales en exportaciones no realizadas, el equivalente a la pérdida de más de un millón de puestos de trabajo para los estadounidenses. Puede decirse que las consecuencias para las economías europea y japonesa son comparables.

James Robinson, director ejecutivo de la empresa American Express, ha insistido sobre este punto en unas declaraciones realizadas en agosto de 1988:

"... los problemas del endeudamiento y del crecimiento económico de los países en desarrollo tienen una importancia tan crítica para la política exterior y para la economía interior de los Estados Unidos que deberían constituir una cuestión prioritaria para el futuro presidente.

* Los Estados Unidos han continuado actuando como el principal motor de la economía mundial durante todos los años ochenta, con la generación de una demanda económica permanente, aunque sólo a costa de un creciente endeudamiento. Sin los enormes déficits comerciales de los Estados Unidos, la demanda de importaciones procedente del mundo en desarrollo, y sobre todo de los países de ingresos medios de América Latina y Asia, habría sido mucho menor en los últimos años. Simultáneamente, los Estados Unidos han resistido en gran parte las presiones en favor de una intensificación del proteccionismo planteadas desde el interior del país, y ha mantenido sus mercados relativamente abiertos a los productos del mundo en desarrollo. Sin estos dos factores, muchos países en desarrollo e industrializados se habrían visto en una situación bastante más apurada durante la década de los ochenta. Como contrapartida, la necesidad de atraer fondos para financiar los déficits presupuestarios de los Estados Unidos ha obligado a mantener unos altos tipos de interés, lo cual ha incrementado el precio del servicio de la deuda para muchos países en desarrollo deudores, sobre todo de América Latina.

"La superación del gran obstáculo de la deuda será un factor crucial para reducir el déficit comercial de los Estados Unidos. Los costos económicos ocasionados por el pago del servicio de sus deudas forzaron a los 17 países más endeudados del Tercer Mundo a reducir en 72.000 millones de dólares sus importaciones de bienes y servicios entre 1981 y 1986. Los Estados Unidos han sido la primera víctima de estas reducciones, ya que se trata de países que históricamente han constituido importantes mercados para las exportaciones estadounidenses".

En el mismo sentido, el *Informe sobre Comercio y Desarrollo* de 1988 de la Conferencia sobre Comercio y Desarrollo de las Naciones Unidas, ha estimado que una reducción del 30% de la deuda de los 15 países en desarrollo con un mayor nivel de endeudamiento se traduciría en un crecimiento del 25% de sus ingresos nacionales en el curso de los próximos cinco años, lo que a su vez generaría un incremento de unos 18.000 millones de dólares anuales en su demanda de importaciones, una tercera parte del cual se dedicaría a pagar exportaciones estadounidenses. Según cita textual del informe:

"Una reducción permanente de los intereses a pagar sobre la deuda pendiente de los países en desarrollo más fuertemente endeudados, combinada con una reducción del montante de la deuda y una nueva afluencia de fondos de ayuda para los países del África Subsahariana, contribuiría a incrementar significativamente la demanda de exportaciones estadounidenses en los países en desarrollo, mitigando así los desequilibrios comerciales entre los países industrializados".

Podría argumentarse algo parecido en relación a las economías europea y japonesa. Japón en particular, con sus 80.000 millones de dólares de superávit en la balanza comercial, depende en enorme medida de la voluntad del mundo, y especialmente de los Estados Unidos, de aceptar este considerable excedente de las exportaciones japonesas sobre sus importaciones. En conjunto, el mundo en desarrollo absorbe casi el 20% de las exportaciones de la Comunidad Económica Europea, más del 30% de las exportaciones de los Estados Unidos y más del 30% de las correspondientes a Japón. Aunque sólo sea por razones económicas, no es posible marginar al mundo pobre de los cálculos a la hora de buscar soluciones.

En consecuencia, tanto el mundo industrializado como el mundo en desarrollo saldrían favorecidos si una parte significativa del 25% de los ingresos del Tercer Mundo que actualmente se dedica a pagar el

servicio de sus deudas se destinase, por el contrario, a incrementar las importaciones del mundo industrializado y también a la inversión en crecimiento económico. Este reencauzamiento de los enormes flujos financieros netos procedentes del mundo en desarrollo —desviándolos del pago de la deuda a la adquisición de importaciones— sería una medida clave para el intento de salir de las presentes situaciones insostenibles de la economía mundial a través de una escalera mecánica ascendente en vez de descendente.

Ayuda y endeudamiento

Los argumentos en favor de la reducción de la deuda externa, en cuyo proceso los bancos privados tendrían que correr con una parte importante de los costos, son inseparables de los argumentos en favor de un incremento de la ayuda destinada a fomentar el crecimiento económico en el mundo en desarrollo, un proceso en el cual el papel principal correspondería en este caso a los gobiernos de los países industrializados. Una reducción de la deuda sin un restablecimiento del crecimiento no es ninguna solución. Resumiendo, sólo será posible atender las necesidades económicas del mundo en desarrollo, y crear las condiciones que le permitan aportar su contribución al crecimiento económico, mediante una serie de difíciles cambios en su relación con el hemisferio norte. Además de una reducción de la deuda y un incremento de la ayuda, estos cambios deberán incluir también un freno al proteccionismo y medidas encaminadas a estabilizar a unos niveles remunerativos los precios de las materias primas.

En cada uno de estos ámbitos se requieren actuaciones de una amplitud en consonancia con la magnitud del problema. Por uno u otro procedimiento, durante los próximos cinco años será preciso condonar en la práctica, de manera ordenada y examinando individualmente cada caso, hasta el 50% de la deuda del mundo en desarrollo, incluida la cancelación directa, o su equivalente, de la deuda total de los países en desarrollo más pobres y más endeudados.

En segundo lugar, será preciso adoptar alguna medida que garantice unos precios más estables y más justos para las materias primas que aportan más de la mitad de los ingresos del mundo en desarrollo. Porque durante la década de los ochenta, mientras el pago de intereses apretaba el nudo de la soga financiera en torno al cuello del mundo en desarrollo, la caída de los precios de los productos abrió la trampilla bajo sus pies.

Asia meridional: grandes expectativas

La recesión y la crisis de endeudamiento de la década de los ochenta no ha tenido tan graves repercusiones en Asia como en América Latina o África. Aunque algunos países concretos se han visto muy afectados, el continente ha mantenido su progreso económico global (Gráfico 1). Sin embargo, la mayoría de los "pobres absolutos" del mundo siguen viviendo en Asia meridional y la mayor parte de los niños que nacen en la región pertenecen a comunidades en las que el analfabetismo, las enfermedades prevenibles, el desarrollo deficiente y la mortalidad prematura siguen siendo muy frecuentes. Por ejemplo, más de una tercera parte de las muertes infantiles ocurridas en el mundo se producen en sólo tres países del Asia meridional: Bangladesh, India y Pakistán.

Pero en estos momentos Asia meridional puede encontrarse en el umbral de una etapa de progresos en el ámbito de la salud infantil, comparable a la situación alcanzada a mediados de la década de los sesenta, cuando el subcontinente inició un período de espectaculares avances en la producción de alimentos. Tras varios decenios de esfuerzos de desarrollo, la mayoría de los países están actualmente en condiciones de informar y apoyar a la mayoría de la población en la aplicación de los nuevos conocimientos. Un logro que, unido a las actuales técnicas de bajo costo, permitiría iniciar en la década de los noventa una revolución en la salud infantil equiparable a la revolución verde.

Como siempre, el catalizador necesario es la voluntad política. Y en estos momentos se aprecia un gran interés de muchos de los dirigentes políticos de la región por conceder prioridad a la infancia. En noviembre de 1986, durante una reunión de máximo nivel de la Asociación para la Cooperación Regional de Asia Meridional (SAARC), siete jefes de Estado aprobaron la siguiente declaración: "la satisfacción de las necesidades de todos los niños es el principal medio para el desarrollo de los recursos humanos" y "por consiguiente, los planes nacionales de desarrollo deben conceder la máxima prioridad a la infancia". Los líderes políticos de estos siete países —Bangladesh, Bhután, India, Maldivas, Nepal, Pakistán y Sri Lanka— también se comprometieron a lograr la inmunización universal de la infancia hacia finales de la década de los noventa y la

escolarización primaria universal, una nutrición materno-infantil adecuada y el suministro de agua potable a toda la población para el año 2000.

En los siete países de la SAARC todavía mueren cada año 1,5 millones de niños a consecuencia de enfermedades inmunoprevenibles y unos 85.000 quedan incapacitados por efecto de la poliomielitis. No obstante, últimamente se han hecho rápidos progresos y los datos oficiales más recientes indican que el porcentaje de niños de un año que han recibido las tres dosis de la vacuna DPT es de un 80% en Sri Lanka, superior al 60% en Pakistán y de casi un 60% en la India. La situación es menos favorable en Nepal (38%), en Bhután (16%) y en Bangladesh (9%).

Las afecciones diarreicas, que cada año producen más de 1,5 millones de muertes infantiles, son una de las causas más importantes de mortalidad y desnutrición infantiles en todos y cada uno de los siete países. La difusión de la terapia de rehidratación oral (TRO), que permite a los propios padres evitar la deshidratación de sus hijos, podría reducir drásticamente esa cifra en el curso de los próximos años. Aunque muchas madres de la región ya conocían esta medida, en la mayor parte de Asia meridional se están poniendo en marcha programas destinados a enseñar o reforzar la aplicación de la TRO. Sri Lanka se sitúa en cabeza, donde un 75% de los padres utilizan la TRO, seguido de Bangladesh (50%), Pakistán (33%), India (21%), Nepal (25%), Maldivas (12%) y Bhután (11%).

De hacerse realidad, este potencial para una drástica reducción en la mortalidad infantil también contribuiría a disminuir el índice de crecimiento demográfico de la región. Como manifestó la ex-primer ministro de la India, Indira Gandhi: "Los padres tenderán a limitar el tamaño de sus familias si tienen una seguridad razonable sobre la salud y supervivencia de sus hijos". Si las tasas de mortalidad infantil y de natalidad de los siete países de la SAARC fuesen equivalentes a las de Sri Lanka, por ejemplo, el número de muertes infantiles de toda la región se reduciría cada año en 3,7 millones, y habría casi 7 millones menos de nacimientos anualmente.

La menor demanda de materias primas del mundo en desarrollo es consecuencia del débil crecimiento económico de los países industrializados y de los rápidos avances tecnológicos en el desarrollo de nuevos materiales y en los procesos de producción. Ambos factores escapan al control del mundo en desarrollo que, no obstante, se ve frecuentemente exhortado a producir y exportar más materias primas —lo cual presiona todavía más a la baja los precios en los mercados mundiales— con el fin de obtener las divisas necesarias para mantener el nivel de importaciones y pagar los intereses de la deuda externa. Sólo en 1986, por ejemplo, la caída de los precios de las materias primas redujo en 19.000 millones de dólares los ingresos del África Subsahariana, alrededor de cuatro veces la cantidad prometida a la región en ayudas de emergencia durante ese año trágico. Es decir, unas medidas capaces de contribuir a estabilizar los precios y el volumen de las exportaciones de materias primas también serán esenciales para lograr que el mundo en desarrollo camine sobre sus propios pies y recupere el crecimiento económico. Sin duda, no puede objetarse que este tipo de medidas entorpecerían los mecanismos de las leyes del mercado cuando el propio mundo industrializado continúa gastando entre 125.000 y 150.000 millones de dólares al año en subsidios a la agricultura que niegan al mundo en desarrollo el derecho a competir en los mercados internacionales con sus exportaciones y que básicamente responden a acuerdos destinados a estabilizar y garantizar los ingresos de los agricultores europeos.

En tercer lugar, es preciso contener el proteccionismo para permitir que el mundo en desarrollo pueda exportar mayor cantidad de productos a los países industrializados.

Por último, es preciso incrementar sustancialmente los flujos de recursos públicos y privados del hemisferio norte al hemisferio sur. En particular, es necesario que la ayuda oficial para el desarrollo se aproxime a la meta aceptada del 0,7% del PNB de los países donantes (frente a la media del 0,34% registrada en 1987) y una parte significativa de esta ayuda, aproximadamente un tercio, debe destinarse específicamente a apoyar políticas en el mundo en desarrollo destinadas a mejorar las condiciones de vida, e incrementar la productividad, de los sectores sociales más pobres. Más adelante retomaremos esta cuestión de la *ayuda real para un desarrollo real*.

Para que la búsqueda del ajuste a través del crecimiento global pueda dar sus frutos es imprescindible un aumento en el nivel total de la ayuda. En la mayo-

ría de los casos, la reducción de la deuda no bastará por sí sola para ayudar a los países más pobres a iniciar un crecimiento económico saneado y avanzar hacia una solución permanente de la crisis de desarrollo.

Un nuevo Plan Marshall

Un plan de acción como el propuesto para romper el nudo gordiano del desarrollo y abrir el camino para un crecimiento global requerirá una visión de futuro y unas dotes de estadista particularmente elevadas. El precedente moral y práctico más próximo posiblemente sea el Plan Marshall que canalizó la ayuda de los Estados Unidos destinada a favorecer la recuperación del crecimiento económico de Europa en los años que siguieron a la segunda guerra mundial.

El espíritu que inspiró esa solidaridad constituye la esencia del nuevo tipo de relación que es preciso establecer entre los mundos industrializado y en desarrollo. Si situamos al mundo industrializado en el lugar de los Estados Unidos, y al mundo en desarrollo en el lugar de Europa, vuelven a ser necesarias la sensatez y visión de futuro que caracterizaron las palabras del Secretario de Estado George Marshall en 1947:

"Aparte de su efecto desmoralizador sobre el mundo en general y del posible malestar provocado por la desesperación de las personas afectadas, las consecuencias para la economía de los Estados Unidos deberían ser evidentes para todos. Es lógico que los Estados Unidos hagan cuanto esté en su mano para ayudar al restablecimiento de la salud económica del mundo, sin la cual no puede haber estabilidad política ni garantías de paz. Nuestra política no va dirigida contra ningún país ni doctrina, sino sólo contra el hambre, la pobreza, la desesperación y el caos. Su objetivo debe ser el restablecimiento de una economía viable en el mundo que permita crear las condiciones políticas y sociales capaces de sustentar unas instituciones libres. Tengo el convencimiento de que esta ayuda no debe entregarse poco a poco a medida que vayan surgiendo las diversas crisis. Cualquier ayuda que pueda prestar este Gobierno en el futuro debería proporcionar una cura y no un mero paliativo. Estoy seguro de que todo gobierno dispuesto a colaborar en la tarea de recuperación contará con la plena cooperación del Gobierno de los Estados Unidos".

Poco después de pronunciarse estas palabras, los Estados Unidos comenzaron a enviar ayuda a Europa por un montante anual equivalente al 2% de su PNB. La recuperación del crecimiento económico de Euro-

pa, pronto seguida por Japón, gracias a la inyección de abundante ayuda financiera estadounidense, sentó las bases para dos décadas de crecimiento sin precedentes del conjunto de la economía mundial.

En la actualidad, los Estados Unidos son aproximadamente dos veces y media más ricos, pero el porcentaje de su PNB destinado a ayuda exterior es del 0,22%, inferior al de los países más industrializados y menos de la mitad del promedio de los restantes países occidentales (gráfico 11).

Los Estados Unidos son el país que más podría contribuir a, y a la vez el que más podría beneficiarse de, una recuperación del crecimiento económico en el mundo en desarrollo. Pero cualquier equivalente moderno del Plan Marshall también debería incluir un aumento significativo de la ayuda de los restantes países industrializados, y en particular de Japón y Alemania Federal, cuyos excedentes comerciales acumulados se estima que alcancen 80.000 millones y 40.000 millones de dólares, respectivamente, en 1988-1989.

Se espera que antes de que finalice 1988, Japón se habrá convertido en el mayor donante de ayuda exterior, expresada en dólares, y este país ha anunciado su propósito de incrementar significativamente esta ayuda en el curso de los próximos cuatro años. Pero estos incrementos vienen determinados en gran parte por las variaciones en los tipos de cambio. En efecto:

Alemania Federal donó menos dinero en marcos alemanes en 1987 que en 1986; Japón a su vez concedió menos dinero en yenes en 1986 que en 1984 (todavía no se dispone de las cifras para 1987). De ahí la importancia de evaluar la ayuda exterior como porcentaje del PNB de los países donantes y, como se desprende del gráfico 11, las cifras para los últimos 20 años no son muy halagüeñas. La República Federal Alemana aportó menos del 0,4% de su PNB, el Reino Unido, menos del 0,3%, Japón, algo más del 0,3%, y los Estados Unidos, el 0,2%.

En total, sólo cuatro países industrializados —Noruega, Holanda, Dinamarca y Suecia— han alcanzado el objetivo del 0,7%. Este objetivo se acordó hace casi veinte años; sin embargo, el nivel medio de ayuda de los países industrializados todavía no llega a la mitad de esa cota. En estos momentos de crisis en el mundo en desarrollo, descrita a grandes rasgos al principio de este informe, es esencial que todos los países industrializados se aproximen a ese objetivo del 0,7% del PNB y que lo alcancen dentro de los próximos cinco años.

El cumplimiento de ese objetivo representaría una aportación adicional de unos 50.000 millones de dólares al año. Una cantidad que no puede considerarse fuera del alcance de un mundo industrializado que destina una suma mensual similar a gastos militares.

Ayuda real para un desarrollo real

A punto de cerrarse la década de los ochenta, se anuncia la posibilidad de grandes cambios y comienzan a aparecer oportunidades sin precedentes en el ámbito de las relaciones internacionales.

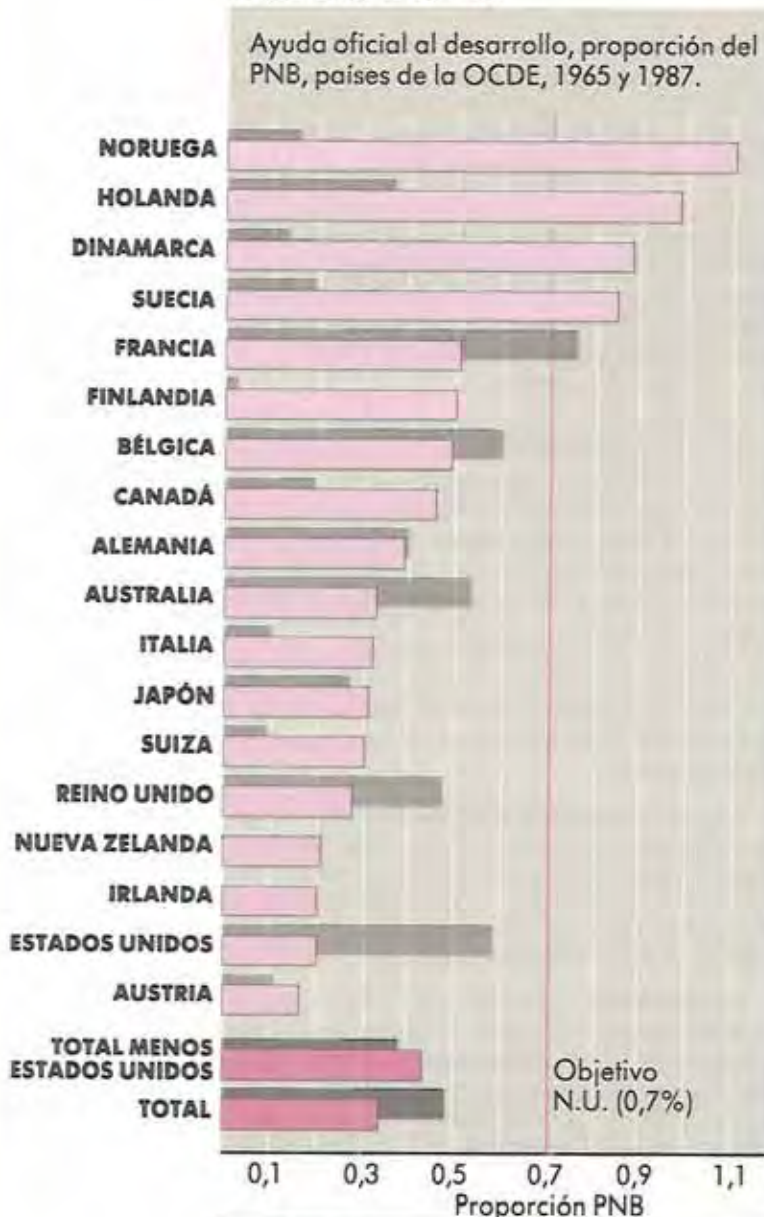
Parecen haber disminuido las tensiones regionales entre las superpotencias; por fin se empieza a avanzar por el camino de la paz y el desarme; varios conflictos armados de larga duración parecen aproximarse a su conclusión; China tiene una creciente participación en la economía mundial; la Unión Soviética manifiesta mayor interés por la colaboración con organizaciones multilaterales; gran parte de Asia muestra un progreso económico continuado; comienza a controlarse

el crecimiento demográfico a escala mundial; la democracia está ganando terreno en muchos países; y existe una amplia aceptación de que es inevitable establecer unas nuevas relaciones económicas a escala mundial.

Las perspectivas para un cambio se vislumbran por todas partes. Y si tenemos la visión necesaria para aprovechar esta oportunidad de una forma creativa —para idear un mundo nuevo y tener el valor de intentar alcanzarlo—, en estos momentos se nos ofrece una posibilidad real para empezar a resolver, dentro de los próximos diez años, la tríada de problemas fundamentales que amenazan a la humanidad en las postrí-

Gráfico 11 La liga de la ayuda

El gráfico muestra la lista de países donantes ordenados según la proporción del PNB destinada a ayuda oficial al desarrollo. La barra sombreada indica el porcentaje correspondiente a 1965. De 18 países sólo cuatro han alcanzado el objetivo de las Naciones Unidas del 0,7% del PNB.



Fuente: OCDE, Development Assistance Committee, Development Cooperation: 1988 Review, París, diciembre de 1987.

merías del siglo XX: la presencia y la amenaza de guerra, el deterioro del medio ambiente y la persistencia de los peores aspectos de la pobreza absoluta.

Esta oportunidad se habrá perdido si en el proceso de cambio y de reestructuración económica que ahora se inicia no se tiene en cuenta al mundo en desarrollo. Si se sigue relegando a la pobreza a una parte significativa de la humanidad, la frustración y la injusticia proyectarán una larga sombra de violencia y tensiones en el mundo en los próximos años. Si la desesperación obliga a amplias regiones del mundo en desarrollo a degradar el medio ambiente, sus recursos, sus selvas tropicales y sus suelos, forzados por la supervivencia inmediata pero con evidentes efectos destructivos para la supervivencia a largo plazo, los propios límites naturales del medio demostrarán finalmente con un rigor desconocido que pensar en términos globales y actuar con la mirada puesta en el futuro es una necesidad y no un lujo.*

En particular, puede anunciarse que si no se sabe aprovechar esta oportunidad, muy pronto se verán amenazados los recientes avances en favor de la democracia y la estabilidad en el mundo en desarrollo. Como ya se ha señalado en este informe, la crisis económica de los países del Sur se ha convertido en una crisis social. Si se permite que esta crisis social se acentúe, no cabe duda de que en la siguiente etapa alcanzará una dimensión política capaz de echar por tierra los recientes logros y de introducir nuevos factores de inestabilidad en un mundo que, por primera vez en muchas décadas, comenzaba a vislumbrar la esperanza de lograr avances políticos fundamentales.

Por todos estos motivos, tanto políticos como económicos, la exclusión del hemisferio sur de las tareas de reestructuración internacional que ahora se inician no sólo menguaría los resultados de los esfuerzos del hemisferio norte por resolver sus propios problemas económicos, sino que también significaría la pérdida de una gran ocasión para avanzar en un frente más amplio.

* Este tema se examina detalladamente en el informe de la Comisión Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo publicado en 1987 bajo el título *Nuestro futuro común*. El informe se preparó bajo la presidencia de la primer ministro de Noruega, Gro Harlem Brundtland, quien comentó al presentarlo que, en la situación económica actual, los países en desarrollo casi no tienen "otra alternativa que explotar sus recursos naturales, a menudo por encima de los límites más allá de los cuales no es posible la recuperación, a fin de obtener los fondos necesarios para pagar el servicio de la deuda externa y mantener las importaciones necesarias".

Crisis o causa

Sin embargo, en el pasado, los cambios fundamentales de orientación política raras veces se han guiado exclusivamente por las razones de la lógica económica y política. Para lograr un cambio de esa magnitud suele requerirse la intervención de una fuerza de naturaleza distinta.

Se precisa una gran crisis o una gran causa, o una combinación de ambas. Por ejemplo, la amplia aceptación del Plan Marshall entre la población de los Estados Unidos no se debió sólo a que era favorable para los intereses económicos de los Estados Unidos, sino que también estuvo motivada por la gran causa moral que lo inspiraba.

No resulta difícil anticipar una crisis equivalente en la actualidad. Como ha advertido el Banco Mundial, la incapacidad de dar una solución progresiva a las situaciones insostenibles del presente provocará casi con toda seguridad una recesión que, al mismo tiempo que será dolorosa para el mundo industrializado, tendrá consecuencias sociales y políticas casi impenables en la mayoría de los países en desarrollo.

Pero es evidente que también existe una causa moral equivalente. En el momento presente, la satisfacción de las necesidades básicas de toda la humanidad y la erradicación de los peores aspectos de la pobreza absoluta en los años que restan de este milenio podrían constituir tal vez los objetivos morales galvanizadores, capaces de inspirar un cambio mundial de la magnitud necesaria.

Lamentablemente, esta gran causa ha tenido un tenue eco en los esfuerzos internacionales de desarrollo de los últimos tiempos. Y será difícil movilizar un apoyo público amplio y sostenido en favor de un nuevo esfuerzo que sólo se proponga restablecer el *statu quo* anterior y no ofrezca otro desafío que la "continuación de lo mismo".

En efecto, es bien sabido que, en general, los pobres han sido los menos favorecidos en los buenos tiempos y los que más han sufrido cuando los tiempos eran malos. La recuperación del crecimiento económico del mundo en desarrollo, aunque difícil de alcanzar, representa, por tanto, una condición necesaria, pero ciertamente no suficiente, para avanzar hacia la erradicación de la pobreza.

Mientras no se aborde este problema y no se conciba un proceso de desarrollo al servicio de los pobres, los cambios significativos necesarios en la ayuda exte-

rior y en las relaciones comerciales entre los países industrializados y en desarrollo encontrarán escaso respaldo en la opinión pública. Por esto es tan necesario aprender las duras lecciones de la pasada década, además de intentar resolver la presente crisis.

La deuda de la infancia

Sobre todo, es necesario intentar dar alguna vez la palabra, aunque resulte inadecuada, a la infancia del mundo en desarrollo que nunca tiene voz en las negociaciones económicas internacionales, a pesar de verse profunda y permanentemente afectada por éstas.

La evolución de las economías de numerosos países en desarrollo en los últimos años y sus repercusiones para un gran número de sus ciudadanos más vulnerables no representan una mera fluctuación desafortunada dentro del proceso normal de desarrollo económico. Constituyen una tragedia que jamás debió ocurrir y que no debe repetirse.

Hace tres años, el expresidente de Tanzania Julius Nyerere se preguntaba: "*¿Tendremos que dejar morir de hambre a nuestros niños para pagar nuestras deudas?*" La pregunta ya ha recibido respuesta en la práctica. Y esta respuesta ha sido "Sí". En los últimos cinco años, centenares de miles de niños del mundo en desarrollo han dado sus vidas para que sus países pagasen sus deudas, y muchos millones más continúan pagando los intereses con sus mentes y cuerpos desnutridos. Sólo en la empobrecida región noreste del Brasil, la mortalidad infantil aumentó casi un 25% durante 1983 y 1984 por efecto de la recesión económica (gráfico 12).

Por esto no debe tratarse la crisis de endeudamiento en términos demasiado corteses. Pues una discusión puramente cortés puede implicar una aceptación tácita de algo intolerable. Y lo ocurrido en amplias zonas del mundo en desarrollo durante los años ochenta es auténticamente intolerable.

El hecho de que una proporción tan importante de la deuda actual fuese suscrita de forma irresponsable por deudores y acreedores no tendría tanta importancia si las consecuencias de esta imprudencia recayesen sobre los verdaderos responsables. Pero ahora que se ha acabado la fiesta y ha llegado la hora de pagar las facturas, se pretende que se hagan cargo de ellas los *pobres*.

En estos momentos, la carga más pesada de los costos de una década de frenético endeudamiento no

está recayendo sobre los militares ni sobre los titulares de cuentas bancarias en el extranjero, ni sobre los artífices de los años de despilfarro, sino sobre los pobres que tienen que pasarse sin bienes de primera necesidad, sobre los parados que tienen que presenciar cómo se deteriora todo aquello por lo que habían trabajado, sobre las mujeres que no disponen de alimentos suficientes para mantenerse sanas, sobre los niños de corta edad que no se están desarrollando adecuadamente, tanto en el orden físico como psíquico, debido a las enfermedades no tratadas y a la desnutri-

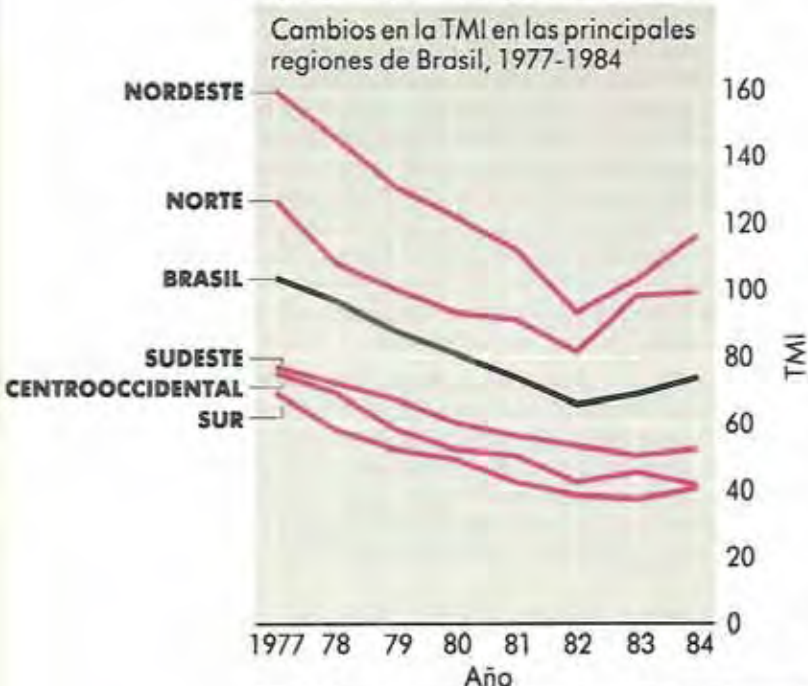
ción, y sobre los niños que ven negada su única oportunidad de asistir alguna vez a la escuela.

En resumen, no puede decirse que sea una burda y exagerada simplificación afirmar que los ricos obtuvieron los créditos y los pobres están pagando las deudas.

Cuando las consecuencias se manifiestan en indicadores vitales, como un incremento de la mortalidad infantil y del porcentaje de recién nacidos con bajo peso, una disminución del peso medio en relación a la estatura de los menores de cinco años y en tasas de escolarización más bajas entre los niños y niñas de 6 a 11 años, es imprescindible olvidarse de los circunloquios de la jerga económica y declarar que lo ocurrido es simplemente una atrocidad cometida contra un amplio sector de la humanidad. La deuda del mundo en desarrollo, tanto por la forma como se contrajo como por los métodos empleados para "ajustarla", constituye un oprobio económico para la segunda mitad del siglo XX. Permitir que los problemas económicos mundiales se resuelvan a expensas del desarrollo físico y mental de los niños es la antítesis de todo comportamiento civilizado. Nada puede justificarlo. Y es una vergüenza que nos degrada a todos.

Gráfico 12 Mortalidad infantil creciente

La tasa de mortalidad infantil (número de fallecidos menores de un año por mil nacidos vivos) es un indicador no sólo de la cantidad de muertes sino también de la calidad de vida de las madres y niños supervivientes. El gráfico muestra los cambios en las tasas de mortalidad infantil de las principales regiones de Brasil; estos cambios indican que los grupos más pobres son quienes soportan la carga más pesada de la crisis económica actual. La gran mayoría de la población más pobre de Brasil vive en el norte del país, especialmente en las regiones del nordeste.



Fuente: Roberto A. Becker y Aaron Lechtig (UNICEF), "Brasil: evolução da mortalidade infantil no período 1977-1984" Ministério de Saúde, Divisão Nacional de Epidemiologia.

Una nueva orientación

Es necesario considerar la presente crisis de endeudamiento bajo este severo prisma para poder aprender la dura lección que de ella se desprende para el futuro.

Un tipo de desarrollo en el que los pobres son los menos favorecidos en los buenos momentos económicos y los más castigados cuando corren malos tiempos para la economía no recibirá, y de hecho no lo merece, el apoyo de la opinión pública del mundo industrializado ni del mundo en desarrollo. Para que la nueva ética descrita en otro lugar de este informe pueda llegar a hacerse realidad, para poder generar el compromiso político y público en favor de los cambios básicos que permitan volver a poner en marcha el proceso de desarrollo, transformándolo en una presión continuada por una mayor cooperación internacional, previamente será necesario redefinir el propio desarrollo, y el esfuerzo internacional de desarrollo en particular, como un proceso que dé prioridad a los pobres, corran buenos o malos tiempos económicos. El desarrollo tendrá que ser —y deberá ser concebido— como un movimiento cuya máxima prioridad sea satisfacer las necesidades esenciales de nutrición adecuada, agua potable, sistemas eficaces de saneamiento.

to, atención primaria de salud, vivienda digna y educación básica de todos los seres humanos. Y en particular, deberá ser un tipo de desarrollo que dé *máxima prioridad* a la supervivencia y el desarrollo normal y sano de la infancia en la asignación de los recursos nacionales y los procedentes de la ayuda internacional.

Este es el tipo de desarrollo que respondería a las grandes prioridades de la gran mayoría de la población del mundo en desarrollo. También es el tipo de desarrollo capaz de recabar un amplio apoyo entre la gran mayoría del mundo industrializado. Por esto, la presente crisis, como tantas grandes crisis del pasado, debe interpretarse también como una gran oportunidad. Ahora que el desarrollo ha descarrilado es sin duda el mejor momento para cambiar su rumbo.

Ayuda y desilusión

Para recabar un amplio apoyo público y político del mundo industrializado en favor de un nuevo esfuerzo de desarrollo será preciso superar primero la desilusión actual.

El idealismo público no ha muerto. En significativo contraste con la situación descrita, durante la década de los ochenta se ha triplicado con creces el apoyo público recibido en los países industrializados por organizaciones voluntarias como Oxfam, Save the Children, CARE, la Cruz Roja, World Vision, Live Aid, organizaciones asistenciales religiosas y los propios comités nacionales del UNICEF.

La explicación de esta aparente contradicción entre la generosidad privada y la parquedad pública no es difícil de encontrar. La verdad es que el apoyo idealista en favor de un aumento significativo de la ayuda exterior y un nuevo compromiso en favor de un esfuerzo internacional de desarrollo es escaso porque está muy generalizada la idea de que estas ayudas no tienen como finalidad primordial satisfacer las necesidades ni fomentar las capacidades de los más pobres, ni avanzar rápidamente hacia la erradicación de la pobreza absoluta. En otras palabras, existe una considerable desilusión popular respecto a las intenciones y las políticas de los gobiernos de los países tanto industrializados como en desarrollo, y es preciso abordar las causas de esta desilusión.

En los países industrializados, la desilusión de la opinión pública en relación a la ayuda exterior y el desarrollo tiene en gran parte su origen en la utilización de la ayuda ya sea para obtener ventajas políticas,

para fines de carácter militar, o para subvencionar a la propia industria. En el caso de los Estados Unidos, por ejemplo, más del 30% de la ayuda no militar está destinada a sólo dos países: Egipto e Israel. Ningún país del África Subsahariana, la región más necesitada del mundo, ni tampoco la India, que alberga más de la mitad de la población en condiciones de pobreza absoluta del mundo, figuran tan siquiera entre los diez principales receptores de ayuda americana. En el caso del Reino Unido, donde en los últimos años también ha disminuido el porcentaje del PNB dedicado a ayuda exterior, un 75% de la ayuda oficial bilateral está vinculada a la adquisición de productos y servicios británicos. La ayuda de los países del bloque oriental suele ir todavía más firmemente vinculada a las exportaciones de los países donantes.

A consecuencia de esta desnaturalización moral de la ayuda exterior, el apoyo al desarrollo tiene actualmente una relación cada vez más tenue con la mitigación de la pobreza. Por ejemplo, según un reciente informe del *Independent Group on British Aid*:

"... la mayor parte de nuestro presente programa de ayuda es irrelevante para las necesidades reales de los pobres del mundo entero... No se concentra en los países más pobres y menos aún en la población más pobre de los países que nosotros ayudamos".

Si se considera el conjunto de los países occidentales industrializados, más de la mitad de toda la ayuda bilateral concedida está vinculada a la adquisición de bienes y servicios del país donante; menos del 25% de la ayuda concedida va a parar a los 40 países menos desarrollados; menos de un 15% se destina al sector agrícola, que constituye el medio de subsistencia de la mayoría de la población pobre en casi todos los países en desarrollo; menos de un 11% se destina a educación; y menos de un 5% se destina, conjuntamente, a salud y espaciamiento de los nacimientos.

Existen algunas excepciones honrosas. Por ejemplo, más del 75% de la ayuda concedida por Noruega y Suecia no está vinculada a ningún tipo de condiciones. Pero, en general, el contenido idealista de la ayuda exterior ha alcanzado actualmente un avanzado grado de deterioro, socavado por los intereses políticos, económicos y militares de los países donantes.

Distorsión de los países donantes

Desgraciadamente, la desilusión también abarca el uso que hacen muchos países receptores de la ayuda y otros recursos para el desarrollo.

Debido a la escasa influencia que ejercen los pobres tanto sobre las finalidades para las que se concede la ayuda como sobre las actividades a que se destina efectivamente, la distorsión producida por los países donantes y, a su vez, la distorsión de los países receptores a menudo acaban desviando la ayuda en la misma dirección y, así, ésta va a parar a la industria en detrimento de la agricultura, a las zonas urbanas en detrimento de las rurales, a los hospitales en detrimento de los centros de salud, a las universidades en detrimento de las escuelas primarias, a los cultivos de exportación en detrimento de la producción de alimentos, a las importaciones en detrimento de los productos autóctonos, a las inversiones intensivas en capital en detrimento de la creación de empleo, a los proyectos de nueva construcción en detrimento de las instalaciones existentes y, en última instancia, a los ricos en detrimento de los pobres.

Un presupuesto de salud reciente de un país en desarrollo asignaba, por ejemplo, 15 millones de dólares al reacondicionamiento y ampliación de un hospital urbano y en cambio no destinaba absolutamente nada a atención primaria de salud. En otro caso, las subvenciones concedidas por el gobierno a un grupo de hospitales dedicados a atender a los sectores de población con niveles superiores de ingreso sumaban cinco veces el montante total del presupuesto nacional para atención primaria de salud. La mayor parte de la ayuda del mundo industrializado destinada a educación (aproximadamente un 11% del total) se dedica a la enseñanza secundaria y universitaria cuyos usuarios pertenecen, principalmente, a los grupos más favorecidos, mientras menos de un 1% se dedica a la enseñanza primaria, que es lo máximo a que puede aspirar la mayoría de la infancia del mundo en desarrollo.

En resumen, así como puede decirse que una enorme parte de la deuda actual fue suscrita irresponsablemente por acreedores y deudores, así también una enorme parte de la presente ayuda exterior se concede y se recibe de forma distorsionada si la evaluamos de acuerdo con sus repercusiones en las condiciones de vida de los pobres. Y una vez más, se aprecia un acusado e instructivo contraste en el caso de la ayuda canalizada a través de muchas organizaciones voluntarias de carácter privado.

Sobre todo en la última década, los proyectos de desarrollo financiados por organizaciones voluntarias del mundo industrializado, y administrados cada vez con mayor frecuencia por sus equivalentes en el mundo en desarrollo, han iniciado nuevas vías de asisten-

cia al desarrollo destinadas a satisfacer las necesidades y fomentar las capacidades de los pobres, que estimulan la participación de las comunidades a las que pretenden ayudar, que reconocen la contribución y las necesidades de las mujeres dentro del proceso de desarrollo, que tienen en cuenta las consideraciones ambientales, y que se preocupan de que los proyectos promovidos sean sostenibles.

Estos esfuerzos son un ejemplo de cuál debería ser el verdadero espíritu de la ayuda para el desarrollo. El hecho de que su objetivo primordial sea mitigar la pobreza —mediante la capacitación de las personas para que ellas mismas puedan mejorar sus condiciones de vida— es la principal explicación del enorme apoyo público que han recibido durante los años ochenta.

El creciente apoyo y participación masiva logrados por iniciativas como *Live Aid*, *Band Aid*, *Sport Aid*, *First Earth Run*, celebradas en los últimos años, indica que un gran número de personas de los países industrializados y en desarrollo están deseosas de vivir en un mundo libre de toda pobreza innecesaria, negadora de la vida. Ahora se trata de averiguar si es posible canalizar esas reservas de solidaridad y buena voluntad humanas no sólo para mitigar situaciones catastróficas, sino también en favor de esfuerzos internacionales de desarrollo a largo plazo —incluidas actuaciones del alcance requerido en ámbitos más complejos de la ayuda exterior, el intercambio comercial y la deuda— encaminados a restablecer el avance económico y reanudar la guerra contra la pobreza.

Muchos estarían dispuestos a marchar juntos en favor de la eliminación de nuestro planeta de los peores aspectos de la pobreza absoluta: la desnutrición masiva, las enfermedades prevenibles y el analfabetismo. Pero el idealismo no será suficiente para hacer frente a las distorsiones de ese esfuerzo de desarrollo, por obra de los gobiernos de los países industrializados o en desarrollo, ni frente a su falta de compromiso respecto al doble objetivo de satisfacer las necesidades humanas básicas y proteger el medio ambiente.

En resumen, para que se pueda recabar apoyo con el fin de obtener un incremento y una mayor eficacia de la ayuda exterior, primero se precisa una importante labor de depuración para que la ayuda se adecúe a su finalidad primordial. Tal vez la ayuda que en estos momentos se destina a subvencionar las exportaciones de los países donantes debería transferirse a los presupuestos de los ministerios correspondientes: comercio o industria. Tal vez sería conveniente recla-

sificar la ayuda destinada principalmente a fomentar los intereses militares y políticos de los países donantes, para incluirla bajo el rubro de gastos de defensa. Tal vez entonces la suma restante de los presupuestos de ayuda exterior podría ser evaluada según el único criterio relevante para la mayoría de la población del mundo rico o pobre: ¿Contribuye esta ayuda a la superación de los peores aspectos de la pobreza absoluta?

Una vez limpia de impurezas podrá examinarse la ayuda desde otras perspectivas más complejas. ¿Se concede prioridad a quienes tienen mayores necesidades: a los países más pobres y a la población más pobre de cada país? (Véase gráfico 13) ¿Se destina una parte significativa de la ayuda a apoyar proyectos en los que participen los propios pobres? ¿Se utiliza la ayuda para mejorar la vida de las mujeres y mitigar el trabajo que recae sobre ellas? ¿Favorece la ayuda la degradación del medio ambiente o promueve un desarrollo sostenible? ¿Contribuye la ayuda a financiar los gastos corrientes y las partidas presupuestarias menores, la adquisición de libros de texto y los medicamentos esenciales, posibilitando un aprovechamiento eficiente de la infraestructura existente? ¿Se dedica la ayuda a financiar las estrategias de bajo costo, alto impacto y aplicación masiva de primordial importancia para satisfacer las necesidades básicas y aumentar la productividad de los pobres?

En resumen, la ayuda al desarrollo debe ser una *ayuda real* para un *desarrollo real*. Y un desarrollo real significa proporcionar a las personas los conocimientos y los medios que han de permitirles ejercer un mayor control sobre sus vidas, definir sus prioridades, satisfacer sus necesidades, desarrollar su propia realización individual. La prueba esencial para comprobar si la ayuda y el desarrollo son reales no consiste en demostrar si incrementa o no el bienestar, sino en si promueve o no la capacidad humana.

Inevitablemente, el tipo de desarrollo que permite liberar las aportaciones y demandas de tantos millones de personas, también beneficiará a las economías de los países industrializados y en desarrollo. En palabras del presidente del Comité de Asistencia al Desarrollo (CAD), que coordina las políticas de ayuda exterior de los 18 países industrializados:

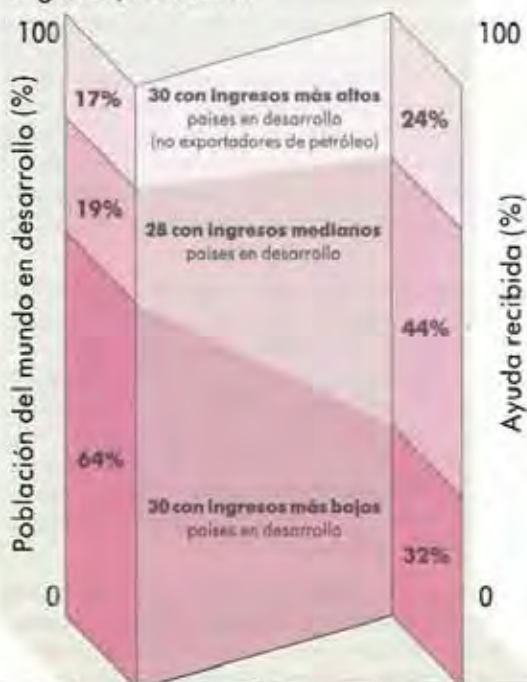
"Reforzar la educación, salud y nutrición de las personas y proporcionarles el entorno adecuado con medidas y servicios suficientes fomentará la aportación de esfuerzos individuales y colectivos favorables al crecimiento económico".

Por último, más allá del interés emocional inmediato que suscita la infancia, el propio futuro económico a largo plazo exige que se conceda a los menores de cinco años un lugar especial dentro del *desarrollo real*. En efecto, si se priva a la infancia de la posibilidad de desarrollar plenamente su potencial físico y mental, de la oportunidad de asistir a la escuela y adquirir nuevas capacidades, y de la posibilidad de vivir una infancia en la que el afecto y la seguridad prevalezcan sobre el miedo y la inestabilidad, la pobreza presente socava continuamente las posibilidades de progreso futuro. Para evitar la perpetuación de la pobreza de una generación a otra es preciso ofrecer una protección prioritaria al desarrollo físico y mental de la población infantil. No existe causa humanitaria

Gráfico 13 Destino de la ayuda

El gráfico muestra cómo se distribuye la ayuda total de los dieciocho países occidentales industrializados entre los países con mayores y menores ingresos del mundo en desarrollo.

Distribución de la ayuda total de la OCDE por grupos de países en desarrollo según su nivel de ingresos, 1985-1986



Fuente: OCDE y Banco Mundial.

más noble, ni inversión más productiva. Luego tampoco cabe concebir otra prioridad más esencial para el desarrollo real.

Distorsión de los países receptores

La preocupación por las distorsiones ocasionadas por los países donantes debería hacerse extensiva a una preocupación equivalente por la distorsión de la ayuda por parte de los países receptores. Además, los gobiernos del mundo en desarrollo no siempre recibirían con desagrado una revisión crítica del destino que se da a la ayuda exterior.

Los avances democráticos de los últimos años han favorecido la actuación de algunos gobiernos en favor de la mayoría más pobre. Sin embargo, muchos gobiernos todavía tienen dificultades políticas para reordenar las prioridades: de los hospitales urbanos a las clínicas rurales, de las becas para estudiar en el extranjero a las escuelas primarias, de las líneas aéreas a las líneas de autobuses, de la satisfacción de las expectativas de los grupos más favorecidos y políticamente más poderosos a la satisfacción de las necesidades de la mayoría de la población pobre, dispersa en las zonas rurales y con escasos medios de presión política.

En este contexto, una ayuda real podría cumplir una función muy concreta. En efecto, es evidente que resulta mucho más fácil emplear fondos en favor de los pobres cuando éstos proceden de la ayuda exterior y se han concedido bajo el supuesto de que se destinarán a mejorar las condiciones de vida y las capacidades de los más pobres. La ayuda exterior representa sólo una pequeña parte –poco más del 5%– del esfuerzo total de desarrollo. Pero su importancia es muy superior a lo que parece indicar esta cifra, sobre todo en los países más pobres. En unos cuarenta países en desarrollo, la ayuda oficial recibida es superior al total del gasto público en salud o educación. Los criterios seguidos para su asignación constituyen, por tanto, un factor importante para favorecer el desarrollo real.

A punto de cerrarse la década de los ochenta, comienzan a percibirse algunos indicios de que las políticas de ayuda exterior podrían empezar a evolucionar muy pronto en esa dirección. El presidente del CAD, Joseph Wheeler, en una declaración reciente invitaba a adoptar un nuevo planteamiento dentro de esta línea:

“Los más pobres no están bien representados en la estructura de poder y las prioridades en la asignación de fondos a menudo favorecen a los sectores ya mejor situados de la sociedad. La ayuda exterior puede contribuir a modificar las prioridades en favor de los pobres”.

Concretando más, añadía lo siguiente:

“...Si se considera la singular situación de la India dentro del contexto mundial, uno se pregunta si no podría adoptarse un enfoque completamente nuevo para colaborar con ese país en su campaña de reducción de la pobreza. La comunidad de países donantes podría mostrarse dispuesta a duplicar la ayuda bruta concedida a la India, incrementándola de 5000 millones a 10.000 millones de dólares, a condición de que la India elaborase una propuesta que implicara una dedicación total del Gobierno indio a la aceleración de las actividades relacionadas con los pobres...”

Y a continuación hizo referencia a una propuesta análoga para América Latina:

“...la realidad económica ha dejado a Brasil sumido en tal crisis de endeudamiento que durante la próxima década este grave problema reducirá considerablemente su margen de maniobra para mitigar la pobreza. ¿Hasta qué punto debemos desestimar una iniciativa brasileña para conceder mayor prioridad a los problemas de la pobreza en la región del noreste, ante la oferta de un país donante de proporcionarle divisas que podrían utilizarse para afrontar el desafío global del desarrollo?”

Una ayuda así centrada en la pobreza, asociada al apoyo de los objetivos específicos fijados por los propios países en desarrollo, podría constituir un factor significativo de desarrollo real en los próximos años. Concretamente, los planes de desarrollo financiados a través de la ayuda exterior podrían contribuir a la puesta en práctica, a escala masiva, de algunas de las estrategias de bajo costo y alto impacto actualmente disponibles para satisfacer las necesidades y mejorar las capacidades de los pobres. En el siguiente capítulo de este informe se examinarán con mayor detalle estas estrategias.

La opinión pública de algunos países industrializados y las organizaciones no gubernamentales también comienzan a manifestar una creciente presión en favor de nuevos modelos de asistencia al desarrollo. En varios países europeos se han iniciado campañas por una “ayuda real” y, en los Estados Unidos, una organización no gubernamental ha conseguido el apoyo

de miles de ciudadanos y de más de un tercio de los miembros de la Cámara de Representantes (incluidos 26 miembros del Comité de Asuntos Exteriores) y de una quinta parte del Senado (incluidos 7 miembros del Comité de Relaciones Exteriores) en favor de una *Ley de Reducción Global de la Pobreza** presentada ante el Congreso de los Estados Unidos. La Ley, que también ha recibido el apoyo de muchos editoriales en la prensa de todo el país, establece que el gobierno de los Estados Unidos deberá iniciar consultas con los gobiernos de los países en desarrollo, las organizaciones no gubernamentales y los organismos internacionales para "elaborar un plan que permita una contribución apreciable de la Asistencia al Desarrollo de los Estados Unidos a la erradicación de los peores aspectos de la pobreza antes del año 2000". Concretamente, la legislación se propone concentrar la ayuda exterior estadounidense durante la próxima década en tres objetivos: reducir a 70 o menos (por cada mil nacidos vivos) las tasas de mortalidad de los menores de cinco años en todos los países; aumentar los índices de alfabetización femenina hasta un 80% o más; y reducir a menos del 20% la proporción de la población en condiciones de pobreza absoluta en todos los países. En otras palabras, la *Ley de Reducción Global de la Pobreza* constituye un ejemplo del interés de la opinión pública en un desarrollo real mediante una ayuda real.

En Europa también se aprecian signos de un movimiento de la opinión pública en favor de un incremento de la ayuda exterior y/o una reducción de la deuda con el fin de mitigar la pobreza. En 1988, en respuesta a una encuesta realizada entre 11.600 ciudadanos de 12 países europeos, un 89% de ellos consideraban "justificada" la cooperación para el desarrollo del Tercer Mundo y un 44% se manifestaron de acuerdo con la afirmación: "es favorable a nuestros intereses cancelar la deuda del Tercer Mundo aunque el costo sea alto".

Ayuda para el medio ambiente

Del mismo modo que la ayuda exterior puede contribuir a "inclinarse las prioridades en favor de los pobres", también podría contribuir a que se concediera mayor importancia política a las consideraciones am-

bientales a largo plazo. Es comprensible que los gobiernos de los países en desarrollo, que a menudo actúan bajo presiones políticas y financieras a corto plazo, tengan dificultades para dar prioridad a la conservación del medio ambiente, como también puede resultarles difícil dar prioridad a los grupos más pobres, o a las mujeres, o a la atención de la salud a largo plazo. En todos estos casos, los costos son calculables e inmediatos frente a unos beneficios a menudo invisibles o con una escasa rentabilidad política o financiera dentro del período habitual de actuación de la mayoría de los gobiernos.

En este contexto, la ayuda exterior puede ser un equivalente de la acción política, aglutinando un grupo de presión en favor de los grupos de población más vulnerables y facilitando la adopción de decisiones destinadas a beneficiar primordialmente a los pobres, al medio ambiente y a las condiciones futuras del país.

Existen pruebas de que una ayuda de este tipo —una ayuda que sea y se perciba como ayuda real para un desarrollo real— merecería, y casi con toda seguridad recibiría, un creciente apoyo del electorado de los países industrializados. Este apoyo público es necesario lograrlo urgentemente para que la ayuda exterior pueda contribuir a restablecer el crecimiento económico en el mundo en desarrollo.

Un pacto para un desarrollo real

Por consiguiente, los países industrializados, con el fin de reactivar sus propias economías y de contribuir al restablecimiento del desarrollo general, deberían considerar, en términos sustanciales, una reducción de la deuda, la liberalización de los intercambios comerciales y un incremento de la ayuda para cambiar la dirección del flujo neto de transferencias financieras en favor del mundo en desarrollo.

Pero ya ha pasado la época en que la ayuda se habría concedido de forma indiscriminada, bajo el supuesto de que generaría automáticamente un desarrollo real. En estos momentos, el apoyo de la prensa, de la opinión pública y de los dirigentes políticos del mundo industrializado —sin el cual será imposible emprender las acciones necesarias relacionadas con la deuda, los intercambios comerciales y la ayuda exterior— está condicionado al uso que se dé a tales recursos. Ha llegado la hora de integrar no sólo la ayuda exterior sino también la reducción de la deuda y los acuerdos comerciales dentro de un *pacto de desarrollo real* mediante el cual los países industrializados se

* La Global Poverty Reduction Act es una iniciativa de Results, un grupo internacional de presión en favor del desarrollo a escala mundial integrado por 130 grupos distribuidos en cinco países.

compromentan a aumentar sus aportaciones de recursos, y los países en desarrollo como contrapartida accedan a introducir un modelo de desarrollo real que conceda inequívoca prioridad a los pobres.

El objetivo último y la medida definitiva del éxito de este desarrollo real será una mejora sustancial de las condiciones de vida de los más pobres, de su salud y nutrición, de su educación y capacitación, de su poder para controlar sus propias vidas y de sus oportuni-

dades de obtener una remuneración justa por su trabajo. Este es el tipo de desarrollo que desea la mayoría de la población del mundo pobre, y que contaría con el respaldo de la mayoría de la población del mundo industrializado. La presente crisis económica abre ahora la oportunidad de orientar el desarrollo en esa dirección. En el próximo capítulo del informe se examina cómo podría concretarse, en la práctica, este compromiso en favor del desarrollo real y qué objetivos pueden lograrse para finales de siglo.

El desarrollo real en la práctica

Si se consiguiera un crecimiento global que diese un nuevo impulso al proceso de desarrollo, sacándolo de su actual letargo, y si este impulso se orientase hacia un *desarrollo real*, el UNICEF tiene el convencimiento de que los peores aspectos de la pobreza absoluta podrían superarse casi con toda seguridad antes de finales de siglo. En particular, consideramos que, tanto en términos financieros como técnicos, es posible alcanzar la meta específica de mejorar las condiciones de desarrollo de la infancia, en la medida suficiente para lograr una drástica reducción de las vergonzosas cifras relativas a casos de crecimiento insuficiente, enfermedades frecuentes e incapacidad y mortalidad prematuras.

Los recursos seguirán siendo limitados, pero el factor crucial es la posibilidad de mejorar considerablemente la relación entre recursos y resultados. Y esta posibilidad existe gracias a los nuevos conocimientos, la nueva tecnología y la experiencia duramente acumulados en los últimos cuarenta años. Este conjunto de conocimientos proporciona una base más sólida a partir de la cual impulsar el esfuerzo de desarrollo, y permite plantearse un progreso acelerado durante la década venidera.

Las instituciones del mundo en desarrollo y los organismos especializados de la familia de las Naciones Unidas poseen actualmente gran parte de esos conocimientos. Las experiencias acumuladas a lo largo de decenios de trabajo en favor del desarrollo real en casi todos los países del mundo en desarrollo han pasado a engrosar el acervo común de organizaciones como el Programa de las Naciones Unidas para el De-

sarrollo (PNUD); la Organización Mundial de la Salud (OMS); la Organización Internacional del Trabajo (OIT); la Organización para la Agricultura y la Alimentación (FAO); el Fondo Internacional para el Desarrollo de la Agricultura (FIDA); el Programa Mundial de Alimentos (PMA); el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP); el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA); la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); el Banco Mundial; el UNICEF y los organismos de ayuda bilateral de los países industrializados. Estos conocimientos representan en la actualidad uno de los recursos más valiosos para el desarrollo y ha llegado el momento de aprovecharlos a fondo.

Sería imposible presentar en estas páginas ni siquiera un resumen sucinto de esos conocimientos, aun en el marco de una generalización internacional. En consecuencia, aquí incluimos sólo una breve descripción de algunas de las oportunidades más claras y destacadas que ofrecen los actuales conocimientos para atacar, de modo significativo y con un costo asequible, algunos de los peores aspectos de la pobreza, durante la próxima década. El propósito es demostrar que la satisfacción de las necesidades básicas de toda la humanidad no es un sueño imposible y que, aprovechando los actuales conocimientos, en los años que restan de siglo podrían cumplirse las aspiraciones universales a disponer de una alimentación adecuada, agua potable, atención de salud apropiada, una vivienda digna y un dominio básico de la lectura, la escritura y el cálculo.

Las siguientes tablas de clasificación presentan las posiciones de los países del mundo en desarrollo en relación con el porcentaje de su población infantil inmunizada con la vacuna DPT (difteria, tos ferina y tétanos). Al requerir tres vacunaciones separadas, la cobertura de la vacuna DPT es un buen indicador del funcionamiento global del sistema de inmunización.

a) 1986
b) 1988
c) 1985
* Dos dosis DPT

Atención de salud apropiada

Una atención de salud apropiada significa dar prioridad a las mujeres embarazadas y a los niños de corta edad, por la sencilla razón de que son los más vulnerables. Más de un millar de mujeres jóvenes habrán muerto en las últimas 24 horas a causa de algún trastorno en su embarazo o debido a una tentativa de abortar o como consecuencia de complicaciones durante el parto. En las últimas 24 horas, también habrán muerto alrededor de 40.000 niños menores de cinco años, más del 80% de ellos por una o varias de estas seis causas comunes: tétanos, sarampión, tos ferina, diarrea, infecciones respiratorias agudas o paludismo, a menudo asociadas a un cierto grado de desnutrición. Y un deficiente estado de nutrición impedirá a muchos millones más de supervivientes desarrollar plenamente el potencial psíquico y físico con que nacieron.

Ya se ha argumentado que la protección de la vida y el desarrollo físico y mental de los niños de corta edad es quizá la prioridad más evidente para un desarrollo real. Y es precisamente en este contexto donde los actuales conocimientos ofrecen la mayor oportunidad para lograr unos avances espectaculares en los próximos cinco años.

Al principio de este informe se ha pasado revista a los recientes éxitos en el terreno de la inmunización, a partir de los innovadores avances en las vacunas y en la tecnología de distribución. Si consideramos el camino recorrido, el hecho de que más de la mitad de la infancia del mundo en desarrollo esté protegida actualmente por la inmunización representa un gran logro. Pero si miramos hacia el futuro, el hecho de que casi la mitad de la infancia del mundo en desarrollo no esté protegida plantea un gran desafío. Y significa que la inmunización continúa ofreciendo una de las más importantes oportunidades para impulsar el desarrollo real. Gracias a ella podrían salvarse otros tres millones de vida al año*; podrían evitarse otros 230.000 casos de poliomielitis cada año; y podría eliminarse una de las principales causas de ceguera, desnutrición y deficiencia mental.** Aunque la financiación no es el único factor importante, la extensión de la cobertura de inmunización a todos los menores de un año de todos los países en desarrollo representaría

un costo adicional de 500 millones de dólares anuales, de los cuales los países industrializados deberían aportar unos 100 millones: el costo de dos modernos aviones de combate.

Por tanto, la ampliación de la cobertura de inmunización hasta alcanzar a toda la población infantil que aún no está vacunada, debería ocupar un lugar de primer orden en la lista de prioridades de cualquier gobierno receptor o donante de ayuda sinceramente interesado en poner en práctica métodos a gran escala y con una alta relación costo-eficiencia destinados a proteger las vidas de los más pobres y vulnerables. Si no se consigue la inmunización universal de la infancia en los próximos cinco años, ello será un indicio claro de que se está ignorando uno de los problemas más evidentes y fácilmente prevenibles de la población pobre. La pérdida de esta clara oportunidad será sin duda motivo posterior de profunda vergüenza nacional e internacional.

Análogamente, los avances en el tratamiento de la diarrea también se han citado como uno de los grandes logros de la década de los ochenta en el ámbito de la salud. Pero también en este caso queda más de la mitad del camino por recorrer. Los conocimientos actuales podrían poner en manos de la mayoría de las familias los medios para prevenir y tratar las afecciones diarreicas y proteger a sus hijos contra una importante causa, tal vez la más importante, de retraso del crecimiento y de mortalidad prematura. En particular, el nuevo avance conocido como terapia de rehidratación oral (TRO) es un método tan sencillo que cualquier padre o madre puede administrarlo, tan barato que su costo es inferior a lo que ya gastan la mayoría de las familias pobres en medicamentos antidiarreicos ineficaces y su eficacia está tan probada que actualmente se emplea de forma habitual en los hospitales más avanzados del mundo.

Durante la década de los ochenta, la información sobre la TRO se ha puesto al alcance de aproximadamente una cuarta parte de los padres del mundo en desarrollo. Sin embargo, dos millones y medio de niños continúan muriendo de deshidratación cada año y un número aún mayor sufren desnutrición provocada por las frecuentes diarreas. En el pasado, cuando esta amenaza para la vida y el desarrollo de la infancia era

* La relación entre el porcentaje de niños inmunizados y el número de muertes evitadas mediante vacunaciones no es constante, la mortalidad tiende a concentrarse entre los hijos de los más pobres y aquellos para quienes es más difícil alcanzar una plena cobertura de inmunización.

** Actualmente, el sarampión y la diarrea son causas importantes de desnutrición y carencia de vitamina A, que a su vez provoca la ceguera permanente de 250.000 niños cada año (muchos de los cuales mueren posteriormente). En algunas zonas, más de la mitad de los niños ciegos tienen un historial de sarampión inmediatamente anterior a la pérdida de la visión.

en gran parte inevitable, estas cifras de víctimas constituirían una tragedia. En el presente, dicha amenaza es en gran medida prevenible y, por tanto, inaceptable.

Existen dificultades, y también costos. La prevención de la deshidratación requiere capacitación o reciclaje en todos los niveles de los servicios de salud. Pero, a la vista de la gravedad y alcance del problema, y del bajo costo y simplicidad de la solución, todo programa de desarrollo real debería incluir medidas para frenar rápidamente la matanza silenciosa producida por la deshidratación. Y si esto no se consigue en un plazo de cinco años, habrá que atribuirlo a que la amenaza de las enfermedades diarreicas afecta sobre todo a los hijos de los pobres.

Con frecuencia se cuestiona la alta prioridad concedida por el UNICEF a estas dos intervenciones concretas: la inmunización y la TRO.* Pero el desarrollo real significa aprovechar los conocimientos actuales para establecer un orden de prioridades en los problemas y localizar luego los puntos de intervención que permiten asignar los recursos disponibles con una máxima efectividad en los resultados. Y lo cierto es que las enfermedades diarreicas e inmunoprevenibles son conjuntamente responsables de casi la mitad de todas las muertes infantiles ocurridas en el mundo y probablemente al menos de la mitad de todos los casos de desnutrición infantil. En ambos casos, el mundo dispone de soluciones relativamente sencillas y poco costosas que sólo hace falta aplicar en la *escala necesaria*.

Por esto es necesario conceder tanta prioridad a la inmunización y al control de las enfermedades diarreicas. A medida que el mundo comienza a estar mejor informado sobre estos temas, y gracias al cambio de perspectivas introducido por una nueva conciencia y una nueva capacidad, pronto se convertirá en motivo de vergüenza nacional y de acusación al desarrollo internacional, el hecho de que un grupo de enfermedades prevenibles siga causando la muerte e incapacitando gravemente a millones de niños.

Atrocidades pasivas

Además de la inmunización y la TRO, otros recientes avances en los conocimientos ofrecen también enormes posibilidades, a muy bajo costo, en la lucha contra la mayoría de las restantes causas principales que amenazan la vida y el desarrollo de la infancia, entre ellas las infecciones respiratorias agudas, el paludismo, la ceguera y el cretinismo. Y en cada uno de los casos, dada la relación entre los recursos necesarios y los resultados logrados, es evidente que estas intervenciones deben figurar en la lista de prioridades del desarrollo real.

Toda estrategia de desarrollo que se proponga aplicar las soluciones de bajo costo ya conocidas contra los peores aspectos de la pobreza podría eliminar inmediatamente, por ejemplo, el oprobio que supone que un cuarto de millón de niños queden ciegos cada año por no disponer de una cápsula de vitamina A, que cuesta 10 centavos de dólar, o de un puñado diario de verduras. Asimismo, mediante la administración de cápsulas o inyecciones o la yodación de la sal se podrían evitar, con un costo insignificante, los riesgos de trastornos asociados con la deficiencia de yodo que reducen la productividad de millones de adultos y dañan irreparablemente las capacidades psíquicas y físicas de centenares de miles de niños. Es sencillamente inaceptable que haya niños que nazcan con lesiones cerebrales porque sus madres no han recibido suficiente yodo en su dieta cuando el costo que supondría yodar toda la sal comestible no alcanza los 5 centavos de dólar anuales por persona. Como manifestó este año, en el momento de jubilarse, el exdirector regional del UNICEF para Asia central y meridional David Haxton, que trabajó durante largo tiempo por esta causa:

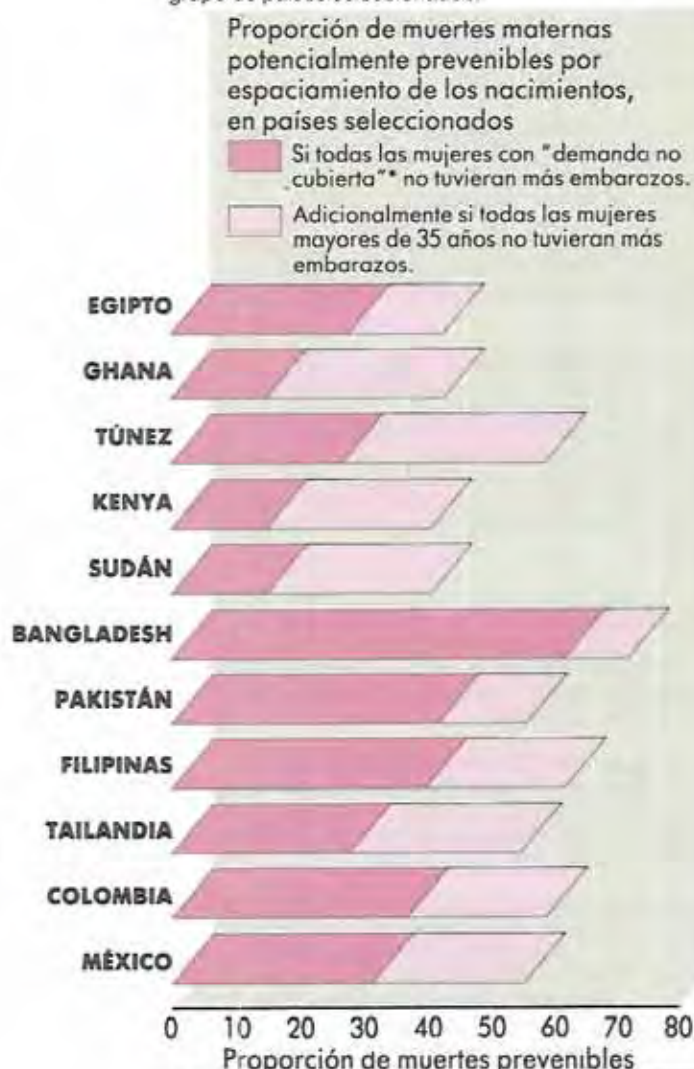
"Permítanme decirles que es un crimen que un sólo niño más nazca con cretinismo. Hace más de 75 años que conocemos la solución para su prevención... ¿Llegaremos al final de este siglo con centenares de millones de personas todavía expuestas a este riesgo cuando conocemos la solución y podemos pagarla?"

Permitir que sigan cometiendo estas atrocidades pasivas en tan gran escala cuando se dispone de los medios para prevenirlas, es irracional tanto desde el punto de vista económico como humano. Los niños que ven negado su derecho a desarrollar su potencial físico y mental no pueden contribuir ni tampoco beneficiarse plenamente del desarrollo de sus sociedades. Y si se quiere que el desarrollo real tenga algún sentido, ha llegado el momento de dar prioridad a las

* Prioridad no significa exclusividad. El UNICEF continúa dedicando tres cuartas partes de los recursos totales de sus programas a los aspectos más generales de la atención primaria de salud, la nutrición, el abastecimiento de agua y el saneamiento, la educación básica, el apoyo a las mujeres y a programas especiales para la infancia en situaciones de emergencia, guerra y abandono.

Gráfico 14 Maternidad sin riesgos

Cerca de 500.000 mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Una de las principales causas de mortalidad materna es tener hijos demasiado seguidos o tenerlos a una edad demasiado joven o demasiado mayor. El gráfico muestra la proporción de muertes maternas que podrían prevenirse mediante el espaciamiento de los nacimientos, en un grupo de países seleccionados.



* Mujeres casadas que no desean tener más hijos pero no utilizan un método eficaz de espaciamiento de los nacimientos.

Fuente: Barbara Herz y Anthony R. Measham, "The safe motherhood initiative: proposals for action." Banco Mundial, Washington D.C. 1987. (Basado en datos proporcionados por Deborah Maine, Universidad de Columbia.)

intervenciones que podrían representar un cambio tan importante para tantas personas y con un costo tan bajo.

Salud materna

Medio millón de "muertes maternas" cada año constituyen un doloroso testimonio de lo que debería ser otra prioridad evidente del desarrollo real (recuadro 9).

Las raíces de este problema llegan hasta las capas profundas del terreno social. Mientras se relega a segundo término la nutrición de las niñas respecto a la de los niños y mientras las mujeres sean las últimas a la hora de recibir alimentos y las que trabajan más duramente y durante más tiempo, el embarazo continuará representando un riesgo por encima de lo natural. Y mientras la mitad de todos los recién nacidos de los países en desarrollo vengán al mundo sin la asistencia de una persona capacitada durante el parto y no se disponga de servicios obstétricos básicos en caso de que surja alguna dificultad, los riesgos asociados al embarazo y al parto continuarán siendo más de cien veces superiores en esos países que en Europa y Norteamérica.

Al mismo tiempo, es preciso señalar que más de una tercera parte de los 140 millones de mujeres del mundo en desarrollo que quedaron embarazadas durante los últimos doce meses *no querían tener otro hijo*. Y un total estimado de 200.000 mil murieron en un intento desesperado de poner fin a esos embarazos a través del aborto ilegal.

Si se permitiera a estas mujeres realizar sus preferencias, con medios eficaces, los beneficios para padres e hijos serían enormes en relación a los costos que ello supondría. Por ejemplo, según algunos estudios, un espaciamiento adecuado de los nacimientos permitiría prevenir hasta una cuarta parte de todas las muertes infantiles y una cuarta parte de la mortalidad materna total (gráfico 14).

La promoción de los métodos de espaciamiento de los nacimientos ya ha sido citada como uno de los grandes avances sociales de los últimos años. Y continúa ofreciendo una de las oportunidades más claras para una intervención de bajo costo en los próximos años. Aunque sólo sea por consideraciones de salud maternoinfantil, la difusión de los conocimientos necesarios para poder decidir en la forma adecuada el número y el espaciamiento de los nacimientos merece

Mortalidad materna: estadísticas vergonzosas

El informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia* de este año ofrece nuevos datos estadísticos sobre el bienestar de la mujer en el mundo (Tabla 7, página 106). La esperanza de vida, las tasas de alfabetización y escolarización, la prevalencia de métodos anticonceptivos, la cobertura de inmunización, el porcentaje de partos asistidos por personal calificado y las tasas de mortalidad materna para cada país aparecen ordenados en una tabla estadística que pone de relieve la "doble desventaja" que representa el haber nacido pobre y mujer.

El dato más trágico de todos está representado por las estadísticas sobre mortalidad materna. En todos los indicadores sociales —ya sea la tasa de alfabetización, la esperanza de vida o la mortalidad infantil— se aprecia una amplia diferencia entre el mundo industrializado y en desarrollo; pero ninguna diferencia es tan grande como la que se da en el caso de la mortalidad materna. Considerado globalmente, el riesgo de que una mujer muera por causas asociadas al embarazo y el parto es al menos cuarenta veces superior en el mundo en desarrollo. Y en los países más pobres, este riesgo llega a ser 150 veces más elevado. En África se producen casi 700 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. En Asia meridional la cifra es superior a 500. En el mundo industrializado, la media es inferior a diez.

Estos datos significan que aproximadamente medio millón de mujeres mueren cada año por "causas asociadas a la maternidad", dejando a más de un millón de niños huérfanos de madre. Las muertes debidas a abortos ilegales se estiman en 200.000, las cuales reflejan las necesidades de planificación familiar no cubiertas. Muchas más mujeres mueren con grandes sufrimientos durante el parto debido a la imposibilidad de acceder a un servicio médico en caso de dificultades.

Con los conocimientos actuales podrían evitarse la mayor parte de estas muertes y de estos sufrimientos innecesarios, a un costo relativamente bajo. Si las concepciones morales sobre lo que es y no es aceptable en el mundo actual avanzasen a la par de la capacidad disponible, una mortalidad materna en esta escala sería motivo de escándalo internacional.

Para empezar, existen numerosas medidas que pueden ser aplicadas por la propia familia, si se pone a su alcance la información necesaria para lograr una maternidad sin riesgos. Por ejemplo, todas las familias tienen derecho a saber que es posible reducir drásticamente los riesgos del embarazo y el parto mediante:

- ☐ Controles regulares durante el embarazo.
- ☐ La asistencia de una persona calificada durante el parto.
- ☐ Una alimentación abundante y un mayor descanso durante el embarazo.
- ☐ El espaciamiento de los nacimientos, al menos dos años, y evitando los embarazos antes de los 18 años y después de los 35 (esto sólo podría reducir hasta en un 25% la mortalidad materna).
- ☐ Una alimentación equilibrada y de calidad similar para los niños y las niñas durante la infancia y una alimentación adecuada para las niñas adolescentes.
- ☐ La identificación de los síntomas de alarma durante el embarazo. Entre los síntomas más importantes se encuentran: haber dado a luz otros hijos con bajo peso al nacer, tener un peso menor de 38 kg antes del embarazo o falta de aumento de peso durante el mismo, apreciar cualquier hinchazón no habitual de las piernas, brazos o cara, pérdidas de sangre, fuertes dolores de cabeza o vómitos, o fiebre alta.

No basta con que la familia esté informada. También es esencial la acción de los gobiernos, los cuales deben proporcionar servicios de atención prenatal, formación de personal calificado para asistir en los partos y servicios médicos para atender los problemas más complejos.

Una de las conclusiones aprobadas en la Conferencia Internacional para una Maternidad sin Riesgos, celebrada en 1987 en Nairobi, Kenya, sostiene que la mortalidad materna debería reducirse al menos a la mitad hacia finales de siglo.

La reducción de las tasas de mortalidad materna debe constituir uno de los principales objetivos e indicadores de progreso de un nuevo tipo de desarrollo que conceda prioridad a los más desfavorecidos. Como señaló en la Conferencia de Nairobi el doctor Attiya Inayatullah, ministro de Población de Pakistán: "Es intolerable que tantos miles de mujeres mueran solas en medio del dolor durante el alumbramiento de una nueva vida y que estemos haciendo tan poco para que esto no siga ocurriendo. Las elevadas tasas de mortalidad materna prevalecientes en gran parte del mundo constituyen la más grave denuncia contra el desarrollo actual".

figurar automáticamente entre las prioridades del desarrollo real.

El hecho de que el espaciamiento de los nacimientos permita reducir también las tasas de crecimiento demográfico, como resultado de las decisiones de los padres de reducir el número de hijos deseados, constituiría una enorme ayuda para el esfuerzo de desarrollo. Pero el argumento fundamental en favor de proporcionar la información y los medios para el espaciamiento de los nacimientos a todas las parejas en el curso de los próximos cinco años es que ofrecería a las personas un grado significativamente superior de control sobre sus propias vidas, y éste es el objetivo último del desarrollo real.

Atención primaria de salud

Es evidente que las intervenciones concretas en el terreno de la salud tienen una eficacia limitada en ausencia de un sistema capaz de ponerlas al alcance de la mayoría de la población. La experiencia de los últimos decenios también ha permitido un importante avance, de orden distinto, en los esfuerzos por satisfacer esta necesidad esencial.

El enfoque centrado en la atención primaria de salud (APS), nacido de la experiencia práctica de los últimos decenios en todas las regiones del mundo, ha alcanzado actualmente un grado de desarrollo que permite ofrecer una estrategia detallada y practicable para alcanzar el objetivo de "Salud para todos en el año 2000" propuesto por la Organización Mundial de la Salud. Se trata de una estrategia de *desarrollo real* en el ámbito de la salud, que supone un avance significativo en la relación entre recursos y resultados.

La concepción básica de la APS no es complicada y no debería permitirse que llegue a serlo.

Ante todo, la atención primaria parte del reconocimiento de que la salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino un estado más amplio de bienestar que no depende exclusivamente de los servicios de salud, sino también del empleo y del ingreso, de la educación y la cultura, de los derechos y libertades de cada persona.

La atención primaria de salud reconoce además que las familias y las comunidades básicas constituyen la primera línea de defensa de la salud. Si las comunidades están bien informadas y bien organizadas para definir y articular sus necesidades, y si cuentan con un apoyo de servicios básicos como el acceso a agua po-

table y unos sistemas de saneamiento eficaces, las propias personas podrán asumir la responsabilidad principal en la protección de su salud.

La segunda línea de defensa, dentro de la estrategia de salud, está constituida por un agente comunitario de salud (ACS) que conozca bien la comunidad a cuyo servicio trabaja y sea aceptado por ésta y responsable ante ella. Con unos pocos meses de formación básica y una supervisión regular y cursos de reciclaje, un ACS puede contribuir a la prevención y tratamiento de los problemas de salud más comunes. Las responsabilidades del agente comunitario de salud de un barrio urbano típico, por ejemplo, podrían incluir la información en materia de espaciamiento de nacimientos, atención prenatal, partos sin riesgos, lactancia materna, prevención de enfermedades, servicios de inmunización, terapia de rehidratación oral, enfermedades diarreicas, higiene doméstica, nutrición adecuada, vigilancia del desarrollo infantil, infecciones respiratorias, paludismo y la distribución de medicamentos y materiales básicos, entre ellos cápsulas de vitamina A o suplementos de hierro y yodo.

En otras palabras, un ACS puede atender los casos y las necesidades de salud más comunes e inmediatas de una comunidad sin que sea necesaria la intervención de un médico plenamente calificado. El costo de la formación de un ACS oscila entre 100 y 500 dólares. El costo de la formación de un médico plenamente calificado, que además es muy posible que no desee trabajar durante demasiado tiempo en una comunidad pobre, raras veces es inferior a los 60.000 dólares y a menudo suma bastante más. Esta elemental y evidente eficiencia de la atención primaria de salud crea el potencial para lograr, a un costo asequible, mejoras muy significativas en la salud de la humanidad.

Pero el enfoque de la atención primaria de salud traicionaría sus principios y reduciría su potencial si se quedara sólo en esto, convirtiéndose, en el mejor de los casos, en un servicio de segunda clase para los pobres.

Para que el sistema de atención primaria funcione adecuadamente, el agente comunitario de salud —que puede recibir diferentes nombres— también debería estar capacitado para identificar problemas de salud más difíciles y referirlos a la tercera línea de defensa de la salud: el personal más calificado de los servicios de salud y desarrollo de ámbito local, provincial y nacional. El personal médico más calificado también tendría un papel fundamental en la formación y supervisión de los ACS.

El sistema de consulta y referencia constituye, por tanto, la piedra de toque de una auténtica atención primaria de salud. De él depende que se establezca una relación eficiente entre medios y fines según el criterio de las necesidades prioritarias, que permita asignar el nivel adecuado de calificación a la atención de cada problema de salud y sacar el máximo partido de los recursos disponibles. Eficiencia y equidad son, por tanto, los dos principios básicos que informan la estrategia de la atención primaria de salud. Incluso en el aspecto curativo, el propósito no es simplemente ofrecer tratamiento de bajo costo para las enfermedades más comunes. La finalidad es crear también un sistema que, bien aplicado, pueda poner al alcance de las personas más pobres de las zonas rurales más remotas las intervenciones quirúrgicas más avanzadas del más moderno hospital urbano.

Ningún país, rico o pobre, puede preciarse de contar en estos momentos con un sistema de atención primaria de salud completo. Sin embargo, en los últimos diez años se han formado muchas decenas de miles de ACS y numerosos gobiernos han logrado mejoras significativas en la salud nacional —y por tanto también en la capacidad nacional— comenzando a sentar las bases para una atención primaria de salud.

En muchos otros países, sobre todo de África, se ha iniciado un esfuerzo para introducir la APS como un servicio permanente en las comunidades pobres y rurales. El mayor impedimento es en parte económico y, sobre todo, de falta de dinero para pagar los gastos corrientes en salarios de los agentes de salud, los gastos de funcionamiento, un equipo mínimo y medicamentos esenciales. Pero es posible que también se haya logrado un avance estratégico para resolver este problema.

Los ministros de Salud africanos, reunidos con el director general de la OMS y el director ejecutivo del UNICEF en Bamako, Mali, anunciaron hace poco más de un año, en septiembre de 1987, una nueva iniciativa para la atención primaria de salud. La Iniciativa de Bamako (recuadro 10) se propone incrementar significativamente los recursos de los servicios de salud materno-infantil (SMI) introduciendo una nueva estrategia para la movilización de los recursos locales y de la financiación externa. El proyecto tiene como eje central la participación comunitaria en la gestión y financiación de los servicios de atención primaria de salud. La adquisición al por mayor de los 30 a 35 medicamentos más esenciales a bajo costo permitiría venderlos a precios considerablemente inferiores a los que la gente está acostumbrada a pagar; los ingresos

obtenidos serían suficientes para, una vez reabastecidas las existencias, financiar también los gastos básicos de funcionamiento de los servicios locales de salud materno-infantil. Como demuestran las experiencias realizadas en Benin, Kenya y Tanzania, los 30 a 35 medicamentos más esenciales, incluidas las bolsas de sales de rehidratación oral, cápsulas de vitamina A y vacunas, pueden ponerse al alcance de la población por un costo aproximado de 50 centavos de dólar por persona y año. En toda África, igual que en gran parte del mundo en desarrollo, no es raro que las familias gasten hasta el 10% de sus reducidos ingresos en la adquisición de medicamentos de dudosa calidad y distribución incierta. Unas comunidades bien informadas y bien atendidas podrían adquirir, a cambio de una proporción menor de su ingreso, todos los fármacos y medicamentos esenciales, a un precio que además les permitiría financiar la construcción de centros de atención primaria de salud en sus propias comunidades. Si la ayuda para el desarrollo aporta las divisas necesarias para la adquisición al por mayor de medicamentos esenciales y la puesta en marcha de estos proyectos, el objetivo final de la Iniciativa de Bamako sería llegar a crear servicios de atención de salud materno-infantil gestionados y financiados localmente en al menos el 80% de las aldeas y barrios urbanos de toda el África Subsahariana para mediados de la década de los noventa.

Es posible que en 1988 también se haya conseguido un avance de otro orden en la Conferencia Mundial sobre Educación Médica celebrada en Edimburgo, Escocia. Como resultado de cuatro años de consultas en todas las regiones del mundo, la Conferencia aprobó la Declaración de Edimburgo que hace un llamamiento en favor de cambios sustanciales en la educación médica a escala mundial. El objetivo general es adecuar la formación de los médicos y demás personal de salud a las necesidades de la mayoría de la población de sus propias sociedades. *"Ya no basta con atender sólo a algunos de los enfermos—dice la Declaración—. Miles de personas sufren y mueren cada día a causa de enfermedades prevenibles, curables o auto-provocadas, y muchos millones más no tienen fácil acceso a ningún tipo de atención de salud."* Después de insistir en la necesidad de reformar los planes de estudio y en la importancia de la comunicación, la Declaración invita a las instituciones médicas del mundo entero a responder a las grandes necesidades y a las grandes oportunidades de mejora de la salud que se ofrecen en la década de 1990 y a adoptar las medidas convenientes para empezar a cerrar la brecha entre los conocimientos de los científicos y las necesidades de la población.

Alimentos y nutrición

Otras de las prioridades más evidentes de un desarrollo real es lograr una nutrición adecuada para todos. Y también en este caso, los avances de los dos últimos decenios permiten plantearse la posibilidad de alcanzar en los próximos años este importante objetivo humano.

Se han logrado progresos realmente revolucionarios en la producción de alimentos. Actualmente, Indonesia exporta arroz. Pakistán exporta trigo. La India, gracias a una reserva de 30 millones de toneladas de trigo de producción local, ha podido hacer frente, durante los últimos dos años, a la peor sequía del siglo (que en otros tiempos sin duda habría provocado una hambruna masiva). En resumen, variedades de alto rendimiento de maíz, trigo, arroz y, en fechas más recientes, también de sorgo, mijo, mandioca y frijoles, han permitido obtener excedentes de alimentos en todas las regiones del mundo en desarrollo excepto una. África, con un descenso medio de un 1% anual en la producción de alimentos per cápita, todavía no ha conseguido avances significativos en este terreno.

En los últimos diez años se han alcanzado gran parte de los conocimientos necesarios para doblar la producción de alimentos de los pequeños agricultores africanos. Donde ahora debe avanzarse no es, principalmente, en el desarrollo de nuevas tecnologías, por importantes que puedan ser, sino en la difusión de los conocimientos existentes y en la reorientación de la política en favor de las zonas rurales y los pequeños agricultores.

En Zimbabwe, por ejemplo, en la última década se ha empezado a conceder una nueva prioridad a los pequeños propietarios agrícolas: los tres cuartos de millón de agricultores negros relegados durante los largos años de dominación colonial. Mediante leyes de reforma agraria, se ha redistribuido una superficie relativamente modesta de tierra; se han incrementado, multiplicándolos por 25, los créditos para los agricultores (con la garantía de la futura cosecha); se han concentrado las inversiones en el desarrollo de insumos, en particular de nuevas variedades de semillas, abonos y pesticidas, especialmente adecuados para el pequeño agricultor. Se ha focalizado la capacidad de investigación agrícola nacional en las necesidades de los pequeños propietarios agrícolas; se ha creado un grupo no demasiado numeroso, pero eficientemente organizado, de agentes de extensión agrícola encargados de informar y apoyar a los agricultores en la aplicación de los nuevos métodos de producción; y se

han fijado unas metas de producción basadas en los rendimientos obtenidos por el 10% de las explotaciones más productivas de cada región concreta. Desde la independencia se han aumentado un 129% los precios del maíz, con objeto de ofrecer un incentivo a las familias campesinas y una Asociación Nacional de Agricultores bien organizada representa a los agricultores más pobres en las negociaciones con el gobierno.

Como resultado de todo ello, a pesar de la guerra, la sequía y la recesión económica, Zimbabwe ha cuadruplicado su producción de alimentos en el último decenio.

En otros países africanos también se aprecian indicios de un cambio similar en favor de conceder una mayor prioridad a las necesidades de la vida agrícola y rural. Indudablemente, el clima y los suelos de África, el régimen de lluvias y su pobreza, sus mercados reducidos y las grandes distancias contribuyen conjuntamente a que la tarea resulte más difícil que en otros continentes. Pero existen nuevos y viejos conocimientos valiosos todavía por aplicar. Actualmente se dispone de nuevas variedades de maíz africano, caupí y mandioca. Se han desarrollado y probado en la práctica técnicas de rotación de cultivos y de agrosilvicultura, de conservación del suelo y el agua, de utilización de coberturas protectoras con abono orgánico y de fijación de nitrógeno. Si se logra un cambio general de enfoque de la política agrícola, centrándola en la población rural pobre —mediante sistemas de créditos, insumos, redes de extensión agraria, precios incentivados y una investigación adecuada a la situación real de los pequeños agricultores de cada región concreta—, se conseguirán avances sustanciales en la producción agrícola también en África.

Pero del mismo modo que las intervenciones en materia de salud requieren un sistema de articulación y de apoyo, igualmente sucede con los nuevos avances en el ámbito de la agricultura. El futuro de la agricultura africana dependerá de la creación de redes nacionales de agentes de extensión agraria, encargados de transmitir los nuevos conocimientos y técnicas a los agricultores y de comunicar a su vez los conocimientos y reacciones de aquéllos a los centros de investigación. Como señalan las conclusiones de un reciente estudio patrocinado por el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, USAID y el UNICEF:

“Con la creación de redes nacionales de estas características, la revolución verde podría empezar a dar re-

sultados reales a gran escala en África durante los años noventa. En la primera mitad de la década, podrán introducirse las nuevas variedades de mandioca, arroz y maíz en una superficie de cultivo suficiente para empezar a reducir los masivos déficits de alimentos de las zonas más húmedas de África. Habrá que esperar hasta 1995 o más tarde para que la revolución abarque amplias zonas del Sahel, con la introducción de nuevas variedades de caupí y sorgo, primero, y posteriormente de mijo. Este proceso será mucho más lento en los países que carezcan de sistemas eficaces de extensión agraria, de concesión de créditos y distribución de suministros, y de políticas de precios destinadas a incentivar la producción de alimentos”.

Alimentos y empleo

Tan importante como los avances en la producción de alimentos es tener presente que la producción representa sólo la mitad del problema. Actualmente hay más de 50 millones de niños desnutridos en el sur de Asia, pese a los excedentes de alimentos de la región. Y unos 25 millones de niños latinoamericanos reciben una alimentación inadecuada, a pesar de que su región está en cabeza de la exportación mundial de alimentos, después de los Estados Unidos.

No se trata simplemente de un problema de distribución, sino de lo que Amartya Sen ha denominado *medios de acceso* a los alimentos: el problema de no tener ingresos para comprarlos, o tierra para cultivarlos, o productos por los cuales intercambiarlos. Por consiguiente, la reforma agraria, la creación de empleo y los niveles de ingreso son un aspecto tan importante para mejorar la nutrición de la población como el desarrollo de variedades de semillas de alto rendimiento. Ningún grado de progreso técnico puede resolver, por ejemplo, el problema de que el 80% de las tierras de América Latina sean propiedad de menos del 10% de su población, o que en muchas partes de Asia un 50% de las tierras de cultivo estén en manos de menos del 10% de los agricultores.

No existe ninguna solución de bajo costo ni a corto plazo para este problema. Pero su núcleo central reside en la necesidad de promover un tipo de empleo productivo y remunerativo, que podrá generarse mediante un crecimiento económico global, combinado con un desarrollo real. Una reorientación de los actuales flujos financieros en favor del mundo en desarrollo —a través de la reducción de la deuda, de acuerdos comerciales y de un incremento de la ayuda exterior— estimularía la demanda y crearía nuevos em-

pleos. Si la nueva promoción del desarrollo incluye un esfuerzo consciente por dar prioridad a la mayoría de población pobre, y sobre todo a la introducción de mejoras en la agricultura de subsistencia (como se hizo en diversas regiones de China, la República de Corea, Sri Lanka, Taiwan, Tailandia y el estado indio de Kerala durante los años cincuenta y sesenta), la mayor prosperidad agrícola también contribuiría a mejorar la dieta rural, a la vez que incrementaría la demanda de productos industriales esenciales. Esta nueva demanda ayudaría por su parte a generar más empleo y a mejorar la dieta en las zonas urbanas. Como declaró el presidente del Comité de Asistencia al Desarrollo de la OCDE en 1988:

“Nuestro interés por el desarrollo como proceso de capacitación de la población y nuestra preocupación por llegar hasta los pobres se plasman en una nueva visión de la agricultura. Aunque el sector agrícola ha ocupado siempre un lugar importante dentro de nuestras prioridades para la concesión de ayuda, esta importancia se ha basado sobre todo en la consideración de los agricultores como productores. Actualmente, en cambio, comienza a reconocerse que para la mayoría de los países en desarrollo una estrategia que dé prioridad a la agricultura también permitirá alcanzar a una gran proporción de la población pobre. Al aumentar los ingresos rurales, esa estrategia también mejora la nutrición. Y a su vez actúa como catalizador sobre otros sectores de la economía, a través de una mayor demanda de productos”.

Nutrición

El problema de la nutrición y de sus soluciones potenciales, considerado en un tiempo principalmente como un problema de producción, luego de distribución y más adelante de “medios de acceso”, exige ahora un nuevo enfoque adicional.

La desnutrición, tanto por su extensión como por su gravedad, afecta especialmente a la infancia. A los cinco años, un niño ha completado la mayor parte de su desarrollo físico y cerebral. Ya no tendrá una segunda oportunidad. Si el objetivo y la medida del desarrollo real es la mejora de la capacidad humana, es evidente que la máxima prioridad ha de ser asegurar una nutrición sana de la infancia durante esos años vitales.

Pero en los últimos diez años se ha comprobado que la falta de alimentos en el hogar no suele ser la principal causa de desnutrición infantil.

Por paradójico que pueda resultar para una opinión pública habituada a considerar prácticamente sinónimos escasez de alimentos, hambre y desnutrición, lo cierto es que existe una combinación de otros factores aún más determinante para el estado de nutrición. En particular, se sabe que las enfermedades disminuyen el apetito, reducen la absorción de alimentos, drenan los nutrientes del organismo en caso de diarrea y queman calorías con la fiebre. La repetición de estas enfermedades debilitadoras entre los niños de las comunidades pobres constituye una de las principales causas de retraso del desarrollo.

Igual importancia tiene quizás el hecho de que la mayoría de los padres carezca de los conocimientos básicos sobre las necesidades nutricionales del niño en su primera infancia: la importancia de la lactancia materna, la necesidad de comenzar a introducir otros alimentos a partir de los 4 a 6 meses, la necesidad de que el niño reciba alimento con el doble de frecuencia que un adulto, la necesidad de enriquecer la dieta habitual de la familia con un poco de aceite o grasas, la necesidad de que el niño coma una pequeña cantidad de verduras a diario, la necesidad de no interrumpir la alimentación y la ingestión de líquidos durante las enfermedades, la necesidad de prestar particular atención a la alimentación durante la semana siguiente a una enfermedad para ayudar al niño a "recuperar" el desarrollo perdido, y sobre la necesidad de comprobar regularmente si el niño ha aumentado de peso de un mes a otro.

Junto con todos estos factores, un estado de nutrición deficiente de la futura madre durante el embarazo, además de ser causa del bajo peso del niño al nacer, puede contribuir a su desnutrición en los primeros años de vida. Por tanto, la salud materna y un espaciamiento de al menos dos años entre los embarazos también representan importantes factores para la nutrición infantil. Como ha manifestado Edgar Mohs, exdirector del Hospital Nacional Infantil y actual ministro de Salud de Costa Rica: "*Antes pensábamos que la falta de alimentos era una de las principales causas de enfermedad y desnutrición. Ahora empezamos a reconocer que el espaciamiento de los nacimientos, la lactancia materna y el control de las enfermedades infecciosas son los factores clave para su erradicación*".

Para muchos millones de familias, la carencia absoluta de dinero y de alimentos sigue siendo un problema que sólo el crecimiento económico y la justicia social podrán resolver. Sin embargo, en la actualidad la mayoría de las familias del mundo en desarrollo están

en condiciones de proporcionar una dieta adecuada a sus hijos. Un aspecto indispensable de la solución del problema de la alimentación es la movilización de todos los recursos posibles para hacer llegar a los padres los actuales conocimientos en materia de nutrición y ayudarles a aplicarlos (recuadro 13).

En este sentido, la técnica de *vigilancia del desarrollo infantil* ofrece un medio particularmente eficaz para lograr la participación de los padres. Un aumento regular de peso todos los meses constituye por sí solo el principal indicador de que el niño se está desarrollando normalmente. La vigilancia del desarrollo ayuda a los padres a conocer la dinámica y el contexto inmediato de los progresos reales de su hijo. La anotación mensual del peso del niño en una gráfica de crecimiento permite a los padres ver directamente su evolución. Si la gráfica indica que el niño no ha ganado peso, los padres y el agente de salud podrán pasar revista conjuntamente a una lista de posibles causas, que representa una especie de catecismo de los actuales conocimientos en materia de nutrición: ¿El niño toma el pecho? ¿Se ha diluido excesivamente la leche en polvo, o se ha preparado con agua no potable, o se ha administrado en un biberón poco limpio? ¿Se ha iniciado demasiado pronto o se está retrasando demasiado el destete del niño? ¿Con qué frecuencia se alimenta al niño? ¿Las comidas son demasiado copiosas y de bajo contenido energético? ¿Está el niño completamente vacunado? ¿Está enfermo con frecuencia? ¿Se interrumpe la alimentación del niño cuando tiene diarrea? ¿El niño tiene fiebre? ¿Se le dan verduras trituradas junto con la comida? ¿Está informada la madre sobre la necesidad de reforzar la alimentación después de una enfermedad?

En los últimos diez años, muy pocos países han aprovechado las ventajas de la técnica de vigilancia del desarrollo infantil a escala nacional. Sin embargo, en los casos en que ha habido un intento serio de aplicarla, como en Indonesia, se ha demostrado su utilidad en la lucha por una nutrición sana. En el estado indio de Tamil Nadu, por ejemplo, un proyecto que cuenta con el apoyo del Banco Mundial incorporó la vigilancia del desarrollo a través de los agentes de salud de las aldeas como parte de un programa que ha logrado reducir en un 50% la desnutrición infantil en 9.000 aldeas con un costo aproximado de 10 dólares por niño y año. Resultados similares se desprenden de la experiencia de Indonesia y de otros importantes estudios realizados en los últimos años.

En la práctica, la vigilancia del desarrollo infantil es inseparable de la estrategia de atención primaria de

salud esbozada brevemente en un anterior apartado de este informe. Por una parte, contribuye al reforzamiento de la APS al fomentar la difusión de conocimientos y capacitar a las comunidades para proteger su propia salud. Pero, al mismo tiempo, promueve la extensión comunitaria de la APS, en la medida en que establece un contacto regular entre los padres y los servicios de salud, permite detectar los primeros síntomas de deficiencias del crecimiento y abre una vía de acceso a una atención más calificada.

Finalmente, la vigilancia del desarrollo podría ofrecer el contexto adecuado para la distribución de subsidios de alimentos y para la aplicación de los programas de nutrición tan desacreditados en los últimos años. La idea, muy extendida en la actualidad, de que "los programas de nutrición no funcionan" tiene gran parte de su origen en el fracaso de ciertos programas que se propusieron la recuperación de los niños ya desnutridos, una tarea costosa y técnicamente compleja. La experiencia frecuente de este tipo de programas fue la reaparición de los niños previamente tratados en el centro de salud al cabo de pocos meses, porque no se habían abordado adecuadamente las causas de la desnutrición. En contraste, los programas de vigilancia del desarrollo infantil se proponen capacitar a los padres para que puedan *evitar* la desnutrición mediante una alimentación adecuada y la prevención de las enfermedades. Si esta vigilancia revela que el origen de la desnutrición está en la falta de dinero o de alimentos, puede recurrirse a los programas de subsidios de alimentos o de alimentación complementaria maximizando su eficiencia. La vigilancia del desarrollo ofrece, por tanto, un medio para mejorar el estado de nutrición canalizando adecuadamente los alimentos disponibles y haciendo llegar los programas de alimentación complementaria a los más necesitados.

En suma, una mayor producción de alimentos, e incluso una mejor distribución o un avance en cuanto a los "medios de acceso" a los alimentos, no suelen ser suficientes para resolver el problema de la nutrición. Es igualmente esencial poner al alcance de las familias la información necesaria para que puedan tomar las medidas adecuadas que les permitan convertir los alimentos disponibles en una nutrición sana.

Agua y saneamiento

Además de la atención de salud y la nutrición, es esencial disponer de agua potable y de sistemas de sa-

neamiento eficaces y sin riesgos para el bienestar humano y, por tanto, para el desarrollo real. Con objeto de acelerar los avances en este frente, las Naciones Unidas establecieron el Decenio Internacional para el Abastecimiento de Agua Potable y el Saneamiento (1981-1990).

El decenio, que ahora se acerca a su fin, se ha concretado en un esfuerzo de cooperación entre los organismos especializados de las Naciones Unidas y los gobiernos de todo el mundo en desarrollo.* En el curso de los últimos años se han logrado grandes progresos. Desde 1980, se ha conseguido que 700 millones de personas más tengan acceso a agua potable y que otros 480 millones dispongan de sistemas de saneamiento eficaces. En particular, se han logrado grandes avances en la solución de abrumadores problemas logísticos y de gestión en países como China, India y Pakistán.

A pesar de estos progresos, en 1990 no se habrá alcanzado el objetivo de "agua potable para todos" propuesto como meta para esa fecha. Un 60% de las familias de las zonas rurales del mundo en desarrollo siguen careciendo de agua potable y un 85% no disponen de sistemas adecuados de saneamiento. La situación, como cabe esperar, es mejor en las ciudades, donde un 23% de las familias no tienen acceso a agua potable y un 42% carecen de sistemas eficaces de saneamiento.

Hay que reconocer que el objetivo inicial nunca fue realista. En cambio, en la actualidad existen razones suficientes para afirmar que en la década venidera podría hacerse realidad el objetivo de "agua para todos".

El gran obstáculo para lograr mayores avances ha sido el elevado costo per cápita. Pero las innovaciones técnicas, desde tuberías de material plástico (PVC) hasta sistemas accionados por gravedad, desde equipos de perforación más ligeros y baratos hasta bombas de agua manuales más eficaces, han permitido reducir estos costos en mayor medida de lo que se creía posible. Por ejemplo, hasta fechas relativamente recientes podía tardarse un año en excavar un pozo en un terreno de roca dura; actualmente, un equipo

* Un comité de gestión encabezado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) se encarga de coordinar las actuaciones internacionales en favor del Decenio. En el comité participan once organismos de las Naciones Unidas, cinco de los cuales aportan la mayor parte del equipamiento: el Departamento de Cooperación Técnica para el Desarrollo de las Naciones Unidas (DCTDNU), la OMS, el Banco Mundial, el PNUD y el UNICEF.

de perforación que cuesta 50.000 dólares puede atravesar la roca dura hasta encontrar agua en un solo día. A mediados de la década de los setenta, el índice de averías de las bombas de agua manuales en la India era del 70%; actualmente es menos del 10%. Unos diez años atrás, se disponía de escasa bibliografía internacional sobre los costos y ventajas comparativas de los diferentes sistemas de abastecimiento de agua; en la actualidad, el Banco Mundial ha publicado los resultados de las pruebas de funcionamiento sobre el terreno de 2700 bombas de agua manuales de 70 tipos distintos en 20 países diferentes.

En suma, gracias a las mejoras técnicas, se ha logrado reducir en unas treinta veces el costo per cápita de abastecimiento de agua potable respecto al nivel de la década de los setenta.

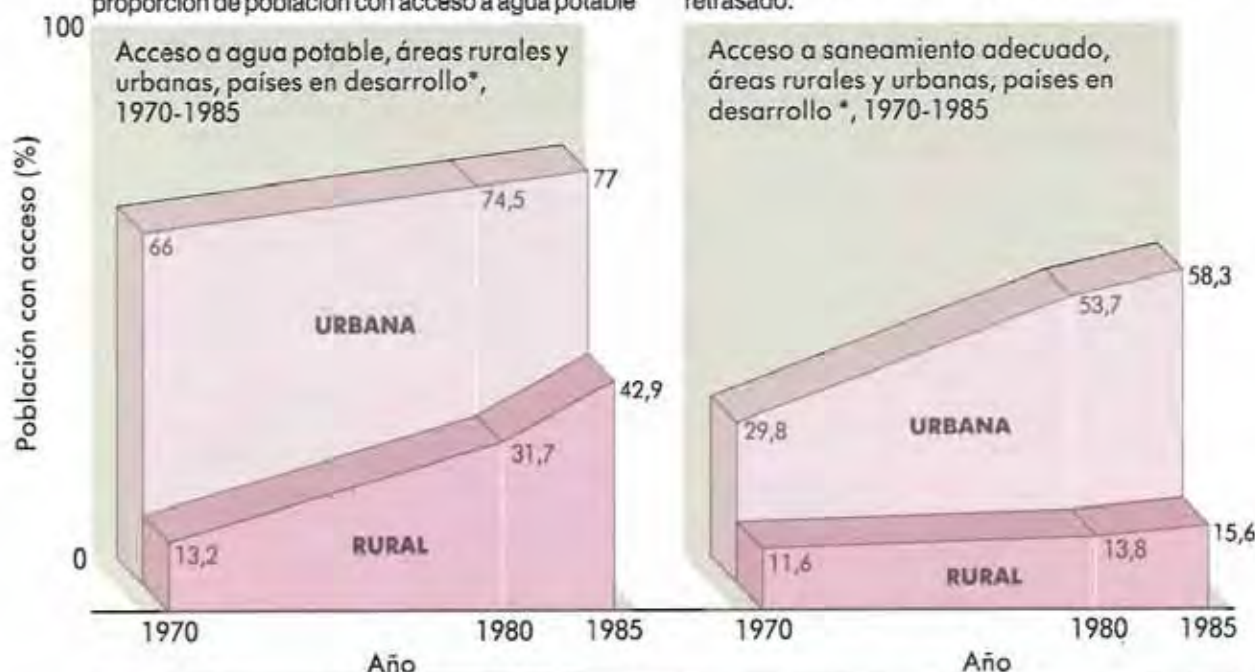
Y lo que es igualmente importante, la experiencia también ha permitido desarrollar estrategias más eficientes. Por ejemplo, veinte años atrás existía la

creencia generalizada de que bastaba con que un equipo de expertos venido de fuera instalase un pozo; actualmente se sabe que para que la iniciativa tenga éxito se precisa la participación de la comunidad en la planificación, localización, construcción, instalación y mantenimiento de su fuente de suministro de agua. En el pasado, se pensaba que el acceso a una fuente de agua potable reduciría de forma automática el 80% de las enfermedades transmitidas por el agua no potable; actualmente se sabe que el suministro de agua potable tiene escasa incidencia sobre la salud si no se ofrecen al mismo tiempo a las comunidades unos conocimientos básicos de higiene y prevención de las enfermedades. En la década de los sesenta, muchos países consideraban que sólo la construcción de redes de conducción de agua hasta los hogares merecía un esfuerzo; actualmente, la mayoría de los gobiernos están de acuerdo en que la conducción del agua hasta fuentes situadas en puntos adecuados de cada comunidad es la estrategia que ofrece mayores

Gráfico 15 Abastecimiento de agua y saneamiento

Desde 1970 se han logrado avances reales en la instalación de sistemas de abastecimiento de agua y de saneamiento adecuados. En las áreas rurales la proporción de población con acceso a agua potable

se ha triplicado y en las zonas urbanas el acceso a sistemas de saneamiento adecuado se ha duplicado. El saneamiento rural está mucho más retrasado.



*Fuente: Decenio Internacional para el Abastecimiento de Agua Potable y el Saneamiento: informe de situación a mitad del decenio. OMS, septiembre de 1988, actualizado.

* Excluida China

África: la Iniciativa de Bamako

Más de 20 países del África Subsahariana están elaborando actualmente planes para alcanzar los objetivos de la Iniciativa de Bamako, un nuevo gran esfuerzo internacional para universalizar la atención primaria de salud materno-infantil hacia mediados de la década de los noventa.

La Iniciativa de Bamako se apoya fundamentalmente en una concepción de la atención primaria de salud descentralizada y autosostenible. Las comunidades participan en la financiación y gestión de los servicios locales de atención primaria de salud, que se mantienen en base a los ingresos obtenidos de la venta de medicamentos esenciales.

El plan, adoptado por los ministros de Salud africanos en septiembre de 1987, en Bamako, Malí, recibió un importante apoyo en la reunión al máximo nivel de jefes de Estado africanos celebrada en Addis Abeba en mayo de 1988. Las directrices elaboradas por el UNICEF y la OMS para la puesta en práctica de la iniciativa cuentan con el refrendo de los ministros de Salud africanos.

Casi todos los países de África han ampliado sus infraestructuras de centros y puestos de salud en los últimos tiempos. También han preparado a gran número de agentes de salud de aldea capacitándoles para proporcionar servicios e información básicos de salud a sus comunidades.

Sin embargo, en las actuales condiciones económicas, muchos gobiernos no pueden proporcionar los medicamentos esenciales, material médico, medios de transporte, combustible y dinero que precisan estos servicios de salud de "primera línea". Muchos puestos de salud de las aldeas han dejado de funcionar por esta causa. Y muchos agentes de salud de aldea también abandonan su tarea porque sus comunidades no pueden remunerarles o debido a la carencia de medicamentos, de material, de apoyo y de supervisión por parte del centro de salud u hospital del distrito.

No obstante, la experiencia demuestra que la mayor parte de la población está dispuesta a pagar por los medicamentos. Muchas personas ya pagan mucho más de lo necesario por medicamentos inadecuados o de baja calidad. En consecuencia, la Iniciativa de Bamako se propone asegurar el suministro continuado de medicamentos esenciales, que los agentes de salud de las aldeas podrían vender a un precio suficiente para reabastecerse de medi-

camentos y generar un excedente destinado a cubrir los gastos de salud de la comunidad.

El éxito de esta iniciativa dependerá en parte de la descentralización de la gestión y en parte de que los gobiernos pongan en práctica una política de suministro de medicamentos esenciales. Pero el objetivo, mucho más amplio, es reforzar y ampliar la atención de salud materno-infantil y promover la intervención de las comunidades en la decisión de las prioridades locales en materia de salud.

El proyecto piloto de Pahou, en Benin, ofrece un ejemplo del principio general a aplicar. En este caso, los agentes de salud de las aldeas, elegidos por sus comunidades, adquieren 16 medicamentos básicos en el centro de salud del distrito, donde acuden a reabastecer sus existencias cada mes. Los agentes de salud de las aldeas venden luego los medicamentos a los pacientes con un recargo, que la comunidad utiliza para pagar el sueldo de los agentes de salud de aldea, sufragar totalmente o en parte el costo de los medicamentos de los más pobres, para el mantenimiento del puesto de salud de la aldea o para financiar pequeños proyectos relacionados con la salud. Unos supervisores se encargan de revisar los inventarios de medicamentos y los libros de caja y de contabilidad de los agentes de salud de aldea. El comité de salud de la aldea se encarga de decidir en qué se gastará el dinero.

Durante los primeros años de aplicación de la Iniciativa de Bamako, el dinero generado con la venta de medicamentos (suministrados gratuitamente por donantes de ayuda) se empleará para ampliar los servicios de salud materno-infantil, mantener la inmunización universal y establecer fondos rotatorios de medicamentos a escala nacional y de distrito.

Según las presentes estimaciones para los primeros tres años, el costo de abastecimiento de medicamentos esenciales (incluidas vacunas y jeringas) a unos 130 a 200 millones de personas será del equivalente a 0,50 a 0,75 dólares por habitante y año. La ayuda externa que se requerirá en este período inicial suma un total de 180 millones de dólares y se espera que el proyecto requerirá financiación externa por valor de 100 millones de dólares anuales hasta finales de la década de los noventa. En estos momentos se mantienen conversaciones con varios países donantes que ven en la Iniciativa de Bamako un medio práctico para invertir en el futuro a largo plazo de las madres y niños de África.

posibilidades para abastecer de agua potable a toda la población. Diez años atrás, se carecía de una red adecuada para el intercambio de tecnologías y experiencias relacionadas con el abastecimiento de agua y el saneamiento; actualmente, la cooperación entre los cinco organismos de las Naciones Unidas implicados ofrece a los gobiernos nacionales un modelo de servicio internacional para el intercambio de experiencias y un asesoramiento técnico eficiente.

Como señala un informe presentado al Consejo Ejecutivo del UNICEF en 1988, el impacto global de estos avances tanto en el aspecto técnico como estratégico ha dado lugar a *"un espectacular aumento de la viabilidad de lograr la cobertura nacional"*. En Asia, el costo del suministro de agua potable se ha reducido a uno o dos dólares por persona y año. En África y América Latina, el costo per cápita, un poco más elevado, se sitúa ahora en torno a los cinco dólares por persona. Nigeria, por ejemplo, está intentando llevar a la práctica un programa conjunto de abastecimiento de agua potable y educación en materia de higiene con un costo final, incluidos todos los gastos de funcionamiento y mantenimiento, de unos cinco dólares por persona y año.

En conjunto, los costos reales del objetivo "agua para todos" se han reducido a alrededor de un tercio de la cantidad estimada diez años atrás. En consecuencia, todo indica que en los próximos diez años podría satisfacerse esta necesidad humana de primerísimo orden. Pero para obtener la financiación necesaria, aparte de una mayor ayuda exterior destinada a programas de suministro de agua y saneamiento, también se precisará una reasignación de los recursos ya disponibles. Por ejemplo, de los 12.000 millones de dólares anuales que en estos momentos se invierten en agua y saneamiento, cerca de un 80% se dedican a la instalación de servicios para los sectores más favorecidos, con un costo medio per cápita de 600 dólares.

Unos servicios de suministro de agua potable y de saneamiento eficaz para todos constituyen una prioridad evidente del desarrollo real. Su adecuada utilización favorecería la salud, impulsaría la productividad, ahorraría trabajo y tiempo a las mujeres y mejoraría la calidad de la vida cotidiana. Por ello ha llegado el momento de aumentar los recursos disponibles y de aplicar los nuevos conocimientos en la práctica en una escala acorde con las necesidades. Las tecnologías y estrategias inadecuadas, generadoras de elevados costos per cápita, tal vez justifiquen que en la última década no hayan podido cumplirse las metas

fijadas en materia de suministro de agua y saneamiento. Para la próxima década, esta excusa ya no será válida.

Vivienda

Una vivienda digna, junto con la atención de salud, la nutrición, el suministro de agua y el saneamiento, constituye una de las necesidades prioritarias de todas las comunidades. Los pobres tienen tanto interés como cualquier otra persona en disponer de un lugar seguro y adecuado para vivir, y de tener una casa cómoda y estéticamente agradable. En todos los países, la mayoría de la población aspira a una vivienda que no sea sólo un refugio, sino un lugar del que pueda enorgullecerse.

Resulta difícil sentirse orgulloso de ocupar muchas de las hacinadas viviendas que actualmente albergan al 25% más pobre de la población del mundo en desarrollo. La construcción y ocupación de muchas de ellas a menudo es ilegal, lo cual puede vedarles el acceso a los servicios municipales más elementales. En esas condiciones, mantener no sólo la salud, sino también la más mínima dignidad y autorespeto humanos, representa una lucha cotidiana.

Sólo el empleo productivo y el incremento de los ingresos puede ayudar al 25% más pobre a hacer realidad sus aspiraciones de contar con una vivienda digna. Sin embargo, la experiencia de los diez o quince últimos años demuestra que es posible aprovechar muchísimo mejor los recursos gubernamentales y municipales disponibles, cualesquiera que sean.

Hace diez o quince años, el recurso a las máquinas excavadoras era la solución más común para acabar con el problema de los asentamientos precarios, que para los sectores más favorecidos eran tugurios indeseables y para los pobres, un hogar. Como estrategia, este recurso fue un fracaso, por la sencilla razón de que los pobres no tenían otro lugar donde ir y, por tanto, siempre volvían a reconstruir nuevas viviendas entre los escombros de las antiguas. En algunos lugares, también se intentó promover la construcción de viviendas sociales; pero los sucesivos estudios realizados también indican que los programas de construcción de viviendas sociales y de altos bloques de pisos tendían a convertirse muy pronto en proyectos de alto costo y altos alquileres. Con lo cual raras veces beneficiaron al 30% más pobre de las poblaciones urbanas y además contribuyeron muy poco a frenar la proliferación de viviendas ilegales y precarias.

En fechas más recientes se han iniciado experiencias pioneras con nuevos y mejores métodos. Y aunque las soluciones evidentemente difieren de un país a otro, el Centro de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (Habitat) ha llegado a dos conclusiones fundamentales a partir de las experiencias realizadas en favor de la mejora de la vivienda en el mundo en desarrollo en los últimos diez años.

La primera conclusión es que el mayor recurso con que se cuenta para mejorar la calidad de las viviendas de los pobres es el ingenio de los propios pobres. La solución no está, por tanto, en destruir los frutos de ese ingenio derribando sus hogares; ni en privarles de todo incentivo, negándoles los servicios básicos; ni en intentar reasentar a las comunidades a muchos kilómetros de distancia de sus únicas fuentes realistas de empleo; ni en ahogar todas las iniciativas bajo el pelleo burocrático de las regulaciones de construcción que a menudo datan de los tiempos coloniales. Muy al contrario, la solución está en liberar esa energía y motivación legalizando los asentamientos; asegurando a los pobladores sus derechos de ocupación; asignando terrenos urbanos no utilizados para los pobres; aboliendo los peores abusos de los propietarios; derogando unas normas de construcción que cierran el paso a lo bueno en busca de lo óptimo; y ofreciendo créditos, capacitación profesional y materiales de construcción baratos canalizados directamente a través de las comunidades pobres organizadas.

La segunda conclusión, asociada a la anterior, es que la mejor manera de sacar el máximo partido de los recursos municipales no es dedicándolos a esfuerzos limitados de construcción de nuevas viviendas, sino destinándolos a proyectos de mejora urbana y de "urbanización y servicios" en gran escala destinados a satisfacer las necesidades de la mayoría. La colaboración con las organizaciones comunitarias para crear una infraestructura básica de servicios —calles, alcantarillado, red de abastecimiento de agua, líneas de tendido eléctrico— puede transformar las comunidades existentes y crear otras nuevas aprovechando la energía e ingenio de las personas que vivirán en ellas. En consecuencia, es preferible concentrar los recursos externos en proyectos que estimulen a los pobres a mejorar sus propias viviendas y su entorno mediante su propio esfuerzo.

En estos momentos comienzan a ponerse en práctica estas lecciones, fruto de la experiencia acumulada en muchos países desarrollados. En Hyderabad, India, por citar uno de los ejemplos más conocidos, en los últimos diez años se ha conseguido transformar las

barriadas que albergan al 25% de familias más pobres de la ciudad, en poblaciones limpias y bien iluminadas de modestas casas de ladrillo conectadas a la red de suministro de agua y con un sistema eficiente de alcantarillado. El Departamento de Desarrollo Urbano Comunitario estableció, con la participación de la comunidad, una infraestructura básica de calles asfaltadas, líneas de tendido eléctrico, red de suministro de agua y alcantarillado subterráneo. Las familias recibieron el título de propiedad del terreno ocupado por cada una, junto con una subvención de 1000 rupias (78 dólares) y un crédito a bajo interés de 7000 rupias (546 dólares). Con otras 2000 rupias (156 dólares) de capital propio, las familias pudieron construir sus propias viviendas, habitualmente formadas por dos habitaciones y un baño separado. En resumen, una aplicación creativa de las lecciones extraídas de las experiencias recientes ha permitido mejorar la relación recursos-resultados. La vida en las nuevas comunidades no es perfecta; no son lugares donde quisieran vivir las clases medias; y los mismos pobres pueden abrigar aspiraciones legítimas de mejora. Pero aun así representan un progreso significativo respecto a la situación anterior. Y éste se ha logrado con un costo que permite pensar que sería factible conseguir mejoras comparables para las comunidades más pobres de todas las partes del mundo.

Educación básica

Como punto final de este breve repaso a los progresos que podrían lograrse en términos de desarrollo real en los próximos diez años, cabe citar la educación primaria y la alfabetización.

Las grandes perspectivas de alcanzar la universalización de la educación primaria que se desprenden de la experiencia de los últimos diez años no proceden tanto del desarrollo de nuevas técnicas más baratas, sino sobre todo de la creciente seguridad de que la educación refuerza las inversiones realizadas en casi cualquier otro campo del desarrollo. En otras palabras, se ha modificado la relación costos-beneficios, pero más que por una reducción de los costos per cápita, sobre todo porque se ha ampliado la percepción de los beneficios posibles.

Unos beneficios que también tienen una dimensión humana tangible en un mundo en el cual ser analfabeto significa, cada vez más, estar marginado. Si consideramos que la capacidad de las personas para mejorar sus propias vidas es el principal objetivo y medida

del desarrollo, nada puede contribuir tan directamente a lograrlo como la educación y la alfabetización.

Actualmente, también comienza a apreciarse claramente esta relación, a medida que los nuevos estudios establecen una correlación cada vez más estrecha entre educación y avance social. Se ha comprobado que la producción agrícola de los campesinos pobres es un 25% más elevada entre aquellos que cuentan aunque sólo sea con cuatro años de escolaridad; también se ha comprobado una correlación entre el número de hijos y el nivel de instrucción de los padres, incluso una vez tenidas en cuenta las diferencias de ingreso; y se ha demostrado que la incidencia de la mortalidad y desnutrición infantiles es significativamente más baja en las familias de las mujeres que han completado la enseñanza primaria.

Durante muchos años se consideró el nivel de instrucción materna como un mero indicador del nivel socioeconómico de la familia, por el cual, más que por la educación misma, se explicaba la importante correlación con la salud infantil. Sin embargo, en los últimos años, numerosos estudios han revelado que, lejos de representar un indicador de los niveles de ingreso, la instrucción materna constituye —por mérito propio— uno de los medios más potentes para elevar los niveles de bienestar de la familia. Como concluye el Banco Mundial tras pasar revista a estos estudios: *“Existen pruebas inequívocas de que se trata de una relación significativa; la instrucción materna aparece estrechamente relacionada con la salud infantil, medida en términos del estado de nutrición o de mortalidad infantil”*.

Tanto si ayuda al agricultor a mejorar su nivel de producción, o a la madre a proteger el desarrollo normal de su hijo, o a la pareja que decide aplazar el siguiente embarazo, o a la comunidad que participa en un proyecto de abastecimiento de agua y saneamiento, la educación actúa como catalizador del proceso, sustituyendo la resignación por un cierto grado de confianza, la aceptación por una conciencia de que existen alternativas.

Este proceso tiene un valor que va más allá del mero cálculo económico. Pero, en general, los estudios del Banco Mundial llegan a la conclusión de que la inversión en educación suele tener un rendimiento superior al de la inversión en capital físico. *“La experiencia de las dos últimas décadas a escala mundial —concluye el Banco Mundial— demuestra que la educación constituye una inversión prudente en términos económicos, que en todos los casos reporta un alto*

rendimiento. Los estudios también indican que éstos son particularmente elevados para la inversión en educación en los países más pobres.”

Por cualquiera de estos motivos, o por todos a la vez, una escolarización mínima de cuatro o cinco años para todos los niños y niñas representa otra prioridad evidente para el desarrollo real.

En 1986, la escolarización en la enseñanza primaria de los niños y niñas de 6 a 11 años era de aproximadamente un 100% y un 99%, respectivamente, en América Latina, de un 69% y un 45% en Asia meridional, y de un 80% y un 65% en África. En otras palabras, se ha doblado el número de niños escolarizados, pese a la duplicación de las cifras absolutas de población infantil en los últimos cuarenta años. Estos niveles de escolarización representan uno de los mayores logros del mundo en desarrollo. Pero el porcentaje de niños escolarizados que *completan* cuatro años de enseñanza es muy bajo en todas las regiones, sobre todo en el caso de las niñas. Y en estos momentos están aumentando las tasas de abandono escolar, que en algunos casos llegan a ser del 50%, al mismo tiempo que disminuye la matriculación como consecuencia directa de los ajustes a la recesión. De mantenerse la presente tendencia, es probable que los hijos del 15% al 20% de familias más pobres no puedan acceder al dominio de la lectura y la escritura durante varias décadas.

Sería una tragedia si se permitiese que esto llegara a suceder, si se interrumpiera la extensión de la educación después de haber avanzado tanto. Uno de los mayores desafíos para el desarrollo que se planteará en los próximos años será hacerlo llegar hasta los grupos más pobres y crear las condiciones para que ellos mismos puedan mejorar sus vidas. Sin educación, serán mucho mayores las dificultades para alcanzar ese objetivo.

No obstante, en la mayoría de los países en desarrollo, dada la limitación de fondos públicos y la feroz competencia entre los diferentes ministerios gubernamentales, la educación todavía tiene que hacer grandes esfuerzos para conservar el terreno ganado. En la mitad de esos países, el gasto por alumno ha disminuido de hecho durante la década de los ochenta (gráfico 9). Si no se quieren perder los grandes avances logrados en los años sesenta y setenta, será preciso destinar a las escuelas una mayor cantidad de recursos gubernamentales y de ayuda exterior.

Al mismo tiempo, es preciso examinar la experiencia de los últimos años para intentar encontrar la ma-

nera y los medios que permitan mejorar la relación costo-eficiencia del esfuerzo educativo. Del importante conjunto de estudios realizados en este campo se desprende claramente que la mejor oportunidad para aumentar la eficiencia y restablecer el ritmo de expansión de la enseñanza primaria reside en una remodelación del gasto en educación.

En la actualidad, la pirámide del gasto en educación, al igual que la pirámide del gasto en salud, tiene una forma claramente invertida. Un 50% del gasto público en educación para el conjunto del mundo en desarrollo se dedica a la enseñanza secundaria y superior, que atiende a alrededor del 30% de la población. Habida cuenta de que el 30% que asiste a los centros de enseñanza secundaria y superior suele proceder en su mayor parte, cuando no exclusivamente, de los grupos con ingresos más altos, este patrón de gastos significa que la mayor parte de los fondos públicos, incluida la ayuda exterior, van a parar a los sectores ya más favorecidos de la sociedad. La ayuda exterior para educación, de la cual sólo se destina un 1% a la enseñanza primaria, refuerza esta distorsión.

Este sesgo en favor de la minoría frente a la mayoría repercute inevitablemente tanto en los aspectos cualitativos como cuantitativos de la educación. En la mayoría de los casos, la enseñanza primaria está pensada para preparar y seleccionar al 20%-30% que continuarán estudios secundarios. Es decir que el 70%-80% de los alumnos están destinados, por definición, al fracaso y finalizarán sus estudios con un nivel de educación más apropiado para frustrar esperanzas que para hacer frente a las realidades presentes.

En otras palabras, se requiere un equivalente de la estrategia primaria de salud en el terreno de la educación que aplique los mismos principios paralelos de eficiencia y equidad a la asignación de los recursos educativos. Con este fin, la UNESCO, el Banco Mundial y el UNICEF han convocado una conferencia, que se celebrará en otoño de 1989, en torno al tema "Educación básica para todos". En este encuentro se confía extraer las conclusiones de la experiencia de muchos países con el fin de establecer un plan de acción en materia de educación, similar al trazado hace diez años para la atención primaria de salud en la conferencia de Alma Ata.

Esta redefinición de las prioridades de la educación, además de permitir mantener el actual ritmo de progreso hasta conseguir que todos los niños tengan posibilidades de completar, como mínimo, cuatro

años de enseñanza primaria, también aumentaría la eficiencia de la educación como instrumento para lograr el desarrollo real. Tal como señalan las conclusiones de otro estudio del Banco Mundial:

"La presente distribución de la financiación tiene como consecuencia una asignación desfavorable del gasto público en educación. Existen pruebas, derivadas del estudio de la influencia de la escolarización sobre los ingresos y la productividad, de que en muchos países la inversión de un dólar en enseñanza primaria tiene un rendimiento medio dos veces superior al dólar invertido en enseñanza superior. Sin embargo, los gobiernos de estos países subvencionan en gran medida su sistema de enseñanza superior, en detrimento de la enseñanza primaria".

Este argumento queda corroborado por los ejemplos prácticos de la República de Corea y Taiwan, cuyas economías han conseguido un fortísimo avance en la última década y que durante los años sesenta figuraron entre los países que realizaron las mayores inversiones en enseñanza primaria. En ambos casos, y en contraste con lo que está ocurriendo en la mayor parte del resto del mundo, se introdujo el pago de tasas para la enseñanza secundaria y terciaria, al tiempo que se establecía la gratuidad de la enseñanza primaria para todos.

También en este caso, un pacto de desarrollo real que introdujese un incremento significativo en la ayuda exterior destinada a enseñanza primaria podría ayudar mucho a superar los obstáculos políticos.

Alfabetización

Existen técnicas y estrategias capaces de dar un gran impulso a la educación y la alfabetización con un costo muy bajo. Tanzania, por ejemplo, gracias a un firme compromiso político, ha conseguido elevar notablemente su índice de alfabetización hasta un 90%, a partir de sólo un 30% en 1971, mediante la movilización de los estudiantes universitarios y del último nivel de la enseñanza secundaria, de los maestros jubilados y de maestros itinerantes especialmente capacitados, en el marco de un programa de alfabetización de adultos que ha demostrado lo mucho que puede conseguirse aun frente a las más profundas dificultades económicas. A fin de mantener los altos niveles de alfabetización alcanzados, en algunas escuelas primarias se ha introducido un sistema de dos turnos horarios que duplica su capacidad. Se ha movilizado a los padres para la construcción de aulas y, mediante

programas de formación extrauniversitaria, se ha ampliado rápidamente el número de maestros de enseñanza primaria. Birmania también está a punto de alcanzar la alfabetización universal después de una campaña, iniciada en 1965, que movilizó a los trabajadores, asociaciones de campesinos, movimientos juveniles, los medios de comunicación de masas y a miles de estudiantes universitarios y maestros voluntarios que recibían sólo dos semanas de formación. Otros países han fomentado la alfabetización con el apoyo monástico y de las escuelas coránicas y mediante la movilización de la población alfabetizada a través de campañas según el principio "que cada uno enseñe a una persona". Los programas de educación para adultos, con un costo de 20 a 30 dólares por persona, ofrecen un atajo para alcanzar la alfabetización universal, al mismo tiempo que ayudan a resolver algunos de los problemas que plantea la educación de los hijos de padres analfabetos.

Pero a la larga, la educación formal universal es insustituible para mantener estos altos índices de alfabetización. Sus costos son relativamente elevados y existen pocas posibilidades de reducirlos. Algunos países han tratado de introducir sistemas de turnos de horario para ampliar las plazas disponibles. Otros han intentado aumentar los recursos reduciendo los salarios de los enseñantes, incrementando la relación enseñante-alumnos, empleando enseñantes menos calificados y a través de escuelas financiadas por las propias comunidades. Estas experiencias han permitido sacar numerosas conclusiones sobre el tipo de inversión directa en las escuelas que tiene repercusiones más favorables para su rendimiento. El Banco Mundial, después de revisar 70 estudios sobre el tema, llegó a la conclusión de que los libros de texto, el material de escritura y la calidad de los enseñantes tienen en todos los casos mayor influencia sobre el rendimiento escolar que el tamaño de las clases o los salarios de los enseñantes.

Estas conclusiones pueden ser muy útiles para mejorar la eficiencia. Pero existe un riguroso límite a la reducción de los costos per cápita, más allá del cual una merma de calidad comienza a socavar los efectos positivos y la demanda de la enseñanza primaria.

En educación hay pocos atajos. Y nunca podrá ser barata. Pero en los próximos años se presenta una gran oportunidad para aumentar tanto los recursos disponibles como la eficiencia de su asignación. Esta oportunidad reside en la reestructuración de la pirá-

mide educativa, con el apoyo de una mayor ayuda exterior, para alcanzar el objetivo del desarrollo real: la escolarización de todos los niños durante un mínimo de cuatro o cinco años.

Sinergismos

Pese a las enormes dificultades, un pacto de desarrollo real podría capacitar al mundo en desarrollo para lograr avances espectaculares en la satisfacción de las necesidades básicas a través de una atención de salud apropiada, una nutrición adecuada, el abastecimiento de agua potable y la educación primaria, en el período que falta para llegar al año 2000.

La paulatina interacción de estos factores básicos del progreso social haría factible una eficiencia global máxima mediante la multiplicación sinérgica de sus respectivas eficiencias.

En líneas generales, las mejoras en el abastecimiento de agua y la nutrición, en la atención de salud y en la educación, podrían ayudar a los más pobres a hacer realidad su potencial humano, a mejorar sus ingresos y a hacer una aportación más productiva al tipo de crecimiento económico capaz de sustentar el progreso social en el futuro. A una escala menor, tendrían lugar miles de sinergismos entre los factores básicos del desarrollo real: la alfabetización de las mujeres ayudaría a los programas de espaciamiento de los nacimientos; un menor número de embarazos y más espaciados mejoraría la salud materno-infantil; las mejoras en la salud favorecerían la asistencia y el rendimiento escolares; una enseñanza mejor ayudaría a incrementar la productividad y los ingresos; una elevación de los ingresos se traduciría en mejoras de la dieta, la salud infantil y los índices de supervivencia; la disminución de la mortalidad infantil contribuiría a reducir las tasas de natalidad; un menor número de hijos favorecería la salud materno-infantil.

Todos los elementos básicos del desarrollo social y económico están interconectados, por tanto, en una relación mutuamente reforzante en sentido regresivo o progresivo capaz de minimizar o maximizar la inversión en cualquier sector concreto. Sólo podrá darse un salto cuantitativo en la relación entre recursos y resultados cuando todos los factores básicos del desarrollo humano tratados en este capítulo se aglutinen en un conjunto que será muy superior a la suma de sus partes.

Poliomielitis: ya se vislumbra el final

En mayo de 1988, representantes de 166 países, reunidos en la Asamblea Mundial de la Salud en Ginebra, adoptaron la decisión histórica de erradicar la poliomielitis de nuestro planeta para el año 2000.

La enfermedad está prácticamente erradicada en el mundo industrializado (en la década de los cincuenta todavía se producían anualmente decenas de miles de casos de polio parálisis en Europa y Norteamérica). Pero en el mundo en desarrollo, la poliomielitis continúa dejando parálisis a 250.000 niños cada año y causando la muerte de otros 23.000.

Hoy en día, las vacunas* también empiezan a liberar a África, Asia y América Latina del yugo de la poliomielitis. En los últimos doce meses, la inmunización ha permitido evitar aproximadamente 220.000 casos de polio parálisis en el mundo en desarrollo.

El Programa Ampliado de Inmunización de la Organización Mundial de la Salud (véase el recuadro 1) incluye a la poliomielitis entre las seis principales enfermedades inmunoprevenibles. Sólo diez años atrás, menos del 5% de la población infantil de los países en desarrollo estaba inmunizada. En la actualidad, un 55% de los niños que nacen cada año en el mundo en desarrollo reciben tres dosis de vacuna oral contra la poliomielitis antes de cumplir los 12 meses. En países como Arabia Saudita, Botswana, Brasil, Cuba, China, Egipto, Nicaragua, la República de Corea y Túnez, del 80% al 90% de los niños menores de un año ya están plenamente inmunizados contra la poliomielitis. Argelia, India, Indonesia, Irán, Iraq, Kenya, México, Pakistán, la República Dominicana, Tanzania y Turquía figuran entre los países que confían alcanzar la cota del 80% alrededor del año 1990.

Muchos países han logrado duplicar o triplicar la cobertura de inmunización en un período de seis meses mediante jornadas nacionales de vacunación en las que han participado decenas de miles de voluntarios. Otros han adoptado vías de avance más gradual, mediante la creación de servicios ordinarios de vacunación integrados dentro del sistema de atención primaria de salud.

El horizonte se ha visto ensombrecido con el reciente aumento de los índices de abandono en el África Subsahariana. La inmunización contra la poliomielitis requiere habitualmente la administración de tres dosis de vacuna y el índice de abandonos representa la proporción de niños que después de

recibir la primera dosis no acuden para la administración de la segunda o la tercera. En contra de la tendencia mundial, que ha registrado una disminución del 25% en los índices de abandono desde 1984, en el África Subsahariana estos índices de hecho han aumentado ligeramente, desde un 36% en 1984 a un 37% en 1987 (aunque con un nivel mucho más elevado de cobertura inicial). En una docena de países, el índice de abandonos supera el 50%.

La eliminación de la poliomielitis a escala mundial es técnicamente factible, igual que la de la viruela, puesto que las personas infectadas sólo transmiten el virus durante un período de pocas semanas y en ambos casos éste no se multiplica fuera del organismo humano, ni se contagia a través de ningún animal. Como también ocurre con la viruela, se dispone de una vacuna segura, eficaz, barata y de sencilla administración. Pero a diferencia de la viruela —que se logró controlar principalmente a través de la inmunización de las personas que estaban o habían estado en estrecho contacto con las personas infectadas—, la erradicación de la poliomielitis exigirá seguir manteniendo durante algunos años elevados índices de cobertura de inmunización (del orden del 90%) de los niños menores de un año, incluso después de que hayan dejado de detectarse nuevos casos.

En todas las vacunas, la clave para lograr un índice de cobertura de inmunización elevado y continuado —y bajos índices de abandono— es contar con la colaboración de los dirigentes políticos, los medios de comunicación, los dirigentes comunitarios, los educadores y las organizaciones de voluntarios. El Club Internacional de Rotarios ha colaborado de forma destacada en la lucha contra la poliomielitis, en particular, con la extraordinaria recaudación de donativos voluntarios por un total de 240 millones de dólares a través de su programa PolioPlus a escala mundial. Además, miles de "rotarios" —a menudo personas destacadas dentro de sus comunidades— han colaborado personalmente con el programa de lucha contra la poliomielitis, aportando influencias, conocimientos prácticos y recursos.

* Existen dos vacunas contra la poliomielitis. En 1955 se empleó por primera vez la vacuna inactivada contra la poliomielitis (VIP), que se administra mediante inyecciones, con un mínimo de dos dosis. En 1961 se introdujo una vacuna de virus vivos de administración oral (VOP), que actualmente es la más utilizada. Para lograr la inmunización se requieren tres dosis de VOP.

Siete pecados capitales

Como se ha intentado demostrar en el capítulo anterior, los esfuerzos internacionales de desarrollo de los últimos años han generado toda una gama de técnicas y estrategias capaces de acelerar el desarrollo real incluso en la difícil década que nos aguarda. Pero durante estos años, y gracias a las reflexiones y a la experiencia acumulada de muchas de las personas y organizaciones más estrechamente implicadas, también han podido detectarse algunos principios de vital importancia que a menudo marcan la diferencia entre el éxito y el fracaso.

Aunque estos principios son bien conocidos para la mayoría de las personas que han participado en las actividades de desarrollo de los últimos años, sería como enmascarar la realidad si dejáramos de señalar estos "principios orientadores" —surgidos tanto de los fracasos como de los éxitos del pasado— a la hora de examinar los medios capaces de acelerar el proceso social en favor de la infancia y sus familias. Y aún a riesgo de que parezca que se juzgan con demasiada severidad esos esfuerzos, no está fuera de lugar resumirlos brevemente bajo el título de los "siete pecados capitales" del desarrollo:

1. *Desarrollo sin infraestructura:* La mayor parte de técnicas con un alto coeficiente costo-eficacia actualmente disponibles, desde la inmunización hasta la terapia de rehidratación oral, desde las nuevas variedades de semillas hasta las nuevas bombas de agua manuales, tienen escaso valor si se carece de un sistema fiable de prestación de asistencia para informar y apoyar a la mayoría de la población en el modo de utilizarlas.

En este contexto cabe citar las palabras pronunciadas por el doctor Halfdan Mahler al dejar el cargo de Director General de la Organización Mundial de la Salud, tras quince fructíferos años al frente de ese organismo, cuyo contenido es perfectamente aplicable a cualquier otro aspecto del desarrollo además de a la salud:

"Para reforzar su autosuficiencia, es necesario que cada país construya su propia infraestructura de salud... El eje central de esta infraestructura lo forman un personal adecuadamente capacitado y una población informada".

Como ha podido comprobarse en muchos países durante la década de los ochenta, los resultados de la "prestación" pueden depender tanto de la demanda como de la oferta. La promoción de avances concretos como la inmunización o nuevas variedades de se-

milla también puede contribuir, por tanto, a crear y reforzar los mecanismos de prestación de asistencia.

2. *Desarrollo sin participación:* Un desarrollo sostenido depende en última instancia del reforzamiento de la capacidad de la población para mejorar su vida y tomar las riendas de su propio destino. La ayuda externa, ya sea de la capital del país o de una nación extranjera, no puede ocupar durante demasiado tiempo el centro del escenario y tiene que aprender a desempeñar un papel secundario. Hasta la fecha, la experiencia de los programas de desarrollo, ya sea en la agricultura o la industria, en el suministro de agua o la construcción de viviendas, indica que existe una diferencia absolutamente crucial entre el tipo de ayuda que capacita y promueve la participación, y la ayuda que enajena la confianza y crea dependencia. El éxito o el fracaso de cualquier actividad de desarrollo en general dependerá de en qué lado de esta línea divisoria, a veces tenue, se sitúe la ayuda en cuestión.

3. *Desarrollo sin las mujeres:* Las mujeres del mundo en desarrollo son las encargadas de la producción y comercialización de la mayor parte de sus cultivos; sobre ellas recae también la principal responsabilidad en la preparación de los alimentos y el trabajo doméstico, el abastecimiento de agua y combustible, la nutrición y la atención de salud, la higiene y la educación de los jóvenes. Y además, pero no en último lugar, son prácticamente las responsables exclusivas del desarrollo físico y mental de la siguiente generación. Sin embargo, la mayor parte de la ayuda al desarrollo prestada hasta la fecha en materia de educación y formación, de tecnología y de insumos, de inversiones y créditos, ha ido a parar a los hombres.

Se trata de un desequilibrio difícil de corregir, pues en todos los países forma parte de una estructura de desigualdades sociales fundamentales. No obstante, la ineficiencia que conlleva esta discriminación, sin mencionar la injusticia social que supone, tiene un enorme costo para el desarrollo. Ya se ha señalado la influencia de la educación de las mujeres sobre el tamaño de las familias, la salud infantil y la utilización de los servicios públicos disponibles. Pero, en cambio, apenas se han explorado las posibilidades de lograr un incremento en la productividad y los ingresos si se facilitasen créditos, formación y tecnología a las mujeres. En la misma línea, las inversiones destinadas a lograr una maternidad sin riesgos (véanse págs. 40-41) y a promover medios que permitan ahorrar trabajo a las mujeres (métodos más eficientes de utilización del combustible para cocinar, de abastecimiento de agua y combustible y de preparación de ali-

mentos) figuran entre las más productivas, pero también son las más ignoradas entre todas las posibles inversiones en desarrollo económico y social.

4. Desarrollo sin el medio ambiente: Quince años atrás estaba muy extendida la opinión de que los problemas del medio ambiente eran propios del mundo industrializado, una función de la riqueza, de escasa relevancia para el mundo en desarrollo. Actualmente, la deforestación de terrenos, la erosión de los suelos, la acumulación de sedimentos en lagos y ríos, la nueva propensión a la sequía y a las inundaciones, y catástrofes industriales como la tragedia de Bhopal, han demostrado que el problema del medio ambiente también afecta al Tercer Mundo. Simultáneamente, la creciente preocupación por el desgaste de la capa de ozono, el posible calentamiento de la atmósfera terrestre y las consecuencias desconocidas que podría tener la destrucción de las selvas tropicales del planeta, deberían dejar bien claro que el medio ambiente es un problema que nos afecta a todos. El Informe Brundtland, titulado "Nuestro futuro común", en el que se recopilan las experiencias acumuladas durante la última década, plantea la necesidad de que el medio ambiente forme parte de la elaboración previa de toda iniciativa de desarrollo, en vez de incluirlo a posteriori a la hora de analizar las consecuencias:

"Los gobiernos nacionales y organismos multilaterales comienzan a comprender cada vez más claramente que es imposible separar las cuestiones del desarrollo económico de las cuestiones ambientales; muchas formas de desarrollo erosionan los recursos ambientales en los que deben basarse y la degradación del medio ambiente puede socavar el desarrollo económico. La pobreza es una de las principales causas y consecuencias de los problemas ambientales globales. De ahí que sea vano intentar abordar los problemas del medio ambiente fuera del contexto de una perspectiva más amplia que también tenga en cuenta los factores subyacentes de la pobreza en el mundo y las desigualdades internacionales".

5. Desarrollo sin los pobres: El desarrollo se ha limitado durante demasiado tiempo a los ejemplos de cara a la galería y proyectos piloto. Estos proyectos de prueba han demostrado lo que puede conseguirse; ahora hay que poner el acento en *hacerlo*. Durante la década de los noventa, la mayor prioridad es aplicar los conocimientos ya adquiridos en una escala en consonancia con la magnitud de las necesidades.

Este tipo de "acción a gran escala" significa llegar a la práctica totalidad de las familias y no sólo al 50% o

al 60%. Ya se trate de servicios de vacunación o de escuelas primarias o de formación agrícola, siempre existe una tendencia a considerar que basta con llegar a la mitad o a las dos terceras partes de una población dada. La realidad es que los problemas de desnutrición, retraso del crecimiento, enfermedades frecuentes, mortalidad infantil y materna, analfabetismo y baja productividad se concentran entre el tercio *más pobre* de las familias del mundo en desarrollo.

Este desafío de llegar a los más pobres es el más importante que se plantea para el desarrollo social. Casi todas las iniciativas –grandes o pequeñas– de los últimos diez años han topado con el mismo problema de cómo llegar hasta las personas no alcanzadas anteriormente. Incluso los intentos más serios y políticamente difíciles destinados a modificar las prioridades en favor de los pobres –a través de la enseñanza primaria o de campañas de alfabetización de adultos, de centros de salud rurales o de programas de alimentación suplementaria– a menudo no han conseguido llegar hasta un número apreciable de personas de los grupos más pobres.

No existe una solución única para este problema. Del mismo modo que es necesario considerar el impacto sobre el medio ambiente en cada una de las etapas de desarrollo, también es preciso mantener a lo largo del proceso la prioridad en favor de las comunidades más pobres. En particular, es preciso promover una creciente participación de los pobres en las decisiones, así como una inversión de las pirámides de gastos, con el fin de que la mayor parte de los recursos disponibles para el desarrollo se destinen a actividades que benefician a los más pobres.

6. Desarrollo sin viabilidad: Los expertos en las diversas disciplinas de desarrollo, a quienes debe agradecerse buena parte de la base de conocimientos disponibles, también tienen que asumir parte de la responsabilidad de que no se hayan aplicado esos conocimientos en una escala significativa.

Debido a que la investigación y la aplicación se han concentrado en proyectos piloto en pequeña escala, con una relación entre recursos reales y problemas muchas veces artificialmente elevada, las iniciativas de desarrollo propuestas a menudo han sido más idóneas para tratarlas en las reuniones de expertos en desarrollo que para plantearlas en un consejo de ministros. Con frecuencia se ha procedido a enumerar todas las tareas pendientes sin establecer un orden de prioridades ni ofrecer estrategias políticamente atractivas que hagan factible la ejecución paso a paso. Esta

es una de las razones de que tantos proyectos bien informados, y una parte importante de los conocimientos acumulados en los últimos años, hayan tenido sólo una dimensión potencial. Finalmente se ha lamentado de forma impotente la dificultad de llevarlos a la práctica achacándola a la falta de voluntad política.

La tarea que deben abordar los expertos en desarrollo de todas las disciplinas en los próximos diez años ha de ser muy distinta. Se trata de incorporar los actuales conocimientos a proyectos capaces de atraer

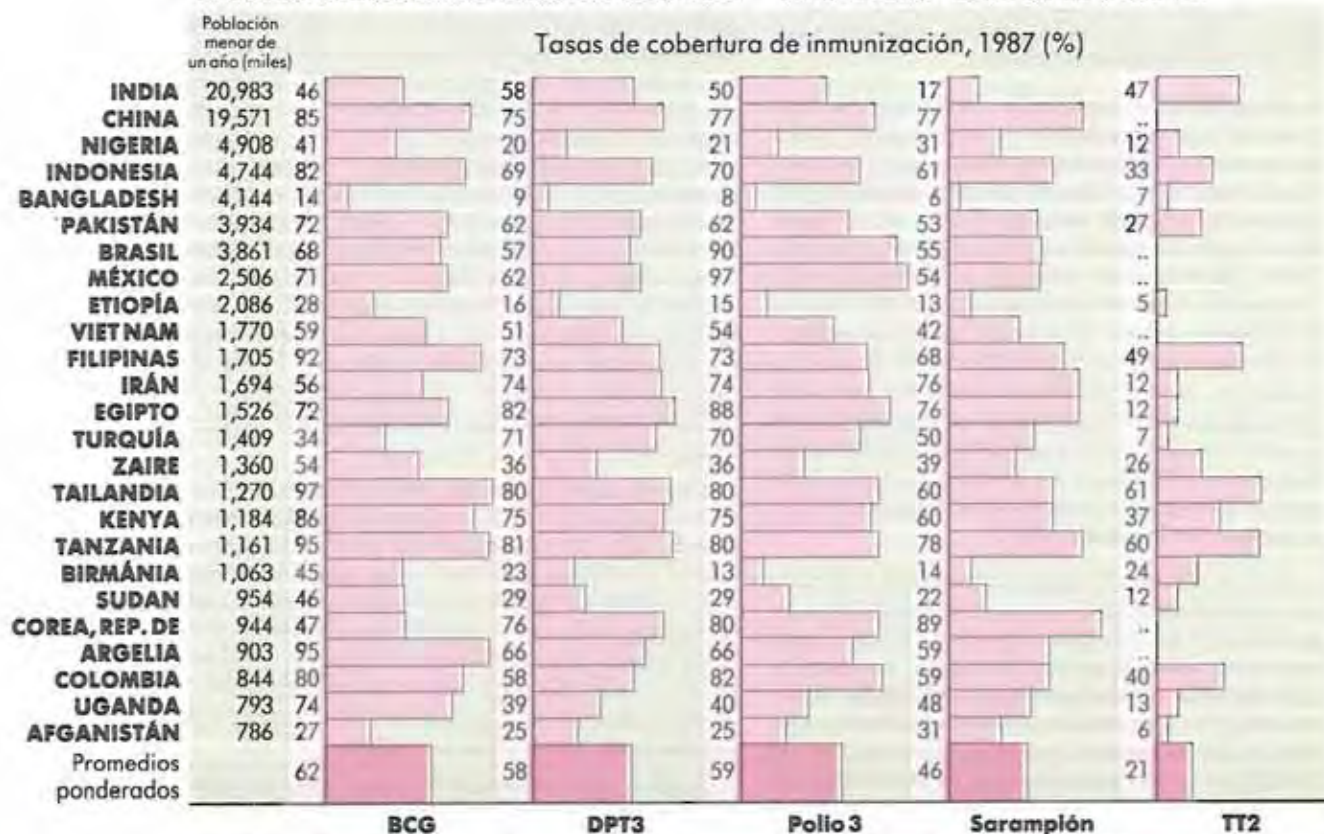
la voluntad política existente; no debe ofrecerse a los políticos el instrumento romo de unos conocimientos indiferenciados sino la aguzada punta de lanza de proyectos "viabiles".

Por ejemplo, en un comentario sobre cómo se ha empezado a hacer realidad el sueño de la inmunización universal, el director del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) de la OMS señalaba que "el PAI ha tenido éxito debido a su bajo costo y su fácil ejecución y comprensión, y porque reporta beneficios inme-

Gráfico 16 Cobertura de inmunización, 1987

El 84 por ciento de la población infantil del mundo en desarrollo vive en los 25 países incluidos. El gráfico muestra la proporción de niños menores de un año de cada país vacunados en 1987 contra las principales enfermedades inmunoprevenibles. La columna DPT3 indica el porcentaje de menores de un año que han recibido las tres dosis necesarias de vacuna contra la

difteria, la tos ferina (pertussis) y el tétanos. La columna Polio 3, el porcentaje correspondiente de las tres vacunaciones contra la poliomielitis. La columna TT2 indica la proporción de mujeres embarazadas que han recibido las dos inyecciones necesarias del toxoide tetánico, el cual protege tanto a la madre como al recién nacido contra el tétanos.



Para Etiopía y Colombia, datos TT2 de 1986. Para Nigeria, Tanzania y República de Corea, todos los datos de 1986.

Fuente: UNICEF, mayo 1988.

diatos y muy tangibles, tanto en términos de salud pública como en términos políticos". A lo cual podría añadirse que la inmunización ha contado con un firme apoyo en los países industrializados exactamente por los mismos motivos.

La idea de que la inmunización constituye un caso especial, distinto, resulta válida hasta cierto punto. Pero lo que se trata de subrayar aquí es la necesidad de hacer todos los esfuerzos posibles para lograr que otros aspectos del proceso de desarrollo resulten igualmente atractivos desde el punto de vista político. De nada sirve intentar creer que vivimos en un mundo ideal en el que se establece por sí solo el orden de prioridades evidente. En todos los países existe una feroz competencia por los recursos. Para poder maximizar la contribución de los expertos al desarrollo real durante la próxima década, no se requerirá tanto un perfeccionamiento y elaboración de los proyectos existentes sobre el papel como dar respuesta al desafío de incorporar los conocimientos disponibles a proyectos viables, a gran escala, de bajo costo y gran impacto, y políticamente atractivos.

7. Desarrollo sin movilización: La función del desarrollo en la próxima década es, en gran parte, poner los actuales conocimientos al alcance de la mayoría. En muchos casos, se trata de una tarea tan importante como la creación de infraestructura y de servicios. Por ejemplo, los servicios de inmunización no se utilizarán suficientemente mientras los padres no estén informados de dónde y cuándo y por qué deben llevar a vacunar a sus hijos. El acceso a fuentes de suministro de agua potable no mejorará la vida de las familias si éstas no cuentan con los conocimientos necesarios para traducir ese servicio material en una mejora para su salud. Será imposible ganar la batalla contra la deshidratación diarreica y las infecciones respiratorias agudas si los padres no saben cómo hacerles frente y cuándo deben solicitar ayuda.

Durante demasiado tiempo se ha dejado la difusión de conocimientos esenciales para el desarrollo —y en particular de los conocimientos sobre los medios para mejorar la salud y la nutrición infantiles— en manos de unos servicios de salud que carecen del tiempo, la formación y la capacidad de cobertura necesarios para realizar adecuadamente esa tarea. Mientras tanto, la revolución en las comunicaciones ha dotado al mundo en desarrollo de una capacidad sin precedentes para poner los nuevos conocimientos al alcance de la mayoría.

Ha llegado el momento de aprovechar plenamente

esta nueva capacidad. Hoy en día, los sistemas escolares alcanzan a unas tres cuartas partes de la población del mundo en desarrollo. La radio llega a la mayoría de los hogares, y la televisión y la prensa a la mayoría de las comunidades. Los dirigentes e instituciones religiosas mantienen contactos regulares, y son escuchados, por la mayoría de los padres en casi todos los países. Decenas de miles de organizaciones no gubernamentales trabajan en algunas de las comunidades más pobres. Los funcionarios del gobierno, desde los empleados de los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento hasta los agentes de extensión agraria, están en relación, con diversos grados de eficacia, con la mayoría de las comunidades. Y los centenares de miles de agentes comunitarios de salud formados durante la última década han puesto en contacto con los servicios de salud a una proporción de la población nacional muy superior a la alcanzada en cualquier otro momento del pasado.

En el mundo industrializado, se tiende a emplear cada vez más todos los recursos de comunicación con fines sociales —los servicios postales, las vallas publicitarias, las escuelas y los servicios de salud, las emisoras de televisión y de radio, los diarios y revistas, las organizaciones religiosas y de voluntarios— en la lucha contra los principales peligros para la vida y la salud, como el cáncer, las afecciones cardíacas y el SIDA. Ha llegado el momento de que el mundo en desarrollo también comience a combatir las principales amenazas contra la vida y la salud de sus poblaciones —incluidas las enfermedades inmunoprevenibles, la deshidratación diarreica, las infecciones respiratorias agudas, el bajo peso al nacer y la mortalidad materna (además del cáncer, las afecciones cardíacas y el SIDA)— movilizándolo aún con mayor eficacia su capacidad social en favor de esta causa.

Durante la última década, países como Siria y Turquía, Egipto y Senegal, y muchos otros de América Latina, han demostrado cuánto puede conseguirse con la movilización de esta nueva capacidad social para informar y apoyar a los padres en la protección de sus hijos mediante la vacunación. Durante la próxima década, una movilización más amplia de los recursos sociales podría promover la causa del desarrollo real poniendo al alcance de todas las familias una amplia gama de conocimientos vitales.*

* Una próxima publicación del UNICEF —*Todos por la salud*— reseña la creciente participación de todos los sectores sociales en la promoción de la información sobre temas de salud durante la década de los ochenta. Esta publicación, concebida como complemento del folleto *Para la vida* (véase nota al pie de la página 10), puede obtenerse escribiendo a Facts for Life Unit, UNICEF DIPA H-9F, UNICEF House, 3 UN Plaza, Nueva York, NY 10017, Estados Unidos.

No es exagerado afirmar que si se evitasen estos "siete pecados capitales" o, dicho en términos más positivos, si se observasen estos principios dolorosamente adquiridos, podría duplicarse con creces la relación costo-eficacia de las actividades de desarrollo durante la década de los noventa y aun después. El tema del desarrollo, como disciplina definida, sólo cuenta con 40 años de existencia. Durante la mayor parte de este tiempo, el progreso ha tenido que avanzar entre las dunas de supuestos, a menudo ingenuos, sobre la naturaleza del proceso social. Hoy en día, el desarrollo se mueve sobre terreno más firme. Y esta base de conocimientos y técnicas, estrategias y principios orientadores duramente adquiridos abre la posibilidad de lograr avances significativos en términos de desarrollo real durante la década que está a punto de iniciarse.

A los gobiernos de las naciones en desarrollo les corresponderá decidir cuáles deben ser las prioridades,

dentro del abanico de lo actualmente posible. Cada uno de ellos y sus organizaciones regionales establecerán metas concretas según lo que estimen más conveniente. En último término, para que el desarrollo sea un proceso capacitador, han de ser las propias personas quienes decidan y trabajen para lograr la satisfacción de sus propias prioridades. Todo lo expuesto hasta aquí en este informe tiene por objeto destacar los considerables avances que *podrían* lograrse en el curso de los próximos diez años, mediante un *pacto de desarrollo real* entre los países industrializados y en desarrollo.

En este contexto, el UNICEF tiene particular interés en destacar los extraordinarios progresos actualmente posibles en el ámbito de la salud materno-infantil y que pueden estar a nuestro alcance durante la década de los noventa. A este tema concreto está dedicado el capítulo final del informe.

La infancia de hoy y el mundo de mañana

A finales de septiembre de 1988, el presidente del Banco Mundial cerró su discurso dirigido a los gobernadores del Banco con las siguientes palabras:

"La realidad irrefutable de la década de los ochenta es que el crecimiento ha sido insuficiente, la pobreza continúa aumentando y la protección del medio ambiente es escasa. Si no se modifican, estas realidades privarán a nuestros hijos de un mundo pacífico, aceptable y en el que merezca la pena vivir".

"No podemos permitirnos el lujo de darnos por vencidos. Al contrario, debemos sacar el máximo partido de los avances logrados a lo largo de cuatro décadas de experiencia de desarrollo."

En el caso de la infancia, estas décadas de desarrollo, y muy especialmente las experiencias de los años ochenta, demuestran que en la próxima década podrían lograrse avances realmente espectaculares. Por ello, ha llegado el momento de proclamar la importancia fundamental para el desarrollo real de hacer

cuanto en estos momentos está a nuestro alcance con el fin de mejorar las condiciones de vida de la generación que ahora inicia su andadura.

En este mismo instante, muchos millones de niños están creciendo en unas circunstancias que jamás les permitirán realizar todo el potencial psíquico y físico con que nacieron. Y esta tragedia humana lleva en su seno los gérmenes de su perpetuación. Estos niños no podrán beneficiarse al máximo de las oportunidades educativas a su alcance, y su capacidad de realizar un trabajo productivo y de recibir una remuneración acorde con el mismo se verán igualmente limitadas. En consecuencia, es probable que estén en peores condiciones para proteger adecuadamente su salud y desarrollo que las generaciones venideras.

Romper este círculo vicioso es de crucial importancia para el proceso de desarrollo. Si esto no se consigue, todas las demás inversiones en suministro de agua o producción de alimentos, educación o servicios comunitarios básicos, serán menos efectivas por

la sencilla razón de que una proporción significativa de la población no estará en condiciones de poder contribuir ni de beneficiarse plenamente de ellas. Por tanto, dentro del marco general de progreso, es especialmente necesario proteger *el desarrollo físico y mental de todos los niños*. Todos los dirigentes políticos nacionales deberían tener presente que existe la posibilidad real de alcanzar este gran objetivo en el curso de los próximos diez años. Y en estos momentos hay ya indicios de que esta cuestión empieza a ser objeto de atención política al máximo nivel.

En el comunicado final de la Conferencia en la cumbre celebrada en Moscú en mayo de 1988, el secretario general Gorbachov y el presidente Reagan ofrecieron "su apoyo al objetivo de la OMS/UNICEF de reducir el alcance de la mortalidad infantil prevenible a través de los medios más eficaces para salvar vidas infantiles" e instaron a "los demás países y a la comunidad internacional a intensificar sus esfuerzos para lograr este objetivo". Análogamente, los jefes de Estado de la mayoría de países de África, Asia y América Latina han manifestado, en los últimos cinco años, un nuevo compromiso para lograr avances sustanciales en el ámbito de la salud y el desarrollo de la infancia mundial (recuadro 5).

Es posible, por tanto, que haya llegado el momento de promover una reunión de jefes de Estado —o tal vez una sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas, como la celebrada para tratar de la crisis africana— con el fin de debatir propuestas de acción que aprovechen las grandes oportunidades actuales para proteger la infancia de hoy y el mundo de mañana.

Además de tratar los temas incluidos en su orden del día, una reunión de estas características también podría contribuir a enfocar la atención política y económica sobre el tema de la *infancia*. Según sean las condiciones en que se desarrolle la infancia de hoy estaremos sembrando las semillas de la paz y la prosperidad o de la violencia y la degradación. Ha llegado el momento de obrar con mayor coherencia y traducir esta premisa evidente en acción tanto en el mundo industrializado como en el mundo en desarrollo.* Tam-

bién ha llegado el momento de empezar a prestar atención a las necesidades y derechos de la infancia no como un mero producto secundario del progreso, sino como un fin específico de éste y como un medio para alcanzarlo. La verdadera prueba de fuego de un mundo civilizado es su capacidad de proteger a sus miembros más vulnerables y de asegurar su futuro; en este sentido, la infancia integra en sí misma ambos elementos. Invertir en el desarrollo actual de la infancia —procurando satisfacer sus necesidades más inmediatas y promoviendo con todos los conocimientos y recursos a nuestro alcance su desarrollo físico, psíquico y emocional— es el único nivel de actuación que permite a la vez hacer frente a apremiantes necesidades humanas de hoy y prevenir y sentar las bases de solución de lo que podrían llegar a ser problemas insolubles mañana.

Una *cumbre en favor de la infancia* de estas características también ofrecería una ocasión para que los dirigentes políticos sustituyeran la confrontación en torno a los problemas actuales por el diálogo cooperativo con el fin de abordar nuestro futuro común. En concreto, el tema global "*Infancia de hoy — mundo del mañana*" podría ayudar a centrar la atención en el impacto humano convergente de los problemas sectoriales, ofreciendo al mismo tiempo la perspectiva a diez, veinte, o treinta años vista que tan insistentemente están reclamando los grandes problemas del medio ambiente y la pobreza.

Así pues, en las necesidades de la infancia confluyen todos los temas centrales del desarrollo. Y la gama de cuestiones que podrían abordar los dirigentes del mundo entero en el contexto de las condiciones de vida de la infancia no tiene límite. Sin embargo por importante que sea el temario potencial abordado en la conferencia, debería concederse la máxima prioridad a las grandes *oportunidades específicas* actuales para proteger las vidas y el desarrollo físico y mental de la mayoría de los niños del mundo.

Por ello este informe se cierra con un resumen de los avances concretos que se vislumbran, y que una *cumbre internacional en favor de la infancia* podría ayudar a alcanzar.

* Hay ya claros indicios de una nueva preocupación por la infancia en el mundo industrializado. En los Estados Unidos, por ejemplo, se percibe actualmente una creciente sensibilidad hacia el hecho de que un 20% de la población infantil del país vive por debajo del nivel oficial de pobreza. Y en la Unión Soviética, durante el histórico Congreso del Partido Comunista de junio de 1988, el ministro de Salud Chazov declaró: "estamos orgullosos de nuestro sistema de atención de salud, pero mantenemos en silencio el hecho de que ocupamos el quin-

cuagésimo lugar en el mundo, detrás de Mauricio y Barbados, en cuanto a mortalidad infantil". Una reunión internacional centrada en la infancia podría ir acompañada, por tanto, de encuentros nacionales equivalentes, de igual modo que el Año Internacional del Niño contribuyó a poner en marcha iniciativas nacionales en favor de mejores condiciones de vida para la infancia tanto en el mundo en desarrollo como en el mundo industrializado.

Una burbuja protectora

En los últimos años, un gran número de personas y organizaciones han comprendido la necesidad de otorgar una protección especial al desarrollo físico y mental de los niños menores de cinco años. Algunos han planteado la necesidad de crear una especie de "burbuja protectora" durante los primeros años de vida. Otros han expresado la misma idea concretándola en la necesidad de elevar artificialmente el nivel socioeconómico de los niños menores de cinco años, mediante una concentración de recursos en el entorno de la pobreza para combatir las condiciones inadecuadas de higiene, de salud y de nutrición, que representan una mayor amenaza para el crecimiento normal. Otros aún han hablado, en términos más dramáticos, de "tender un puente sobre el valle de la muerte", refiriéndose a la necesidad de utilizar los conocimientos actuales para superar sin peligro el período de riesgo que abarca desde los seis meses hasta aproximadamente los dos años de edad, durante el cual son más vulnerables la salud y el desarrollo.

Como quiera que se exprese esta necesidad, la clave para satisfacerla consiste en la capacitación de los padres.

Desde el momento de la concepción hasta los seis meses de vida, el entorno del niño es su madre. Durante este período, el factor decisivo para la supervivencia y desarrollo del niño es el estado de nutrición de la madre. A partir de la edad de seis meses, el entorno del niño pasa a ser cada vez en mayor medida su hogar y su comunidad. Si ese entorno se caracteriza por la pobreza y unos servicios deficientes, se derivarán una multitud de nuevos peligros. Y durante este período, el factor decisivo para la salvaguarda del niño es que sus padres y sobre todo su madre estén capacitados para protegerle.

En consecuencia, para crear una barrera protectora en torno a los años más vulnerables de la vida de un niño es preciso promover, en primer lugar, la salud de la madre y, a continuación, capacitar a los padres.

Por tanto, cualquier nuevo plan internacional de actuación en favor de la infancia debería considerar, ante todo, los principales avances necesarios y a la vez posibles para las mujeres.

Esta necesidad coincide con otra de las prioridades evidentes del desarrollo real. En interés de las mujeres como tales, y no sólo como madres, es preciso adoptar medidas urgentes para reducir el terrible saldo de víctimas que se cobran los procesos de embara-

zo y parto en términos de la vida y la salud de las mujeres. La atención primaria de salud podría reducir a *más de la mitad* las enormes tasas de mortalidad materna del mundo en desarrollo, mediante la difusión universal de la información sobre el espaciamiento de los nacimientos, la atención prenatal básica para todas las mujeres embarazadas (incluida la vacunación contra el tétanos y una alimentación suplementaria cuando sea necesario), la presencia garantizada de una persona calificada en todos los partos y la organización de servicios de referencia para las emergencias obstétricas.

Actualmente se dispone de los conocimientos necesarios para lograr una reducción de ese orden con un costo que todos los países en desarrollo podrían sufragar y que todos los países industrializados podrían ayudar a cubrir. El problema que se plantea no es de posibilidades sino de prioridades. Si los medios de comunicación encuentran la manera de llamar la atención mundial sobre las "muertes maternas", a menudo terriblemente dolorosas y solitarias, que se cobran la vida de medio millón de mujeres cada año, del mismo modo que han conseguido concienciar a la opinión pública mundial sobre los sufrimientos causados por la sequía y el hambre, sin duda el mundo no tardaría en exigir que se hiciese algo para remediarlo.

Una reducción de ese alcance en la mortalidad femenina también mejoraría la calidad de vida de las mujeres. Y para muchos millones de niños, la mejor salud de sus madres también significaría una infancia más sana, incluida una nutrición más adecuada durante la gestación y una menor vulnerabilidad a las infecciones y al retraso del crecimiento durante los primeros meses de vida.

Una consecuencia importante sería una menor incidencia del problema del bajo peso al nacer. Actualmente, alrededor de un 20% de los niños del mundo pesan menos de 2500 gramos al nacer.* Estos niños tienen aproximadamente una probabilidad dos veces superior de sufrir desnutrición y también de morir en la infancia que los nacidos con un peso normal.

* Este problema es particularmente acusado en Asia meridional, donde casi una tercera parte de todos los recién nacidos presentan bajo peso al nacer. Esta cifra refleja el estado de salud y de nutrición sumamente deficiente de las mujeres embarazadas (no sólo durante el embarazo sino también durante su propia infancia y adolescencia) y el hecho de que un 65% de las futuras madres de la región sufren de anemia nutricional. Una salud materna deficiente lleva aparejada una nutrición inadecuada para sus hijos, con lo cual el problema se traspassa a la generación siguiente. La mejora de la nutrición de las niñas y las mujeres jóvenes y la atención prenatal son, por tanto, vitales puntos de intervención para lograr un desarrollo real en gran parte de Asia meridional.

Declaración de Talloires: la protección de la infancia

"La protección de la infancia mundial. Objetivos para la década de los noventa" fue el principal tema tratado en la última reunión del Grupo Operativo para la Supervivencia Infantil, celebrada en Talloires, Francia, en marzo de 1988. Este Grupo Operativo, creado en 1984 por el Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF, reúne periódicamente a los ministros de Salud de los países en desarrollo con los directivos de las organizaciones de ayuda bilateral. La "Declaración de Talloires" contiene los aspectos esenciales tratados durante los tres días de debates celebrados en Francia. Estos son resumidos los puntos principales:

○ "Durante los últimos diez años se han logrado avances notables en el ámbito de la salud. Existe un creciente reconocimiento mundial de que una infancia y unas familias sanas son elementos esenciales para el desarrollo humano y nacional... La comunidad internacional, en colaboración con los gobiernos nacionales, ha diseñado programas de alcance mundial. Entre otros:

○ "programas de inmunización, que en la actualidad protegen a más del 50% de los niños de los países en desarrollo con vacunas como la DPT (difteria, tos ferina, tétanos) y contra la poliomielitis, gracias a las cuales se evita que 200.000 niños queden afectados de parálisis cada año a causa de la polio, o se previene la muerte de más de un millón anual de niños por el sarampión, la tos ferina o el tétanos neonatal;

○ "programas de control de las afecciones diarreicas, con una cobertura actual de un 60% de la población del mundo en desarrollo, mediante la distribución de sales de rehidratación oral, gracias a las cuales se evitan cada año cerca de un millón de muertes por diarrea;

○ "iniciativas para controlar las infecciones respiratorias que permiten alentar la esperanza de evitar en los próximos años gran parte de los tres millones de muertes infantiles anuales que tienen lugar en los países en desarrollo por estas causas;

○ "programas de planificación familiar y de maternidad sin riesgos, de enorme importancia para salvaguardar el bienestar de las familias."

En la reunión también se acordó proponer que "los organismos nacionales e internacionales adopten los siguientes objetivos para el año 2000:

○ "erradicación de la polio a escala mundial";

○ "la práctica desaparición de las muertes por tétanos neonatal";

○ "reducción del 90% de los casos de sarampión y del 95% de la mortalidad asociada respecto a los niveles anteriores a la inmunización";

○ "reducción del 70% de los 7,4 millones de muertes anuales por diarrea de niños menores de cinco años previstas para el año 2000 de no contarse con la terapia de rehidratación oral, y una reducción del 25% en la incidencia de la diarrea";

○ "reducción del 25% en las tasas de mortalidad asociadas a las infecciones respiratorias agudas en los menores de cinco años";

○ "reducción al menos a la mitad (para el período 1980-2000) de las tasas de mortalidad infantil (menores de un año) y de los menores de cinco años en todos los países, o a 50 y 70 por cada 1.000 nacidos vivos respectivamente, según sea el objetivo que represente una mayor reducción";

○ "reducción de un 50% en las actuales tasas de mortalidad materna."

Una de las principales conclusiones de la reunión sostiene que: "Si se alcanzasen estos objetivos, alrededor del año 2000 se habría conseguido evitar que decenas de millones de niños muriesen y quedasen incapacitados, lográndose además un crecimiento demográfico equilibrado gracias a la mayor confianza de los padres en la supervivencia y desarrollo de sus hijos. La erradicación de la poliomielitis, junto con la erradicación de la viruela, serían una de las mejores aportaciones del siglo XX al siglo XXI".

Finalmente, la Declaración de Talloires reclama la atención mundial acerca del potencial que ofrecen otras nuevas iniciativas de gran eficacia y de bajo costo destinadas a "mejorar la calidad y cobertura de los servicios de educación para lograr la universalización de la escolarización en la enseñanza primaria y un 80% de alfabetización femenina" y conseguir asimismo "la virtual eliminación de la desnutrición grave entre los menores de cinco años, así como una reducción significativa de la desnutrición moderada y leve en cada país."

Por tanto, la reducción de la prevalencia del bajo peso al nacer hasta un nivel inferior al 10% antes del año 2000 sería uno de los primeros objetivos de *desarrollo real* que podría adoptar una conferencia internacional en favor de la infancia. La consecución de este objetivo permitiría proteger la vida y la salud de muchos millones de niños; y la única manera de lograrlo es protegiendo la vida y la salud de muchos millones de mujeres.

Capacitación de los padres

El segundo medio para crear una cúpula protectora alrededor de los primeros años de la infancia es mejorar la capacidad de los padres para hacer frente a las amenazas súbitas y frecuentes – en proporción directa con el grado de pobreza del contexto familiar – que se ciernen sobre la vida y el crecimiento del niño a partir de los seis meses de edad, cuando empieza a entrar en contacto con nuevos alimentos y un nuevo entorno.

Actualmente, se dispone de medios que permitirían mejorar significativamente esa capacidad protectora. Una movilización general de todos los medios de comunicación y de apoyo podría poner a disposición de los padres la información sobre la importancia de la lactancia materna y la inmunización; sobre las especiales necesidades nutricionales del niño en sus primeros años de vida; sobre la necesidad de vigilar su desarrollo; sobre los métodos de prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias y el paludismo; así como los principios de la higiene doméstica y de la protección contra las enfermedades más comunes.

Si se consigue poner al alcance de los padres estos medios para lograr lo que todos ellos desean – el desarrollo normal y sano de sus hijos –, *en los próximos diez años será posible vencer casi todas las principales causas específicas de las enfermedades comunes, del retraso físico y mental del crecimiento y de mortalidad prematura entre los menores de cinco años.*

Una conferencia de alto nivel en favor de la infancia podría reunir la voluntad política y los recursos financieros y sociales necesarios para promover esta causa. Con este apoyo, en el plazo de pocos años podrían cumplirse algunas metas históricas que sólo aguardan el impulso adecuado. La inmunización universal podría eliminar prácticamente la mortalidad y el retraso del crecimiento causados por el sarampión, la tos ferina y el tétanos. Podría erradicarse la poliomielitis.

Podrían superarse los trastornos asociados a la carencia de yodo (incluidas las lesiones cerebrales fetales que afectan a decenas de miles de recién nacidos) y de vitamina A (que provocan la ceguera de al menos 250.000 niños cada año) mediante la yodación de la sal comestible, inyecciones de aceite yodado y la administración de cápsulas de vitamina A aprovechando los programas de vacunación en aquellas zonas del mundo que estén afectadas.

De igual modo, podría informarse a todos los padres sobre la TRO y los métodos de prevención y tratamiento de la diarrea e infecciones respiratorias que constituyen importantes causas de mortalidad y de retraso del crecimiento entre la infancia de todos los países en desarrollo. Estos conocimientos, acompañados del respaldo de agentes comunitarios de salud capaces de tratar o de referir a otros servicios el pequeño porcentaje de casos que rebasan las capacidades de los padres bien informados, permitirían salvar la vida al total de seis millones de niños que mueren anualmente por alguna de estas dos causas.

Este grupo de enfermedades provocan cada año un mayor número de muertes infantiles y sufrimientos inimaginables para un mayor número de familias que los causados por todas las sequías, hambrunas e inundaciones de los últimos 25 años. Y probablemente son una causa más importante de desnutrición y de retraso del crecimiento que la carencia misma de alimentos. Sin embargo, no hay tragedia en el mundo más innecesaria que ésta. Y sin duda el mundo no permitiría que continuase si tuviese conocimiento de ella a través de los mismos medios que nos ayudan a conocer cada vez mejor las tragedias más infrecuentes y más visibles de nuestro tiempo.

Nadie puede dudar, por tanto, de que una voluntad política al máximo nivel, acompañada de apoyo internacional para acometer estos objetivos, podría salvar en muy poco tiempo muchos millones de vidas infantiles cada año y proteger el desarrollo normal, tanto físico como mental, de muchos millones más.

Este gran objetivo puede alcanzarse con un costo asequible durante la próxima década (gráfico 3). Es posible crear una burbuja protectora. Puede tenderse un puente sobre el valle de la muerte. Puede mellarse el filo del cuchillo de la pobreza antes de que incida en la vida de un niño. Hoy en día, es posible satisfacer las necesidades de la infancia, y proteger las capacidades de los adultos de mañana, si se ponen al alcance de los padres los presentes conocimientos y se les presta el apoyo necesario para aplicarlos en la práctica.

Tanzania: éxito en Iringa

En diciembre de 1983, una gran multitud llenó el estadio Samora Machel en Tanzania para asistir al lanzamiento de un programa destinado a mejorar el estado de salud y de nutrición de la infancia del país. En el acontecimiento participaron más de 100.000 personas, incluidos músicos, cantantes, bailarines, grupos culturales, equipos deportivos, el primer ministro de Tanzania y el director ejecutivo del UNICEF.

Cinco años después se han empezado a evaluar los resultados del programa. En las 168 aldeas de la región de Iringa, donde se inició su aplicación, se ha logrado una reducción del 60% en los casos de desnutrición grave y una disminución de un 30% en la mortalidad infantil.

Los programas específicamente destinados a mejorar el estado de nutrición de la infancia son famosos, entre los trabajadores de campo experimentados, por sus decepcionantes resultados. Iringa constituye una importante excepción. ¿Qué hay detrás de los éxitos mensurables logrados?

El proceso no se inició con la ceremonia inaugural, sino un año y medio antes, cuando comenzaron las reuniones entre los técnicos de planificación del desarrollo y los aldeanos, los funcionarios del Gobierno y los dirigentes políticos de la región de Iringa, para conocer sus opiniones sobre el Programa de nutrición previsto.

Desde un primer momento se recurrió a la movilización social y las comunidades comenzaron a considerarse responsables del programa.

Durante los primeros seis meses de su lanzamiento, equipos móviles visitaron las 168 aldeas seleccionadas de la región. En cada una de ellas, se constituyó un comité de salud o se reforzó el ya existente y se formaron a dos agentes de salud entre los habitantes de la aldea. Los padres comenzaron a acudir regularmente con sus hijos a las Jornadas de Salud, durante las cuales éstos eran pesados, vacunados y recibían tratamiento de las afecciones corrientes, al mismo tiempo que los agentes de salud ofrecían consejos prácticos a los padres.

No se han creado nuevas organizaciones ni instituciones de ningún tipo para el programa de Iringa. Tanzania ya cuenta con una infraestructura organizativa que abarca desde el Gobierno central hasta las aldeas. El Programa de Iringa movilizó esta infraestructura de forma sistemática y los funcionarios del Gobierno se responsabilizaron de su aplica-

ción como parte de sus tareas habituales. A escala comunitaria, los jefes de aldea y los cuadros del partido colaboran con el personal de extensión y los agentes de salud de las aldeas en la organización de actividades como las Jornadas de Salud, la construcción de letrinas, la promoción de actividades generadoras de ingresos para las mujeres, la construcción o renovación de las nuevas instalaciones para la atención de salud, y el cultivo de nuevas variedades de plantas resistentes a la sequía.

Un aspecto central del proceso de movilización social son las reuniones de aldea, que constituyen el punto focal para la evaluación y la acción. En ellas se comentan los resultados del programa de control de peso de los niños y algunos de los problemas que salen a relucir con mayor frecuencia son los del cuidado y alimentación infantil, pues la mayoría de las madres están sobrecargadas de trabajo y no tienen tiempo de preparar más de dos comidas diarias para sus hijos. Para resolver este problema se han creado un total de 236 guarderías infantiles diurnas, generalmente instaladas en un aula de la escuela o a la sombra de un árbol frondoso, que en conjunto atienden a 15.000 niños en total. En la mayoría de las aldeas, se paga a una ayudante encargada de dar de comer a los niños y vigilarlos, a menudo con cargo a los fondos de las devoluciones de impuestos recibidas del gobierno local como subvención para las actividades de desarrollo.

El programa aprovecha todos los medios de comunicación disponibles. Los documentales filmados han demostrado ser un medio popular para informar y motivar a las comunidades y las radios también transmiten información sobre temas de salud. Un boletín trimestral, con artículos de corresponsales de las aldeas, mantiene informados a los dirigentes comunitarios de los avances logrados en otras aldeas. La propia gráfica de vigilancia del desarrollo del niño ha resultado útil para despertar el interés de los padres por la observación del crecimiento de sus hijos. Los músicos y los grupos culturales también colaboran en la difusión de los mensajes de salud durante las Jornadas de Salud y otros eventos especiales.

En los últimos 18 meses, el programa se ha ampliado hasta abarcar todas las 620 aldeas de la región. El enfoque empleado en Iringa se está aplicando ahora en algunos distritos seleccionados de otras seis regiones y se están evaluando los costos de una posible ampliación a escala nacional, actualmente en estudio.

Los costos

El objetivo de ofrecer una protección especial desde el momento del embarazo de la madre hasta que el niño cumple cinco años merece ser objeto de especial atención por parte de los políticos, tanto en razón del fundamental salto cualitativo que representaría para el desarrollo como porque es necesaria una voluntad política al máximo nivel para aprovechar esta oportunidad durante la década de los noventa.

Pero una cumbre en favor de la infancia podría ampliar también las perspectivas en cuanto a las actuaciones actualmente posibles.

Este informe ha tratado de mostrar que existen soluciones inmediatas y de bajo costo para muchos de los mayores problemas más evidentes que afectan a la infancia y a sus familias: los problemas de abastecimiento de agua y de alimentos, de salud y de nutrición, de vivienda y educación. Recientemente se han celebrado muchos años y décadas especiales y se han organizado muchas conferencias en el mundo para llamar la atención sobre estas oportunidades. Estos acontecimientos han contribuido en gran medida a la acumulación de conocimientos que actualmente podrían servir de base para un nuevo avance. Pero la mayoría de las acciones y estrategias necesarias ya han sido probadas y son asequibles a un costo razonable. En consecuencia, el objetivo para los próximos diez años no ha de ser un nuevo avance de los conocimientos en marcos limitados ni la continuación de esfuerzos de desarrollo fragmentarios sino una aplicación masiva en todos los frentes de los conocimientos y estrategias existentes.

En otras palabras, una cumbre en favor de la infancia también podría plantearse el objetivo más amplio de convertir los años noventa en el *Decenio en Favor de lo Evidente*.

Con este fin, debería tenerse en cuenta la escala de recursos necesarios para aprovechar las existentes oportunidades de bajo costo —descritas a grandes rasgos en el capítulo IV de este informe— que permitirían superar los peores aspectos de la pobreza antes de finalizar el siglo. Como se ha visto, existen métodos poco costosos para satisfacer las necesidades básicas en materia de salud y nutrición, agua y saneamiento, educación y alfabetización. Pero es preciso plantearse si los costos absolutos podrían llegar a superar un techo realista.

Es arriesgado convertir estos costos exclusivamente en dólares, porque la voluntad política y una ges-

ción competente son al menos tan importantes como los recursos financieros. Sin embargo, en términos muy generales, el costo adicional que supondría satisfacer las necesidades humanas más básicas sería del orden de los 30.000 a 50.000 millones de dólares anuales durante toda la década de los noventa. Y también en líneas muy generales, este costo debería ser cubierto en parte por las comunidades, en parte a través de una modificación del orden de prioridades del gobierno en favor de los pobres y en parte a través de una mayor ayuda internacional para el desarrollo real.

Evidentemente, las estrategias y los costos variarían mucho según se trate de zonas rurales o urbanas y de un país a otro (sobre todo según el nivel de infraestructura y de servicios de alcance existentes). Pero la experiencia de los últimos diez o quince años en el terreno del desarrollo indica que es posible acometer acciones a escala nacional, con un costo asequible, en todas las principales regiones que no tienen cubiertas las necesidades humanas básicas.

Por ejemplo, en los países en desarrollo con bajos niveles de ingreso, la atención primaria de salud, incluidos los fundamentales servicios de salud materno-infantil, representa un costo per cápita aproximado de 5 dólares por persona y año. Experiencias similares en el terreno de la educación indican que el costo medio de la escolarización primaria de todos los niños de 6 a 11 años es del orden de los 25 dólares por niño y año. También se han puesto en práctica con éxito programas de alfabetización de adultos con un costo aproximado de 20 a 30 dólares anuales por persona alfabetizada. Finalmente, como se ha visto, es posible crear una red de suministro de agua y un sistema básico de saneamiento con un costo anual de unos 6 dólares por persona.

Actualmente, más de mil millones de hombres, mujeres y niños viven en condiciones de "pobreza absoluta" en todo el mundo. Pero es a todas luces imposible concentrar el esfuerzo de desarrollo exclusivamente en los más pobres. Por ejemplo, los programas de abastecimiento de agua o de nutrición tienen que ponerse al alcance de aldeas o barrios urbanos enteros para que puedan llegar a beneficiar a los más pobres, cuyas vidas son inseparables de las complejas realidades sociales y económicas de sus comunidades. De ahí que sea preciso plantearse la posibilidad razonable de satisfacer las necesidades esenciales no sólo de los más de mil millones de personas a que se eleva el total de pobres absolutos del mundo, sino de los

1500 a 2000 millones que constituyen el tercio más pobre de la población del mundo en desarrollo.

Aplicando los costos señalados a estas necesidades, resulta una suma total del orden de los 30.000 a 50.000 millones de dólares anuales durante toda la década de los noventa. Esta cantidad es bastante inferior al 0,5% de los 13 billones de dólares a que asciende el valor de la producción total de la economía mundial y absolutamente insignificante si se compara con los grandes logros humanos y económicos que ayudaría a alcanzar. Pero es una cantidad importante en relación a los recursos disponibles de las clases sociales más pobres y menos poderosas.

No obstante, las propias comunidades necesitadas podrían cubrir hasta el 25% de ese costo total. Por ejemplo, la Iniciativa de Bamako (recuadro 10) se propone ofrecer los servicios esenciales de salud maternoinfantil con un costo inferior a lo que muchas familias gastan en fármacos y medicinas. Y con un costo anual de unos cinco dólares por persona es posible prestar servicios de conducción de agua y de saneamiento básico a las zonas urbanas, precio inferior al que están pagando muchas familias y comunidades a los vendedores comerciales de agua. Actualmente se abren nuevas oportunidades de actuación *autogestionada* para satisfacer estas y otras necesidades, si los gobiernos saben crear condiciones favorables de apoyo a los esfuerzos bien informados de la población.

Pero la mayor parte de los 30.000 a 50.000 millones de dólares anuales deberán obtenerse a través de una combinación bien meditada de cambios en las prioridades presupuestarias de los gobiernos de los países en desarrollo y de un incremento y reasignación de la ayuda de los países industrializados.

En estos momentos existe la posibilidad de lograr progresos significativos en todos los ámbitos de las necesidades humanas con la introducción de cambios *relativamente modestos* en la asignación de los recursos, desviándolos de las actividades con un elevado costo per cápita, que atienden principalmente las necesidades de los más favorecidos, para concentrarlos en estrategias con un bajo costo per cápita, destinadas fundamentalmente a las capas más pobres de la sociedad. En el ámbito de la salud, a menudo se destina del 60% al 80% del presupuesto a hospitales, médicos y tecnología médica a la que sólo tiene acceso alrededor del 15% de la población. Asimismo, más de la mitad del gasto público total en educación suele dedicarse en muchos casos al 10% o al 20% de los alumnos de enseñanza secundaria y universitaria, casi todos per-

tenecientes a grupos sociales con altos niveles de ingreso. En cuanto al suministro de agua y saneamiento, un 80% de los 12.000 millones de dólares que se gastan cada año va a parar a los servicios destinados a los grupos urbanos más favorecidos, con un costo medio de capital de 600 dólares por persona atendida, y sólo el 20% restante se dedica a ofrecer estos servicios a los más pobres, con un costo medio de capital de 20 a 30 dólares por persona.

Hay, por tanto, un considerable margen para satisfacer las necesidades esenciales mediante una reasignación de los recursos *existentes*. Además, es indudable que un cambio del orden de prioridades y de la distribución del gasto público en favor de lo que podríamos denominar un "desarrollo con rostro humano" permitiría liberar otro 25% del total anual de recursos requerido.

Sin embargo, en la práctica, ningún gobierno, cualquiera que sea su ideología, puede prescindir de las realidades políticas y dedicar la totalidad de sus recursos a los pobres, a todos los pobres y nada más que a los pobres. Ni tampoco es posible financiar en su totalidad los programas contra la pobreza a base de "quitar a los ricos" en países en desarrollo, donde doblar los impuestos del 10% de contribuyentes con niveles más altos de renta supondría doblar la carga tributaria para todos los obreros industriales, maestros de escuela y los grupos peor remunerados de funcionarios públicos. En estas condiciones, ¿cómo puede llevarse a cabo una reasignación significativa de los recursos?

En el pasado, los cambios fundamentales en la asignación de recursos en favor de los más pobres se han realizado a menudo en el contexto especial de revoluciones políticas (generalmente con enfrentamientos civiles y un elevado costo humano) o después de la derrota o la retirada de una potencia ocupante (como en la República de Corea en la década de los cuarenta) o en países con una tradición muy larga y firme de democracia auténticamente representativa (como en Sri Lanka o en el estado indio de Kerala). Pero la mayoría de los países en desarrollo deben encontrar una vía para avanzar por este camino en contextos menos excepcionales.

Las actuales estrategias de bajo costo para la satisfacción de las necesidades esenciales constituyen un factor de vital importancia práctica a la hora de afrontar este desafío. De hecho, reducen significativamente el grado de voluntad política necesaria (y el grado de riesgo político implícito) para acelerar el progreso

en favor de los más pobres. Pero, con un costo total estimado de 30.000 a 50.000 millones de dólares anuales, sigue siendo difícil financiar estos programas exclusivamente en base a la reasignación de los recursos disponibles. En este aspecto es donde la ayuda exterior podría resultar más crucial.

Por razones obvias, las dificultades políticas que supone destinar una mayor proporción de los recursos nacionales a atención primaria de salud, a la educación básica para todos o a sistemas de abastecimiento de agua y de saneamiento de bajo costo, serán mucho menores si se amplía el total de recursos disponibles para salud y educación. Y más aún si una parte significativa de esos mayores recursos se ofreciese, inicialmente, de forma exclusiva como una ayuda destinada a apoyar los esfuerzos de los gobiernos para superar los peores aspectos de la pobreza absoluta.

La ayuda exterior podría utilizarse, por tanto, para reducir las resistencias políticas y facilitar a los gobiernos de los países en desarrollo la reasignación de sus prioridades en favor de los sectores más pobres de sus sociedades. Por ello la vía más factible y menos turbulenta para la erradicación de los peores aspectos de la pobreza absoluta pasa por la combinación de un incremento de la ayuda y un cambio de prioridades.

En concreto, si los países donantes redujesen la brecha entre los presentes niveles de ayuda (que representan un promedio del 0,34% del PNB de dichos países) y el objetivo largo tiempo acordado del 0,7% del PNB, con esto sólo ya se cubriría más de la mitad de la cantidad requerida para atender las necesidades humanas básicas antes de finales de siglo.

Evidentemente no sería realista pensar que toda la ayuda, o incluso todos los incrementos en la ayuda, podrían destinarse exclusivamente a este fin. Financiar la construcción de carreteras y otros servicios de infraestructura material y humana también puede ser una necesidad importante del proceso de desarrollo. Por lo demás, siempre es más fácil alterar las prioridades de los presupuestos de ayuda exterior, igual que sucede con las prioridades de los presupuestos nacionales, en momentos de ampliación global de las cantidades disponibles. De ahí la importancia de garantizar que una parte muy significativa del incremento presupuestario se dedique a la lucha directa contra la pobreza.

Por ejemplo, sería razonable plantearse un incremento de la ayuda exterior desde los 50.000 millones de dólares actuales hasta alrededor de 75.000 millones de dólares para dentro de cinco años, establecien-

do simultáneamente una cooperación con los gobiernos de los países en desarrollo para garantizar que al menos una tercera parte de esa suma total se destinase, en primera instancia, a la satisfacción de las necesidades más esenciales de los grupos más pobres.

Este enfoque podría plantearse también de manera que favoreciese significativamente el otro objetivo principal de la ayuda exterior, a saber: estimular el crecimiento económico. La mayor parte de los costos de un ataque frontal contra la pobreza serían obviamente de carácter local en moneda local. Si los países industrializados financiaran una proporción importante de los mismos en el contexto de un *pacto de desarrollo real*, los países en desarrollo podrían obtener de este modo sumas significativas de divisas (por un proceso análogo a los ingresos por turismo, que luego se dedican en gran parte a gastos en moneda local, generando un ingreso neto de divisas). La ayuda exterior podría apoyar de este modo a los gobiernos del mundo en desarrollo dispuestos a modificar su orden de prioridades en favor de los más pobres, al mismo tiempo que impulsaría, un nuevo crecimiento económico aumentando la disponibilidad de divisas vitales.

En un primer momento, podría asignarse por esta vía una proporción apreciable del incremento en la ayuda exterior al objetivo de mejorar las condiciones de vida y las capacidades de los más pobres. Con el tiempo, los gobiernos de los países en desarrollo podrían hacerse cargo progresivamente de la financiación aportada por la ayuda exterior, a medida que sus economías comenzasen a avanzar por la vía del crecimiento sostenido. El esfuerzo para erradicar las peores secuelas de la pobreza también podría ofrecer, por tanto, una vía para un aprovechamiento eficiente de los recursos en favor del progreso económico.

Es importante que esta estrategia se conciba, tanto en el plano internacional como nacional, ante todo como un proceso "capacitador". El mundo industrializado podría crear, a través de la política comercial, de ayuda exterior y financiera, un tipo de entorno económico en el que el mundo en desarrollo pudiese desarrollar su capacidad para elevar el nivel de vida de su población. Análogamente, dentro de cada nación, los gobiernos podrían contribuir a crear —mediante mejoras en la salud, la nutrición y la educación— un tipo de entorno en el que las familias pudiesen desarrollar su capacidad para satisfacer sus propias necesidades.

Evidentemente, a más largo plazo, la satisfacción de las necesidades humanas también representaría

El SIDA: amenaza para la infancia

En un número creciente de países en desarrollo, el SIDA representa una grave amenaza para los avances alcanzados en la supervivencia infantil durante los años ochenta.

Según estimaciones de La Organización Mundial de la Salud, en todo el mundo se han producido unos 200.000 casos de SIDA y entre cinco y diez millones de personas ya están infectadas con el virus del SIDA (virus de inmunodeficiencia humana o VIH). Los datos sobre la incidencia del SIDA en la infancia todavía son insuficientes, pero varios informes recientes señalan que, en algunos países africanos, casi un tercio del total de casos corresponde a la población infantil. En algunas partes de África, un 25% de todas las mujeres en edad de procrear residentes en las ciudades están infectadas con el VIH; lo cual significa que aproximadamente uno de cada diez niños urbanos nace con el virus del SIDA.

Los recién nacidos infectados tienen una breve esperanza de vida, durante la mayor parte de la cual estarán gravemente enfermos. Casi todos morirán antes de alcanzar los dos años de edad. Es decir que en los países donde el SIDA está ya bastante extendido, las tasas de mortalidad infantil aumentarán de forma dramática.

La mayor parte de las víctimas infantiles del SIDA quedan infectadas antes de nacer. Estudios recientes indican que aproximadamente la mitad de todas las mujeres infectadas por el VIH transmitirán el virus a sus hijos durante el embarazo o el parto. Estas mujeres no suelen saber que están infectadas cuando quedan embarazadas.

Un número más reducido de niños de más edad también contraen el virus, principalmente a través del contacto con sangre infectada por una transfusión u otro procedimiento en el que se perfora la piel. Los adolescentes se ven afectados en número reducido pero creciente, por regla general durante los contactos sexuales.

La lactancia materna no constituye un medio significativo de transmisión del SIDA. Aunque se ha informado de algunos casos de niños que podrían haberse infectado a través de la leche materna, las numerosas ventajas que ofrece la lactancia natural para la protección de la vida compensan con creces

los pequeños riesgos de transmisión del SIDA por esta vía. La OMS y el UNICEF recomiendan encarecidamente la lactancia materna, incluso en aquellas zonas con gran prevalencia del virus del SIDA.

También se ha señalado como supuesta causa de la propagación del virus el uso de agujas hipodérmicas y jeringas no esterilizadas en los programas de inmunización infantil. Pero no se tiene noticia de ningún caso en el que esto haya ocurrido, y la OMS y el UNICEF han llegado a la conclusión de que "el potencial de difusión de la infección del VIH durante la administración de vacunas es bajo aunque las prácticas de esterilización no se ajusten enteramente a las normas establecidas".

En la actualidad no existe ningún tratamiento ni remedio eficaz contra el SIDA y es poco probable que logre desarrollarse una vacuna antes de finales de siglo. Es preciso, por tanto, que todos los padres y jóvenes estén informados sobre lo que pueden hacer para protegerse y proteger a sus parejas y a sus futuros hijos contra el virus del SIDA.

En muchos países se ha comenzado a preparar a los agentes de salud materno-infantil para que sepan responder a este desafío. Pero los servicios de salud no pueden librar una batalla eficaz contra el SIDA por sí solos. Se requiere un esfuerzo de movilización social a escala masiva —como el que ya está empezando a ponerse en marcha bajo la dirección de la Organización Mundial de la Salud—, con la participación de todos los medios de educación y comunicación disponibles.

Algunos países en desarrollo están empezando a emplear en la lucha contra el SIDA algunas de las técnicas de movilización social que aplicaron con tanta eficacia para la promoción de los programas de supervivencia infantil de la década de los ochenta, sobre todo en el caso de la inmunización y el control de las afecciones diarreicas. En Tanzania, por ejemplo, se promoverá la participación en el programa de control del SIDA de la radio y la prensa, los medios de comunicación populares y los dirigentes comunitarios, las organizaciones de voluntarios y las escuelas. En Uganda, las medidas de prevención del SIDA se enseñan en todas las escuelas primarias y secundarias.

una aportación fundamental para el objetivo del progreso económico sostenido. Como declaró el presidente del Banco Mundial Barber Conable en septiembre de 1988:

“La pobreza en su escala actual impide acceder a mil millones de personas a un nivel de vida mínimamente aceptable. Permitir que un ser humano de cada cinco sufra semejantes condiciones de existencia en nuestro planeta es una ignominia moral. Es además un error económico, un terrible despilfarro de preciosos recursos para el desarrollo”.

Para hacer realidad este encomiable propósito de satisfacer las necesidades básicas de toda la humanidad antes de que finalice el siglo, es preciso empezar a preparar con tiempo los planes concretos para lograrlo—tanto respecto al incremento de la ayuda exterior como en relación al cambio de prioridades internas—dentro del cuarto y último Decenio de Desarrollo establecido por las Naciones Unidas (1991–2000). Durante este período podrían someterse a revisión pública los programas de ayuda exterior—tanto en el Este como en el Oeste—a fin de determinar qué proporción de la misma se destina actualmente a la satisfacción de necesidades humanas esenciales, e intentar incrementarla hasta un tercio del total durante los próximos tres años. De igual modo, los gobiernos de los países en desarrollo también podrían empezar a revisar y a publicar informes sobre la asignación de sus propios recursos y las principales oportunidades que se ofrecen para conceder mayor prioridad a las medidas de bajo costo capaces de satisfacer las necesidades de su población más pobre. Finalmente, las organizaciones internacionales, entre ellas también los organismos de las Naciones Unidas, podrían participar asimismo en este proceso, revisando la asignación de sus propios recursos y aportando las experiencias acumuladas internacionalmente para ayudar a los países a identificar y perfeccionar los métodos de bajo costo destinados a capacitar a los grupos más pobres para que puedan satisfacer sus necesidades y las de sus hijos.

Conclusión

En síntesis, el tema central de este informe ha girado en torno a una cuestión crucial: los reveses que ha sufrido el proceso de desarrollo en los últimos años abren ahora una oportunidad para reorientar este proceso y establecer un nuevo compromiso en favor de un tipo de desarrollo encaminado a satisfacer las

necesidades y fomentar las capacidades de la cuarta parte más pobre de la humanidad. Un enfoque global que tenga en cuenta las necesidades y la aportación del mundo en desarrollo al plantearse la futura reestructuración de las relaciones económicas internacionales favorecerá tanto los intereses del Norte como los del Sur. Pero para ello será preciso invertir los actuales flujos financieros mediante una reducción de la deuda externa, la estabilización de los precios de los productos básicos, la reducción de las barreras proteccionistas y un incremento de la ayuda exterior y las inversiones. Esta transferencia de recursos debería efectuarse en el marco de un *pacto de desarrollo real* destinado a superar los peores aspectos de la pobreza en los próximos diez años. Pero después de la publicación del Informe Brundtland es evidente que cualquier pacto de desarrollo debe ser, de hecho, un *pacto de desarrollo y de protección del medio ambiente*, que incluya la concesión de apoyo técnico y financiero para ayudar a los países en desarrollo a ejecutar las difíciles decisiones que exige la protección ambiental a largo plazo. Si se logra integrar esta dimensión en la concepción del desarrollo real podría empezar a frenarse el deterioro del medio ambiente, que si no se detiene pronto constituirá un problema creciente para una proporción cada vez mayor de la humanidad a medida que vayamos aproximándonos al final de este siglo.

Por último, si los primeros rayos de luz que se vislumbran a través del Tratado de Limitación de Armas Nucleares de Alcance Medio y de la reducción de las tensiones regionales entre las superpotencias dieran paso a una plena aurora en el control de armamentos y la disminución del riesgo de guerra, también cabe anticipar un incremento de los recursos destinados a impulsar un nuevo pacto por un desarrollo real y la protección del medio ambiente. En varias partes de este informe se han comparado los costos del progreso social y los gastos de armamento. Pero los recursos actualmente dedicados a fines militares son tan enormes que un cierto grado de desmilitarización ha llegado a ser casi un requisito previo—en la gran mayoría de los países—para poder empezar a satisfacer todas las restantes necesidades humanas. Para dar una idea de la importancia de este requisito, cabe señalar que la reasignación de sólo un 5% del gasto militar total de los países en desarrollo e industrializados, una suma superior a un billón de dólares anuales, podría liberar los 50 mil millones de dólares anuales necesarios y suficientes para eliminar los peores aspectos de la pobreza absoluta de la faz del planeta antes del año 2000.

Irónicamente, la crisis de la deuda externa podría reabrir las vías de diálogo Norte-Sur que han permanecido bloqueadas por los malentendidos y obstruidas por la inercia durante la mayor parte de la década de los ochenta. No es de descartar que, con una actitud creativa, los debates encaminados a buscar una solución a la crisis de la deuda externa pudiesen impulsar la adopción de medidas más realistas y favorables a la reforma por ambas partes. En consecuencia, no es exagerado anticipar un deshielo en las relaciones Norte-Sur, convergente con el deshielo que parece haberse iniciado en las relaciones Este-Oeste.

La inevitable reestructuración de las relaciones económicas entre las principales economías del Norte está ya marcha. Una visión más amplia debería incorporar la resolución de la crisis de la deuda externa y la restauración del crecimiento en el mundo en desarrollo como parte inseparable de este proceso, pues esto favorecería los intereses globales de crecimiento económico al liberar la demanda del Sur para los productos del Norte.

Desde una perspectiva global, la complejidad de estas negociaciones ofrece una gran ocasión de impulsar un nuevo tipo de relaciones económicas con el Sur, como parte de un pacto de desarrollo real que no sólo permitiría restablecer el crecimiento económico en los países del Sur, sino también promovería un tipo de desarrollo capaz de satisfacer las necesidades y mejorar las capacidades de la mitad más pobre de sus poblaciones.

Nunca se insistirá demasiado en señalar que si esta visión se hace realidad, la comunidad internacional, y cada ciudadano individual de la misma, saldrían tangiblemente beneficiados. La persistencia de la pobreza en nuestro planeta es inseparable en última instancia de los problemas de la violencia, la inestabilidad y el deterioro del medio ambiente que a todos nos afectan y cada vez nos afectarán más a medida que vayamos acercándonos al inicio de un nuevo milenio.

En consecuencia no puede considerarse como algo demasiado abstracto y excesivamente distante la propuesta de presionar a los dirigentes políticos para que dediquen los últimos años de la década de los ochenta a examinar los lazos estructurales que existen entre la resolución de los problemas económicos más apremiantes y la posibilidad de eliminar la pobreza absoluta en nuestro tiempo mediante la cooperación internacional. El futuro podría depararnos años de inercia política, unos años en los que los problemas de la pobreza, la violencia y la degradación del medio ambiente afectarán cada vez con mayor frecuencia y más dolorosamente las condiciones de vida de un número creciente de personas, antes de que los dirigentes políticos se decidan a intentar ir más allá de las soluciones parciales o a corto plazo. O por el contrario, tal vez los tiempos ya estén maduros para poner en juego la visión y voluntad políticas necesarias que permitan abordar estos problemas en su integridad global en vez de tratar sólo sus consecuencias fragmentarias.

La experiencia del UNICEF lo reafirma en su irrevocable convencimiento de que la satisfacción de las necesidades esenciales de toda la infancia —y de sus familias— a través de la cooperación internacional constituye la mayor inversión que puede hacer la humanidad en favor de su prosperidad económica, estabilidad política e integridad ambiental futuras.

Sería imposible sobrestimar la complejidad de esta tarea o el grado de creatividad y voluntad políticas necesarias para llevarla a cabo. Pero, como ha intentado señalar este informe, si en estos momentos pudiera contarse con la visión y la voluntad políticas necesarias, y si se aceptara dedicar unos recursos relativamente modestos a este fin, la experiencia y los conocimientos técnicos acumulados en el pasado reciente ofrecen ya los medios para transformar esa visión y esos recursos en uno de los mayores triunfos de la humanidad en todos los siglos.

II

MEDICIÓN DEL DESARROLLO REAL

Capítulo suplementario
del informe sobre
el Estado Mundial de la Infancia, 1989

Medición del desarrollo real

Una de las principales conclusiones del informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia -1989* es que la crisis de la deuda externa ofrece una buena oportunidad para reorientar el desarrollo internacional de forma que éste se convierta en un proceso que conceda la máxima prioridad a los pobres, tanto en los buenos como en los malos tiempos económicos. En concreto, este desarrollo debe ser concebido y percibido como un proceso cuyo principal objetivo sea la satisfacción de las necesidades de todos los seres humanos en materia de nutrición adecuada, agua potable, saneamiento eficaz, atención primaria de salud, vivienda digna y educación básica.

Para mantener esta reorientación es necesario disponer de métodos adecuados de medición y comparación de niveles de progreso y ritmos de avance en relación con tal objetivo. En lo que concierne a los fines del UNICEF, se necesita diseñar un método que sea aceptable comúnmente para la medición del nivel y los cambios del bienestar de la infancia. Con tal fin, este capítulo suplementario del informe de 1989 propone el uso de la tasa de mortalidad de menores de cinco años y la tasa de analfabetismo como los principales indicadores del nivel de bienestar de la infancia. La correspondiente tasa media anual de reducción de la mortalidad infantil y del analfabetismo se considera como el "velocímetro" que marca los cambios en el ritmo de avance.

A modo de introducción sobre la importancia y la búsqueda de indicadores sociales, este suplemento presenta primero un resumen de las limitaciones del criterio convencional de evaluación del desarrollo, el PNB per cápita, como un indicador del bienestar humano.

Las limitaciones del PNB

La medida convencional del nivel y del ritmo de desarrollo de un país es, habitualmente, el producto nacional bruto (PNB) per cápita y su tasa anual de crecimiento. Aunque su utilidad es obvia en algunos aspectos, las limitaciones del PNB per cápita como indicador del desarrollo son ya ampliamente reconocidas.

En primer lugar, el PNB se compone principalmente de productos que pueden ser comercializados o evaluados en términos monetarios; por ello, el PNB no refleja adecuadamente factores tales como la producción familiar de alimentos para autoconsumo, el trabajo no remunerado de la mujer, la autoconstruc-

ción de alojamientos y el abastecimiento y consumo local de agua y leña. Todas éstas y muchas otras actividades no evaluadas son realmente fundamentales para el desarrollo de numerosos millones de personas, en especial, en las áreas rurales. Asimismo, las estadísticas de ingreso medio no reflejan adecuadamente los niveles reales de "ingreso social" proporcionados por servicios públicos tales como la salud y la educación.

Además, el PNB presenta importantes distorsiones cuando se utiliza como indicador comparativo de los niveles de desarrollo de diversos países. Dado que una gran proporción del PNB no entra a formar parte del comercio mundial, los tipos de cambio oficiales no reflejan adecuadamente el poder adquisitivo nacional. Por ejemplo, el precio de un par de sandalias o de un billete de autobús, puede ser cinco o quince veces más alto en París que en Dakar, pero este hecho no se tiene en cuenta cuando se dice que el PNB per cápita de Francia es 25 veces mayor que el de Senegal. En algunos casos en que se ha intentado contabilizar este hecho, se ha estimado que en muchos países en desarrollo el PNB per cápita debería ajustarse al alza con un factor de corrección de un orden de magnitud triple o más. Otra limitación de los análisis comparativos entre países basados en el PNB per cápita es que, por supuesto, no toman en consideración realidades tales como la necesidad de un mayor gasto proporcional en vestido o combustible en las regiones de clima frío, o de riego y fertilizantes en las regiones menos lluviosas o con suelos más áridos.

Una desventaja adicional del PNB per cápita como indicador del desarrollo reside en que se trata de una cifra *promedio*. Es el resultado de dividir aritméticamente el valor total de la producción de un país por su población total, un cociente anual que difiere a veces de forma considerable de la distribución efectiva correspondiente a cada uno de los habitantes. Habida cuenta de que las disparidades en la distribución de la riqueza nacional entre los diferentes grupos de población pueden llegar a ser muy amplias en algunos casos, de hecho el PNB per cápita puede ocultar más que revelar la auténtica situación de la población pobre, la cual debería constituir el principal objetivo del desarrollo. Así por ejemplo, países como Kenya, Brasil y Perú tienen un PNB per cápita que es casi el doble que el de Bangladesh, Tailandia y Sri Lanka, respectivamente. Pero si comparásemos entre estos dos grupos de países el PNB per cápita correspondiente al 40% más pobre de sus poblaciones respectivas, comprobaríamos que la situación de los pobres es

Un nuevo indicador: el PNB del 40% más pobre

Un país hipotético con una población de diez habitantes, cinco de los cuales recibiesen un ingreso anual de 100 dólares, mientras los otros cinco recibían un ingreso anual de 10.000 dólares, tendría un ingreso anual per cápita igual a 5000 dólares. Así pues, el PNB —el indicador convencional del desarrollo económico de un país— puede decirnos muy poco sobre el nivel de vida de su población pobre. Por consiguiente, tal como señala el informe sobre el Estado Mundial de la Infancia de este año, si se pretende reencauzar el desarrollo en favor de los grupos más pobres, será preciso utilizar indicadores más adecuados del bienestar económico que sirvan como guía y medida para lograr tal objetivo.

Desde esta perspectiva, el PNB per cápita del 40% más pobre de la población de un país sería sin duda una cifra más significativa. Lamentablemente, no se dispone de este dato para la mayoría de los países.

La tabla siguiente muestra la mejor información disponible sobre el PNB per cápita actual del 40% más pobre de la población de 46 países (24 en desarrollo y 22 industrializados). La columna 1 indica el promedio global del PNB per cápita para el conjunto del país, la columna 2 indica el PNB per cápita del 40% más pobre de la población, y la columna 3 la proporción del PNB total percibida por el 40% de familias más pobres.

Puede apreciarse rápidamente la validez de la tabla como indicador del desarrollo económico centrado en la población pobre:

○ Por ejemplo, el PNB per cápita global de Brasil es el doble que el de Tailandia, pero el PNB per cápita del 40% más pobre de la población tailandesa de hecho es superior a la cifra equivalente para Brasil.

○ El PNB global per cápita del Perú es dos veces y media mayor que el de Sri Lanka, pero el PNB per cápita del 40% más pobre de la población es aproximadamente igual en ambos países.

○ El PNB global per cápita de México es ligeramente superior al de Hungría, pero el PNB per cápita del 40% más pobre de la población mexicana representa sólo alrededor de la mitad de la cifra correspondiente a Hungría.

Países	PNB per cápita (dólares) 1985		PNB correspondiente al 40% de hogares más pobres (%)
	Total	40% más pobres	
1 Países Bajos	9180	5141	22,4
2 Japón	11330	6203	21,9
3 Bélgica	8450	4563	21,6
4 Suecia	11890	6094	20,5
5 Hungría	1940	994	20,5
6 Alemania, R. F. de	10940	5579	20,4
7 Irlanda	4840	2456	20,3
8 Suiza	16380	8231	20,0
9 España	4360	2115	19,4
10 Noruega	13890	6563	18,9
11 Yugoslavia	2070	968	18,7
12 Reino Unido	8390	3880	18,5
13 Finlandia	10870	5000	18,4
14 Israel	4920	2214	18,0
15 Italia	6520	2853	17,4
16 Dinamarca	11240	4889	17,4
17 Estados Unidos	16400	7052	17,2
18 Canadá	13670	5844	17,1
19 Bangladesh	150	64	17,3
20 Corea (Rep. de)	2180	921	16,9
21 Egipto	680	281	16,5
22 Francia	9550	3916	17,0
23 Hong Kong	6220	2519	16,2
24 India	250	101	16,2
25 Nueva Zelanda	7310	2906	15,9
26 Sri Lanka	370	147	15,9
27 El Salvador	710	275	15,5
28 Australia	10840	4173	15,4
29 Portugal	1970	749	15,2
30 Tailandia	830	315	15,2
31 Indonesia	530	191	14,4
32 Filipinas	600	213	14,1
33 Argentina	2130	751	14,1
34 Trinidad y Tabago	6010	1998	13,3
35 Costa Rica	1290	387	12,0
36 Mauricio	1070	308	11,5
37 Turquía	1130	325	11,5
38 Malasia	2050	574	11,2
39 Zambia	400	108	10,8
40 Venezuela	3110	801	10,3
41 México	2080	515	9,9
42 Kenya	290	65	8,9
43 Costa de Marfil	620	132	8,6
44 Panamá	2020	364	7,2
45 Perú	960	168	7,0
46 Brasil	1640	287	7,0

similar en Bangladesh y en Kenya, en Tailandia y en Brasil, en Sri Lanka y en Perú (recuadro 15).

Un segundo problema aparece reflejado en el cuadro A, el cual muestra la falta de fiabilidad del PNB per cápita como indicador del bienestar de una población en comparación con otros indicadores más directos como la tasa de mortalidad de los menores de cinco años (TMM5) y la tasa de analfabetismo. Ciertos países han logrado alcanzar niveles más altos de salud y educación para la mayoría de su población que otros que cuentan con los mismos o mayores recursos a su disposición, gracias a unas condiciones históricas o naturales más favorables o mediante la adopción de diferentes políticas y prioridades durante un período temporal suficiente. Por ejemplo, Sudáfrica, con un PNB per cápita superior a 2000 dólares, tiene una tasa de mortalidad infantil superior a 100, más del doble que la de Sri Lanka, que sólo dispone de un PNB per cápita de 400 dólares, apenas una quinta parte del sudafricano.

No obstante, el PNB per cápita es un indicador válido de la producción económica total de un país.

Cuadro A PNB per cápita, TMM5 y tasas de analfabetismo, 1986-1987

	TMM5 1987	PNB per cápita 1986	Tasas de analfabe- tismo 1986
India	152	290	57
China	45	300	31
Zambia	130	300	24
Sri Lanka	45	400	13
Nigeria	177	640	57
Camerún	156	910	38
Brasil	87	1810	21
Sudáfrica	101	2010	
Yugoslavia	28	2300	8
URSS (1980)	30	4550	0
España	11	4860	5
Omán	149	4980	70
Trinidad	24	5360	4
Libia (1985)	123	7170	34
Singapur	12	7410	14
Italia	12	8550	3
EAU*	33	14680	47
EE.UU.	13	17480	1

* Emiratos Árabes Unidos.

Como indicador social, puede decirse que sigue siendo generalmente útil, aunque a menudo resulte falible para predecir el probable bienestar de una población dada. La salud no siempre es patrimonio de los ricos ni la educación de los más favorecidos, pero ésta es precisamente la cuestión que se debe averiguar. Además, hay que advertir que el PNB per cápita no siempre mantiene una correlación lineal con las tasas de mortalidad infantil de menores de cinco años o con los niveles de alfabetización, ya que estas variables operan en una escala conceptual o biológicamente determinada, mientras que la evolución del PNB per cápita no está sometida a tales restricciones. Obviamente, es imposible, por ejemplo, superar un índice del 100% de alfabetización; sin embargo, dicho objetivo puede alcanzarse, como así lo demuestran varios países de ingresos medianos, con un PNB per cápita inferior a 2000 dólares. Asimismo, un aumento del PNB per cápita, aunque sea significativo no está forzosamente correlacionado con un incremento equivalente del nivel de alfabetización de la población. En menor medida se plantean problemas similares en relación con la esperanza media de vida cuando ésta alcanza un nivel superior a los 70 años, y con las tasas de mortalidad de menores de cinco años cuando se sitúan por debajo de 15. Así pues, las comparaciones del PNB per cápita con diversos indicadores sociales son más significativas cuando se refieren a países de niveles similares de desarrollo económico. Esta es una razón más para aconsejar la utilización de indicadores sociales de forma complementaria, en lugar de sustitutiva, con el PNB per cápita.

Búsqueda de alternativas

Pese a estos inconvenientes tantas veces señalados, el PNB per cápita y su tasa de variación sigue siendo el indicador más utilizado para evaluar el desarrollo. En parte, ello se debe a que en la práctica es importante contar con una sola medida universal. Y la mayor ventaja que ofrece el PNB per cápita ante esta necesidad tal vez sea el hecho de que es un dato que *está disponible*.

El procedimiento para medir el producto nacional bruto, en una escala internacional comparable, se desarrolló por primera vez en los años cuarenta. Actualmente, casi todos los países disponen, con diversos grados de regularidad y fiabilidad, de los complejos mecanismos necesarios para la obtención y recopilación de la amplia gama de datos económicos que luego se reúnen en un agregado estadístico único del

II MEDICIÓN DEL DESARROLLO REAL

PNB. En otras palabras, el PNB per cápita continúa instalado en su trono por obra del contingente de estadísticas en que se apoya y no sólo por sus méritos. Los sistemas de contabilidad nacional entronizadores del PNB—herencia del gran número de economistas occidentales o formados en Occidente que aplicaron los instrumentos keynesianos al estudio de la economía del desarrollo durante la década de los cincuenta—siguen siendo la envidia de muchos de los científicos sociales que, desde los años cincuenta, intentan encontrar y promover nuevos indicadores para evaluar el proceso de desarrollo.

Aun así, a principios de la década de los setenta empezó a generalizarse cierta decepción con respecto al PNB. Con la acumulación de experiencias sobre el proceso de desarrollo, comenzaron a ponerse en entredicho los supuestos implícitos en la adopción del PNB como indicador representativo. En particular, se hizo insostenible la idea de que el crecimiento del PNB se “filtraría” automáticamente hasta los pobres o que, si esto no ocurría, los gobiernos se ocuparían de garantizar la distribución de los beneficios del progreso económico. Incluso la defensa de la desigualdad como motor del desarrollo ha ido perdiendo toda base de sustentación, al no evidenciarse ninguna correlación entre desigualdad y crecimiento del PNB que pudiera corroborar esta teoría. De hecho, en muchos países ha quedado patente que las grandes desigualdades constituyen en realidad un obstáculo para el avance económico.

A mediados de la década de los setenta, esta desilusión respecto al tipo de desarrollo centrado primordialmente en el incremento del PNB per cápita, unida al creciente reconocimiento de sus insuficiencias teóricas como indicador del bienestar, abrió las puertas a otras alternativas. En especial, comenzó a ganar adeptos la idea de que debería encontrarse alguna medida más directa del desarrollo como proceso encaminado a lograr la erradicación de la pobreza absoluta y la satisfacción de las necesidades humanas básicas. Sin embargo, resultó más fácil llegar a un acuerdo sobre este objetivo amplio que en cuanto a los métodos concretos de medición necesarios.

Algunos eran partidarios de adoptar como indicador los niveles de pobreza oficialmente definidos y expresar el grado de desarrollo en términos del porcentaje de la población situado por debajo de ese nivel. Pero también este método presentaba insuficiencias. ¿Cómo se fijaría ese nivel? ¿Cómo podría homogeneizarse para que fuera posible establecer comparaciones entre países? ¿Y qué información ofrecería

este indicador sobre la situación de los diversos grupos de población situados bajo ese nivel, o sobre los progresos logrados para acercarlos a él, o sobre la situación de las personas que vivían justo por encima del mismo? Otros propusieron utilizar los niveles nacionales de empleo como indicador más significativo, pero muy pronto se constató que la noción occidental de empleo a menudo resultaba muy poco apropiada para un mundo en desarrollo donde los verdaderos problemas eran el subempleo y la baja productividad. Finalmente, también hubo intentos de modificar la composición del PNB per cápita mediante complejos cálculos con el propósito de transformarlo en un “indicador del nivel de vida” o un “indicador social” o una “medida del bienestar económico”, pero sólo se consiguió aumentar la complejidad y confusión, sin que lograra desarrollarse un indicador claro y asequible del nivel de bienestar humano y de su evolución a lo largo del tiempo.

Con la creciente disponibilidad de estadísticas sociales, el interés comenzó a centrarse en la búsqueda de indicadores directos del grado de satisfacción de las necesidades básicas, como la esperanza media de vida, las tasas de mortalidad infantil, las tasas de alfabetización y escolarización, el nivel de nutrición, o el porcentaje de personas con acceso a fuentes de suministro de agua potable. Progresivamente, bajo la influencia combinada de los criterios de superioridad técnica y disponibilidad práctica, se ha generalizado el uso de la tasa de alfabetización de la población adulta, la tasa de mortalidad de los menores de cinco años (TMM5) y la esperanza media de vida.

La primera ventaja de estos indicadores es que miden los “resultados finales” (outputs) del desarrollo en vez de los “factores intermedios” (inputs). Esto los hace superiores no sólo al PNB per cápita, sino también a muchos de los restantes indicadores sociales disponibles. Para los presentes objetivos, conviene dar prioridad a los “resultados finales”, como los niveles de alfabetización, la esperanza media de vida, la mortalidad de los menores de cinco años y el estado de nutrición, frente a inputs como la tasa de escolarización, las calorías disponibles per cápita o los médicos por cada mil habitantes, todos ellos “medios” para alcanzar los resultados finales. Algunos indicadores como los niveles de alfabetización, y quizá también el acceso a agua potable, miden a la vez un medio y un fin del desarrollo.

En segundo lugar, los resultados que miden estos indicadores representan la suma de una amplia gama de inputs que podrían integrar una lista de necesida-

des básicas evidentes, a saber: ingresos suficientes, nutrición adecuada, abastecimiento de agua, medio ambiente inocuo, conocimientos básicos de salud, atención primaria de salud y educación básica. En este contexto se impone la necesidad de equilibrar dos aspectos. Por un lado, un indicador del desarrollo debe reflejar con la mayor fidelidad posible el objetivo último pero necesariamente diverso, difícil de definir e imposible de medir, de una vida satisfactoria y agradable para todos. Por otro lado, tal indicador debe cumplir los criterios prácticos de mensurabilidad y disponibilidad, y en especial debe ser de fácil comprensión y comunicación. Como solución de compromiso entre estos requisitos esencialmente contrapuestos, ciertos indicadores como la esperanza media de vida, las tasas de alfabetización de adultos, las tasas de mortalidad de los menores de cinco años y los niveles de nutrición, ofrecen la ventaja de que representan dimensiones vitales próximas a la realidad que en última instancia se trata de medir, a la vez

que su obtención y comunicación son relativamente sencillas.

En tercer lugar, estas medidas directas del bienestar están menos expuestas que el PNB per cápita a la falacia del promedio estadístico. En efecto, los límites naturales impiden que los ricos puedan vivir mil veces más tiempo que los pobres, o que sus hijos puedan tener mil veces más probabilidades de sobrevivir, aunque los límites sociales les permitan poseer una renta mil veces más elevada. En otras palabras, es mucho más difícil que la presencia de una minoría rica altere la esperanza media de vida de un país o su tasa de mortalidad de los menores de cinco años y, por tanto, estos indicadores representan de forma más aproximada, aunque imperfecta, el estado de salud de la mayoría. No se puede lograr un descenso significativo de la tasa de mortalidad de los menores de cinco años, o un aumento significativo de la esperanza de vida, sin que la mayoría se beneficie en un grado sig-

Gráfico 1a La brecha decreciente

La brecha entre el mundo industrializado y el mundo en desarrollo se está reduciendo según muestran algunos indicadores sociales como la tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5).

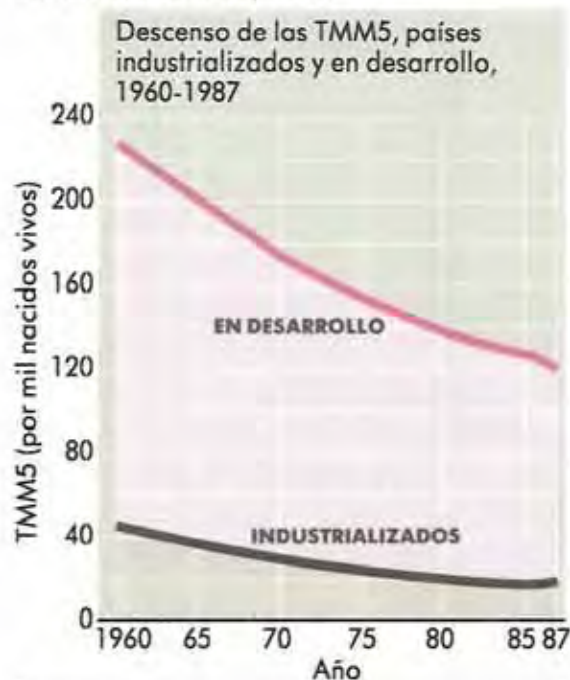


Gráfico 1b La brecha creciente

La brecha entre los países industrializados y en desarrollo continúa ampliándose de acuerdo con el PNB per cápita.



Las siguientes tablas de clasificación presentan las posiciones de los países del mundo en desarrollo de acuerdo con el porcentaje de niños nacidos que sobreviven hasta los cinco años de edad. Este índice de supervivencia infantil es otra forma de expresión de la tasa de mortalidad de los menores de cinco años (TMM5).

80

nificativo de los avances que han posibilitado esos cambios.

En este aspecto concreto, la proporción de adultos alfabetizados o la proporción de niños con un estado de nutrición adecuado, al ser porcentajes en vez de promedios estadísticos, aún resultan más satisfactorios como indicadores que las tasas de mortalidad o la esperanza media de vida. Al igual que otros indicadores, como el acceso a agua potable, los niveles de alfabetización y de nutrición miden de manera directa qué proporción de una población dada se está beneficiando de un avance determinado. Asimismo, las tasas de alfabetización ofrecen la ventaja de que miden no sólo un fin deseable del desarrollo, sino también un medio clave para participar y beneficiarse de todos los restantes aspectos del bienestar. Tales ventajas podrían haber inclinado la balanza en favor de la tasa nacional de alfabetización en la competencia por desplazar al PNB per cápita como principal indicador del desarrollo. Lamentablemente, las tasas de alfabetización presentan el inconveniente de estar basadas en una definición relativamente imprecisa, que además admite un altísimo grado de desigualdades cualitativas.

Finalmente, en relación con el importante aspecto de las comparaciones internacionales, la esperanza media de vida, las tasas de mortalidad de los menores de cinco años, las tasas de alfabetización de adultos y el estado de nutrición de la población infantil, no se ven afectados por las distorsiones en los tipos de cambio ni los problemas relacionados con el valor de la moneda nacional que tanto dificultan las comparaciones del PNB entre países. Por el mismo motivo, estos indicadores sociales también son relativamente objetivos e impermeables a las acusaciones de etnocentrismo. Otra importante ventaja, como puede apreciarse en el gráfico 1a, es que los indicadores sociales ofrecen una medida más fidedigna del "desarrollo real" y contribuyen a impulsarlo, por cuanto hacen patente que la brecha que separa a los países industrializados de los países en desarrollo se está *colmando* según estos criterios humanos fundamentales. Por el contrario, el gráfico 1b indica que, si se emplea el PNB per cápita como medida, esta brecha continúa ampliándose, lo cual refleja que aún no se ha superado la desigualdad de oportunidades económicas. Pero la creciente distancia que separa a uno y otro grupo de países en términos del PNB no representa necesariamente un aumento de las diferencias en cuanto a la calidad de vida, ya que, a partir de determinado nivel, los incrementos del ingreso tienden a dedicarse a mejoras cada vez menos esenciales.

Frente a estas enormes ventajas para una evaluación del desarrollo de indicadores tales como la esperanza de vida, la tasa de mortalidad de los menores de cinco años, las tasas de alfabetización de adultos y el estado de nutrición de la población infantil, éstos también presentan dos inconvenientes principales. El primero es la relativa inconsistencia, en el momento presente, de los datos estadísticos en que están basados. Más allá de las diferentes definiciones empleadas para recopilar estos datos (sobre todo en los casos de la alfabetización y el estado de nutrición de la infancia), también se plantea el problema de una obtención de datos poco frecuente y segura y del uso de encuestas limitadas, burdas extrapolaciones, y otros métodos de recopilación de estadísticas sociales a escala nacional que presentan una elevada propensión al error. Pero, aun siendo grave, este problema es sobre todo un argumento en favor de una mejora en la recopilación y elaboración de datos, más que en contra de la validez de los indicadores en sí. En este contexto, merece la pena recordar que la mayoría de los países no introdujeron hasta la década de los cincuenta la recopilación y análisis sistemático de los datos necesarios para determinar el PNB.

El segundo problema está relacionado con la ausencia de una base teórica que permita combinar estos diversos indicadores sociales en un único indicador global capaz de desempeñar el mismo papel que el PNB per cápita (que también es un dato compuesto, pero con una base teórica bien establecida aunque sea muy imperfecta) en la evaluación del proceso de desarrollo. Ha habido varios intentos de establecer un indicador social compuesto, el más conocido de los cuales es el índice de calidad física de vida (ICFV), desarrollado a mediados de la década de los setenta por el Overseas Development Council con sede en Washington. El ICFV asigna a la esperanza media de vida de la población de un país al cumplir un año de edad y a su tasa de mortalidad infantil sendos índices sobre una escala de 0 a 100, donde el cero corresponde al peor nivel registrado por cualquier país en el año 1950 y el 100 representa el nivel máximo que se espera pueda alcanzar un país alrededor del año 2000. La tasa de alfabetización de la población adulta —el tercer indicador social empleado para establecer el ICFV— ya aparece expresada como porcentaje y por tanto distribuida según una escala de 0 a 100. A continuación se establece el promedio de los tres índices así obtenidos, el cual determinará el ICFV de cada país, sobre una escala de 0 a 100. Es decir, que este índice combina tres de los indicadores sociales más valiosos de que se dispone en un indicador compuesto

del desarrollo relativamente impermeable al factor de las desigualdades, razonablemente libre de etnocentrismo, y que refleja muchos de los elementos que pueden actuar como representaciones bastante aproximadas del objetivo deseado, además de ser relativamente fácil de calcular y comunicar, y de aplicar en las comparaciones y análisis internacionales.

Frente a estas ventajas, el principal inconveniente del ICFV es que no existe ninguna razón concreta que justifique la ponderación equivalente concedida a los tres indicadores que combina. Si los tres indicadores combinados en el índice compuesto arrojan resultados muy parecidos para un país concreto, seguramente sería más sencillo elegir uno sólo de ellos como índice simple e indicador global del desarrollo social. Por otra parte, si cada uno de los tres indicadores presenta resultados muy distintos, podría argumentarse que el ICFV, al atribuir arbitrariamente la misma ponderación a cada uno, está aplicando un juicio de valor implícito. Un país con una elevada esperanza de vida y un bajo nivel de alfabetización podría tener el mismo ICFV que otro con un alto nivel de alfabetización y una baja esperanza de vida; el ICFV atribuiría a ambos países niveles equivalentes de desarrollo, una conclusión arbitraria por definición.

Sin embargo, un juicio de valor no es el peor delito que puede cometerse en el ámbito del desarrollo. Y cabe suponer que un debate detallado sobre la importancia relativa de los tres indicadores clave —o más bien sobre el peso relativo que debería atribuirse a cada uno para medir la calidad de vida— daría un resultado bastante equilibrado. En consecuencia, el razonable juicio de valor aplicado al combinar estos tres elementos en el ICFV podría constituir un pequeño precio a pagar a cambio de las numerosas ventajas que puede ofrecer un indicador de tan amplio alcance y tan fácilmente comprensible como medida de los progresos realizados en la satisfacción de las necesidades humanas esenciales.

La TMM5 y el analfabetismo

Evidentemente, cada gobierno y cada organización internacional seleccionará los indicadores más adecuados según sus prioridades. De acuerdo con su mandato de defensor de la infancia, el UNICEF ha elegido para sus fines la tasa de mortalidad de los menores de cinco años (TMM5), complementada con la tasa de analfabetismo (y en particular la tasa de analfabetismo femenino).

Ambos indicadores ofrecen todas las ventajas antes citadas y tienen además un significado directo para la supervivencia y desarrollo de la infancia. Concretamente, la TMM5 refleja la salud nutricional y los conocimientos de las madres en materia de nutrición; el nivel de inmunización y de utilización de la TRO; el acceso a los servicios de atención de salud materno infantil (incluida la atención prenatal); los niveles de ingreso y la disponibilidad de alimentos al alcance de la familia; el acceso al abastecimiento de agua potable y a un sistema de saneamiento eficaz; y el nivel de riesgo del entorno general del niño. *Por todas estas razones el UNICEF ha elegido la TMM5 como el indicador más representativo de la situación de la infancia de un país.*

En la práctica también podría argumentarse que la TMM5 constituye igualmente el mejor *indicador simple* del desarrollo social disponible, dado que la mayor parte de los factores que expresa son tan representativos de la satisfacción de las necesidades básicas de todos los seres humanos como del bienestar concreto de la infancia. Por estas consideraciones, y de acuerdo con el mandato especial del UNICEF, las tablas estadísticas que se publican cada año como un apéndice al informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia*, en lugar de clasificar los países según el orden ascendente de su PNB per cápita, lo hacen atendiendo al orden descendente de sus tasas de mortalidad de los menores de cinco años.

Medición del ritmo de progreso

Al margen de los indicadores sociales seleccionados, sigue planteándose el importante problema de medir no sólo el nivel alcanzado, sino también el ritmo de avance a lo largo del tiempo.

Cuando el indicador utilizado es el PNB per cápita, suele emplearse como "velocímetro" su tasa anual de crecimiento. Un método que también tiene sus defectos y que acusa igualmente la influencia del factor de desigualdad.

Por ejemplo, un incremento del 10% en el ingreso del 25% más rico de la población daría un impulso mucho mayor al crecimiento del PNB per cápita que un incremento del 10% en los ingresos del 25% más pobre. Lo cual indicaría que los avances así medidos no guardan una clara relación con la satisfacción de las necesidades básicas de la mayoría. No obstante, la tasa de crecimiento porcentual anual del PNB per cápita

pita sigue siendo un indicador útil y asequible del ritmo de desarrollo económico.

Análogamente, la tasa media de reducción anual (TMRA) de la TMM5 y de los niveles de analfabetismo constituye un "velocímetro" útil para medir los avances relacionados con estos indicadores sociales clave.* A diferencia de las comparaciones entre niveles absolutos, la TMRA refleja el hecho de que la reducción de la TMM5 o del analfabetismo es cada vez más difícil de conseguir a partir de ciertos límites. En efecto, cuanto más bajos son los niveles de mortalidad de los menores de cinco años y de analfabetismo ya alcanzados, la misma reducción absoluta representa obviamente una mayor reducción porcentual. En consecuencia, 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 los menores de cinco años o de analfabetismo. (Una disminución de 10 puntos en la TMM5 desde el índice 100 al 90 representa una reducción del 10%, mientras la misma disminución de 10 puntos pasando del índice 20 al 10 representa una reducción del 50%.)

En el gráfico 2 puede apreciarse la utilidad de la TMM5 y su tasa media de reducción anual como "velocímetro" del progreso social para establecer comparaciones entre los avances logrados por diferentes países y en diferentes momentos. El cuadro B muestra la aplicación de la TMRA para medir y comparar los avances logrados en diversas regiones de un *mismo* país. Es decir que la TMM5 y su tasa de reducción, combinadas con las tasas de crecimiento del PNB, permiten obtener un cuadro de los avances logrados por cualquier país o región, a lo largo de un período de tiempo, en la satisfacción de algunas de las necesidades humanas más básicas.

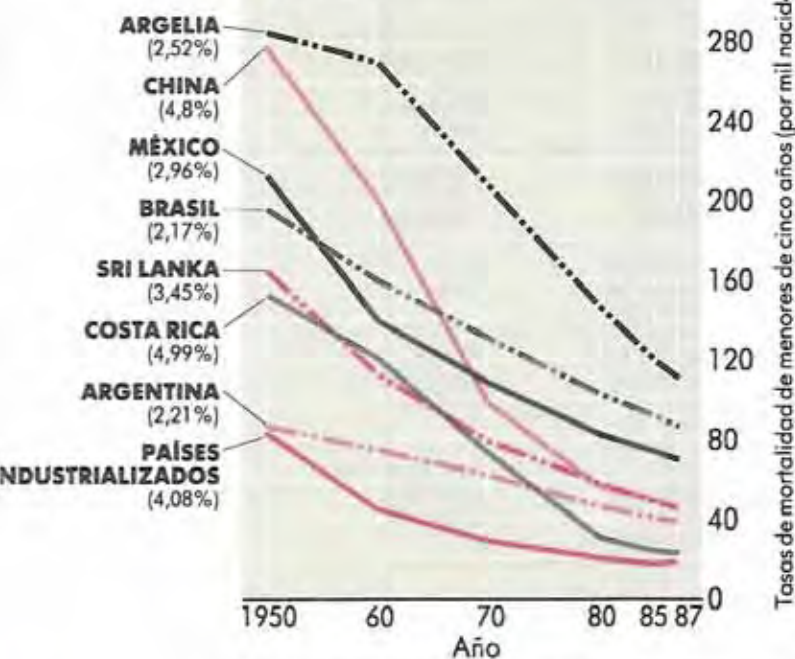
El cuadro C permite apreciar que, igual que no existe una relación fija entre el PNB de un país y su TMM5 o su tasa de alfabetización, tampoco la hay entre la tasa anual de reducción de la TMM5 o del analfabetismo y la tasa anual de crecimiento del PNB per cápita. Estas comparaciones ayudan a destacar la importancia de las políticas, prioridades y otros factores que determinan la relación entre progreso económico y progreso social. El cuadro D resume cuatro décadas de progresos en la reducción tanto de la natalidad como de la mortalidad infantil en el mundo. El cuadro E muestra la tasa anual de reducción de la TMM5 y de la fecundidad en todos los países desde 1960 a 1987, junto con la tasa de crecimiento anual del PNB per cápita.

Refuerzo de las bases de datos

Los indicadores sociales están siendo objeto de creciente atención a medida que se acerca el inicio del cuarto Decenio de Desarrollo de las Naciones Unidas. Por ejemplo, más de 800 parlamentarios de cinco países han firmado una petición dirigida al Presidente del Banco Mundial en la que insisten en la necesidad

Gráfico 2 Descenso de la mortalidad infantil

Descenso de las tasas de mortalidad de menores de cinco años, países seleccionados, 1950-1987



La cifra entre paréntesis indica la tasa media de reducción anual, entre 1950 y 1987.

* La tasa media de reducción anual (TMRA) puede calcularse según la fórmula

$$TMRA = \left(1 - \sqrt[t]{\frac{Q_i}{Q_0}} \right) 100$$

donde Q_0 es el nivel inicial, Q_i es el nuevo nivel, y t es el tiempo, medido en años, que se ha tardado en pasar de Q_0 a Q_i .

17

Tasas de mortalidad infantil: evolución histórica

La tasa de mortalidad de los menores de cinco años (TMM5) es uno de los indicadores más significativos del desarrollo social de un país. Las Naciones Unidas han establecido como objetivo que todos los países alcancen una TMM5 de 70 (o menos) por mil nacidos vivos hacia el año 2000 o bien reduzcan a la mitad la tasa correspondiente a 1985, a elegir cualquiera de las dos que sea inferior. La si-

guiente tabla de evolución histórica indica la fecha en que lograron reducir la TMM5 a 70 los países que ya han alcanzado esta meta. También se incluyen los países que se proponen alcanzarla hacia el año 2000. El gráfico 5 de la pág. 11 muestra la tasa anual de reducción de la TMM5 que deberían alcanzar todos los demás países para poder lograr la meta fijada para el año 2000.

1930	Nueva Zelanda Islandia	Noruega			
1935	Australia Países Bajos	Suecia Suiza	1975	Argentina Bahrein Costa Rica Corea, Rep. Dem. de Corea, Rep. de Mauricio	Portugal Surinam Em. Arabes Unid. Venezuela Yugoslavia
1940	Reino Unido Estados Unidos				
1945	Dinamarca Finlandia		1980	Albania Chile China Guyana	Paraguay Qatar Sri Lanka URSS
1950	Canadá Irlanda	Israel	1985	Colombia Jordania México	Mongolia Filipinas Tailandia
1955	Austria Bélgica Chipre Checoslovaquia	Francia Alemania, R. F. de Japón Luxemburgo	1990	El Salvador Guatemala Nicaragua	Siria Túnez
1960	Bulgaria Rep. Dem. Alemana Hong Kong Italia	Malta Singapur España	1995	Cabo Verde Honduras Irán Iraq	Papua N.G. Arabia Saudita Viet Nam
1965	Barbados Grecia Hungría Jamaica	Polonia Trinidad Uruguay	2000	Argelia Botswana Brasil Birmania	Rep. Dominicana Ecuador Sudáfrica
1970	Cuba Fiji Kuwait Libano	Malasia Panamá Rumania			

de una mayor utilización de indicadores sociales, en los siguientes términos: "la mejor medida de las condiciones de vida de los pobres la ofrecen indicadores sociales como la tasa de mortalidad de los niños menores de cinco años; la esperanza de vida, el acceso a fuentes de suministro de agua potable; la tasa de alfabetización de la población adulta, en particular de las mujeres; y la proporción de niños desnutridos".

Pero los argumentos en favor de que se conceda más importancia y se utilicen más los indicadores sociales deben hacerse también extensivos a la necesidad de reforzar considerablemente los sistemas de datos en que se basan estos indicadores. La información actual sobre las tasas de mortalidad y de fecundidad, y en particular sobre las tasas de alfabetización de la población adulta y el estado de nutrición de la infancia, es a menudo sumamente inadecuada en términos cuantitativos, de fiabilidad y desagregación.

Debido a estas insuficiencias, los importantes esfuerzos realizados en los últimos años en favor de la promoción de medidas de bajo costo para luchar contra las principales causas de mortalidad de los menores de cinco años —a través de la difusión de la vacunación o de la terapia de rehidratación oral (TRO), por ejemplo— en muchos casos todavía no se reflejan en las estadísticas nacionales sobre mortalidad infantil y posinfantil. Por regla general, estas estadísticas se establecen a partir de datos de base que cuentan con dos, tres e incluso más años de antigüedad. Para afrontar este problema, la oficina regional del UNICEF en Amman, Jordania, en colaboración con la London School of Hygiene and Tropical Medicine, acaba de diseñar (en 1988) una nueva encuesta estándar, basada en las técnicas analíticas del profesor William Brass, destinada a seguir más de cerca los avances en la reducción de la TMM5.

El nuevo método desarrollado en Amman se propone ofrecer un tipo de encuesta rápido, preciso, sencillo y de bajo costo que permita obtener resultados capaces de superar la meticulosa revisión técnica de la División de Población de las Naciones Unidas en Nueva York. Su objetivo es mostrar una fotografía instantánea actualizada de la mortalidad de los menores de cinco años en cualquier país dado. De momento, se ha iniciado la aplicación del nuevo método en Jordania, un país que ha realizado recientemente esfuerzos significativos en favor de la salud infantil y de la reducción de la mortalidad de los menores de cinco años (entre ellos una rápida expansión de la inmunización y una amplia promoción de la TRO). Los resultados indican que la tasa de mortalidad infantil

Cuadro B Reducción de la mortalidad infantil, Estados Unidos, 1950-1984/87

La tasa de mortalidad infantil (TMI) es el número de fallecidos menores de un año de edad por mil nacidos vivos.

Grupo de población	TMI		Tasa de reduc. (prom. anual) 1950-1984
	1950	1984	
Total	29,2	10,8	2,88
Blancos	26,8	9,4	3,03
Negros	43,9	18,4	2,53
	1950	1987	1950-87
Washington D.C.	30	21	0,96
Puerto Rico	68	15	4,00

(número de fallecidos menores de un año por cada mil nacidos vivos) descendió del 75 por 1000 en 1980 al 35 por 1000 en 1987 (con una tasa media de reducción anual del 10%). La tasa de mortalidad de los menores de cinco años es de 49, muy por debajo de la cifra de 60 con que aparece representada Jordania en las estadísticas convencionales, internacionalmente comparables.

Una vez tomada la decisión de llevar a cabo una encuesta de este tipo, la recopilación de datos puede ponerse en marcha en un plazo de pocos meses y luego pueden elaborarse los resultados en cuestión de semanas. Al mismo tiempo, durante la recopilación de datos puede obtenerse información básica sobre nacimientos. Se estima que el costo de obtención de un cuadro actualizado de las tasas de fecundidad y de mortalidad infantil de un país supone una cifra aproximada de 20.000 dólares. En el momento de preparar este informe, Siria está completando una encuesta similar y Egipto, Omán, Sudán y Turquía están preparando la realización de otras.

Vigilancia de la nutrición

Por último, es igualmente necesario mejorar la información disponible sobre el estado de nutrición de la infancia. La proporción de la población infantil de un país que goza de un desarrollo normal, tanto físico como mental, constituye el indicador más significati-

vo del desarrollo general; este indicador mide a la vez la satisfacción de una de las necesidades más básicas y la inversión en las futuras generaciones. Sin embargo, muy pocos países, por no decir ninguno, disponen de esta información.

Para empezar a colmar este vacío, tres organismos de las Naciones Unidas –la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el UNICEF– han puesto en marcha un programa común de Vigilancia de la Alimentación y la Nutrición destinado a ayudar a un gran número de países a establecer los criterios y definiciones básicos y a poner en marcha los mecanismos necesarios para una recopilación regular de los datos apropiados sobre el nivel de nutrición de los niños de corta edad. Este programa está basado en tres indicadores clave: peso al nacer, relación peso–edad entre los menores de cinco años y relación talla–edad en el momento de iniciar la enseñanza primaria. Su objetivo último es generar una información adecuada que sirva de guía para orientar las políticas destinadas a mejorar los niveles de nutrición de la infancia de un país. El programa confía que la obtención regular de esta información sirva de estímulo para que “los artífices de la política utilicen los datos de seguimiento de

las condiciones de vida de la población con tanta frecuencia como utilizan los indicadores sobre la evolución económica para decidir las medidas a aplicar. Las dificultades que se plantean son enormes. Pero no sería más difícil, en términos de definición y obtención de datos, contar con informes estadísticos trimestrales sobre la salud nutricional de la infancia de una nación –y en particular de los niños de los sectores sociales más vulnerables– que obtener las habituales estadísticas trimestrales sobre el estado de salud de la economía nacional.

Conclusiones

Recapitulando, la década de los noventa será un período crucial para la lucha en favor del “desarrollo real”. Por ello, es de particular importancia poder contar, cuando se inicie la década, con un criterio generalmente aceptado para medir el nivel y ritmo de avance del progreso social, así como con sistemas más actualizados y fidedignos de recopilación de datos que permitan un seguimiento de los avances logrados y ofrezcan una orientación para la política a seguir.

Las presentes insuficiencias en la información esta-

Cuadro C Reducción de TMM5 y analfabetismo y crecimiento del PNB per cápita

	TMM5			Analfabetismo			PNB per cápita Tasa media anual de crecimiento 1985-86
	1965	1986	Tasa media anual de reducción 1965-86	1970*	1985	Tasa media anual de reducción 1970-85	
Argentina	71	39	2,8	7	5	2,2	0,2
Togo	261	159	2,3	83	59	2,2	0,2
Bangladesh	244	194	1,1	76	67	0,8	0,4
Zimbabwe	171	118	1,8	45	26	3,6	1,2
Burkina Faso	338	241	1,6	92	87	0,4	1,3
Costa Rica	106	24	6,8	13	6	5,0	1,6
India	258	156	2,4	66	57	1,0	1,8
Nigeria	299	180	2,4	75	58	1,7	1,9
Pakistán	255	173	1,8	80	70	0,9	2,4
Sri Lanka	102	46	3,7	23	13	3,7	2,9
Argelia	249	115	3,6	75	50	2,7	3,5
Tailandia	130	53	4,2	21	9	5,5	4,0
Brasil	144	89	2,3	34	22	2,9	4,3
Yemen	347	200	2,6	95	85	0,7	4,7
Singapur	38	12	5,3	26	14	4,0	7,6

*Tasas de analfabetismo no disponibles antes de 1970

dística sobre aspectos cruciales para la vida y el futuro de un país son en parte consecuencia y en parte un factor determinante de las prioridades en materia de desarrollo. En esta relación interactiva entre los indicadores utilizados y los objetivos del desarrollo reside la verdadera importancia de los indicadores sociales.

El uso de criterios de medida como la esperanza media de vida, la mortalidad de los menores de cinco años, las tasas de alfabetización y el estado de nutrición tiene una importancia que va mucho más allá del mero interés académico. En efecto, se trata de instrumentos potencialmente importantes para fomentar el tipo de desarrollo que concede prioridad a los pobres. No sólo posibilitan el análisis comparativo necesario para una política informada y un uso lo más eficiente posible de los recursos humanos, sino que también ayudan a los artífices de las políticas y a la comunidad internacional a no perder de vista los objetivos del desarrollo, y tal vez a corregir algunas desviaciones introducidas al conceder un papel demasiado exclusivo al PNB per cápita. Jamás existió el propósito consciente de que el PNB per cápita llegara a constituir el objetivo último del desarrollo, pero existe una tendencia casi inevitable a que el criterio de medida se

convierta también en un fin en sí mismo. En definitiva, es imposible contrastar continuamente las políticas y los programas con un ideal de desarrollo difuso e inconcreto. Se precisa un criterio de medida más práctico e inmediato. Pero el uso exclusivo del PNB per cápita para este fin tiende a favorecer una creciente priorización –tanto en la investigación y análisis como en la asignación de recursos– de los inputs y las políticas que ofrecen los resultados más satisfactorios medidos según ese criterio. De este modo, el criterio de medida puede influir cada vez más en la definición de las prioridades a alcanzar. En consecuencia, si se pusiera más el acento en una información directa sobre los avances sociales en materia de salud, nutrición y educación, es probable que muy pronto pudiésemos tener mayores conocimientos que en la actualidad sobre el equilibrio de inputs y la combinación de políticas que resultan más eficaces para acelerar el progreso en estos ámbitos. Un uso más amplio de algunos indicadores sociales seleccionados y una mayor conciencia pública y política en cuanto a su importancia podrían suponer, por tanto, una ayuda inapreciable para reencauzar el desarrollo, con el fin último de capacitar a todas las personas para que estén en condiciones de satisfacer sus necesidades más básicas y las de sus hijos.

Cuadro D Nacimientos, tasas de natalidad, TMM5 y tasas de reducción y mortalidad de menores de cinco años por regiones, 1950, 1980, 1985 y 1987.

	1950				1980				1985		1987					
	Nacimientos (millones)	Tasa bruta de natalidad	TMM5	Mortalidad total menores de cinco años (millones)	Nacimientos (millones)	Tasa bruta de natalidad	TMM5	Tasa media anual de reducción TMM5, 1950-1980	Mortalidad total menores de cinco años (millones)	Tasa media anual de reducción TMM5, 1980-1985	Mortalidad total menores de cinco años (millones)	Nacimientos (millones)	Tasa bruta de natalidad	TMM5	Tasa media anual de reducción TMM5, 1980-1987	Mortalidad total menores de cinco años (millones)
Mundo	98,3	39	251	24,8	124,9	28	123	2,35	15,6	1,62	15,0	136,5	27	108	1,84	14,7
Países industrializados	19,5	23	84	1,6	17,5	15	20	4,67	0,3	3,30	0,3	17,4	15	18	1,49	0,3
Países en desarrollo	78,8	47	295	23,2	107,4	32	138	2,50	15,2	1,68	14,7	119,1	31	120	1,98	14,4
África	11,4	51	332	3,8	22,2	46	191	1,83	4,2	1,42	4,4	26,5	46	172	1,49	4,5
Asia occidental	2,0	49	334	0,7	3,7	38	118	3,41	0,4	2,36	0,4	4,2	37	99	2,48	0,4
Asia meridional	22,6	47	344	7,7	35,8	38	200	1,79	7,0	3,43	6,5	39,8	36	158	3,31	6,1
Asia oriental	26,6	45	273	7,3	21,7	20	51	5,44	1,1	2,09	1,1	23,8	20	45	1,77	1,1
Asia sudoriental	8,4	46	258	2,2	12,4	34	123	2,44	1,4	3,41	1,3	12,5	30	104	2,37	1,3
América central y meridional	7,5	46	201	1,5	11,6	32	91	2,61	1,1	1,86	1,0	12,3	29	79	2,00	1,0

Fuente: Interpolación de estimaciones de la División de Población y de la Oficina de Estadísticas de las Naciones Unidas.

TMM5 = Tasa de mortalidad de menores de cinco años.

Cuadro E Tasas de reducción de la TMM5, tasas de crecimiento del PNB per cápita y tasas d.

País	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				
	1980	1985	1987	1980-85	1980-87	**requerida 1987-2000	1965-80	1980-85	1980	1987	Tasa media anual de reducción 1980-87
Albania	380	321	304	0.84%	0.77%	10.68%	0.6	-0.5	7.0	6.9	-0.05%
Malí	370	323	296	0.68%	1.24%	10.50%	2.1	-0.5	6.5	6.7	-0.11%
Mozambique	330	258	295	1.22%	-1.93%	10.48%		-7.5	6.4	6.3	0.06%
Angola	346	272	288	1.20%	-0.82%	10.31%			6.4	6.4	0.00%
Sierra Leona	356	300	270	1.25%	1.49%	9.86%	0.7	-1.8	6.3	6.5	-0.12%
Malawi	364	300	267	0.96%	1.65%	9.79%	3.2	-0.7	6.9	7.0	-0.05%
Etiopía	294	260	261	0.61%	-0.05%	9.63%	0.4	-2.1	6.7	6.2	0.29%
Guinea	346	280	252	1.04%	1.54%	9.38%	1.3	-0.7	6.4	6.1	0.18%
Burkina Faso	362	265	237	1.55%	1.58%	8.95%	1.7	-0.8	6.7	6.5	0.11%
Níger	320	258	232	1.07%	1.51%	8.81%	-2.5	-5.7	7.1	7.1	0.00%
Chad	326	253	227	1.26%	1.54%	8.65%	-1.9	2.9	6.0	5.8	0.13%
Guinea-Bissau	315	253	227	1.09%	1.54%	8.65%	-2.7	2.4	5.1	5.4	-0.21%
República Centroafricana	308	244	226	1.16%	1.09%	8.62%	0.8	-0.8	5.7	5.8	-0.06%
Somalia	294	247	225	0.87%	1.32%	8.59%	-0.1	0.8	6.6	6.6	0.00%
Mauritania	320	249	223	1.25%	1.56%	8.53%	-0.1	1.9	6.5	6.5	0.00%
Senegal	313	251	220	1.10%	1.87%	8.43%	-0.5	0.0	6.7	6.3	0.23%
Rwanda	246	231	209	0.35%	1.42%	8.07%	1.6	-1.6	7.7	8.2	-0.23%
Kampuchea Democrática	218	330	208	-2.09%	8.38%	8.04%			6.3	4.6	1.16%
Yemen Democrático	378	238	202	2.33%	2.20%	7.83%		-5.5	7.0	6.6	0.22%
Bhután	297	222	200	1.44%	1.48%	7.76%			5.9	5.5	0.26%
Nepal	297	222	200	1.44%	1.48%	7.76%	0.0	0.8	5.9	5.8	-0.06%
Yemen	378	227	195	2.52%	2.15%	7.58%	8.5	5.1	7.0	6.9	0.05%
Burundi	258	215	192	0.91%	1.60%	7.47%	2.4	-0.5	5.7	6.2	-0.31%
Bangladesh	262	211	191	1.08%	1.41%	7.43%	0.3	0.9	6.7	5.4	0.80%
Benin	310	211	188	1.91%	1.64%	7.32%	-0.3	0.0	6.8	7.0	-0.11%
Madagascar	364	219	187	2.58%	2.04%	7.28%	-0.4	-4.1	6.6	6.6	0.00%
Sudán	293	210	184	1.65%	1.87%	7.16%	0.8	-4.2	6.7	6.4	0.17%
Tanzania, Rep. Unidad de	246	201	179	1.05%	1.64%	6.97%	0.8	-2.6	6.9	7.1	-0.11%
Nigeria	318	198	177	2.34%	1.59%	6.89%	4.2	-5.3	6.9	6.9	0.00%
Bolivia	282	207	176	1.53%	2.29%	6.85%	1.7	-5.9	6.6	6.0	0.35%
Haití	294	197	174	1.98%	1.76%	6.76%	0.9	-2.3	6.2	4.6	1.10%
Gabón	286	194	172	1.96%	1.70%	6.68%	5.6	-1.7	4.1	5.1	-0.81%
Uganda	224	187	172	0.90%	1.19%	6.68%	-2.2	-1.8	6.9	6.9	0.00%
Pakistán	277	192	169	1.82%	1.81%	6.56%	1.8	3.4	7.0	6.3	0.39%
Zaire	251	186	164	1.49%	1.78%	6.34%	-1.3	-3.2	5.9	6.1	-0.12%
Lao, Rep. Dem. Popular	232	189	163	1.02%	2.09%	6.30%			6.2	5.6	0.38%
Togo	305	176	156	2.71%	1.71%	5.98%	1.7	-4.5	6.2	6.0	0.12%
Camerún	275	176	156	2.21%	1.71%	5.96%	2.4	3.5	5.8	5.8	0.00%
India	282	180	152	2.22%	2.99%	5.79%	1.5	2.9	5.8	4.2	1.19%
Liberia	258	173	150	1.98%	2.02%	5.69%	0.5	-5.5	6.3	6.5	-0.12%
Ghana	224	165	149	1.52%	1.45%	5.65%	-0.8	-2.8	6.9	6.3	0.34%
Omán	378	196	149	3.23%	3.64%	5.65%	9.0	9.8	7.2	7.1	0.05%
Costa de Marfil	264	166	145	2.29%	1.91%	5.45%	2.8	-3.1	7.3	7.4	-0.05%
Lesotho	208	161	139	1.27%	2.08%	5.14%	6.8	0.5	5.8	5.7	0.06%
Zambia	228	146	130	2.20%	1.64%	4.65%	-1.2	-5.3	6.6	7.1	-0.27%
Egipto	300	164	129	2.97%	3.57%	4.59%	2.8	2.6	7.1	4.6	1.59%
Perú	233	144	126	2.38%	1.89%	4.42%	0.8	-2.6	6.9	4.3	1.74%
Libia, Jamahiriya Árabe	266	150	123	2.86%	2.80%	4.24%			7.2	6.8	0.21%
Maruecos	265	152	123	2.74%	2.98%	4.24%	2.7	0.4	7.2	4.6	1.65%
Indonesia	135	145	120	2.39%	2.67%	4.06%	5.2	2.0	5.4	3.1	2.03%
Congo	241	132	117	2.97%	1.71%	4.31%	2.7	2.2	5.9	5.9	0.00%
Kenia	208	133	116	2.21%	1.93%	4.13%	3.1	-1.4	8.1	7.9	0.09%
Zimbabue	182	132	116	1.59%	1.63%	4.25%	1.7	-0.1	7.5	5.6	1.08%
Argelia	270	147	111	2.99%	3.63%	3.48%	4.2	-1.4	7.4	5.7	0.96%
Honduras	232	140	111	2.49%	3.26%	3.48%	1.1	-2.3	7.4	6.3	1.23%
Guatemala	230	130	103	2.81%	3.27%	3.48%	3.0	-4.1	6.8	5.6	0.72%
Arabia Saudita	292	131	102	3.93%	3.51%	3.41%			7.3	7.1	0.10%
Nicaragua	210	132	99	2.29%	4.03%	3.07%	-0.7	-4.3	7.3	5.3	1.18%
Birmania	229	118	98	3.26%	2.62%	3.83%	1.6	2.7	5.9	9.9	1.52%
Sudáfrica	192	120	98	2.32%	2.85%	3.70%	3.2	2.8	6.5	4.4	1.53%
Turquía	258	133	97	3.26%	4.41%	2.92%	3.6	2.4	6.1	3.4	2.14%
Irak	222	110	96	3.45%	1.93%	4.19%			7.2	6.2	0.55%
Botswana	174	110	95	2.27%	2.07%	4.12%	9.9	7.4	6.9	6.1	-0.46%
Irán, Rep. Islámica de	254	130	94	3.29%	4.63%	2.80%	2.9	3.6	7.3	5.6	0.98%
Viet Nam	233	116	91	3.43%	3.41%	3.41%			6.0	3.9	1.58%

** Tasa media anual de reducción requerida para alcanzar el objetivo establecido por las Naciones Unidas: reducir la TMM5 bien a 70 o menos, bien a la mitad de la tasa correspondiente a 1980, hacia finales del año 2000, cualquiera de ellas que sea inferior.

Reducción de la fecundidad, 1960-1987

País	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 1960-87
	1960	1980	1987	1960-80	1980-87	**requerida 1987-2000	1965-80	1980-88	1980	1987	
Ecuador	183	107	89	2.65%	2.60%	3.91%	5.4	-1.6	6.9	4.5	1.57%
Brasil	160	103	87	2.18%	2.38%	4.03%	6.3	0.3	6.2	3.3	2.31%
El Salvador	206	110	87	3.09%	3.30%	3.47%	1.5	-2.3	6.8	4.7	1.38%
Túnez	255	113	86	3.99%	3.83%	3.11%	4.7	0.9	7.2	3.8	2.34%
Papua Nueva Guinea	247	111	85	3.92%	3.74%	3.16%			6.3	5.5	0.50%
Rep. Dominicana	200	102	84	3.31%	2.74%	3.77%	3.8	-1.8	7.3	3.6	2.58%
Filipinas	135	86	75	2.23%	1.94%	4.19%	3.2	-4.0	6.6	4.2	1.66%
México	140	83	70	2.58%	2.40%	3.85%	3.6	-2.0	6.7	3.4	2.53%
Colombia	148	78	69	3.15%	1.74%	4.29%	3.7	0.1	6.7	3.5	2.38%
Siria, Rep. Árabe	218	87	67	4.49%	3.66%	3.18%	5.1	-0.9	7.5	6.6	0.47%
Paraguay	134	70	63	3.19%	1.49%	4.42%	4.1	-2.4	6.8	4.5	1.52%
Mongolia	158	77	61	3.53%	3.27%	3.38%			5.7	5.3	0.27%
Jordania	218	80	60	4.89%	4.03%	3.07%	5.8	-0.2	8.0	7.1	0.44%
Líbano	92	62	53	1.95%	2.22%	4.04%			6.4	3.3	2.42%
Tailandia	149	67	51	3.92%	3.82%	3.29%	4.4	2.8	6.4	2.4	3.57%
Albania	151	60	48	4.51%	3.14%	3.55%			5.8	2.9	2.53%
China	202	56	45	6.21%	3.08%	3.58%	4.1	9.2	5.9	2.3	3.43%
Sri Lanka	113	58	45	3.28%	3.56%	3.32%	2.8	2.5	6.2	2.8	2.53%
Venezuela	114	50	45	4.04%	1.49%	4.42%	2.3	-4.1	6.5	3.6	2.16%
Guyana	94	54	39	2.73%	4.54%	2.79%	0.7	-6.9	6.0	2.6	3.05%
Argentina	75	46	38	2.41%	2.69%	3.79%	1.7	-2.6	3.1	2.9	0.25%
Panamá	105	43	35	4.37%	2.90%	3.51%	2.8	0.2	5.9	3.0	2.47%
Corea, Rep. Pop. Dem. de	120	43	34	5.00%	3.30%	3.29%			3.5		1.73%
Corea, Rep. de	120	43	34	5.00%	3.30%	3.29%	7.3	6.8	5.4	1.9	3.79%
Malasia	106	42	33	4.52%	3.39%	3.42%	4.7	1.1	6.7	3.3	2.59%
Emiratos Árabes Unidos	239	43	33	8.22%	3.71%	3.07%			6.9	4.6	1.49%
Uruguay	56	43	32	1.31%	4.13%	3.19%	2.5	-3.7	2.9	2.6	0.40%
URSS	53	34	30	2.20%	1.77%	4.26%			2.5	2.3	0.31%
Mauricio	104	42	30	4.43%	4.69%	2.71%	3.7	3.6	5.7	1.9	3.99%
Rumania	82	36	28	4.03%	3.53%	3.34%			2.0	2.1	-0.18%
Yugoslavia	113	37	28	5.43%	3.90%	2.94%	5.2	0.0	2.7	1.9	1.29%
Chile	142	43	26	5.80%	6.93%	1.28%	0.0	-2.7	5.3	2.7	2.47%
Trinidad y Tobago	67	29	24	4.10%	2.67%	3.55%	3.1	-6.6	5.0	2.8	2.39%
Kuwait	128	34	23	6.41%	5.43%	2.30%			7.4	4.6	1.75%
Jamaica	88	29	23	5.40%	3.26%	3.23%	-0.1	-3.3	5.4	2.7	2.53%
Costa Rica	121	31	23	6.58%	4.17%	2.75%	3.3	-1.0	6.9	3.2	2.81%
Bulgaria	69	25	20	4.95%	3.14%	3.26%			2.2	1.9	0.54%
Polonia	70	24	19	5.21%	3.28%	3.47%			2.6	2.2	0.62%
Cuba	87	27	19	5.68%	4.90%	2.32%			4.7	1.7	3.70%
Hungría	57	26	19	3.85%	4.38%	2.66%	5.1	1.5	1.8	1.7	0.00%
Portugal	112	30	19	6.37%	6.32%	1.80%	4.6	1.2	3.1	1.7	2.20%
Grecia	64	23	17	4.99%	4.23%	2.64%	4.8	-0.1	2.2	1.7	0.95%
Checoslovaquia	32	20	17	2.32%	2.29%	4.00%			2.4	2.0	0.67%
Bélgica	35	15	13	4.15%	2.02%	3.67%	3.6	0.9	2.7	1.6	1.92%
EE.UU.	30	15	13	3.41%	2.02%	3.67%	1.8	1.9	3.3	1.8	2.22%
Nueva Zelanda	27	16	13	2.58%	2.92%	3.67%	1.7	1.1	3.8	1.9	2.53%
Israel	40	18	13	3.91%	4.54%	2.79%	3.7	-0.1	3.9	2.8	1.22%
Austria	43	16	12	4.82%	4.03%	3.07%	4.0	1.8	2.8	1.5	2.29%
Singapur	50	15	12	5.84%	3.14%	3.07%	8.3	5.7	4.9	1.7	3.84%
Italia	50	17	12	5.25%	4.85%	2.19%	3.2	1.0	2.5	1.5	1.87%
Rep. Dem. Alemana	44	15	12	5.24%	3.14%	3.07%			2.4	1.7	1.27%
Reino Unido	27	14	11	3.23%	3.39%	3.42%	2.0	2.3	2.8	1.8	1.62%
Irlanda	36	15	11	4.28%	4.33%	2.42%	2.8	-1.9	4.0	2.4	1.87%
Alemania, Rep. Fed. de	40	16	11	4.48%	5.21%	2.42%	3.0	1.8	2.5	1.4	2.12%
Dinamarca	25	11	11	4.02%	0.00%	4.58%	2.2	2.5	2.6	1.5	2.02%
España	56	15	11	6.37%	4.33%	2.42%	4.1	1.2	2.9	1.7	1.96%
Australia	25	14	10	2.66%	4.69%	2.71%	2.2	1.4	3.3	1.8	2.22%
Francia	34	13	10	4.69%	3.68%	2.71%	3.7	0.6	2.9	1.8	1.75%
Hong Kong	65	14	10	7.39%	4.69%	2.71%	6.2	4.8	5.3	1.7	4.12%
Canadá	33	13	9	4.55%	5.12%	1.91%	3.3	1.6	3.6	1.6	2.74%
Holanda	22	11	9	3.41%	2.83%	3.07%	2.7	0.6	3.1	1.5	2.65%
Noruega	23	11	8	3.62%	4.45%	2.19%	3.6	3.5	2.9	1.7	1.96%
Suiza	27	11	8	4.39%	4.45%	2.19%	1.5	1.4	2.5	1.6	1.64%
Japón	40	13	8	5.46%	6.70%	1.02%	5.1	3.1	2.0	1.7	0.80%
Finlandia	28	9	7	5.52%	3.53%	2.56%	3.6	2.1	2.6	1.6	1.56%
Suecia	20	9	7	3.91%	3.53%	2.56%	2.0	1.7	2.3	1.6	1.11%

III

ESTADÍSTICAS

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

ÍNDICE DE PAÍSES

TABLAS

1: Indicadores básicos

TMM5 ☐ población ☐ natalidad y mortalidad infantil
☐ 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 ☐ producción de SRO
☐ atención calificada del parto ☐ mortalidad materna

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 ☐ uso de anticonceptivos

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

Nota a los datos
Signos y explicaciones
Notas a las tablas 1 - 8
Definiciones
Fuentes principales

Notas a las tablas

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 —las más importantes aparecen citadas más delante—, las tablas presentan una amplia gradación de fiabilidad. Siempre que ha sido posible, se han utilizado datos oficiales nacionales. 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, las cuales aparecen señaladas con asterisco * o Y.

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 para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

Siempre que ha sido posible se han utilizado datos globales o muestrales a escala nacional, aunque, como indica la columna sobre "emaciación", existen algunas excepciones. Cuando las cifras se refieren sólo a una parte del país se señala en una nota a pie de página.

Signos y notas

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 promedio 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 casos extremos (países muy pequeños y países muy grandes). Cuando la serie de datos no presenta gran dispersión, el promedio utilizado es la media, que se obtiene mediante la agregación de todos los elementos de la serie dividida por el número total. Habida cuenta que estamos considerando países de tamaño de población muy distintos, es preciso introducir un criterio de ponderación. Por ello utilizamos la mediana como promedio más representativo, para dar una idea apropiada del país típico de cada grupo.

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 de las oficinas de área del UNICEF

(.) Menos de la mitad de la unidad indicada

T Total (en contraposición a la mediana)

x Véase nota al pie de las tablas

Y Datos de las oficinas de área del UNICEF; véase nota.

La mayor parte de los datos relativos a las TMM5 proceden de interpolaciones sobre estimaciones quinquenales de la División de Población de las Naciones Unidas, basadas en criterios comparativos a nivel internacional a partir de diversas fuentes. En algunos casos estas estimaciones interpoladas pueden diferir de las estadísticas nacionales más recientes.

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 1987, expresada en cifras redondeadas al número entero más próximo. Los países con la misma tasa aparecen ordenados alfabéticamente. En la lista alfabética adjunta se indica el correspondiente número de referencia de acuerdo con la clasificación establecida.

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

* Colonia

TABLA 1: INDICADORES BÁSICOS

	Tasa de mortalidad menores de 5 años		Tasa de mortalidad infantil (0-1 años)		Población total (millones)	Nacimientos/muertes infantiles (0-4 años) (miles)	PNB per cápita (dólares)	Esperanza de vida al nacer (años)	Tasa de alfabetización de adultos hombres/mujeres %	Tasa de escolarización primaria masculina/femenina 1984-1986	Distribución familiar del ingreso 1975-1986	
	1966	1967	1960	1967							40% más bajos	20% más altos
Países con muy alta mortalidad infantil (TMI mayor de 170) Mediana	313	209	188	129	496T	24695T/5158T	265	48	43/22	68/43		
1 Afganistán	380	304	215	173	14.7	874/265		42	39/8	23/12		
2 Mali	370	296	210	170	8.6	461/136	180	45	23/11	27/16		
3 Mozambique	330	295	190	170	14.5	690/204	210	47	55/22	92/73		
4 Angola	346	288	208	169	9.2	467/134	470*	45	49/	/		
5 Sierra Leona	386	270	219	155	3.8	197/53	310	42	38/21	68*/48*		
6 Malawi	364	267	206	151	7.6	437/117	160	48	52/31	72/55		
7 Etiopía	294	261	175	155	43.8	2098/547	120	42	/	44/28		
8 Guinea	346	252	208	148	8.4	315/79		43	40/17	40/17		
9 Burkina Faso	362	237	205	139	8.3	419/99	150	48	21/6	45/26		
10 Níger	320	232	191	136	6.5	357/83	260	45	19/9	37/20		
11 Chad	326	227	195	133	5.3	247/56	80*	46	40/11	61/24		
12 Guinea-Bissau	315	227	188	133	0.9	40/9	170	46	46/17	81/40		
13 República Centroafricana	308	226	183	133	2.7	127/29	290	46	53/29	81/50		
14 Somalia	294	225	175	133	6.9	363/81	280	46	18/6	26/13		
15 Mauritania	320	223	191	128	1.9	92/21	420	47	/	57/35		
16 Senegal	313	220	180	129	6.8	331/73	420	47	37/19	66/45		
17 Rwanda	248	209	146	123	6.5	361/75	290	49	61/33	68/66		
18 Kampuchea Democrática	218	208	146	133	7.7	320/67		49	85*/65*	/		
19 Yemen Democrático	378	202	214	122	2.3	116/23	470	52	59/25	96/35		
20 Bhután	297	200	186	129	1.4	58/12	150	49	/	29/17		
21 Nepal	297	200	186	129	17.8	723/145	150	52	39/12	104/47		
22 Yemen	378	195	214*	117	7.3	378/74	550	52	27/3	125/31		
23 Burundi	258	192	152	113	5.0	244/47	240	50	43*/26*	68/50		
24 Bangladesh	262	191	156	120	106.7	4754/908	160	52	43/22	68/49	17	45
25 Benín	310	188	185	111	4.3	235/44	270	47	37/16	87/43		
26 Madagascar	364	187	219	121	10.9	538/100	230	54	74/62	125/118		
27 Sudán	293	184	170	109	23.1	1098/202	320	51	33*/14*	59/41		
28 Tanzania, Rep. Unidad de	248	179	146	107	24.5	1356/243	250	54	93*/88*	70/69		
29 Nigeria	318	177	190	106	101.9	5521/975	640	51	54/31	103/81		
30 Bolivia	282	176	167	111	6.7	306/54	600	54	84/65	93/82		
31 Haití	294	174	197	118	6.1	218/38	330	55	40/35	83/72		
32 Gabón	288	172	171	104	1.1	47/8	3080	52	70/53	127/125		
33 Uganda	224	172	133	104	16.6	909/157	230	52	70/45	66*/50*		
Países con alta mortalidad infantil (TMI de 95 a 170) Mediana	238	123	151	84	1499T	53573T/7584T	740	59	68/49	102/86		
34 Pakistán	277	169	163	110	111.0	5398/911	350	58	40/19	55/32		
35 Zaire	251	164	148	99	32.7	1611/265	160	53	79/45	112*/84*		
36 Lao, Rep. Dem. Popular	232	163	155	111	3.8	161/28		49	92/76	102/85		
37 Togo	305	156	182	95	3.1	152/24	250	54	53/28	125/78		
38 Camerún	275	156	163	95	10.4	463/72	910	52	68/55	116/97		
39 India	282	152	165	100	802.1	26783/4080	290	59	57/29	107/76	16	49
40 Liberia	258	150	153	88	2.3	113/17	480	55	47/23	82*/50*		
41 Ghana	224	149	132	91	13.7	649/97	390	55	64/43	75/59		
42 Omán	378		214		1.3	66/10	4980	57	47*/12*	101/86		
43 Costa de Marfil	264	145	165	97	11.1	629/92	730	53	53/31	92/65	9	61
44 Lesotho	208	139	149	101	1.6	71/10	370	57	62/84	102/127		
45 Zambia	228	130	135	81	7.6	420/54	300	54	84/67	112/101		
46 Egipto	300	129	179	87	50.2	1805/233	760	62	59/30	96/77	17*	48*
47 Perú	233	126	142	89	20.7	729/92	1090	63	91/78	125/120	7*	61*
48 Libia, Jamahiriya Árabe	268	123	160	84	4.1	197/24		62	81/50	/		
49 Marruecos	265	123	163	84	23.3	839/103	590	62	45/22	96/62		
50 Indonesia*	235	120	139	85	172.2	4751/570	490	57	83/65	121/116	14	49
51 Congo	241	117	143	74	1.8	87/10	990	49	71/55	/		
52 Kenia	208	116	124	73	22.1	1303/151	300	59	70/49	97/91	9	60
53 Zimbabue	182	116	110	73	8.8	393/45	620	59	81/67	132/126		
54 Argelia	270	111	168	75	23.1	965/107	2590	63	63/37	105/85		
55 Honduras	232	111	144	70	4.7	196/22	740	65	61/58	103/102		
56 Guatemala	230	103	125	60	8.4	363/37	930	63	63/47	82/70		
57 Arabia Saudita	292	102	170	72	12.6	585/60	6950	64	71*/31*	78/65		
58 Nicaragua	210	99	140	63	3.5	155/15	790	64	/	93/103		
59 Birmania	229	98	153	71	39.1	1249/123	200	61	/	/		
60 Sudáfrica	192	98	135	73	33.0	1080/106	1850	61	/	/		
61 Turquía	258	97	190	78	52.5	1521/148	1110	65	86*/62*	121/113	12*	57*
62 Iraq	222	96	139	70	17.1	779/75	3020*	65	90/87	107/91		
63 Botswana	174	95	119	68	1.2	59/6	840	59	73/69	101/109		

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1987 (columna en negritas)

	Tasa de mortalidad menores de 5 años		Tasa de mortalidad infantil (0-1 años)		Población total (millones)	Nacimientos / muertes infantiles (0-4 años) (miles)	PNB per cápita (dólares)	Esperanza de vida al nacer (años)	Tasa de alfabetización de adultos hombres / mujeres %	Tasa de escolarización enseñanza primaria masculina / femenina	Distribución familiar del ingreso 1975-1986	
	1960	1987	1960	1987							40% más bajos	20% más altos
Países con mediana mortalidad infantil (TMI de 31 a 94) Mediana	149	60	103	45	1782T	43781T/2552T	1230	67	87/80	107/103	14	53
64 Irán, Rep. Islámica de	254	94	169	65	51.3	2269/213		66	62/39	127/107		
65 Viet Nam	233	91	156	65	62.8	2080/190		62	88*/80*	107/94		
66 Ecuador	183	89	124	64	9.9	369/33	1160	66	85/80	117*/117*		
67 Brasil	160	87	116	64	141.5	4101/358	1810	65	79/76	108*/99*	7*	67*
68 El Salvador	206	87	142	60	4.9	190/16	820	64	75/69	69/70	16	47
69 Túnez	255	86	159	60	7.6	231/20	1140	66	68/41	127/108		
70 Papua Nueva Guinea	247	85	165	61	3.7	149/13	720	55	55/35	47*/37*		
71 Rep. Dominicana	200	84	125	66	6.7	213/18	710	67	78/77	131/135		
72 Filipinas	135	75	80	46	58.0	1975/147	560	64	86/85	107/106	14	53
73 México	140	70	92	48	83.0	2457/172	1860	69	92/88	115/113	10	58
74 Colombia	148	69	93	46	29.9	887/61	1230	65	89/87	112/115		
75 Siria, Rep. Árabe	218	67	135	49	11.2	532/35	1570	66	76/43	117/105		
76 Paraguay	134	63	86	42	3.9	144/9	1000	67	91/85	102/97		
77 Mongolia	158	61	109	46	2.0	85/5		64	93*/86*	100/103		
78 Jordania	218	60	135	45	3.8	193/12	1540	67	87/63	98*/99*		
79 Líbano	92	53	68	41	2.8	83/4		68	86/69	105/95		
80 Tailandia	149	51	103	40	53.3	1180/60	810	66	94/88	99/96	15	50
81 Albania	151	48	112	40	3.1	74/4		72	-/-	98/93		
82 China	202	45	150	33	1068.6	22894/1041	300	70	82/56	137/120		
83 Sri Lanka	113	45	70	34	16.6	371/17	400	71	91/83	104/102	16	50
84 Venezuela	114	45	81	36	18.3	578/26	2920	70	88/85	110/110	10*	54*
85 Guyana	94	39	69	31	1.0	24/1	500	70	97/95	101*/99*		
86 Argentina	75	38	61	32	31.1	671/26	2350	71	96/95	109/109	14*	50*
87 Panamá	105	35	69	23	2.3	62/2	2330	72	89/88	109/104	7*	62*
88 Corea, Rep. Pop. Dem. de	120	34	85	26	21.4	633/22		70	-/-	-/-		
89 Corea, Rep. de	120	34	85	26	42.1	775/26	2370	70	96*/88*	94/94	17	45
90 Malasia	106	33	73	24	16.2	467/16	1830	70	81/66	101/101	11*	56*
91 Emiratos Árabes Unidos	239	33	145	27	1.5	34/1	14680	71	58*/38*	99/101		
92 Uruguay	56	32	50	27	3.1	58/2	1900	71	93*/94*	111/109		
Países con baja mortalidad infantil (TMI menor de 30) Mediana	44	10	36	10	1227T	18083T/331T	7295	75	97/90	103/101	18	40
93 URSS	53	30	38	25	281.5	5082/153	4550*	70	-/-	-/-		
94 Mauricio	104	30	70	24	1.1	20/1	1200	69	89/77	105/106	12	61
95 Rumania	82	28	69	22	22.9	356/10	2560*	71	98/97	98/97		
96 Yugoslavia	113	28	92	25	23.4	347/10	2300	72	97/86	95/94	19	39
97 Chile	142	26	114	20	12.5	304/8	1320	72	97*/96*	110/109		
98 Trinidad y Tabago	67	24	54	20	1.2	29/1	5360	71	97/95	93/96	13	50
99 Kuwait	128	23	89	19	1.9	62/1	13890	73	76/63	99/96		
100 Jamaica	88	23	62	18	2.4	62/1	840	74	-/-	106*/107*		
101 Costa Rica	121	23	84	18	2.8	81/2	1480	75	94/93	103/101	12*	55*
102 Bulgaria	69	20	49	15	9.0	113/2	4150*	72	-/-	103/102		
103 Polonia	70	19	62	18	37.7	600/12	2070	72	-/-	101/101		
104 Cuba	87	19	62	15	10.1	164/3		74	96*/96*	108/101		
105 Hungría	57	19	51	17	10.6	124/2	2020	71	-/-	97/98	21	36
106 Portugal	112	19	81	16	10.2	138/3	2250	74	89/80	131/123	15*	49*
107 Grecia	64	17	53	12	10.0	118/2	3680	76	97/88	106/106		
108 Checoslovaquia	32	17	26	13	15.6	219/4	5820*	72	-/-	97/98		
109 Bélgica	35	13	31	10	9.9	116/2	9230	75	-/-	95/97	22	36
110 EE.UU.	30	13	26	10	243.4	3640/48	17480	76	-/-	103/101	17	40
111 Nueva Zelanda	27	13	23	11	3.3	52/1	7460	75	-/-	106/106	16	45
112 Israel	40	13	33	11	4.4	95/1	6210	76	97/93	98/100	18	40
113 Austria	43	12	37	10	7.5	86/1	9990	74	-/-	100/100		
114 Singapur	50	12	36	9	2.6	43/1	7410	73	93/79	118/113		
115 Italia	50	12	44	10	57.2	635/8	8550	76	98/96	99/99	18	44
116 Rep. Dem. Alemana	44	12	37	9	16.6	204/2	7180*	74	-/-	104/103		
117 Reino Unido	27	11	23	9	56.7	761/9	8870	76	-/-	105/106	19	40
118 Irlanda	36	11	31	9	3.6	67/1	5070	74	-/-	100/100	20*	39*
119 Alemania, Rep. Fed. de	40	11	33	9	60.8	643/7	12080	75	-/-	97/97	20	40
120 Dinamarca	25	11	22	8	5.1	56/1	12600	76	-/-	98/98	17	39
121 España	56	11	46	9	38.9	503/5	4860	77	97/92	104/103	19	40
122 Australia	25	10	21	9	16.2	244/3	11920	76	-/-	106/105	15	47
123 Francia	34	10	29	8	55.6	774/8	10720	76	-/-	113/111	17	42
124 Hong Kong	65	10	44	8	5.6	87/1	8910	76	95/81	106/104	16	47
125 Canadá	33	9	28	8	25.9	358/3	14120	77	-/-	106/104	17	40
126 Holanda	22	9	18	8	14.5	174/2	10020	77	-/-	113/115	22	36
127 Noruega	23	8	19	7	4.2	52/0	15400	77	-/-	97/97	19	38
128 Suiza	27	8	22	7	6.5	75/1	17680	77	-/-	-/-	20	38
129 Japón	40	8	31	5	121.9	1445/12	12840	78	-/-	101/102	22	38
130 Finlandia	28	7	22	6	4.9	61/0	12160	75	-/-	104/104	18	38
131 Suecia	20	7	16	6	8.3	93/1	13160	77	-/-	97/99	21	42

TABLA 2: NUTRICIÓN

	Recién nacidos con bajo peso % 1982-1985	Madres lactantes % 1980-1986			Niños menores de cinco años que sufren desnutrición ligera-moderada / grave % 1980-1986	Prevalencia de emaciación (12-23 meses/ cortedad de talla (24-59 meses) (% por grupo de edad) 1980-1987	Índice medio producción de alimentos per cápita (1979-1981 = 100) 1986	Consumo diario calorías per cápita en % nivel requerido 1985	Ingreso familiar gastado en Total alimentos/cereales % 1980-1985
		3 meses	6 meses	12 meses					
Países con muy alta mortalidad infantil (TMI mayor de 170) Mediana	15	96	92	75	30/6	8/48	97	92	53/18
1 Afganistán	19*	..	..	82*	20*/..	..	92	92	..
2 Mali	17*	96*	..	..	..	18/23*	103	69	57/22
3 Mozambique	15	..	..	..	..	..	85	68	..
4 Angola	17*	96*	..	..	..	..	87	86	..
5 Sierra Leona	14	98*	94*	83*	24*/3*	26/46	101	85	47/18
6 Malawi	10	..	97*	96*	..	8/61	88	95	55/28
7 Etiopía	17*	..	95*	..	..	19/43	88	94	32/12
8 Guinea	18	100*	70*	40*	..	..	94	85	..
9 Burkina Faso	18*	98*	98*	97*	33*/7*	17*/..	126	87	..
10 Níger	20	65*	30*	15*	17*/9*	26/32*	91	97	..
11 Chad	11	..	..	..	..	..	106	79	..
12 Guinea-Bissau	20*	100*	100*	98*	..	..	131	105	..
13 República Centroafricana	15*	..	..	..	24*/6*	..	94	92	..
14 Somalia	..	92*	78*	54*	7*/1*	..	91	91	..
15 Mauritania	10	..	..	..	30/10	..	92	97	..
16 Senegal	10	94	94	82	29*/1*	8/27*	100	109	53/16
17 Rwanda	17	97*	97*	74*	29*/8*	23/45	87	87	29/10
18 Kampuchea Democrática	..	100*	93*	72*	17*/3*	..	142	85	..
19 Yemen Democrático	13	80*	60*	55*	32*/8*	..	83	93	..
20 Nepal	..	92*	92*	82*	..	27*/72*	97	88	..
21 Bhután	..	..	..	..	33/6	..	102	..	..
22 Yemen	9	80*	76*	55*	..	17/69	119	93	..
23 Burundi	14	95*	95*	90*	30/5	36/52*	97	99	..
24 Bangladesh	31	98*	97*	89*	40/10	17/59	100	78	..
25 Benin	10	95	90	75	..	14/..	116	94	37/12
26 Madagascar	10*	95	95	85	..	..	96	111	58/22
27 Sudán	15	91*	86*	72*	33*/8*	48/63	104	93	58/..
28 Tanzania, Rep. Unidad de	14	100*	90*	70*	42*/6*	17*/..	92	99	62/30
29 Nigeria	25	98*	80*	60*	24*/..	21*/..	105	92	52/18
30 Bolivia	15*	93*	91*	45*	..	1/43*	89	88	33/..
31 Haití	17*	..	98*	88*	..	18*/52*	94	79	..
32 Gabón	16	..	..	..	..	..	97	124	..
33 Uganda	10	85*	70*	20*	15*/4*	3/27*	129	109	..
Países con alta mortalidad infantil (TMI de 95 a 170) Mediana	13	94	90	71	25/5	10/38	98	100	41/13
34 Pakistán	25*	78	73	67	..	14/1*	104	93	54/17
35 Zaire	..	100*	99*	86*	15*/5*	11/40	98	96	55/15
36 Lao, Rep. Dem. Popular	39	..	99	93	..	20/44	129	96	..
37 Togo	20*	..	99*	90*	20*/5*	9*/36*	84	97	..
38 Camerún	13	92*	90*	77*	..	2/43*	95	89	26/8
39 India	30	..	87*	..	33/5	37/..	111	94	52/..
40 Liberia	..	96*	92*	70*	31*/4*	7*/38*	97	103	..
41 Ghana	17*	100*	70*	25*	23*/7*	28/31*	114	78	50/..
42 Omán	14	..	..	..	..	..	..	..	..
43 Costa de Marfil	14	93*	90*	50*	..	21/..	98	102	38/10
44 Lesotho	10	..	87*	..	..	7/23	79	100	..
45 Zambia	14	..	93*	..	..	12/41*	96	85	50/13
46 Egipto	7	92	87	71	..	3*/37*	104	127	36/7
47 Perú	9*	82*	71*	55*	..	11/59	96	84	35/8
48 Libia, Jamahiriya Árabe	5	..	..	..	..	..	141	152	..
49 Marruecos	9	95*	61*	..	19*/9*	6/12	118	108	48/14
50 Indonesia	14	98	97	83	27/3	17/..	119	109	48/21
51 Congo	12*	98*	98*	95*	17*/5*	5*/27*	93	108	31/12
52 Kenia	13	89*	84*	44*	30*/2*	10*/41*	93	87	42/18
53 Zimbabue	15	98*	95*	84*	..	..	100	84	43/9
54 Argelia	9*	..	..	..	..	..	104	121	..
55 Honduras	20*	48	28	24	15*/10*	..	90	95	39/..
56 Guatemala	10*	..	84	74	40*/10	3*/69*	95	99	36/10
57 Arabia Saudita	6	..	91*	52*	..	9/..	202	132	..
58 Nicaragua	15*	..	71*	..	..	1/22	74	105	..
59 Birmania	16*	90*	..	..	..	17/..	127	117	..
60 Sudáfrica	12	..	..	..	..	..	86	118	..
61 Turquía	7	99*	91*	51*	..	..	103	125	40/..
62 Iraq	9*	76	45	19	..	2/14	119	118	..
63 Botswana	8	97	90	75	31/1	19/56	78	95	35/13

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1987 (véase tabla 1)

	Recién nacidos con bajo peso % 1982-1987	Madres lactantes % 1980-1986			Niños menores de cinco años que sufren desnutrición ligera-moderada / grave % 1980-1986	Prevalencia de emaciación (12-23 meses) / corteidad de talla (24-59 meses) (% por grupo de edad) 1980-1987	Índice medio producción de alimentos per cápita (1979-1981 = 100) 1983-1985	Consumo diario calorías per cápita en % nivel requerido 1985	Ingreso familiar gastado en Total alimentos/cereales % 1980-1985
		3 meses	6 meses	12 meses					
Países con mediana mortalidad infantil (TMI de 31 a 94) Mediana	9	79	58	35	...	11/44	98	111	35/9
64 Irán, Rep. Islámica de	9*	...	...	...	...	23*/60*	98	118	...
65 Viet Nam	18*	93*	88*	20*	40/10	7*/60*	119	97	...
66 Ecuador	10*	98	84	68	...	...	101	88	31/...
67 Brasil	8*	59*	19*	5*	...	...	104	107	35/9
68 El Salvador	15*	31*	28*	...	...	2*/54*	84	91	33/12
69 Túnez	7	95*	92*	71*	...	3/45	106	119	42/10
70 Papua Nueva Guinea	25	...	...	...	38*/...	...	98	79	...
71 Rep. Dominicana	16*	86*	66*	45*	38*/2*	...	97	110	46/13
72 Filipinas	18	68*	58*	28*	...	14*/42	95	101	47/...
73 México	15	62*	48*	27*	...	...	97	126	35/...
74 Colombia	15*	80*	55*	36*	...	1/21	97	111	29/...
75 Siria, Rep. Árabe	9	88*	72*	41*	23*/2*	...	99	129	...
76 Paraguay	6	80*	77*	49*	31*/1*	...	97	127	30/6
77 Mongolia	10	...	...	...	...	...	96	117	...
78 Jordania	7	80*	70*	50*	...	9*/...	102	117	36/...
79 Líbano	10	50*	40*	15*	...	...	127	101	...
80 Tailandia	12	83	79	68	27/(...)	8/...	105	102	34/...
81 Albania	7	...	...	...	...	...	95	118	...
82 China	6	...	...	...	...	3*/10*	125	111	...
83 Sri Lanka	28	95	81	68	...	20/31*	91	114	48/21
84 Venezuela	9	50*	40*	30*	...	3/7	93	95	38/...
85 Guyana	11	77	60	35	...	...	81	111	...
86 Argentina	6	66	36	14	...	...	99	122	35/4
87 Panamá	8	62*	53*	...	...	7/24	93	98	38/7
88 Corea, Rep. Pop. Dem. de	...	...	...	...	...	...	106	126	...
89 Corea, Rep. de	9	94*	93*	84*	...	...	107	117	35/...
90 Malasia	9	88*	...	...	...	12*/47*	113	110	30/...
91 Emiratos Árabes Unidos	...	...	...	...	6*/...	...	...	...	...
92 Uruguay	8	54*	33*	12*	...	14*/...	98	103	31/7
Países con baja mortalidad infantil (TMI menor de 30) Mediana	6	...	...	...	...	...	105	128	19/2
93 URSS	6	...	...	...	...	...	111	128	...
94 Mauricio	9*	59*	49*	39*	17/7	20*/...	107	118	20/4
95 Rumania	6	...	...	...	...	...	121	127	...
96 Yugoslavia	7	...	...	...	...	...	98	134	27/...
97 Chile	7*	23*	18*	17*	...	1/10	106	102	29/7
98 Trinidad y Tabago	...	68*	53*	25	48*/1*	10/5*	94	126	...
99 Kuwait	7	47*	32*	12*	...	2/14	...	...	...
100 Jamaica	8*	57*	40*	16*	39*/1*	14/9	99	112	38/...
101 Costa Rica	9	61	38	20	...	3/8	93	118	33/8
102 Bulgaria	6	...	...	...	...	...	104	146	...
103 Polonia	8	42*	32*	...	...	...	110	126	29/...
104 Cuba	8	...	...	...	...	...	108	127	...
105 Hungría	10	45*	21*	4*	...	...	110	135	25/...
106 Portugal	8	...	...	...	...	...	101	124	34/...
107 Grecia	6	...	...	...	...	...	96	145	30/...
108 Checoslovaquia	6	...	...	...	...	...	117	143	...
109 Bélgica	5	...	...	...	...	...	104	139	15/2
110 EE.UU.	7	33	25	8	...	...	98	140	13/2
111 Nueva Zelanda	5	...	...	...	...	...	105	131	12/...
112 Israel	7	...	...	...	...	...	103	119	26/...
113 Austria	6	...	...	...	...	...	104	130	16/2
114 Singapur	7*	...	...	...	...	9/10	90	114	19/...
115 Italia	7	...	...	...	...	...	100	143	19/2
116 Rep. Dem. Alemana	6	...	...	...	...	...	109	143	...
117 Reino Unido	7	...	...	...	...	...	111	129	12/2
118 Irlanda	4	...	...	...	...	...	99	140	22/4
119 Alemania, Rep. Fed. de	5	...	...	...	...	...	116	133	12/2
120 Dinamarca	6	...	...	...	...	...	126	129	13/2
121 España	...	...	...	...	...	...	101	130	24/3
122 Australia	6	...	...	...	...	...	100	114	13/...
123 Francia	5	...	...	...	...	...	105	142	16/2
124 Hong Kong	4*	...	...	...	...	...	143	119	19/3
125 Canadá	6	26*	13*	...	...	...	116	130	11/2
126 Holanda	4	17*	...	...	...	...	108	128	13/2
127 Noruega	4	...	...	...	...	...	103	114	5/2
128 Suiza	5	...	...	...	...	...	105	126	17/...
129 Japón	5	...	...	...	...	...	107	106	19/3
130 Finlandia	4	...	...	...	...	...	108	111	16/3
131 Suecia	4	...	...	...	...	...	103	114	13/2

TABLA 3: SALUD

	Población con acceso a agua potable %			Población con acceso a servicios de salud %			Población con inmunización completa 1981 / 1986-1987					Bolsas de SRO por 100 episodios de diarrea (litros) 1986	Partos atendidos por personal especializado % 1983-1987	Tasa de mortalidad materna 1980-1987
	1980-1987			1980-1987			Niños de un año				Mujeres embarazadas Tétanos			
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	TB	DPT	Polio	Sarampión				
Países con muy alta mortalidad infantil (TMI mayor de 170) Mediana	32/ 61 /15			41/ 80 /30			26/46	14/27	7/28	19/33	5/11	21	23	420
1 Afganistán	19*/ 56*/10*			29*/ 80*/17*			8/27	3/25	3/25	6/31	3/8	22		640*
2 Mali	12*/ 23*/ 9*			15*/ / /			19/29*	/8*	/8*	/11*	1/9*	3	27*	
3 Mozambique	13*/ 50*/ 7*			30*/ / /			46/59*	56/51*	32/38*	32/46*	/59*	54	28	300*
4 Angola	32/ 90 /12			30*/ / /			/29*	/10*	/16*	/55*	/52*	20	15	
5 Sierra Leona	22/ 61 / 6			/ / /			35/73	15/30	13/30	28/50	10/59	46	25	450
6 Malawi	51/ 66 /49			80*/ / /			86/92	66/55	68/50	65/53	/20	39	59	250*
7 Etiopía	6*/ / /			46*/ / /			10/28*	6/16*	7/15*	7/13*	/5	9	58	
8 Guinea	15/ 69 / 2			/ / /			4*/46*	/15*	/8*	15*/43*	5*/5*	4		
9 Burkina Faso	20*/ 60*/15*			49*/ 51*/48*			16/67	2/34	2/34	23/68	11/26	37		600*
10 Níger	34/ 41 /33			41*/ 99*/30*			28/28*	6/5	6/4*	19/27*	3/5		47	420
11 Chad	26*/ / /			/ / /			/40	/12	/12	/33	/9*	7		700*
12 Guinea-Bissau	33/ 21 /37			/ / /			/82*	/47*	/48*	/60*	/23*	5	16*	400
13 República Centroafricana	16*/ / /			45*/ / /			26/53*	12/24*	12/24*	16/30*	13/20*	23		600
14 Somalia	36/ 65 /21			27*/ 50*/15*			3/33	2/25	2/25	3/29	5/6	50	2	1100
15 Mauritania	/ 80 /			30*/ / /			57/91	18/32	18/61	45/69	1/	1	23	
16 Senegal	42/ 69 /27			/ / /			/92	/53	/53	/70	/8*	1		530*
17 Rwanda	59/ 55 /60			27*/ 80*/25*			51/85*	17/78*	15/80*	42/63*	5/32*	32	47*	210
18 Kampuchea Democrática	3*/ 10*/ 2*			53*/ 80*/50*			/54*	/37*	/35*	/54*	/3*	103	10	100
19 Yemen Democrático	46*/ 85*/32*			30*/ / /			9/41*	5/25*	5/25*	6/35*	3/8	20	3	
20 Bhután	15/ 40 /14			19/ / /			36/38	13/27	11/27	21/23	/10			
21 Nepal	34*/ 80*/32*			/ / /			32/78	16/46	1/40	2/22	4/15	23	10	850*
22 Yemen	31*/ 99*/21*			30*/ 75*/24*			15/28	25/14	25/14	40/15	/2*	25	12	
23 Burundi	39/ 94 /22			61*/ / /			65/89	38/73	6/76	30/58	25*/59	12	12	
24 Bangladesh	41/ 29 /43			45*/ / /			1/14	1/9	1/8	(.)6	1/7	25		600
25 Benin	18/ 26 /15			18*/ / /			/67	/52	/52	/38	/9	7	34	1680*
26 Madagascar	18*/ / /			56*/ / /			25/42	40/30	/24	/10	/5	8	62	300*
27 Sudán	21*/ 60*/10*			51*/ 90*/40*			3/46	1/29	1/29	1/22	1/12	40	20	
28 Tanzania, Rep. Unidad de	50/ 88 /39			78*/ 99*/72*			78/95*	58/81*	49/80*	76/78*	36/60	42	74	370*
29 Nigeria	33/ 58 /25			40*/ 75*/30*			23/41	24/20	24/21	55/31	11/12	2		1500
30 Bolivia	49*/ 84*/14*			63*/ 90*/36*			30/31	13/24	15/28	17*/33	/2	59	36*	480*
31 Haití	35*/ 50*/25*			70*/ 80*/70*			60/45	14/20	3/28	/23	/56*	11	20	340*
32 Gabón	92*/ / /			90*/ / /			/79	/48	/48	/55	/32*	27	92*	120
33 Uganda	16*/ 90*/ 7*			61*/ 90*/57*			18/74	9/39	8/40	22/48	20/13	21		300
Países con alta mortalidad infantil (TMI de 95 a 170) Mediana	47/ 73 /29			70/ 98 /45			55/72	38/66	30/62	24/55	10/30	22	51	140
34 Pakistán	53*/ 84*/40*			55/ 99 /35			11/72	3/62	3/62	2/53	1/27	80	24	600
35 Zaire	9*/ 15*/ 5*			26*/ 40*/17*			34/54*	18/36*	18/36*	23/39*	/26*	19		900
36 Lao, Rep. Dem. Popular	21/ 28 /20			/ / /			4/60*	7*/28*	7*/10*	7*/33*	2*/19*	72		
37 Togo	35/ 68 /26			61*/ / /			44*/66*	9*/41*	9*/40*	47*/48*	57*/64*	23	15*	84*
38 Camerún	26*/ / /			41*/ 44*/39*			8/77*	5/45*	5/43*	18/44*	/26*	3		140*
39 India	56/ 80 /47			/ / /			12/46	31/58	7/50	(.)17	24/47	18	33	500
40 Liberia	20*/ / /			39*/ 50*/30*			87/68*	39/28*	26/28*	99/55*	60/20*	89		
41 Ghana	50/ 72 /39			60/ 92 /45			67/71	22/37	25/34	23/51	11/40	26	73	1070*
42 Omán	14*/ 70*/10*			91*/100*/90*			49/95	9/77	9/77	6/78	27/70	74	60	
43 Costa de Marfil	19*/ 30*/10*			30*/ 61*/11*			70*/53*	42*/71*	34*/71*	28/85*	25*/63*	17	20*	
44 Lesotho	14/ 37 /11			/ / /			81/84	56/77	54/77	49/79	0*/0*	25	28	
45 Zambia	47/ 85 /33			75*/ / /			72*/92	44*/66	77/61*	21/58	/41	32		110
46 Egipto	76/ 88 /64			/ / /			71/72*	82/82*	84/88*	65/76*	10/12*	24	24	80
47 Perú	55/ 73 /18			/ / /			63/61	18/42	18/45	24*/35	4/6*	7	55*	310
48 Libia, Jamahiriya Árabe	96/100 /90			/ / /			55/77*	55/62*	55/62*	57/50*	6/12*	49	76	80*
49 Marruecos	27*/ 63*/ 2*			70*/100*/50*			/87	43/78	45/78	/76	/33	11		330
50 Indonesia	38*/ 53*/30*			75*/ / /			55/82	(.)69	(.)70	(.)61	10/33	14	43	800
51 Congo	21/ 42 / 7			83*/ 97*/70*			92/86	42/71	42/71	49/69	/67	8		
52 Kenia	28/ 61 /21			/ / /			/86	/75	/75	/60	/37	21		170*
53 Zimbabue	52*/ / /			71*/100*/62*			64/86*	39/77*	38/77*	56/73*	/48	5	69	150*
54 Argelia	88*/100*/80*			88*/100*/80*			59/95	33/66	30/66	17/59	/	8		130
55 Honduras	69/ 91 /55			73*/ 85*/65*			46/66	38/58	37/61	38*/57	11/25*	48	50	82*
56 Guatemala	52*/ 80*/27*			34*/ 47*/25*			29/34	42*/16*	42*/18*	8/24	/12*	17	19*	110
57 Arabia Saudita	91/100 /68			97*/100*/88*			49/93	53/89	52/89	12/80	/50	97	78	
58 Nicaragua	56/ 91 /10			83*/100*/60*			65/93	23/43	52/85	20/44	/25*	202		65*
59 Birmania	29*/ 35*/27*			33*/100*/11*			15/45	5/23	/13	/14	6/24	12	97	140
60 Sudáfrica	/ / /			/ / /			/	/	/	/	/			
61 Turquía	78*/ 95*/63*			/ / /			42/34	64/71	69/70	52/50	/7*	42	78*	210*
62 Iraq	89*/100*/46*			93*/ 97*/78*			76/99	13/76	16/76	33/69	4/53	26	50*	
63 Botswana	57/ 98 /47			88/100 /85			80/99	64/86	71/88	68/91	32/40	19	52*	300

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1987 (véase tabla 1)

	Países con mediana mortalidad infantil (TMI de 31 a 94) Mediana	Población con acceso a agua potable % 1980-1987			Población con servicios de salud % 1980-1987			Población con inmunización completa 1981 / 1986-1987					Bolsas de SRO por 100 episodios de diarrea (litros) 1986	Partos Atendidos por personal especializado % 1983-1987	Tasa de mortalidad materna 1980-1987
		Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Niños de un año				Mujeres embarazadas Tétanos			
								TB	DPT	Polio	Sarampión				
64	Irán, Rep. Islámica de	75*/ 95*/55*	78*/ 95*/60*	6/56	29/74	47/74	48/76	2/12	25	82*	120*				
65	Viet Nam	41/ 60 /32	80/100 /75	/59	/51	/54	/42	/	14	99	110				
66	Ecuador	47*/ 75*/16*	62*/ 90*/30*	82/85	26/51	19/51	31*/46	4/5*	34	27	220*				
67	Brasil	77/ 86 /53	62/68	47/57	99*/90	73*/55			31	73	150				
68	El Salvador	40*/ 71*/22*	56*/ 80*/40*	47/55	42/53	38*/57	44/48	20/19*	180	35	74				
69	Túnez	75*/100*/50*	90*/100*/80*	65/94	36/89	37/89	65/79	2/27	3	60					
70	Papua Nueva Guinea	16/ 55 /10	/	64/70*	50*/41*	32/41*	/34*	/23*	8	34	1000				
71	Rep. Dominicana	62/ 85 /32	80*/	34/51*	27/80	42/79	17*/71	26/87*	21	57*	56*				
72	Filipinas	66*/ 83*/54*	/	61/82	51/73	44/73	/68	37/49	10		80				
73	México	75/ 91 /40	45*/	41/71	41/62	85/97*	33*/54		14		92				
74	Colombia	70*/ 89*/28*	60*/	57/80	20/58	22/82	26/59	6/40*	22	51	130				
75	Siria, Rep. Árabe	75/ 98 /54	75*/ 92*/60*	36/81*	14/70*	14/70*	14/73*	3/6	12	37	280				
76	Paraguay	26/ 46 /10	61*/ 90*/38*	42/66	28/58	26/93*	16/56	6/56*	21	22	470				
77	Mongolia			53/53	99/79	99/74	/61	/		99	140*				
78	Jordania	93*/100*/80*	97*/ 98*/95*	0/2*	81/89	87/89	40/87	2/28	23	75					
79	Líbano	92*/ 95*/85*	/	/91	/91	/81			15	45					
80	Tailandia	66/ 50 /70	70*/	71/97*	52/80	22/80*	/60*	27/61*	26	33	270				
81	Albania	/	/	93/92	94/96	92/94	90/96	/							
82	China	/ 85 /	/	/85	/75	/77	/77	/			44				
83	Sri Lanka	36/ 76 /26	93*/	58/61	45/61	49/62	/47	48/39	24	87	90				
84	Venezuela	/	/	77/86	54/54	75/64	43/57		73	82	65				
85	Guyana	73/100 /60	89*/	/69	45/67	37/77	/52	/57*	23	93	100*				
86	Argentina	64/ 72 /17	71/ 80 /21	63/91	46/75	38/85	73/81	/	12		85*				
87	Panamá	82*/100*/65*	80*/ 95*/64*	77/89	49/73	50/74	53/78	/27*	18	83	90				
88	Corea, Rep. Pop. Dem. de	/	93*/ 97*/86*	52/69	52/62	51/70	31/35	/		99	41				
89	Corea, Rep. de	/	/	42/47	61/76	62/80	5*/89	/			34				
90	Malasia	69*/ 93*/53*	/	91/99	54/59	61/62	/20	20/25	17	82	59				
91	Emiratos Árabes Unidos	93/ 95 /81	90/	18/78	45/75	45/75	42/56		35	96					
92	Uruguay	80*/ 93*/13*	80*/	76/98	57/70	58*/70	95*/99	18/13*	17		56*				
	Países con baja mortalidad infantil (TMI menor de 30) Mediana	/	/	/90	85/90	90/90	70/84	/		99	11				
93	URSS	/	100*/100*/100*	/93*	95/85*	95/99*	95/95*	/		100					
94	Mauricio	95*/ 95*/95*	/	87/87*	82/85*	82/85*	/68*	1/68*	18	90*	99*				
95	Rumania	/	/	/95	/90	/90	/90	/		99	180				
96	Yugoslavia	/	/	99/84	90/90	95/89	95/92	/			27				
97	Chile	94*/ 98*/71*	/	100/97	97/93	96/95	93/92	/		97*	55				
98	Trinidad y Tabago	99/100 /96	/	/	52/79	55/80	/60	/60*	2	90	81*				
99	Kuwait	100*/	100*/	0/4	54/94	76/94	66/95	30/2	23	99	18				
100	Jamaica	86*/	80*/100*/63*	/92	39/81	37/82	/62	50*/50*	18	89	100				
101	Costa Rica	91/100 /82	/	81/81	83/91	85/89	71/43	/90*	49	93	26				
102	Bulgaria	/	/	97/99	97/99	98/99	98/99	98/		100	22				
103	Polonia	/	/	95/95	95/97	95/98	65/91	/			12				
104	Cuba	/	/	97/96	67/87	82/86*	49/99	/	166		31				
105	Hungría	/	/	99/99*	99/99	98/99	99/99	/		99	28				
106	Portugal	/	/	74/71	75/96	16/78	70/66	/			15				
107	Grecia	/	/	95/	95/82	95/97	/81	/			12				
108	República Checa	/	/	95/99	95/99	95/98	95/98	/		100	8				
109	Bélgica	/	/	/90	95/95	99/99	50/90	/		100	10				
110	EE.UU.	/	/	/	/37*	/24*	96*/82*	/		100	9				
111	Nueva Zelanda	/	/	/20*	72*/72*	/84*	/	/		99	20				
112	Israel	/	/	70/	84/92	91/93	69/88	/		99	5				
113	Austria	/	/	90/90	90/90	90/90	90/60	/			11				
114	Singapur	100/100 /	100/100 /	83/92	87/98	88/97	57*/94	/90*		100	11				
115	Italia	/	/	/30	/88	/81	/21	/			13				
116	Rep. Dem. Alemana	/	/	95/99	80/93	90/94	95/98	/			17				
117	Reino Unido	/	/	/96	44/67	71/85	52/71	/		98	7				
118	Irlanda	/	/	/80	36/45*	76/90*	/63*	/			7				
119	Alemania, Rep. Fed. de	/	/	40/30*	50/30*	80/80*	35/30	/			11				
120	Dinamarca	/	/	95/85*	85/89	97/94	/	/			4				
121	España	/	/	/	/88	/80	/83	/		96	10				
122	Australia	/	/	/	/	/	/68*	/		99	11				
123	Francia	/	/	80/96	79/97	80/97	/55	/			13				
124	Hong Kong	99*/	/	99/99*	84/94	94/86	/85	/90			4*				
125	Canadá	/	/	/	/	/	/	/		99	2				
126	Holanda	/	/	/	97/95	97/95	93/96	/			5				
127	Noruega	/	/	/90*	/85	/90	/87	/		100	4				
128	Suiza	/	/	/90	/90	/95	/60	/			5				
129	Japón	/	/	85/85*	/83*	/95*	/73*	/			15				
130	Finlandia	/	/	90/90*	92/94*	90/78*	70/81*	/			5				
131	Suecia	/	/	/17	99*/99*	99/98	56/94	/		100	4				

TABLA 4: EDUCACIÓN

		Tasa alfabetización adultos		Nº de receptores de radio/TV (1000 hab.) 1985	Tasa escolarización enseñanza primaria			Alumnos que terminan con éxito enseñanza primaria %	Tasa escolarización enseñanza secundaria 1984-1986
		1970 hombres/mujeres	1985 hombres/mujeres		1960 (bruta) masculina/femenina	1984-86 (bruta) masculin/femen	1984-86 (neta) masculin/femen	1980-1986	masculina/femenina
Países con muy alta mortalidad infantil (TMI mayor de 170) Mediana		25/8	43/22	58/4	30/14	68/43	52/39	39	18/8
1	Afganistán	13/2	39/8	91/6	15/2	23/12	/	54	9/4
2	Mali	11/4	23/11	16/1	14/6	27/16	/	25*	9/4
3	Mozambique	29/14	55/22	32/1	60/36	92/73	52/44	26	9/5
4	Angola	16/7	49/	26/5	/	/	71*/61*	24	/
5	Sierra Leona	18/8	38/21	222/8	30/	68*/48*	/	48*	23*/11*
6	Malawi	42/18	52/31	245/	45	72/55	48/43	28	6/3
7	Etiopia	8/1	/	184/2	11/3	44/28	/	41*	14/9
8	Guinea	21/7	40/17	30/1	44/16	40/17	30/14	37	14/5
9	Burkina Faso	13/3	21/6	21/5	12/5	45/26	38/22	75	8/4
10	Niger	6/2	19/9	49/2	7/3	37/20	/	67*	9/3
11	Chad	20/2	40/11	219/	29/4	61/24	/	29*	10/2
12	Guinea-Bissau	13/6	46/17	34/	35/15	81/40	71/35	18	18/4
13	República Centroafricana	26/6	53/29	58/2	53/12	81/50	63/40	53	19/7
14	Somalia	5/1	18/6	43/1	13/13	26/13	19/10	33*	15/8
15	Mauritania	/	/	132/1	13/3	57/35	/	80	21/8
16	Senegal	18/5	37/19	109/31	36/	66/45	52/36	86	18/9
17	Rwanda	43/21	61/33	58/	/	68/66	65/63	47	4/2
18	Kampuchea Democrática	/23	85*/65*	110/7	/	/	/	50*	45/20
19	Yemen Democrático	31/9	59/25	70/18	20/5	96/35	/	40*	26/11
20	Bhután	/	/	14/	5/	29/17	/	25*	7/1
21	Nepal	23/3	39/12	30/1	19/1	104/47	76/35	27*	35/11
22	Yemen	9/1	27/3	22/4	14/	125/31	/	15*	26/3
23	Burundi	29/10	43*/26*	53/1	27/9	68/50	46/37	/	6/3
24	Bangladesh	36/12	43/22	40/3	66/26	68/49	61/44	20	24/11
25	Benin	23/8	37/16	74/4	38/15	87/43	68/34	15*	23/9
26	Madagascar	56/43	74/62	/5	58/45	125/118	/	30*	43/30
27	Sudán	28/6	33*/14*	251/51	35/14	59/41	/	61*	23/17
28	Tanzania, Rep. Unidad de	48/18	93*/88*	89/1	33/18	70/69	51/53	76	4/3
29	Nigeria	35/14	54/31	85/5	46/27	103/61	/	31*	42*/14*
30	Bolivia	68/46	84/65	581/66	78/50	93/82	83/75	32*	40/34
31	Haiti	26/17	40/35	21/3	50/42	83/72	45/42	45*	19/17
32	Gabón	43/22	70/53	96/19	/	127/125	/	59	31/22
33	Uganda	52/30	70/45	22/6	/32	66*/50*	43*/38*	58*	11*/5*
Países con alta mortalidad infantil (TMI de 95 a 170) Mediana		50/20	68/49	132/39	86/39	102/86	86/77	65	39/27
34	Pakistán	30/11	40/19	90/13	46/13	55/32	/	34*	25/10
35	Zaire	61/22	79/45	100/1	88/32	112*/84*	86*/65*	65*	81*/33*
36	Lao, Rep. Dem. Popular	37/28	92/76	104/	34/16	102/85	/	14*	23/16
37	Togo	27/7	53/28	206/5	63/24	125/78	88/58	43	32/10
38	Camerún	47/19	68/55	95/	87/43	116/97	/	70*	29/18
39	India	47/20	57/29	66/5	80/40	107/76	/	38*	45/24
40	Liberia	27/8	47/23	228/16	45/18	82*/50*	/	/	33*/13*
41	Ghana	43/18	64/43	184/10	52/25	75/59	/	75*	45/27
42	Omán	/	47*/12*	644/725	/	101/86	84/76	60*	45/25
43	Costa de Marfil	26/10	53/31	133/51	68/24	92/65	/	89*	27/12
44	Lesotho	49/74	62/84	28/1	63/102	102/127	/	27*	18/26
45	Zambia	66/37	84/67	30/14	51/34	112/101	/	85	24/14
46	Egipto	50/20	59/30	256/82	80/52	96/77	/	64	77/54
47	Perú	81/60	91/78	203/76	95/71	125/120	/	51*	68/61
48	Libia, Jamahiriya Árabe	60/13	81/50	222/65	92/24	/	/	82	/
49	Marruecos	34/10	45/22	175/52	67/27	96/62	75/50	70*	39/27
50	Indonesia	66/42	83/65	117/39	86/58	121/116	99/97	80*	45/34
51	Congo	50/19	71/55	115/3	103/53	/	/	74	/
52	Kenya	44/19	70/49	78/5	64/30	97/91	/	62	25/15
53	Zimbabue	63/47	81/67	43/14	/	132/126	/	79*	55/37
54	Argelia	39/11	63/37	221/72	55/37	105/85	96/80	83*	62/45
55	Honduras	55/50	61/58	366/64	68/67	103/102	/	27*	31/36
56	Guatemala	51/37	63/47	44/26	50/39	82/70	/	38	/
57	Arabia Saudita	15/2	71*/31*	321/269	22/	78/65	64/48	79	52/35
58	Nicaragua	58/57	/	244/58	65/66	93/103	72/77	27	27/57
59	Birmania	85/57	/	81/1	61/52	/	/	27*	/
60	Sudáfrica	/	/	309/93	94/85	/	/	/	/
61	Turquía	69/35	86*/62*	130/148	90/58	121/113	/	85*	56/33
62	Iraq	50/18	90/87	189/57	94/36	107/91	92/81	65*	65/39
63	Botswana	37/44	73/69	126/	35/48	101/109	85/93	80*	29/33

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1987 (véase tabla 1)

	Tasa alfabetización adultos		Nº de receptores de radio/ TV (1000 hab.) 1985	Tasa escolarización enseñanza primaria			Alumnos que terminan con éxito enseñanza primaria % 1980-1986	Tasa escolarización enseñanza secundaria 1984-1986 masculina/femenina
	1970 hombres/mujeres	1985 hombres/mujeres		1960 (bruta) masculina/femenina	1984-86 (bruta) mascul/femen	1984-86 (neta) mascul/femen		
Países con mediana mortalidad infantil (TMI de 31 a 94) Mediana	79/69	67/60	219/76	98/88	107/103	91/90	67	56/56
64 Irán, Rep. Islámica de	40/17	62/39	224/56	56/27	127/107	99/90	70*	56/38
65 Viet Nam	./	88*/80*	100/33	./	107/94	./	50*	44/41
66 Ecuador	75/68	85/80	293/64	87/79	117*/117*	./	50*	51*/53*
67 Brasil	69/63	79/76	391/184	97/93	108*/99*	./	20*	./
68 El Salvador	61/53	75/69	342/63	./	69/70	61/62	68*	23/26
69 Túnez	44/17	68/41	219/56	88/43	127/108	99/90	78	45/33
70 Papua Nueva Guinea	39/24	55/35	63/	59/7	47*/37*	./	67*	20*/15*
71 Rep. Dominicana	69/65	78/77	160/80	99/98	131/135	80/78	88*	43/56
72 Filipinas	83/80	86/85	65/28	98/93	107/106	95/94	64*	66/69
73 México	78/69	92/88	190/108	82/77	115/113	./	66	56/54
74 Colombia	79/76	89/87	139/96	77/77	112/115	72/74	37*	55/56
75 Siria, Rep. Árabe	60/20	76/43	238/57	89/39	117/105	99/95	67*	72/49
76 Paraguay	84/75	91/85	163/23	105/90	102/97	86/84	48*	30/29
77 Mongolia	87/74	93*/86*	131/31	79/78	100/103	./	95*	88/96
78 Jordania	64/29	87/63	225/68	94/59	98*/99*	88*/88*	97	80*/78*
79 Líbano	79/58	86/69	787/300	105/99	105/95	./	66*	57/56
80 Tailandia	86/72	94/88	175/97	88/79	99/96	./	64*	35/35*
81 Albania	./	./	162/76	102/86	98/93	./	./	74/65
82 China	./	82/56	113/9	./	137/120	99/91	66*	48/35
83 Sri Lanka	85/69	91/83	./28	100/90	104/102	99/99	91	63/70
84 Venezuela	79/71	88/85	422/130	100/100	110/110	./	68*	41/50
85 Guyana	94/89	97/95	./	107/106	101*/99*	./	84	58*/62*
86 Argentina	94/92	96/95	654/213	98/99	109/109	./	66*	68/79
87 Panamá	81/81	89/88	183/160	98/94	109/104	90/89	73	56/63
88 Corea, Rep. Pop. Dem. de	./	./	172/10	./	./	./	./	./
89 Corea, Rep. de	94/81	96*/88*	936/187	99/89	94/94	92/92	94	97/92
90 Malasia	71/48	81/66	424/101	108/83	101/101	./	97	59*/59*
91 Emiratos Árabes Unidos	24/7	58*/38*	264/98	./	99/101	87/89	97	54/66
92 Uruguay	93/93	93*/94*	598/166	111/111	111/109	./	88	./
Países con baja mortalidad infantil (TMI menor de 30) Mediana	94/89	97/90	457/280	104/103	103/101	96/97	95	83/82
93 URSS	98/97	./	656/296	100/100	./	./	./	./
94 Mauricio	77/59	89/77	238/102	103/93	105/106	91/92	./	53/49
95 Rumania	96/91	./	141/173	101/95	98/97	./	./	74/76
96 Yugoslavia	92/76	97/86	193/175	113/108	95/94	./	98	84/80
97 Chile	90/88	97*/96*	332/145	111/107	110/109	./	./	67/73
98 Trinidad y Tabago	95/89	97/95	321/270	89/87	93/96	89/92	78	74/79
99 Kuwait	65/42	76/63	274/235	131/102	99/96	81/80	98	84/79
100 Jamaica	96/97	./	385/92	92/93	106*/107*	93*/96*	80	56*/60*
101 Costa Rica	88/87	94/93	85/77	97/95	103/101	87/88	75	41/44
102 Bulgaria	94/89	./	222/187	94/92	103/102	./	87	99/100
103 Polonia	98/97	./	271/255	110/107	101/101	./	94	78/81
104 Cuba	86/87	96*/96*	327/197	109/109	108/101	95/94	86	84/89
105 Hungría	98/98	./	574/397	103/100	97/98	95/97	93	70/71
106 Portugal	78/65	89/80	212/157	132/129	131/123	./	88*	47/56
107 Grecia	93/76	97/88	405/174	104/101	106/106	91/92	93	89/80
108 Checoslovaquia	./	./	272/280	93/93	97/98	./	94	./
109 Bélgica	99/99	./	457/300	111/108	95/97	94/96	75	95/97
110 EE.UU.	99/99	./	2101/798	./	103/101	97/97	./	100/100
111 Nueva Zelanda	./	./	904/290	110/106	106/106	100/100	./	83/86
112 Israel	93/83	97/93	470/259	99/97	98/100	./	./	75/83
113 Austria	./	./	620/435	106/104	100/100	./	95	78/80
114 Singapur	92/55	93/79	281/195	121/113	118/113	100/100	90	70/73
115 Italia	95/93	98/96	259/253	112/109	99/99	97/98	99	74/74
116 Rep. Dem. Alemana	./	./	596/363	111/113	104/103	./	./	79/76
117 Reino Unido	./	./	1016/437	92/92	105/106	97/97	./	83/87
118 Irlanda	./	./	568/252	107/112	100/100	./	./	91/101
119 Alemania, Rep. Fed. de	./	./	430/373	./	97/97	./	96	71/74
120 Dinamarca	./	./	416/386	103/103	98/98	./	99	105/105
121 España	93/87	97/92	298/270	106/116	104/103	98/98	95	95/101
122 Australia	./	./	1274/446	103/103	106/105	97/98	./	95/98
123 Francia	99/98	./	879/394	144/143	113/111	100/100	95	92/99
124 Hong Kong	90/64	95/81	586/236	93/79	106/104	95/95	98	66/72
125 Canadá	./	./	863/516	108/105	106/104	97/96	./	103/103
126 Holanda	./	./	828/462	105/104	113/115	85/88	95	106/102
127 Noruega	./	./	780/330	100/100	97/97	97/97	100	95/100
128 Suiza	./	./	821/400	118/118	./	./	99	./
129 Japón	99/99	./	787/580	103/102	101/102	100/100	100	95/97
130 Finlandia	./	./	988/470	100/95	104/104	./	./	95/110
131 Suecia	./	./	868/390	95/96	97/99	./	98	79/88

TABLA 5: INDICADORES DEMOGRÁFICOS

	Países con muy alta mortalidad infantil (TMI mayor de 170) Mediana	Población menor 16/ menor 5 años (millones) 1987	Tasa de crecimiento anual de la población % 1965-80 / 1980-85		Tasa bruta de mortalidad 1960 1987		Tasa bruta de natalidad 1960 1987		Esperanza de vida 1960 1987		Tasa global de fecundidad 1987	Población urbana % 1987	Tasa anual crecimiento de la población urbana % 1965-80 / 1980-85		Prevalencia de anticonceptivos % 1981-1985
		239T/92T	2.5 2.7	28 19	47 46	37 48	6.4 23	5.4 5.1	1						
1	Afganistán	68/26	2.4	30 23	52 49	34 42	6.9	21	6.0						2*
2	Malí	42/17	2.1 2.3	29 21	50 50	35 45	6.7	19	4.9						1
3	Mozambique	67/26	2.5 2.7	21 19	45 45	40 47	6.3	23	11.8						5.3
4	Angola	43/17	2.8 2.6	31 20	50 47	33 45	6.4	26	6.4						5.8
5	Sierra Leona	18/0.7	2.0 2.4	35 24	48 48	30 42	6.5	30	4.3						5.1
6	Malawi	3.7/1.5	2.9 3.2	28 20	53 53	38 48	7.0	13	7.8						1
7	Etiopía	21.1/7.6	2.7 2.4	28 24	51 44	36 42	6.2	12	6.6						3.7
8	Guinea	2.9/1.1	1.9 2.4	33 22	48 47	33 43	6.1	24	6.6						4.3
9	Burkina Faso	3.8/1.5	2.0 2.5	31 19	50 47	35 48	6.5	8	3.4						5.3
10	Níger	3.2/1.3	2.7 3.0	31 21	46 51	35 45	7.1	18	6.9						7.0
11	Chad	2.4/0.9	2.0 2.3	30 20	46 44	35 46	5.8	30	9.2						3.9
12	Guinea-Bissau	0.4/0.1	-	28 20	41 41	36 46	5.4	29	-						1
13	República Centroafricana	1.2/0.5	1.8 2.5	30 20	44 44	37 46	5.8	44	4.8						3.9
14	Somalia	3.3/1.4	2.7 2.9	28 20	47 51	36 46	6.6	34	6.1						5.4
15	Mauritania	0.9/0.3	2.3 2.6	28 19	51 46	36 47	6.5	38	12.4						3.4
16	Senegal	3.2/1.2	2.5 2.9	27 19	48 46	37 47	6.3	37	4.1						4.0
17	Rwanda	3.4/1.3	3.3 3.3	22 17	51 51	42 49	8.2	7	6.3						6.7
18	Kampuchea Democrática	2.7/1.3	0.3	21 17	45 42	42 49	4.6	11	1.9						-
19	Yemen Democrático	1.1/0.4	2.8 2.5	29 16	50 47	37 52	6.6	42	3.2						4.9
20	Bhután	0.6/0.2	1.6 2.0	25 17	43 38	38 49	5.5	5	3.7						5.2
21	Nepal	7.9/3.0	2.4 2.6	26 15	46 40	38 52	5.8	9	5.1						5.6
22	Yemen	3.7/1.4	2.0 3.1	29 18	50 48	37 52	6.9	22	10.7						7.3
23	Burundi	2.4/0.9	1.9 2.7	25 17	44 46	42 50	6.2	6	1.8						2.7
24	Bangladesh	50.6/18.3	2.7 2.6	22 16	47 42	40 52	5.4	13	8.0						7.9
25	Benín	2.1/0.8	2.7 3.2	33 19	47 50	35 47	7.0	38	10.2						4.4
26	Madagascar	5.1/2.0	2.5 3.3	23 14	44 46	41 54	6.6	23	5.7						5.3
27	Sudán	11.0/4.2	3.0 2.8	25 16	47 45	39 51	6.4	21	5.1						4.8
28	Tanzania, Rep. Unidad de	12.6/5.0	3.3 3.5	24 14	51 51	41 54	7.1	28	8.7						8.3
29	Nigeria	51.8/20.4	2.5 3.3	24 16	52 50	40 51	6.9	33	4.8						5.2
30	Bolivia	3.1/1.2	2.5 2.7	22 14	46 43	43 54	6.0	49	2.9						5.6
31	Haití	2.6/0.9	2.0 1.8	23 13	45 34	42 55	4.6	29	4.0						4.1
32	Gabón	0.4/0.1	3.5 4.4	25 17	31 38	40 52	5.1	43	4.2						4.6
33	Uganda	8.4/3.3	2.9 3.1	21 16	50 50	43 52	6.9	10	4.1						3.0
Países con alta mortalidad infantil (TMI de 95 a 170) Mediana		620T/223T	2.5 3.3	21 11	48 42	44 59	5.8	41	5.1						4.7
34	Pakistán	52.4/21.4	3.1 3.1	24 13	49 47	43 58	6.3	31	4.3						4.8
35	Zaire	15.9/6.1	2.8 3.1	22 14	47 46	42 53	6.1	38	7.2						8.4
36	Lao, Rep. Dem. Popular	1.7/0.6	1.4 2.0	19 17	42 42	44 49	5.6	17	4.8						5.6
37	Togo	1.5/0.6	3.0 3.4	27 14	48 45	39 54	6.0	24	7.2						6.4
38	Camerún	4.7/1.8	2.7 3.2	24 16	44 42	40 52	5.8	46	8.1						7.0
39	India	315.4/111.5	2.3 2.2	21 11	42 32	44 59	4.2	27	3.6						3.9
40	Liberia	1.1/0.4	3.0 3.3	24 13	46 45	40 55	6.5	42	6.2						4.3
41	Ghana	6.5/2.5	2.2 3.5	21 13	47 44	45 55	6.3	32	3.4						3.9
42	Omán	0.6/0.2	3.6 4.7	28 13	51 46	40 57	7.1	10	8.1						7.3
43	Costa de Marfil	5.7/2.3	4.2 4.2	26 14	44 51	39 53	7.4	44	8.7						6.9
44	Lesotho	0.7/0.3	2.3 2.7	24 13	41 41	40 57	5.7	18	14.6						5.3
45	Zambia	3.9/1.6	3.1 3.5	23 14	50 51	42 54	7.1	52	7.1						5.5
46	Egipto	21.4/7.9	2.4 2.7	21 10	45 36	46 62	4.6	48	2.9						3.4
47	Perú	8.7/3.1	2.8 2.3	19 9	47 35	48 63	4.3	69	4.1						3.8
48	Libia, Jamahiriya Árabe	2.0/0.8	4.6 3.9	19 10	49 44	47 62	6.8	67	9.7						6.7
49	Marruecos	10.2/3.6	2.5 2.5	21 10	50 36	47 62	4.6	46	4.2						4.2
50	Indonesia	67.9/21.7	2.3 2.2	23 11	44 28	41 57	3.1	27	4.7						2.3
51	Congo	0.8/0.3	2.7 3.3	25 17	45 44	38 49	5.9	41	3.5						3.6
52	Kenia	12.0/4.9	3.6 4.1	24 12	57 54	42 59	7.9	22	9.0						6.3
53	Zimbabue	4.3/1.6	3.1 3.7	19 10	47 42	45 59	5.6	26	7.5						5.0
54	Argelia	11.0/4.0	3.1 3.1	21 9	51 40	47 63	5.7	44	3.8						3.7
55	Honduras	2.2/0.8	3.2 3.6	19 8	51 40	47 65	5.3	41	5.5						5.2
56	Guatemala	4.1/1.5	2.8 2.9	20 9	49 41	46 63	5.6	41	3.6						4.2
57	Arabia Saudita	5.9/2.3	4.6 4.1	23 8	49 42	44 64	7.1	75	8.5						6.1
58	Nicaragua	1.7/0.6	3.1 3.4	18 8	51 42	47 64	5.3	58	4.6						4.5
59	Birmania	15.9/5.4	2.3 2.0	21 10	42 31	44 61	3.9	24	2.8						2.8
60	Sudáfrica	13.1/4.6	2.4 2.2	21 10	41 32	44 61	4.4	57	2.6						3.3
61	Turquía	19.8/6.7	2.4 2.5	16 8	43 29	51 65	3.4	47	4.3						4.4
62	Irak	8.4/3.1	3.4 3.6	20 8	49 43	49 65	6.2	72	5.3						6.3
63	Botswana	0.6/0.2	3.5 3.5	20 12	52 48	46 59	6.1	21	15.4						4.5

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1987 (véase tabla 1)

	Países con mediana mortalidad infantil (TMI de 31 a 94) Mediana	Población menor 16/ menor 5 años (millones) 1987	Tasa de crecimiento anual de la población %		Tasa bruta de mortalidad		Tasa bruta de natalidad		Esperanza de vida		Tasa global de fecundidad 1987	Población urbana % 1987	Tasa anual crecimiento de la población urbana %		Prevalencia de anticonceptivos % 1981-1985
			1965-80 / 1980-86		1960 1987		1960 1987		1960 1987				1965-80 / 1980-85		
			2.6	2.3	15	7	43	29	54	67	3.5	53	4.5	3.7	49
64	Irán, Rep. Islámica de	23.4/9.1	3.2	2.8	19	8	53	42	50	66	5.6	53	5.5	4.6	23
65	Viet Nam	26.6/9.2		2.6	23	10	41	32	44	62	3.9	21	4.1	3.4	20
66	Ecuador	4.3/1.5	3.1	2.9	15	8	46	36	53	66	4.5	54	5.1	3.7	40
67	Brasil	53.7/18.4	2.4	2.2	13	8	43	29	55	65	3.3	75	4.5	4.0	65
68	El Salvador	2.4/0.8	2.7	1.2	17	9	48	36	50	64	4.7	44	3.5	4.0	47
69	Túnez	3.1/1.1	2.1	2.3	19	7	47	31	48	66	3.8	54	4.2	3.7	42
70	Papua Nueva Guinea	1.6/0.6	2.3	2.1	23	12	44	39	41	55	5.5	15	8.4	4.9	4
71	Rep. Dominicana	2.8/1.0	2.7	2.4	17	7	49	32	51	67	3.6	58	5.3	4.2	47
72	Filipinas	24.9/8.8	2.9	2.5	15	8	46	33	46	64	4.2	41	4.0	3.2	33
73	México	34.7/11.3	3.1	2.2	12	6	45	29	57	69	3.4	71	4.5	3.6	48
74	Colombia	11.7/4.0	2.2	1.9	13	7	45	29	55	65	3.5	69	3.5	2.8	51*
75	Siria, Rep. Árabe	5.7/2.2	3.4	3.5	18	7	47	44	50	66	6.6	51	4.5	5.5	20*
76	Paraguay	1.7/0.6	2.8	3.2	13	7	43	35	56	67	4.5	46	3.2	3.7	39*
77	Mongolia	0.9/0.3	3.0	2.8	15	8	41	39	52	64	5.3	51	4.5	3.3	
78	Jordania	1.9/0.7	2.6	3.7	20	7	47	46	47	67	7.1	66	5.3	4.0	26
79	Libano	1.1/0.4	1.6		14	8	43	29	60	68	3.3	83	4.6		53*
80	Tailandia	19.8/6.1	2.7	2.0	15	7	39	23	52	66	2.4	21	4.6	3.2	65
81	Albania	1.1/0.4	2.5	2.1	11	6	41	24	62	72	2.9	35	3.4	3.3	
82	China	333.0/99.3	2.2	1.2	19	7	37	20	47	70	2.3	21	2.6	3.3	74
83	Sri Lanka	5.9/1.9	1.8	1.5	9	6	36	23	62	71	2.6	21	2.3	8.4	57
84	Venezuela	7.5/2.6	3.5	2.9	10	5	45	31	60	70	3.6	89	4.5	3.5	49*
85	Guyana	0.4/0.1			10	5	42	25	60	70	2.6	33			35*
86	Argentina	10.0/3.2	1.6	1.6	9	9	24	22	65	71	2.9	85	2.2	1.9	74
87	Panamá	0.9/0.3	2.6	2.2	10	5	41	27	61	72	3.0	53	3.4	2.6	59
88	Corea, Rep. Pop. Dem. de	8.6/2.9	2.7	2.5	13	5	41	29	54	70	3.5	65	4.6	3.8	
89	Corea, Rep. de	12.9/3.8	1.9	1.4	14	6	43	19	54	70	1.9	68	5.7	2.5	70
90	Malasia	6.4/2.2	2.5	2.7	24	6	44	29	54	70	3.3	40	4.5	4.0	51
91	Emiratos Árabes Unidos	0.5/0.2	16.1	5.6	19	4	46	23	53	71	4.6	77	18.9	5.5	
92	Uruguay	0.9/0.3	0.4	0.4	10	10	22	19	68	71	2.6	85	0.7	0.9	
Países con baja mortalidad infantil (TMI menor de 30) Mediana		299T/90T	0.9	0.8	9	10	21	14	69	75	1.6	73	2.1	1.4	71
93	URSS	75.4/25.2	0.9	1.0	7	11	24	18	68	70	2.3	66	2.2	1.6	
94	Mauricio	0.3/0.1	1.6	1.0	10	5	44	19	59	69	1.9	42	4.0	2.1	75
95	Rumania	5.9/1.7	1.1	0.5	9	11	20	16	65	71	2.1	50	3.4	1.0	58*
96	Yugoslavia	5.9/1.8	0.9	0.7	10	9	23	15	63	72	1.9	48	3.0	2.5	55*
97	Chile	4.1/1.4	1.8	1.7	12	6	37	24	57	72	2.7	84	2.6	2.1	43
98	Trinidad y Tabago	0.4/0.1	1.3	1.5	8	7	38	24	64	71	2.6	66	5.0	3.3	55*
99	Kuwait	0.8/0.3	7.0	4.4	10	3	44	33	60	73	4.6	95	8.2	5.1	
100	Jamaica	0.9/0.3	1.5	1.5	10	6	39	26	63	74	2.7	51	3.4	3.2	52
101	Costa Rica	1.1/0.4	2.6	2.4	10	4	47	28	62	75	3.2	51	3.7	3.8	68
102	Bulgaria	2.0/0.6	0.5	0.2	9	12	18	13	69	72	1.9	68	2.8	1.7	76*
103	Polonia	10.1/3.3	0.8	0.9	8	10	24	17	67	72	2.2	62	1.8	1.6	75*
104	Cuba	2.6/0.7	1.5	0.9	9	7	32	16	64	74	1.7	73	2.7	0.8	60
105	Hungría	2.4/0.6	0.4	-0.1	10	13	16	12	68	71	1.8	58	1.8	1.3	74*
106	Portugal	2.5/0.7	0.6	0.5	7	10	24	14	63	74	1.7	32	2.0	3.3	70*
107	Grecia	2.2/0.6	0.7	0.5	8	10	19	12	69	76	1.7	61	2.5	1.9	
108	Checoslovaquia	4.0/1.1	0.5	0.3	10	12	17	14	70	72	2.0	67	1.9	1.4	
109	Belgica	2.0/0.6	0.3	0.0	12	11	17	12	70	75	1.6	97	0.5	0.4	81
110	EE.UU.	56.1/18.2	1.0	1.0	9	9	24	15	70	76	1.8	74	1.2	2.3	68
111	Nueva Zelanda	0.8/0.3	1.3	0.9	9	8	26	16	71	75	1.9	84	1.5	0.9	
112	Israel	1.5/0.5	2.8	1.7	6	7	27	22	69	76	2.8	91	3.5	2.4	
113	Austria	1.5/0.4	0.3	0.0	12	12	18	12	69	74	1.5	57	0.1	0.7	71
114	Singapur	0.7/0.2	1.6	1.1	8	6	38	17	65	73	1.7	100	1.6	1.2	74
115	Italia	11.5/3.1	0.6	0.3	10	10	18	11	69	76	1.5	68	1.0	0.9	78*
116	Rep. Dem. Alemana	3.4/1.1	-0.2	-0.1	13	13	17	13	70	74	1.7	77	0.1	0.6	
117	Reino Unido	11.7/3.7	0.2	0.1	12	12	17	13	71	76	1.8	92	0.5	0.3	83
118	Irlanda	1.1/0.3	1.2	0.8	12	9	21	18	70	74	2.4	58	2.2	2.7	60*
119	Alemania, Rep. Fed. de	10.1/3.1	0.3	-0.2	11	12	17	10	70	75	1.4	86	0.8	0.1	
120	Dinamarca	1.0/0.3	0.5	0.0	9	11	17	11	72	76	1.5	86	1.1	0.3	63*
121	España	9.2/2.5	1.0	0.6	9	9	21	13	69	77	1.7	77	2.4	1.6	51*
122	Australia	4.0/1.2	1.8	1.4	9	7	22	15	71	76	1.8	85	0.2	1.4	67*
123	Francia	12.4/3.8	0.7	0.5	12	10	18	14	70	76	1.8	74	2.7	1.0	79*
124	Hong Kong	1.4/0.4	2.1	1.2	7	6	35	16	65	76	1.7	93	2.3	1.3	73
125	Canadá	5.9/1.9	1.3	1.1	8	7	27	14	71	77	1.7	76	1.5	1.7	73
126	Holanda	3.0/0.9	0.9	0.5	8	9	21	12	73	77	1.5	89	1.5	0.9	78
127	Noruega	0.9/0.3	0.6	0.3	9	11	18	12	73	77	1.7	73	5.0	0.9	71*
128	Suiza	1.2/0.4	0.5	0.3	10	10	18	12	71	77	1.6	59	1.2	0.9	70*
129	Japón	26.6/7.2	1.2	0.7	7	7	18	12	68	78	1.7	77	2.1	1.8	57
130	Finlandia	1.0/0.3	0.3	0.5	9	10	19	13	68	75	1.7	65	2.5	2.9	80*
131	Suecia	1.5/0.4	0.5	0.1	10	12	14	11	73	77	1.7	84	1.0	1.2	78

TABLA 6: INDICADORES ECONÓMICOS

	PNB per cápita (dólares) 1986	Tasa media anual de crecimiento PNB per cápita %		Tasa de inflación % 1980-1986	Población por debajo del nivel de pobreza absoluta % 1977-1986 urbana / rural	Gasto público en salud / educación / defensa % 1986	Flujos de AOD millones dólares (1983) en % PNB país receptor (1986)	Servicio de la deuda en % exportación bienes y servicios	
		1965-80	1980-86					1970	1986
Países con muy alta mortalidad infantil (TMI mayor de 170) Mediana	265	0.8	-1.6	10.5	50/68	5.0/12.1/9.7	201/11.7	3.9	18.3
1 Afganistán	180	0.6	-	-	27*/48*	1.7/ 9.0/8.1	2/	1.0	14.2
2 Mali	210	-	-7.6	28.1	/	/	372/22.7	-	-
3 Mozambique	470*	-	-	-	/	/	422/9.8	-	-
4 Angola	310	0.7	-1.8	33.5	/65	5.8/12.8/3.4	131/	10.7	8.2
5 Sierra Leona	160	3.2	-0.7	12.4	25/85	6.9/11.0/6.0	87/7.0	-	-
6 Malawi	120	0.4	-2.1	3.4	60/65	/	203/17.5	7.8	40.1
7 Etiopía	120	1.3	-0.7	-	/	/	642/11.5	11.3	25.8
8 Guinea	150	1.7	-0.8	6.3	/	6.2/17.7/19.2	175/	-	-
9 Burkina Faso	260	-2.5	-5.7	6.6	/35*	/	284/19.3	6.5	14.8
10 Níger	260	-	-	-	/	/	308/15.2	4.0	27.9
11 Chad	80*	-1.9	2.9	-	30*/56*	/	165/	4.0	2.2
12 Guinea-Bissau	170	-2.7	2.4	30.4	/	14.0/	-	-	-
13 República Centroafricana	290	0.8	-0.8	11.5	/91	/	139/14.8	5.3	9.6
14 Somalia	280	-0.1	0.8	45.4	40/70	/	523/27.8	1.8	62.1
15 Mauritania	420	-0.1	-1.9	9.9	/	/	187/23.9	3.3	17.4
16 Senegal	420	-0.5	0.0	9.5	/	/	567/16.0	2.9	19.9
17 Rwanda	290	1.6	-1.6	5.6	30*/90*	/	211/11.5	1.2	7.6
18 Kampuchea Democrática	470	-	-5.5	4.8	/	/	13/	-	-
19 Yemen Democrático	150	-	-	-	/20	/	53/5.7	0.0	74.6
20 Bhután	150	-	-	-	/	/	40/19.3	-	-
21 Nepal	550	0.0	0.8	8.8	55/61	5.0/12.1/6.2	301/11.7	3.1	9.4
22 Yemen	240	6.5	5.1	13.1	-	4.7/22.5/28.8	233/4.7	0.0	59.6
23 Burundi	160	2.4	-0.5	6.4	55/85	-	187/15.7	2.3	19.0
24 Bangladesh	270	-0.3	0.9	11.2	86/86	5.3/ 9.9/11.2	1455/9.5	0.0	25.1
25 Benín	270	-0.3	0.0	8.6	/65	/	138/10.0	2.2	28.8
26 Madagascar	230	-0.4	-4.1	17.8	50/50	/	315/12.7	3.7	27.7
27 Sudán	320	0.8	-4.2	32.6	/85*	/	940/12.8	10.7	7.7
28 Tanzania, Rep. Unidad de	250	0.8	-2.6	21.5	-	4.9/ 7.2/13.8	681/15.2	5.3	15.3
29 Nigeria	640	4.2	-5.3	10.5	/	/	60/0.1	4.3	23.4
30 Bolivia	600	1.7	-5.9	683.7	/85*	1.4/11.6/5.8	322/7.2	11.3	23.7
31 Haití	330	0.9	-2.3	7.7	65*/80*	/	175/8.2	7.5	6.0
32 Gabón	3080	5.6	-1.7	4.8	-	/	79/2.7	5.6	17.5
33 Uganda	230	-2.2	-1.8	74.9	/	2.4/15.0/26.3	193/5.7	2.9	6.5
Países con alta mortalidad infantil (TMI de 95 a 170) Mediana	740	2.6	0.5	8.9	32/44	5.0/14.3/9.7	225/4.2	7.1	21.3
34 Pakistán	350	1.8	3.4	7.5	32/29	1.0/ 3.2/33.9	952/2.9	23.6	26.8
35 Zaire	160	-1.3	-3.2	54.1	/80*	/	448/8.0	4.4	18.2
36 Lao, Rep. Dem. Popular	250	1.7	-4.5	6.7	42/	3.6/11.7/6.9	48/	3.0	32.5
37 Togo	910	2.4	3.5	11.0	15/40	5.1/14.4/8.8	174/18.5	3.2	11.2
38 Camerún	290	1.5	2.9	7.8	40/51	2.1/ 2.1/18.4	225/2.1	-	-
39 India	460	0.5	-5.5	1.1	/23	5.7/14.2/7.7	2059/0.9	25.8	17.9
40 Liberia	390	-0.8	-2.8	50.8	59*/37*	97/9.6	97/9.6	8.1	6.4
41 Ghana	4980	9.0	9.8	3.6	-	8.3/23.9/6.5	371/6.6	5.5	10.8
42 Omán	730	2.8	-3.1	8.3	30*/26*	5.0/10.1/41.9	84/1.3	-	11.3
43 Costa de Marfil	370	6.8	0.5	13.1	50/55	4.0/20.5/3.9	186/2.1	7.1	23.3
44 Lesotho	300	-1.2	-5.3	23.3	25/	6.9/15.5/9.6	88/16.1	2.7	4.2
45 Zambia	760	2.8	2.6	12.4	21/25	7.2/16.0/	464/31.2	6.4	16.8
46 Egipto	1090	0.8	-2.6	100.1	49/	2.4/10.8/17.7	1667/4.1	38.0	21.3
47 Perú	-	-	-	-	-	/	272/1.1	11.6	14.4
48 Libia, Jamahiriya Árabe	-	-	-	-	-	/	11/	-	-
49 Marruecos	590	2.7	0.4	7.7	28/45	2.8/16.6/16.4	336/2.4	8.7	40.4
50 Indonesia	490	5.2	2.0	8.9	26/44	1.9/ 8.5/9.3	711/1.0	7.0	27.8
51 Congo	990	2.7	2.2	7.5	/	-	110/5.9	11.5	39.8
52 Kenia	300	3.1	-1.4	9.9	10/55	6.4/19.7/8.7	458/6.9	5.9	22.5
53 Zimbabue	620	1.7	-0.1	13.0	/	6.2/20.9/15.2	225/4.2	2.3	22.3
54 Argelia	2590	4.2	1.4	6.1	20/	-	165/0.3	3.9	54.8
55 Honduras	740	1.1	-2.3	5.2	14/55	/	288/8.5	2.9	18.5
56 Guatemala	930	3.0	-4.1	11.3	66/74	/	135/1.9	7.4	23.4
57 Arabia Saudita	6950	-	-	-1.3	-	/	31/0.0	-	-
58 Nicaragua	790	-0.7	-4.3	56.5	21/19	/	150/5.6	10.5	12.9
59 Birmania	200	1.6	2.7	2.1	40/40	7.7/11.7/18.8	416/5.1	12.2	55.4
60 Sudáfrica	1850	3.2	2.8	13.6	/	/	-	-	-
61 Turquía	1110	3.6	2.4	37.3	/	2.2/11.9/13.5	346/0.6	22.0	31.3
62 Iraq	3020*	-	-	-	-	-	33/	-	-
63 Botswana	840	9.9	7.4	7.6	40/55	5.0/17.7/6.4	102/10.4	0.9	4.3

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1987 (véase tabla 1)

	PNB per cápita (dólares) 1986	Tasa media anual de crecimiento PNB per cápita %		Tasa de inflación % 1980-1986	Población por debajo del nivel de pobreza absoluta % 1977-1986 urbana / rural	Gasto público en salud / educación / defensa % 1986	Flujos de AOD millones dólares (1983) en % PNB país receptor (1986)	Servicio de la deuda en % exportación bienes y servicios		
		1965-80	1980-86					1970	1986	
Países con mediana mortalidad infantil (TMI de 31 a 94) Mediana		1230	3.8	-0.6	9.4	20/34	6.2/12.2/8.1	147/1.1	9.8	20.6
64	Irán, Rep. Islámica de		2.9	3.6*		/	/	27/		
65	Viet Nam					/	/	147/		
66	Ecuador	1160	5.4	-1.6	29.5	40/65	7.3/24.5/11.8	147/1.4	8.7	32.3
67	Brasil	1810	6.3	0.3	157.1	/	6.4/ 3.0/3.1	178/0.1	12.5	33.2
68	El Salvador	820	1.5	-2.3	14.9	20/32	7.5/17.5/28.7	355/9.2	3.7	18.0
69	Túnez	1140	4.7	0.9	8.9	20/15	6.5/14.3/7.9	199/2.3	19.7	28.5
70	Papua Nueva Guinea	720			5.1	10/75	9.6/17.0/4.5	263/10.9	1.3	12.5
71	Rep. Dominicana	710	3.8	-1.8	15.9	45/43	9.0/12.8/8.1	106/2.1	4.4	20.6
72	Filipinas	560	3.2	-4.0	18.2	50*/64*	6.0/20.1/11.9	956/3.2	7.5	18.3
73	México	1880	3.6	-2.0	63.7	/	1.4/11.5/2.5	252/0.2	23.6	36.8
74	Colombia	1230	3.7	0.1	22.6	32*/	/	63/0.2	11.7	27.6
75	Siria, Rep. Árabe	1570	5.1	-0.9	6.2	/	/	842/4.9	11.3	15.6
76	Paraguay	1000	4.1	-2.4	19.0	19/50	3.1/12.2/12.1	66/1.9	11.7	22.9
77	Mongolia					/	/	/		
78	Jordania	1540	5.8	-0.2	3.2	14/17	3.8/12.2/26.7	537/12.0	3.6	28.7
79	Líbano					/	/	62/		
80	Tailandia	810	4.4	2.8	3.0	15/34	5.7/19.5/20.2	496/1.2	3.3	16.1
81	Albania					/	/	/		
82	China	300	4.1	9.2	3.8	10*	/	1134/0.4		7.8
83	Sri Lanka	400	2.8	2.5	13.5	/	4.0/ 8.4/8.0	571/8.9	10.9	17.5
84	Venezuela	2920	2.3	-4.1	8.7	/	8.1/19.8/4.9	16/0.0	2.9	27.7
85	Guyana	500	0.7	-6.9	9.4	/	2.0/ 3.0/	/		
86	Argentina	2350	1.7	-2.6	326.2	/	1.3/ 6.0/5.2	88/0.1	21.6	52.2
87	Panamá	2330	2.8	0.2	3.3	21/30	15.8/16.0/	52/1.0	7.7	7.6
88	Corea, Rep. Pop. Dem. de					/	/	/		
89	Corea, Rep. de	2370	7.3	6.8	5.4	18/11	1.5/18.1/29.2	-18/0.0	19.5	16.7
90	Malasia	1830	4.7	1.1	1.4	13/38	/	193/0.8	3.8	13.7
91	Emiratos Árabes Unidos	14680			-1.4	/	6.2/ 9.7/45.3	34/0.2		
92	Uruguay	1900	2.5	-3.7	50.4	22*/	4.8/ 7.1/10.2	27/0.4	21.7	20.9
Países con baja mortalidad infantil (TMI menor de 30) Mediana		7295	3.3	1.1	8.2	/	9.9/8.9/6.8	19/0.2	5.7	18.9
93	URSS	4550*				/	/	/		
94	Mauricio	1200	3.7	3.6	8.1	12/12	7.7/13.4/0.8	56/4.2	3.2	7.3
95	Rumania	2560*		3.0*		/	0.8/ 1.8/4.7	/		11.9
96	Yugoslavia	2300	5.2	0.0	51.8	/	/	19/0.0	10.0	12.9
97	Chile	1320	0.0	-2.7	20.2	27*/	6.0/12.5/10.7	-5/0.0	19.1	30.8
98	Trinidad y Tabago	5360	3.1	-6.6	8.6	/39	/	19/0.4	4.6	13.2
99	Kuwait	13890				/	7.1/12.6/12.8	5/0.0		
100	Jamaica	840	-0.1	-3.3	19.8	/80	/	177/8.5	2.8	31.7
101	Costa Rica	1480	3.3	-1.0	32.3	/	19.3/16.2/2.2	196/4.9	10.0	26.3
102	Bulgaria	4150*				/	/	/		
103	Polonia	2070		1.3	31.2	/	/	/		18.5
104	Cuba					/	/	18/		
105	Hungría	2020	5.1	1.5	5.4	/	3.6/ 1.6/6.9	/		35.9
106	Portugal	2250	4.6	1.2	22.0	/	/	139/0.5	6.8	31.5
107	Grecia	3680	4.8	-0.1	20.3	/	/	19/0.0	9.3	27.5
108	Checoslovaquia	5820*				/	/	/		
109	Bélgica	9230	3.6	0.9	5.7	/	1.7/13.0/5.3	/		
110	EE.UU.	17480	1.8	1.9	4.4	/	11.6/ 1.7/25.8	/		
111	Nueva Zelanda	7460	1.7	1.1	11.0	/	12.5/10.9/4.7	/		
112	Israel	6210	3.7	-0.1	182.9	/	3.4/ 6.7/30.1	1937/6.8	2.8	18.9
113	Austria	9990	4.0	1.8	4.5	/	12.0/ 9.7/3.1	/		
114	Singapur	7410	8.3	5.7	1.9	/	6.5/21.6/22.5	30/0.2	0.6	1.4
115	Italia	8550	3.2	1.0	13.2	/	9.9/ 7.2/3.2	/		
116	Rep. Dem. Alemana	7180*				/	/	/		
117	Reino Unido	8870	2.0	2.3	6.0	/	12.6/ 2.1/13.3	/		
118	Irlanda	5070	2.8	-1.9	10.7	/	13.2/11.7/3.1	/		
119	Alemania, Rep. Fed. de	12080	3.0	1.8	3.0	/	17.9/ 0.6/8.8	/		
120	Dinamarca	12600	2.2	2.5	7.3	/	1.0/ 9.2/5.2	/		
121	España	4860	4.1	1.2	11.3	/	13.1/ 6.2/4.4	0/0.0		
122	Australia	11920	2.2	1.4	8.2	/	9.5/ 7.2/9.3	/		
123	Francia	10720	3.7	0.6	8.8	/	/	/		
124	Hong Kong	6910	6.2	4.8	6.9	/	/	18/0.0		
125	Canadá	14120	3.3	1.6	5.5	/	6.1/ 3.4/7.6	/		
126	Holanda	10020	2.7	0.6	3.1	/	10.8/11.1/5.2	/		
127	Noruega	15400	3.6	3.5	7.0	/	10.5/ 8.7/8.3	/		
128	Suiza	17680	1.5	1.4	4.2	/	13.1/ 3.1/10.3	/		
129	Japón	12840	5.1	3.1	1.6	/	/	/		
130	Finlandia	12160	3.6	2.1	6.1	/	10.6/13.7/5.2	/		
131	Suecia	13160	2.0	1.7	8.2	/	1.1/ 8.9/6.6	/		

TABLA 7: SITUACIÓN DE LA MUJER

	Esperanza de vida femenina / masculina % 1987	Tasa de alfabetización femenina / masculina % 1985	Tasas de escolarización		Prevalencia de anticonceptivos % 1981-1985	Mujeres embarazadas inmunizadas Tétanos % 1986-1987	Partos atendidos por personal especializado % 1983-1987	Tasa de mortalidad materna 1960-1987
			Primaria fem. / masc. % 1984-1986	Secundaria fem. / masc. % 1984-1986				
Países con muy alta mortalidad infantil (TMI mayor de 170) Mediana	106.9	47.8	66.4	45.6	1	11	23	420
1 Afganistán	102.4	20.5	52.2	44.4	2*	6	-	640*
2 Mali	107.4	47.8	59.3	44.4	1	9*	27*	-
3 Mozambique	107.1	40.0	84.6	55.6	-	59*	28	300*
4 Angola	107.2	-	85.9	-	1	52*	15	-
5 Sierra Leona	107.9	55.3	70.6*	47.8*	4	59	25	450
6 Malawi	102.9	59.6	89.6	50.0	1	20	59	250*
7 Etiopía	107.9	-	63.6	64.3	2	5	58	-
8 Guinea	107.7	42.5	46.7	35.7	1	5*	-	-
9 Burkina Faso	107.1	28.6	57.9	50.0	1	26	-	600*
10 Níger	107.4	47.4	54.1	33.3	1	5	47	420
11 Chad	107.1	27.5	39.3	20.0	1	9*	-	700*
12 Guinea-Bissau	107.3	37.0	49.3	22.2	1	23*	16*	400
13 República Centroafricana	107.1	54.7	63.5	36.8	-	20*	-	600
14 Somalia	107.2	33.3	52.6	53.3	-	6	2	1100
15 Mauritania	107.2	-	61.4	38.1	1	-	23	-
16 Senegal	107.2	51.4	69.2	50.0	4*	8*	-	530*
17 Rwanda	107.0	54.1	96.9	50.0	10	32*	-	210
18 Kampuchea Democrática	106.0	76.5	-	44.4	-	3*	47*	-
19 Yemen Democrático	105.9	42.4	36.5	42.3	-	8	10	100
20 Bután	97.2	-	58.6	14.3	-	10	3	-
21 Nepal	97.8	30.8	46.1	31.4	15	15	10	850*
22 Yemen	105.7	11.1	24.8	11.5	1*	2*	12	-
23 Burundi	107.0	60.5*	80.4	50.0	1	59	12	-
24 Bangladesh	98.7	51.2	72.1	45.8	25	7	-	600
25 Benin	107.1	43.2	50.0	39.1	20	9	34	1680*
26 Madagascar	105.7	83.8	94.4	69.8	-	5	62	300*
27 Sudán	104.9	42.4*	69.5	73.9	5*	12	20	-
28 Tanzania, Rep. Unidad de	106.5	94.6*	103.9	75.0	1	60	74	370*
29 Nigeria	107.0	57.4	78.6	33.3	5	12	-	1500
30 Bolivia	108.9	77.4	90.4	85.0	26	2*	36*	480*
31 Haití	106.2	87.5	93.3	89.5	7	56*	20	340*
32 Gabón	106.6	75.7	98.4	71.0	-	32*	92*	120
33 Uganda	106.6	64.3	88.4*	45.5*	1	13	-	300
Países con alta mortalidad infantil (TMI de 95 a 170) Mediana	106.0	67.2	83.5	61.1	16	30	51	140
34 Pakistán	100.0	47.5	58.2	40.0	8	27	24	600
35 Zaire	106.6	57.0	75.6*	40.7*	1	26*	-	800
36 Lao, Rep. Dem. Popular	106.3	82.6	83.3	69.6	-	19*	-	-
37 Togo	106.8	52.8	65.9	31.3	-	64	15*	84*
38 Camerún	108.0	80.9	83.6	62.1	3*	26*	-	140*
39 India	100.5	50.9	71.0	53.3	34	47	33	500
40 Liberia	105.6	48.9	60.0*	39.4*	1	20	89	-
41 Ghana	106.8	67.2	78.7	60.0	10	40	73	1070*
42 Omán	104.8	25.5	90.5	55.6	-	70	60	-
43 Costa de Marfil	106.6	58.5	70.7	44.4	3	63*	20*	-
44 Lesotho	117.1	135.5	124.5	144.4	5	0*	28	-
45 Zambia	104.3	79.8	90.2	58.3	1	41	-	110
46 Egipto	104.4	50.8	80.2	70.1	30	12*	24	80
47 Perú	106.3	85.7	96.0	89.7	43	6	55*	310
48 Libia, Jamahiriya Árabe	105.7	61.7	-	-	-	12	76	80*
49 Marruecos	105.7	48.9	66.7	69.2	27	33	-	330
50 Indonesia	105.0	78.3	98.0	75.6	40	33*	43	800
51 Congo	107.0	77.5	-	-	-	67	-	-
52 Kenia	106.9	70.0	93.8	60.0	17	37	-	170*
53 Zimbabue	106.3	82.7	95.5	67.3	40	48*	69	150*
54 Argelia	105.2	58.7	83.3	72.6	7	-	-	130
55 Honduras	106.7	95.1	99.0	116.1	35	25*	50	82*
56 Guatemala	107.9	74.6	-	-	25	2*	19*	110
57 Arabia Saudita	105.6	43.7*	75.0	67.3	-	50	78	-
58 Nicaragua	104.3	-	-	-	9	25*	-	65*
59 Birmania	105.9	-	-	-	5	24	97	140
60 Sudáfrica	110.2	-	-	-	48	-	-	-
61 Turquía	105.4	72.1*	93.4	58.9	38*	7*	78*	210*
62 Iraq	103.2	96.7	88.0	60.0	14*	53	50*	-
63 Botswana	110.6	94.5	109.4	113.8	29	40	52*	300

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1987 (véase tabla 1)

		Esperanza	Tasa de	Tasas de escolarización		Prevalencia de anticonceptivos %	Mujeres embarazadas inmunizadas Tétanos %	Partos atendidos por personal especializado %	Tasa de mortalidad materna 1980-1987
		de vida	alfabetización	Primaria fem./masc. %	Secundaria fem./masc. %				
		femenina/ masculina %	femenina/ masculina %						
		1987	1985	1984-1986	1984-1986	1981-1985	1986-1987	1983-1987	
Países con mediana mortalidad infantil (TMI de 31 a 94) Mediana		106.6	91.7	98.2	100.0	49	27	60	90
64	Irán, Rep. Islámica de	101.2	62.9	90.9	67.9	23	12	82*	120*
65	Viet Nam	107.3	90.9*	87.9	93.2	20		99	110
66	Ecuador	106.6	94.1	100.0*	103.9*	40	5*	27	220*
67	Brasil	108.6		91.7*		65		73	150
68	El Salvador	111.7	92.0		113.0	47	19*	35	74
69	Túnez	102.5	60.3	90.9	73.3	42	27	60	
70	Papua Nueva Guinea	103.1	63.6	78.7*	75.0	4	23*	34	1000
71	Rep. Dominicana	106.6	98.7			47	87*	57*	56*
72	Filipinas	106.1	98.8	98.9	104.5	33	49		80
73	México	110.0	95.7	98.3	96.4	48			92
74	Colombia	107.3	97.8	102.8	101.8	51*	40*	51	130
75	Siria, Rep. Árabe	106.0	56.6	96.0	68.1	20*	6	37	280
76	Paraguay	106.6	93.4	97.7	96.7	39*	58*	22	470
77	Mongolia	106.6	92.5*	103.0	109.1			99	140*
78	Jordania	105.7	72.4	100.0*	97.5*	26	28	75	
79	Líbano	105.9	80.2	90.5	98.2	53*		45	
80	Tailandia	106.4		97.0	100.0	65	61*	33	270
81	Albania	107.2		94.9	87.8				
82	China	104.6	68.3	91.9	72.9	74			44
83	Sri Lanka	106.1	91.2	100.0	111.1	57	39	87	90
84	Venezuela	109.2	96.6	100.0	122.0	49*		82	65
85	Guyana	107.4	97.9		106.9*	35*	57*	93	100*
86	Argentina	110.0	99.0	100.0	116.2	74			85*
87	Panamá	105.7	98.9	98.9	112.5	59	27*	83	90
88	Corea, Rep. Pop. Dem. de	109.6						99	41
89	Corea, Rep. de	109.3	91.7*	100.0	94.8	70			34
90	Malasia	106.1	81.5	100.0	100.0	51	25	82	59
91	Emiratos Árabes Unidos	106.3	65.5*	102.3	122.2			96	
92	Uruguay	109.9	101.1*	98.2			13*		56*
Países con baja mortalidad infantil (TMI menor de 30) Mediana		108.2	92.8	100.0	103.8	71		99	11
93	URSS	113.7						100	
94	Mauricio	107.7	86.5	101.1	92.5	75	68*	90*	99*
95	Rumania	108.0		99.0	102.7	58*		99	180
96	Yugoslavia	108.4	88.7	98.9	95.2	55*			27
97	Chile	110.3	99.0*	99.1	109.0	43		97*	55
98	Trinidad y Tabago	107.5	97.9	103.4	106.8	55*	60*	90	81*
99	Kuwait	106.0	82.9	98.8	94.0		2	99	18
100	Jamaica	107.4		103.2*	107.1*	52	50*	89	100
101	Costa Rica	106.4	98.9	101.1	107.3	68	90*	93	26
102	Bulgaria	108.2		99.0	101.0	76*		100	22
103	Polonia	111.8		100.0	103.8	75*			12
104	Cuba	105.1	100.0*	98.9	106.0	60			31
105	Hungría	111.1		102.1	101.4	74*		99	28
106	Portugal	109.6	89.9	93.9	119.1	70*			15
107	Grecia	105.9	90.7	101.1	89.9				12
108	Checoslovaquia	110.6		101.0				100	8
109	Bélgica	109.1		102.1	102.1	81		100	10
110	EE.UU.	109.8		100.0	100.0	68		100	9
111	Nueva Zelanda	108.4		100.0	103.6			99	20
112	Israel	104.9	95.9	102.0	110.7			99	5
113	Austria	110.0		100.0	102.6	71			11
114	Singapur	107.9	84.9	100.0	104.3	74	90*	100	11
115	Italia	109.1	98.0	101.0	100.0	78*			13
116	Rep. Dem. Alemana	108.1		99.0	96.2				17
117	Reino Unido	107.8		100.0	104.8	83		98	7
118	Irlanda	107.5		100.0	111.0	60*			7
119	Alemania, Rep. Fed. de	108.9		100.0	104.2				11
120	Dinamarca	107.9		100.0	100.0	63*			4
121	España	108.2	94.8	100.0	106.3	51*		96	10
122	Australia	109.0		101.0	103.2	67*		99	11
123	Francia	111.1		100.0	107.6	79*			13
124	Hong Kong	107.7	85.3	100.0	109.1	73	90		4*
125	Canadá	109.3		99.0	100.0	73		99	2
126	Holanda	108.9		103.5	96.2	78			5
127	Noruega	109.0		100.0	105.3	71*		100	4
128	Suiza	108.7				70*			5
129	Japón	107.7		100.0	102.1	57			15
130	Finlandia	110.7		100.0	115.8	80*			5
131	Suecia	107.8		102.1	111.4	78		100	4

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 (millones) 1987	Nº anual de nacimientos / muertes infantiles (0-4 años) (miles) 1987	PNB per cápita (dólares) 1986	Esperanza de vida al nacer (años) 1987	Adultos alfabetizados hombres/mujeres % 1985	Escolarización en enseñanza primaria % masculina / fem. 1984-1986
		1960	1987	1960	1987						
1	Gambia	375	264	213	153	0.8	39/10	230	44	36/15	92/58
2	Guinea Ecuatorial	315	217	188	128	0.4	18/4	180*	47	./	./
3	Djibouti	..	..	..	123	0.4	19/2	480*	48	15*/9*	./
4	Swazilandia	227	177	152	119	0.7	36/6	690	57	70/66	110/108
5	Vanuatu	..	..	..	101*	0.2	./	./	..	57*/48*	./
6	Comores	216	132	128	81	0.4	23/3	320	53	56*/40*	90/70
7	Cabo Verde	213	94	143	67	0.3	15/1	460	62	61/39	112/105
8	Santo Tomé y Príncipe	..	91*	..	74*	0.1	./	340	..	73*/42*	./
9	Maldivas	..	91	..	68*	0.2	./	310	..	83*/82*	./
10	Islas Salomón	..	..	..	44*	0.3	./	530	..	./	./
11	San Cristóbal/Nevis	..	..	..	41*	(.)	./	1700	65*	./	./
12	Dominica	..	..	..	40*	0.1	./	1210	77*	./	./
13	Samoa	..	..	..	33*	0.2	./	680	..	./	./
14	San Vicente	..	..	..	33*	0.1	./	960	..	./	./
15	Qatar	239	43	145	32	0.3	11/(.)	13200	70	51*/51*	121/121
16	Surinam	96	40	70	32	0.4	10/(.)	2510	70	90/90	136/130
17	Fiji	98	33	71	27	0.7	19/1	1810	71	90/81	129/128
18	Bahrein	208	32	130	27	0.5	14/(.)	8510	71	79/64	111/110
19	Bahamas	..	..	..	23*	0.2	./	7190	..	./	./
20	Belice	..	..	..	23*	0.2	./	1170	..	./	./
21	Antigua y Barbuda	..	..	26*	21*	0.1	./	2380	70*	./	./
22	Santa Lucía	..	..	..	18*	0.1	./	1320	73*	./	./
23	Seychelles	..	21*	..	17*	0.1	./	..	70*	56*/60*	103*/102*
24	Granada	..	..	..	14*	0.1	./	1240	66*	./	./
25	Brunei Darussalam	..	..	..	12	0.2	./	15400	..	85*/69*	./
26	Barbados	66	15	54	11	0.3	5/(.)	5150	74	./	113/108
27	Chipre	36	14	30	12	0.7	13/(.)	4360	76	96*/83*	99/100
28	Luxemburgo	41	12	33	9	0.4	4/(.)	15770	75	./	101*/99*
29	Malta	42	9	37	7	0.3	7/(.)	3450	73	86/82	99/95
30	Islandia	22	5	17	4	0.2	4/(.)	13410	78	./	98/100

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1987

Notas a las tablas

Tabla 1:

Indicadores
básicos

Angola	PNB per cápita	1980
Sierra Leona	Escolarización primaria	1982
Chad	PNB per cápita	1982
Burundi	Alfabetización de adultos	1982
Sudán	Alfabetización de adultos	1986
Tanzania, Rep. Unida de	Alfabetización de adultos	1986
Uganda	Escolarización primaria	1982
Zaire	Escolarización primaria	1983
Omán	Alfabetización de adultos	1982
Egipto	Ingreso familiar	1974
Perú	Ingreso familiar	1972
Arabia Saudita	Alfabetización de adultos	1982
Turquía	Alfabetización de adultos	1984
	Ingreso familiar	1973
Iraq	PNB per cápita	1980
Ecuador	Escolarización primaria	1983
Brasil	Escolarización primaria	1983
	Ingreso familiar	1972
Mongolia	Alfabetización de adultos	1982
Jordania	Escolarización primaria	1983
Venezuela	Ingreso familiar	1970
Guyana	Escolarización primaria	1980
Argentina	Ingreso familiar	1970
Panamá	Ingreso familiar	1973
Corea, Rep. de	Alfabetización de adultos	1982
Malasia	Ingreso familiar	1973
Emiratos Árabes Unidos	Alfabetización de adultos	1975
Uruguay	Alfabetización de adultos	1975
URSS	PNB per cápita	1980
Rumanía	PNB per cápita	1983
Chile	Alfabetización de adultos	1984
Jamaica	Escolarización primaria	1983
Costa Rica	Ingreso familiar	1971
Bulgaria	PNB per cápita	1980
Cuba	Alfabetización de adultos	1981, 10 años y más
Portugal	Ingreso familiar	1973-74
Checoslovaquia	PNB per cápita	1980
Rep. Dem. Alemana	PNB per cápita	1980
Irlanda	Ingreso familiar	1973

Tabla 2:

Nutrición

Mali	Lactancia materna	Sólo urbana, 3-5 meses & 9-11 meses
	Cortedad de talla	12-23 meses
Angola	Lactancia materna	1976, duración no especificada
Etiopía	Lactancia materna	1977
Burkina Faso	Emaciación	1978
Niger	Cortedad de talla	12-23 meses
Senegal	Cortedad de talla	12-23 meses
Nepal	Lactancia materna	1976
	Emaciación & Cortedad de talla	1975
Yemen	Lactancia materna	1979
Burundi	Cortedad de talla	1979, 12-23 meses
Bangladesh	Lactancia materna	1976
Sudán	Lactancia materna	1979
Nigeria	Emaciación	0-5 años
Bolivia	Lactancia materna	1977
	Cortedad de talla	0-59 meses
Haití	Bajo peso al nacer	1978
	Emaciación & Cortedad de talla	1978
Gabón	Cortedad de talla	12-23 meses
Uganda	Desnutrición	Entre 70% y 80% de la norma peso/altura
		Menos del 70% de la norma peso/altura
		12-23 meses
Pakistán	Cortedad de talla	Sólo rural
Togo	Lactancia materna	1977
	Emaciación & Cortedad de talla	1977
Camerún, Rep. Unidad del	Lactancia materna	1978
	Cortedad de talla	12-23 meses
Liberia	Emaciación & Cortedad de talla	1976
Ghana	Cortedad de talla	12-23 meses
Zambia	Cortedad de talla	1970-74 Sólo rural
Egipto	Emaciación & Cortedad de talla	1978
Congo	Bajo peso al nacer	Sólo urbano
Kenya	Lactancia materna	1978
	Emaciación & Cortedad de talla	Sólo rural
Viet Nam	Emaciación & Cortedad de talla	0-5 años
El Salvador	Emaciación & Cortedad de talla	Sólo rural
Papúa Nueva Guinea	Desnutrición	1978, edad no especificada
	Cortedad de talla	Sólo rural

Rep. Dominicana	Lactancia materna	Sólo urbana
Filipinas	Lactancia materna	1978
México	Lactancia materna	1976
Siria, Rep. Árabe	Lactancia materna	1978
Paraguay	Lactancia materna	1979
Jordania	Emaciación	1975
China	Emaciación & Cortedad de talla	Sólo 5 provincias
		0-6 años
Sri Lanka	Cortedad de talla	12-23 meses
Venezuela	Lactancia materna	1977
Panamá	Lactancia materna	1979
Corea, Rep. de	Lactancia materna	1974
Malasia	Emaciación & Cortedad de talla	Sólo el estado de Sabah
Mauricio	Lactancia materna	Hasta 9 meses
Chile	Lactancia materna	Sólo urbana
Trinidad y Tabago	Lactancia materna	1977
	Cortedad de talla	12-23 meses
Kuwait	Lactancia materna	1978-79
Jamaica	Lactancia materna	1976
Polonia	Lactancia materna	1977
Hungría	Lactancia materna	1975-76
Canadá	Lactancia materna	1978
Países Bajos	Lactancia materna	1975

Tabla 3:

Salud

Afganistán	Mortalidad materna	1978
Mozambique	Mortalidad maternal	Sólo datos hospitalarios
Malawi	Mortalidad maternal	1975
Níger	Tuberculosis, polio y sarampión	0-5 años
Chad	Agua potable	1975
República Centroafricana	Agua potable	1975
	Inmunización	1985
Senegal	Tétanos	1985
	Mortalidad maternal	1975
Nepal	Mortalidad maternal	1979
Benin	Mortalidad maternal	Sólo datos hospitalarios
Madagascar	Mortalidad maternal	1979
Tanzania, Rep. Unida de	Mortalidad maternal	Sólo datos institucionales
Bolivia	Sarampión	1-5 años
	Mortalidad maternal	1973-77
Haití	Tétanos	1985
Gabón	Tétanos	1985
Laos	Inmunización	1985
Togo	Inmunización	0-3 años
	Mortalidad maternal	1977
Camerún, Rep. Unida del	Agua potable	1975
	Mortalidad maternal	1975, sólo datos hospitalarios
Ghana	Mortalidad maternal	Sólo datos hospitalarios
Costa de Marfil	Tuberculosis, DPT, polio y sarampión	1-2 años
Perú	Sarampión	1-5 años
Libia, Jamahiriya Árabe	Inmunización	1985
	Mortalidad maternal	1978
Kenya	Mortalidad maternal	1977
Zimbabue	Mortalidad maternal	1979, sólo datos hospitalarios
Honduras	Sarampión	1-5 años
	Tétanos	1985
	Mortalidad maternal	1979
Guatemala	DPT, polio	Sólo dos dosis
	Tétanos	1985
Nicaragua	Mortalidad maternal	1978
Turquía	Mortalidad maternal	1975-76
Ecuador	Sarampión	1-5 años
	Mortalidad maternal	1978
Brasil	Polio	Sólo dos dosis
	Sarampión	1-5 años
El Salvador	Polio	Sólo dos dosis
	Tétanos	1985
Papúa Nueva Guinea	DPT	Sólo dos dosis
Rep. Dominicana	Tuberculosis	1985
	Sarampión	1-5 años
	Mortalidad maternal	1978
México	Polio	Sólo dos dosis
	Sarampión	1-5 años
Paraguay	Polio	Sólo dos dosis
Mongolia	Mortalidad maternal	1978
Guyana	Tétanos	1984
	Mortalidad maternal	1977
Argentina	Mortalidad maternal	1979
Corea, Rep. de	Sarampión	1-5 años
Uruguay	Polio	Sólo dos dosis
	Sarampión	1-5 años
	Tétanos	1984
	Mortalidad maternal	1978

URSS	Inmunización	1985
Trinidad y Tabago	Tétanos	1984
	Mortalidad maternal	1977
Jamaica	Agua potable	1975
	Tétanos	1985
Cuba	Polio	Sólo dos dosis
Hungría	Tuberculosis	1984
Estados Unidos de América	DPT, polio	1983
	Sarampión	1-5 años
Nueva Zelanda	Inmunización	1985
Singapur	Sarampión	1-5 años
	Tétanos	1985
Irlanda	Inmunización	1985
Alemania, Rep. Fed. de	Tuberculosis, DPT & polio	1985
Dinamarca	Tuberculosis	1984
Australia	Sarampión	1985
Noruega	Tuberculosis	1983
Japón	Tuberculosis	1984
	DPT	1985
	Polio	1985, sólo dos dosis
	Sarampión	1984, 1-5 años
Finlandia	Inmunización	1984
Suecia	DPT	Sólo DT

Tabla 4:
Educación

Angola	Escolarización primaria	1982
Sierra Leona	Escolarización primaria	1982
	Terminación enseñanza primaria	1976
	Escolarización secundaria	1982
Niger	Terminación enseñanza primaria	1977
Chad	Terminación enseñanza primaria	1975
Bhután	Terminación enseñanza primaria	1978
Burundi	Alfabetización de adultos	1982
Sudán	Alfabetización de adultos	1986
Tanzania, Rep. Unida de	Alfabetización de adultos	1986
Nigeria	Escolarización secundaria	1982
Bolivia	Terminación enseñanza primaria	1976
Haití	Terminación enseñanza primaria	1978
Uganda	Escolarización primaria	1982
	Terminación enseñanza primaria	1978
	Escolarización secundaria	1982
Zaire	Escolarización primaria	1983
	Terminación enseñanza primaria	1976
	Escolarización secundaria	1983
India	Terminación enseñanza primaria	1978
Liberia	Escolarización secundaria	1980
Ghana	Terminación enseñanza primaria	1977
Omán	Alfabetización de adultos	1982
	Terminación enseñanza primaria	1977
Costa de Marfil	Terminación enseñanza primaria	1978
Arabia Saudita	Alfabetización de adultos	1982
Turquía	Alfabetización de adultos	1984
Irán, Rep. Islámica de	Terminación enseñanza primaria	1969
Ecuador	Escolarización primaria	1983
	Escolarización secundaria	1983
Brasil	Escolarización primaria	1983
Colombia	Terminación enseñanza primaria	1973
Paraguay	Terminación enseñanza primaria	1977
Mongolia	Alfabetización de adultos	1982
	Terminación enseñanza primaria	1978
Jordania	Escolarización primaria	1983
	Escolarización secundaria	1983
Venezuela	Terminación enseñanza primaria	1978
Guyana	Escolarización primaria	1980
	Escolarización secundaria	1980
Argentina	Terminación enseñanza primaria	1975
Corea, Rep. de	Alfabetización de adultos	1982
Emiratos Árabes Unidos	Alfabetización de adultos	1975
Uruguay	Alfabetización de adultos	1975
Chile	Alfabetización de adultos	1984
Jamaica	Escolarización primaria	1983
Cuba	Alfabetización de adultos	1981, 10 y más años
Portugal	Terminación enseñanza primaria	1974

Tabla 5:
Indicadores
demográficos

Afganistán	Prevalencia de anticonceptivos	1971-2
Senegal	Prevalencia de anticonceptivos	1978
Yemen	Prevalencia de anticonceptivos	1979
Sudán	Prevalencia de anticonceptivos	1978-79, sólo el Norte
Camerún, Rep. Unida del	Prevalencia de anticonceptivos	1978
Turquía	Prevalencia de anticonceptivos	1978
Iraq	Prevalencia de anticonceptivos	1974

Colombia	Prevalencia de anticonceptivos	1980
Siria, Rep. Árabe	Prevalencia de anticonceptivos	1978
Paraguay	Prevalencia de anticonceptivos	1979
Libano	Prevalencia de anticonceptivos	1971
Venezuela	Prevalencia de anticonceptivos	1977
Guyana	Prevalencia de anticonceptivos	1975
Rumania	Prevalencia de anticonceptivos	1978
Yugoslavia	Prevalencia de anticonceptivos	1976
Trinidad y Tabago	Prevalencia de anticonceptivos	1977
Bulgaria	Prevalencia de anticonceptivos	1976
Polonia	Prevalencia de anticonceptivos	1977
Hungría	Prevalencia de anticonceptivos	1977
Portugal	Prevalencia de anticonceptivos	1979-80
Italia	Prevalencia de anticonceptivos	1979
Irlanda	Prevalencia de anticonceptivos	1970
Dinamarca	Prevalencia de anticonceptivos	1975
España	Prevalencia de anticonceptivos	1977
Australia	Prevalencia de anticonceptivos	1970
Francia	Prevalencia de anticonceptivos	1978
Noruega	Prevalencia de anticonceptivos	1977-78
Suiza	Prevalencia de anticonceptivos	1980
Finlandia	Prevalencia de anticonceptivos	1977

Tabla 6:

Indicadores
económicos

Mali	Nivel de pobreza	1975
Angola	PNB per cápita	1980
Niger	Nivel de pobreza	1975
Chad	PNB per cápita	1982
	Nivel de pobreza	1976
Rwanda	Nivel de pobreza	1975
Sudán	Nivel de pobreza	1975
Bolivia	Nivel de pobreza	1975
Zaire	Nivel de pobreza	1975
Iraq	PNB per cápita	1980
Irán, Rep. Islámica de	PNB per cápita (tasa de crecimiento)	1980-85
URSS	PNB per cápita	1980
Rumania	PNB per cápita	1983
	PNB per cápita (tasa de crecimiento)	1980-84
Bulgaria	PNB per cápita	1980
Checoslovaquia	PNB per cápita	1980
Rep. Dem. Alemana	PNB per cápita	1980

Tabla 7:

Situación
de la mujer

Afganistán	Prevalencia de anticonceptivos	1971-72
	Mortalidad maternal	1978
Mozambique	Mortalidad maternal	Sólo datos hospitalarios
Sierra Leona	Escolarización primaria	1982
	Escolarización secundaria	1982
Malawi	Mortalidad maternal	1975
República Centroafricana	Tétanos	1985
Senegal	Prevalencia de anticonceptivos	1978
	Tétanos	1985
	Mortalidad maternal	1975
Nepal	Mortalidad maternal	1979
Yemen	Prevalencia de anticonceptivos	1979
Burundi	Alfabetización de adultos	1982
Benin	Mortalidad maternal	Sólo datos hospitalarios
Madagascar	Mortalidad maternal	1979
Sudán	Alfabetización de adultos	1986
	Prevalencia de anticonceptivos	1978-79, sólo el Norte
Tanzania, Rep. Unidad de	Alfabetización de adultos	1986
	Mortalidad maternal	Sólo datos institucionales
Bolivia	Mortalidad maternal	1973-77
Haití	Tétanos	1985
Gabón	Tétanos	1985
Uganda	Escolarización primaria	1982
	Escolarización secundaria	1982
Zaire	Escolarización primaria	1983
	Escolarización secundaria	1983
Togo	Mortalidad maternal	1977
Camérún, Rep. Unida del	Prevalencia de anticonceptivos	1978
	Mortalidad maternal	1975, sólo datos hospitalarios
Liberia	Escolarización secundaria	1980
Ghana	Mortalidad maternal	Sólo datos hospitalarios
Libia, Jamahiriya Árabe	Mortalidad maternal	1978
Kenya	Mortalidad maternal	1977
Zimbabue	Mortalidad maternal	1979, sólo datos hospitalarios
Honduras	Mortalidad maternal	1979
	Tétanos	1985
Guatemala	Tétanos	1985
Arabia Saudita	Alfabetización de adultos	1982
Nicaragua	Mortalidad maternal	1978

Turquía	Alfabetización de adultos	1984
	Prevalencia de anticonceptivos	1978
	Mortalidad maternal	1975-76
Iraq	Prevalencia de anticonceptivos	1974
Ecuador	Escolarización secundaria	1983
	Mortalidad maternal	1978
Brasil	Escolarización primaria	1983
El Salvador	Tétanos	1965
Rep. Dominicana	Mortalidad maternal	1978
Colombia	Prevalencia de anticonceptivos	1980
Siria, Rep. Árabe	Prevalencia de anticonceptivos	1978
Paraguay	Prevalencia de anticonceptivos	1979
Mongolia	Alfabetización de adultos	1982
	Mortalidad maternal	1978
Jordania	Escolarización primaria	1983
	Escolarización secundaria	1983
Libano	Prevalencia de anticonceptivos	1971
Venezuela	Prevalencia de anticonceptivos	1977
Guyana	Escolarización secundaria	1980
	Prevalencia de anticonceptivos	1975
	Tétanos	1984
	Mortalidad maternal	1977
Argentina	Mortalidad maternal	1979
Corea, Rep. de	Alfabetización de adultos	1982
Emiratos Árabes Unidos	Alfabetización de adultos	1975
Uruguay	Alfabetización de adultos	1975
	Tétanos	1984
	Mortalidad maternal	1978
Rumanía	Prevalencia de anticonceptivos	1978
Yugoslavia	Prevalencia de anticonceptivos	1976
Chile	Alfabetización de adultos	1984
Trinidad y Tabago	Prevalencia de anticonceptivos	1977
	Tétanos	1984
	Mortalidad maternal	1977
Jamaica	Escolarización primaria	1983
	Escolarización secundaria	1983
	Tétanos	1985
Bulgaria	Prevalencia de anticonceptivos	1976
Polonia	Prevalencia de anticonceptivos	1977
Cuba	Alfabetización de adultos	1981, 10 y más años
Hungría	Prevalencia de anticonceptivos	1977
Portugal	Prevalencia de anticonceptivos	1979-80
Singapur	Tétanos	1985
Italia	Prevalencia de anticonceptivos	1979
Irlanda	Prevalencia de anticonceptivos	1970
Dinamarca	Prevalencia de anticonceptivos	1975
España	Prevalencia de anticonceptivos	1977
Australia	Prevalencia de anticonceptivos	1970
Francia	Prevalencia de anticonceptivos	1978
Noruega	Prevalencia de anticonceptivos	1977-78
Suiza	Prevalencia de anticonceptivos	1980
Finlandia	Prevalencia de anticonceptivos	1977

Tabla 8:
Indicadores básicos
de los países
menos poblados

Guinea Ecuatorial	PNB per cápita	1981
Djibouti	PNB per cápita	1981
Vanuatu	Alfabetización de adultos	1979
Comores	Alfabetización de adultos	1980
Santo Tomé y Príncipe	Mortalidad (0-5) años	1985
	Mortalidad (0-1) años	1985
	Alfabetización de adultos	1980
Maldivas	Alfabetización de adultos	1977
Dominica	Esperanza de vida	1984
Qatar	Alfabetización de adultos	1981
Antigua y Barbudas	Esperanza de vida	1984
Santa Lucía	Esperanza de vida	1984
Seychelles	Alfabetización de adultos	1971
	Escolarización primaria	1982
Granada	Esperanza de vida	1984
Brunei Darussalam	Alfabetización de adultos	1982
Chipre	Alfabetización de adultos	1976
Luxemburgo	Escolarización primaria	1983

Definiciones

Tasa de mortalidad menores de cinco años	Número anual de fallecidos menores de cinco años por 1000 nacidos vivos.	Prevalencia de anticonceptivos	Proporción de mujeres casadas de 15-44 años que utilizan métodos anticonceptivos habitualmente.
Tasa de mortalidad infantil	Número de fallecidos menores de un año por 1000 nacidos vivos.	PNB	Producto Nacional Bruto en dólares de Estados Unidos. Las tasas de crecimiento del PNB per cápita son tasas medias anuales calculadas mediante interpolación logarítmica de los valores del PNB a precios de mercado en términos constantes de cada año, durante el período considerado.
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.	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.
Tasa bruta de mortalidad	Número anual de defunciones por 1000 habitantes.	AOD	Ayuda oficial al desarrollo.
Tasa bruta de natalidad	Número anual de nacimientos 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 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.	Desnutrición infantil	Moderada: entre el 60% y el 80% del peso deseable por edad; grave: menos del 60% del peso deseable por edad.
Bajo peso al nacer	Un peso inferior a 2500 gramos.	Tasa de escolarización en enseñanza primaria y secundaria	La tasa bruta de escolarización es la proporción de niños escolarizados—pertenecientes o no a la correspondiente edad escolar—con respecto al total de población en dicho grupo de edad. La tasa neta de escolarización es la proporción de niños escolarizados pertenecientes a la correspondiente edad escolar, con respecto al total de población en dicho grupo de edad.
Lactancia materna	Amamantamiento total o parcial.	Alumnos que terminan la enseñanza primaria	Proporción de niños que comienzan y concluyen con éxito la enseñanza primaria en el número de años previsto.
Prevalencia de emaciación (desnutrición aguda) y cortedad de talla (desnutrición crónica)	Proporción de niños desnutridos comprendidos en una desviación estándar superior a -2 respecto al percentil 50 de la población de referencia según peso/altura (emaciación) o según altura/edad (cortedad de talla). Es decir, emaciación/cortedad de talla significan menos del 77% aproximadamente de la mediana del peso por altura (emaciación) o de la altura por edad (cortedad de talla) de la población de referencia, de acuerdo con las normas establecidas por el <i>National Center for Health Statistics</i> de los Estados Unidos.	Servicio de la deuda	Suma total pagada por intereses y principal de la deuda externa con garantía pública.
TDI	Tos ferina, difteria y tétanos.	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.
SRO:	Sales para rehidratación oral.	Población urbana	Proporción de población residente en áreas urbanas de acuerdo con las definiciones utilizadas en los censos nacionales más recientes.
Tasa de alfabetización de adultos	Proporción de personas de 15 o más años que pueden leer y escribir.		
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 y Oficina de Estadísticas de las Naciones Unidas.	Prevalencia de anticonceptivos	Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).
Población total	Oficina de Estadística de las Naciones Unidas y División de Población de las Naciones Unidas.	Sales para rehidratación oral (SRO)	OMS.
Población infantil y postinfantil (menores de cinco años)	División de Población de las Naciones Unidas.	Bajo peso al nacer	OMS.
Número anual de nacimientos	División de Población de las Naciones Unidas.	Lactancia materna	OMS.
Número de muertes infantiles y postinfantiles	División de Población de las Naciones Unidas y UNICEF.	Desnutrición infantil	OMS, oficinas de área del UNICEF.
PNB per cápita	Banco Mundial.	Emaciación (desnutrición aguda) y corteidad de talla (desnutrición crónica)	OMS.
Esperanza de vida	División de Población de las Naciones Unidas.	Producción de alimentos y consumo de calorías	FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) y Banco Mundial.
Adultos alfabetizados	UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.)	Acceso a agua potable	OMS.
Receptores de radio y televisión	UNESCO.	Tasas brutas de mortalidad y natalidad	División de Población de las Naciones Unidas.
Escolarización en enseñanza primaria	UNESCO.	Tasa global de fecundidad	División de Población de las Naciones Unidas.
Acceso a servicios de salud	Organización Mundial de la Salud (OMS).	Población urbana	División de Población de las Naciones Unidas.
Atención especializada del parto	OMS.	Tasa de inflación	Banco Mundial.
Ingreso familiar	Banco Mundial.	Nivel de de pobreza absoluta	Banco Mundial.
Inmunización	OMS/UNICEF, oficinas de área.	Ayuda oficial al desarrollo (AOD)	OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económico).
Mortalidad materna	OMS.	Gasto en salud, educación y defensa	Banco Mundial.
		Servicio de la deuda	Banco Mundial.

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, 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, Costa de Marfil

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

UNICEF, Oficina regional para Asia oriental y Pakistán
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 central y meridional
73 Lodi Estate, Nueva Delhi 110003, India

UNICEF, Oficina para Australia y Nueva Zelanda
Apartado Postal 4045, Sidney, N.S.W. 2001, Australia

UNICEF, Oficina de Tokio
c/o Centro de Información de las Naciones Unidas, 22, Shin-Aoyama Bldg.
Nishikan 1-1 Miami-Aoyama 1-chome, Minato-ku, Tokio 107, Japón

El informe de 1989 sobre el *Estado Mundial de la Infancia* analiza algunos de los principales logros conseguidos en la salud infantil en los años ochenta, que actualmente permiten salvar la vida de cerca de dos millones y medio de niños cada año. Pero este ritmo de progreso, señala el informe, está amenazado por la creciente deuda externa y los reveses del desarrollo económico en grandes áreas del Tercer Mundo. En muchas naciones, los gastos públicos en educación y salud han descendido de forma continuada durante los años ochenta. Y en muchos de los países más pobres, las tasas de desnutrición infantil están creciendo de nuevo después de cuarenta años de progreso sostenido.

Así pues, la carga más pesada de la deuda externa está siendo trasladada a los niños del mundo pobre. Niños cuyo crecimiento físico y mental puede sufrir daños permanentes incluso por una privación temporal. Niños cuyo desarrollo individual de hoy y cuya contribución social de mañana se ven socavados por la situación económica actual.

El informe del UNICEF hace un llamamiento para una acción firme en favor de la reducción de la deuda externa y una expansión del comercio y la ayuda internacionales, con el fin de restaurar el impulso de desarrollo y de que los propios países industrializados puedan retornar a un crecimiento económico sostenido. Este esfuerzo de

encauzamiento del desarrollo ofrece además una gran oportunidad para reexaminar hacia dónde debe orientarse su nueva dirección. El desarrollo debe dar prioridad a la población pobre tanto en los buenos como en los malos tiempos. En este sentido, el desarrollo debería concebirse y percibirse como un movimiento cuyo objetivo prioritario es la satisfacción de las necesidades esenciales de todos los seres humanos en materia de nutrición, agua potable, saneamiento eficaz, atención primaria de salud, vivienda adecuada y educación básica. Este es el tipo pertinente de desarrollo para atender las prioridades de la gran mayoría de la población del Tercer Mundo. Y es también el tipo de desarrollo que podría suscitar un amplio apoyo de la mayoría del mundo industrializado.

Lo que se necesita en las próximas décadas, afirma el UNICEF, es un pacto por un auténtico desarrollo, entre los países industrializados y en desarrollo, con el fin de satisfacer las necesidades y de promover la capacidad de la cuarta parte más pobre de la humanidad. Si logramos tal compromiso, concluye el informe, contando además con los conocimientos y experiencias adquiridos en los últimos decenios, podríamos conseguir con incrementos relativamente pequeños de recursos uno de los más grandes objetivos: la erradicación de los peores aspectos de la pobreza absoluta al final del presente siglo.